

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**

_____ 2015 р.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

**Заступник Міністра
охорони здоров'я України**

_____ 2015 р.

П Е Р Е Л І К

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

(Випуск 1)

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 № 1 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 2013-2014 рр.

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

Наукове повідомлення*. Реєстр. № 1/1/14

- 1. Назва наукової (науково-технічної) продукції**. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ КЛІМАКТЕРИЧНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК З ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ В АНАМНЕЗІ.**
- 2. Назва науково-дослідної роботи, за результатом якої отримана наукова (науково-технічна) продукція.** НДР «Розробка методів профілактики та лікування первинної плацентарної дисфункції, як засіб зниження перинатальної патології. Удосконалення методів профілактики діагностики, лікувань порушень адаптації у новонароджених груп перинатального ризику», 0111U006494, 2011–2015 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 на корисну модель № 93180 МПК (2014.01) А61В 1/00. Спосіб лікування клімактеричного синдрому у жінок з гіперпластичними процесами в анамнезі / Кравченко О.В.; власник БДМУ. – заявл. 18.03.2014; опубл. 25.09.2014, бюл. № 18 (копія додається).
- 6. Інформація для внесення у технологічну пропозицію Української інтегрованої системи трансферу технологій (за наявності).** Немає.
- 7. Анотований виклад суті наукової (науково-технічної) продукції.** Для корекції клімактеричного синдрому у жінок з гіперпластичними процесами в анамнезі (міомою матки, гіперплазією ендометрія, дифузною мастопатією) запропоновано використання селективного естроген рецепторного модулятора сагеніт з діючою речовиною сигетин (100 мг). Даний препарат приймається довготривало (9 місяців) по 1 табл./день в перименапаузальному періоді при наявності клінічних ознак клімактеричного синдрому різного ступеня важкості. Сагеніт ефективно купує симптоми клімактеричного синдрому завдяки гальмуючому впливу на гіпоталамо-гіпофізарну систему, що призводить до зниження рівня фолікулостимулюючого гормону. З другого боку відсутній вплив на високо селективні рецептори репродуктивної системи, що не призводить до підвищеної проліферативної активності в репродуктивних органах.
- 8. Стислий опис переваг, які будуть отримані внаслідок упровадження наукової (науково-технічної) продукції, порівняно з наявними аналогами (медичні, соціальні, економічні).** Перевагами є призначення для лікування клімактеричного синдрому препарату сагеніт, який не відносяться до гормональних засобів, не впливає на високо селективні рецептори репродуктивної системи, що не призводить до виникнення проліферативних процесів і може використовуватися у жінок групи ризику з гіперпластичними процесами в анамнезі. Препарат сагеніт не впливає на білковий, вуглеводний та жировий обміни і не призводить до збільшення маси тіла у пацієнток. Також відсутні негативні впливи на систему гемостазу, показники коагулограми знаходяться в межах норми протягом всього періоду лікування.
- 9. Перелік необхідних ресурсів (кадрових, лікарських засобів, виробів медичного призначення тощо), необхідних для практичного застосування наукової (науково-технічної) продукції.** Лікарський засіб сагеніт, який використовується довготривало по 1 таблетці в день до купування проявів клімактеричного синдрому.
- 10. Показання до застосування.** Наявність проявів клімактеричного синдрому у жінок з гіперпластичними процесами в анамнезі.

11. **Протипоказання до застосування.** Немає.
12. **Перелік можливих ускладнень або помилок при використанні наукової (науково-технічної) продукції, шляхи їх запобігання та усунення.** Ускладнення не спостерігалися.
13. **Повне найменування установи (підприємства, організації) розробника.** Буковинський державний медичний університет.
14. **Повне найменування установи (підприємства, організації) співрозробників.** Немає.
15. **Прізвища та ініціали авторів, номер телефону.** Кравченко О.В. (0372244401).

* 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.

Реєстр. № 2/1/14

1. **СПОСІБ НЕГОРМОНАЛЬНОЇ КОРЕКЦІЇ КЛІМАКТЕРИЧНОГО СИНДРОМУ.**
2. НДР «Розробка методів профілактики та лікування первинної плацентарної дисфункції, як засіб зниження перинатальної патології. Удосконалення методів профілактики діагностики, лікувань порушень адаптації у новонароджених груп перинатального ризику», 0111U006494, 2011–2015 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+, С.
5. Інформаційний лист № 19-2014 випуск 3 з проблеми «Акушерство та гінекологія» Підстава: рішення ПК «Акушерство та гінекологія» протокол № 1 від 23.01.2014 р. «Спосіб негормональної корекції клімактеричного синдрому» / Кравченко О.В., Гошовська А.В.; установа розробник БДМУ.
6. Немає.
7. Для негормональної корекції клімактеричного синдрому запропоновано використання препарату сагеніт, який є своєрідним селективним модулятором естрогенних рецепторів, що здійснює як, периферичну естрогенну дію на репродуктивні органи, так і центральну інгібуючу дію на гіпоталамо-гіпофізарну систему, тим самим сприяючи гальмуванню синтезу гонадотропних гормонів, що відповідають за ріст і дозрівання фолікулів яєчника. Селективний модулятор естрогенних рецепторів негормональний засіб сагеніт призначається по 1 таблетці (діюча речовина сипетин 0,1 г) один раз на добу довготривало до купування проявів клімактеричного синдрому.
8. Запропоноване лікування в першу чергу є високоефективним при наявності естрогендефіцитних проявів, таких як «приливи» і пітливість (зменшення симптоматики в 4,2 рази). Позитивний ефект здійснює препарат і при купуванні головного болю, серцебиття, підвищеної збудливості, дратівливості в 3,7 разів. Запропонований препарат сагеніт не є гормональним засобом і на відміну від замісної гормональної терапії не призводить до підвищеної поліферативної активності в репродуктивних органах. Динамічні дослідження системи гемостазу показали, що всі показники коагулограми знаходились в межах норми протягом всього періоду спостереження. Практично не було виявлено змін у ступені вираженості метаболічних симптомів.
9. Лікарський засіб сагеніт, який використовується довготривало по 1 таблетці в день до купування проявів клімактеричного синдрому.
10. Наявність проявів клімактеричного синдрому різного ступеня важкості.

11. Немає.
12. Побічних ефектів при застосуванні сагеніту не було відмічено.
13. Буковинський державний медичний університет.
14. Немає.
15. Кравченко О.В. (0372244401), Гошовська А.В. (0508444205).

Реєстр. № 3/1/14

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ КЛІТИН ДО ІНСУЛІНУ У ВАГІТНИХ ЖІНОК З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ.**
2. НДР «Вивчення патогенетичних механізмів виникнення захворювань репродуктивної системи у жінок, розробка методів удосконалення їх профілактики, консервативного та оперативного лікування і реабілітації», 0112U002900, 2011-2015 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель № 80910, МПК А 61В 5/145 (2006.01). Спосіб визначення чутливості клітин до інсуліну у вагітних жінок з супутнім ожирінням / Тарасенко К.В. Заявка № u 2013 00472; заявлено 14.01.2013. Опубліковано 10.06.2013. Бюл. № 11.
6. Немає.
7. Пропонується спосіб визначення чутливості клітин до інсуліну у вагітних жінок з супутнім ожирінням, який полягає у використанні співвідношення ліпопротеїнів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) та ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ), вміст яких в крові суттєво впливає на секрецію та біологічні ефекти інсуліну. Зниження чутливості клітин до інсуліну діагностують, якщо співвідношення ЛПДНЩ/ЛПВЩ збільшується понад $26,9 \pm 2,3\%$, що є наслідком виникнення проатерогенної ситуації у вагітних жінок за наявності ожиріння.
8. Запропонований спосіб визначення чутливості клітин до інсуліну на підставі визначення співвідношення ЛПДНЩ/ЛПВЩ в крові у вагітних з ожирінням є інформативним маркером інсулінорезистентності, оскільки інсулін є універсальним регулятором всіх видів метаболізму. Даний спосіб відзначається простотою, доступністю та дешевизною, що дозволяє його широко використовувати в акушерській практиці.
9. Центрифуга, піпеткові дозатори, біохімічний автоаналізатор, набір реактивів для визначення ліпопротеїнів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) та ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ), спектрофотометр.
10. Вагітність у жінок з ожирінням; артеріальна гіпертензія поєднана з ожирінням.
11. Немає.
12. Для визначення вмісту ліпопротеїнів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) та ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ) в крові не використовувати плазму з гемолізом та цитратну плазму.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», 36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Тарасенко К.В. (0973191072).

Реєстр. № 4/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ВАГІТНИХ ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ РІЗНОГО СТУПЕНЮ.**

2. НДР «Вивчення патогенетичних механізмів виникнення захворювань репродуктивної системи у жінок, розробка методів удосконалення їх профілактики, консервативного та оперативного лікування і реабілітації», 0112U002900, 2011-2015 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель № 66499, МПК А 61В 5/145. Спосіб визначення біомаркера інсулінорезистентності у вагітних з ожирінням / Тарасенко К.В., Громова А.М. Заявка у 2011 06700; заявлено 30.05.2011. Опубліковано 10.01.2012. Бюл. № 1.
6. Немає.
7. Пропонується спосіб діагностики інсулінорезистентності у вагітних жінок з надмірною масою тіла і ожирінням різного ступеня, який полягає у використанні простого показника ліпідного обміну – вмісту тригліцеридів у крові як біомаркера інсулінорезистентності. Наявність інсулінорезистентності – зниженої чутливості тканин до інсуліну діагностують, якщо вміст тригліцеридів у крові у вагітних з ожирінням зростає більш ніж 1,72 ммоль/л, що є наслідком зниженої під впливом інсулінорезистентності активності фермента ліпопротеїнової ліпази.
8. Запропонований спосіб діагностики інсулінорезистентності у вагітних жінок з ожирінням різного ступеню за рівнем тригліцеридів в крові має суттєві переваги порівняно з загальноприйнятим методом діагностики інсулінорезистентності за індексом НОМА-ІР, так як відзначається високою чутливістю, простотою і доступністю, що дозволяє його використовувати для ранньої діагностики ускладнень вагітності.
9. Центрифуга, піпеткові дозатори, біохімічний автоаналізатор, набір реактивів для визначення тригліцеридів, спектрофотометр.
10. Вагітність у жінок з ожирінням; артеріальна гіпертензія поєднана з ожирінням.
11. Немає.
12. Для визначення вмісту тригліцеридів в крові не використовувати плазму з гемолізом, хільозну та цитратну плазму.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», 36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Тарасенко К.В. (0973191072), Громова А.М. (0956624730).

Реєстр. № 5/1/14

1. **ІМПЛАНТ ДЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕКТОЦЕЛЕ.**
2. НДР «Розробка нових підходів до діагностики, лікування реабілітації та організації надання медичної допомоги при гінекологічній патології із застосуванням нових та малоінвазивних медичних технологій», 0112U002831, 2010-2015 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель №83561.
6. Немає.
7. Сутність способу полягає в тому, що імплант для хірургічного лікування ректоцеле, містить основу з парою протилежних кінців та щонайменше одну пару рукавів, які відходять в бічному напрямку від протилежних сторін основи в латеральному напрямку. Передній кінець виконано у вигляді прямокутного виступу з відношенням довжини до ширини як 2/3. Рукави виконані у вигляді подовжених країв з довжиною до 4 см, які відходять від основи під кутом 30-45°

- з формуванням з обох сторін відносно до кінців імпланту передніх та задніх напівкруглих вирізів, утворюючи відношення загальної висоти до ширини як 1/1, форма імпланту вписується в рівнобічний трикутник.
8. Покращить якість та результат хірургічного лікування пацієнтів з цистоцеле, особливо при рецидивних формах пролапсу заднього сегмента піхви, шляхом зміни форми імпланту. Зменшує частоту повторних рецидивів з 25,3% до 4,2%; кількість післяопераційних ускладнень – на 19,4 %; скорочує терміни стаціонарного лікування – на 58,2%.
 9. Проленова сітка розміром 10X15 см із індексом «Soft» (найбільш м'яка).
 10. Опущення і випадіння внутрішніх статевих органів. Рецидиви після піхвових операцій або після операцій спрямованих на корекцію пролапсу заднього сегмента піхви.
 11. Наявність запального процесу в зоні імплантації, гостра проникаюча травма стінки прямої кишки, піхво-ректальні нориці.
 12. Виготовляючи імплант із синтетичного матеріалу слід витримувати рекомендовані автором умовні відношення висоти та основи виробу, а також застосовувати рекомендований для цього синтетичний матеріал. Дотримання технічних умов у виготовлення імпланту та властивостей матеріалу, що використовується, дозволить зберегти задекларовані результати оперативних втручань.
 13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел.. (0562) 31-22-57.
 14. Немає.
 15. Потапов В.О. (0562232265), Банахевич Р.М. (0675620947), Акімова К.Б. (0673967522).

Реєстр. № 6/1/14

1. **ІМПЛАНТ ДЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЦИСТОЦЕЛЕ.**
2. НДР «Розробка нових підходів до діагностики, лікування реабілітації та організації надання медичної допомоги при гінекологічній патології із застосуванням нових та малоінвазивних медичних технологій», 0112U002831, 2010-2015 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель №58958.
6. Немає.
7. Сутність способу полягає в тому, що імплант для хірургічного лікування цистоцеле, який містить основу з напівкруглим вирізом та подовжені краї в його нижній частині, який відрізняється тим, що імплант має лямбдоподібну форму при відношенні загальних висоти до ширини як 2/3.
8. Покращить якість та результат хірургічного лікування пацієнтів з цистоцеле, особливо при рецидивних формах пролапсу переднього сегмента піхви, шляхом зміни форми імпланту. Скорочення часу операції та термінів стаціонарного лікування зменшує частоту повторних рецидивів з 25,3 % до 3,8 %; кількість післяопераційних ускладнень – на 19,4 %; скорочує терміни стаціонарного лікування – на 58,2 %.
9. Проленова сітка розміром 10X15 см із індексом «Soft» (найбільш м'яка).
10. Опущення і випадіння внутрішніх статевих органів. Рецидиви після піхвових операцій або після операцій спрямованих на корекцію пролапсу переднього сегмента піхви.
11. Наявність запального процесу в зоні імплантації.

12. Виготовляючи імплант із синтетичного матеріалу слід витримувати рекомендовані автором умовні відношення висоти та основи виробу, а також застосовувати рекомендований для цього синтетичний матеріал. Дотримання технічних умов у виготовленні імпланта та властивостей матеріалу, що використовується, дозволить зберегти задекларовані результати оперативних втручань.
13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел.. (0562) 31-22-57.
14. Немає.
15. Потапов В.О. (0562232265), Банахевич Р.М. (0675620947), Акімова К.Б. (0673967522).

Реєстр. № 7/1/14

1. **РОЗРОБКА ПАТОГЕНЕТИЧНО ОБҐРУНТОВАНИХ АЛГОРИТМІВ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ВИБОРУ СПОСОБУ ТА ЧАСУ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ, З АКЦЕНТОМ НА ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИЙ ОБ'ЄМ ВТРУЧАННЯ ТА ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДБІР КОМПЛЕКСУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЕТАПУ (ГОРМОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ, ПРОФІЛАКТИКИ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ГРУП ВИСОКОГО РИЗИКУ) У ПАЦІЄНТОК З ПРОЛІФЕРАТИВНИМИ ПРОЦЕСАМИ ГЕНІТАЛІЙ.**
2. НДР «Збереження та покращення репродуктивного здоров'я та якості життя жінок після комплексного лікування проліферативних захворювань геніталій на підставі доказової медицини».
3. Акушерство та гінекологія.
4. 4, ▼.
5. Патент UA 83850 U МПК (2013.01) A61B 8/00 G01N 33/00 G01N 33/49 (2006.01) Спосіб діагностики передчасної яєчникової недостатності, переважно у жінок з аутоімунним оофоритом і синдромом хронічного тазового болю / Дубоссарська З.М., Дубоссарська Ю.О., Грек Л.П.; власник ДЗ "ДМА". – заяв. у 2013 08320 від 02.07.2013, опубл. 25.09.2013, Бюл. № 18; Патент UA 86478 U МПК A61P 5/30 (2006.01) A61P 5/34 (2006.01) G01N 33/48 (2006.01) G01N 33/50 (2006.01) G01N 33/53 (2006.01) Спосіб лікування синдрому хронічного тазового болю при генітальному ендометріозі/ Дубоссарська З.М., Дубоссарська Ю.О., Грек Л.П.; власник ДЗ "ДМА". – заяв. у 2013 10802 від 09.09.2013, опубл. 25.12.2013, Бюл. № 24
6. Немає.
7. Внаслідок виконання роботи розроблений науково обґрунтований методичний підхід на генетичному рівні, який дозволив уточнити підходи до часу, обсягу оперативного лікування та реабілітації репродуктивної функції у пацієнток з проліферативним синдромом в гінекології, що дозволило знизити відсоток спайкоутворення після органозберігаючих технологій та покращити результати відновлення функціональних можливостей жінки при зниженні оваріального резерву. Внаслідок виконання роботи встановлена роль генетичного порушення фолатного циклу в патогенезі безпліддя та звичного невиношування вагітності шляхом клінічного та медико-генетичного обстеження. Розроблений науково обґрунтований методичний підхід на генетичному рівні, який дозволив розробити концепцію системи прогнозу ризику розвитку порушень вагітності на підставі виявлення мутацій в генах метилентетрагідрофолатредуктази, рівня гомоцистеїну в сироватці крові та ступеня гіпергомоцистеїнемії. Внаслідок виконання роботи вивчена значущість ендокринних деструкторів в розвитку

- проліферативних захворювань геніталій для розробки нових підходів до медикаментозної терапії та індивідуалізації оперативних втручань, направлених на гальмування процесів спайкоутворення та відновлення репродуктивної функції жінки.
8. Уперше на підставі вивчення генетичних механізмів зниження оваріального резерву при ендокринній патології та проліферативних захворюваннях геніталій розроблена диференційована патогенетично обумовлена концептуальна модель відновлення репродуктивної функції з визначенням термінів допоміжних репродуктивних технологій у подружньої пари. Результати отриманих даних підтверджують гіпотезу, що гомозиготна форма мутації метилентетрагідрофолатредуктази є фактором ризику репродуктивних втрат, тромботичних та гестаційних ускладнень, при цьому протягом всієї вагітності зберігається виражена активація внутрішньосудинного згортання крові. Результати отриманих даних підтверджують гіпотезу, що проблеми репродуктивного здоров'я у пацієнок з проліферативними захворюваннями геніталій вирішуються концептуально, з позицій профілактики порушень функціональних систем жіночого організму, спайкоутворення після оперативних втручань, а також з урахуванням ендокринно-модулюючих ефектів різних ендокринних деструкторів.
 9. Кадрові ресурси - лікарі акушер-гінекологи.
 10. Гіперпроліферативні захворювання геніталій у жінок, звичне невиношування вагітності для поновлення репродуктивної функції на підставі вивчення гормонального профілю, біохімічних параметрів, екзогенних факторів гіпофертильності.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України».
 14. Немає.
 15. Дубоссарська З.М., Дубоссарська Ю.О., Дука Ю.М., Нагорнюк В.Т., Грек Л.П., Демура О.В.(0562685262).

Реєстр. № 8/1/14

1. **СПОСІБ КОМПЛЕКСНОЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ЛЕЙОМІОМИ ТІЛА МАТКИ.**
2. НДР «Розробка нових підходів до прогнозування, профілактики і лікування гормонозалежних захворювань жіночої репродуктивної системи», 0107U011888, 2008-2012 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель №67236.
6. Немає.
7. Удосконалення профілактики злукоутворення, а також покращення процесів післяопераційної репарації в тканинах матки шляхом тривалого застосування комбінованого ферментативного препарату, який містить стрептокіназу і стрептодорназу. Сутність способу полягає в тому, що вперше використовують лікарський засіб, який містить стрептокіназу і стрептодорназу по 1 ректальному супозиторію щодня протягом місяця після операції з метою зменшення клінічних проявів запалення, попередження розвитку злукового процесу, покращення функціонування системи гемостазу та імунологічної резистентності

- організму, що підвищує ефективність консервативної міомектомії і дозволяє повноцінно відновити репродуктивну функцію.
8. Перевагою запропонованої методики є ранній початок і подовжена тривалість лікування у порівнянні з аналогами, що забезпечує підвищення ефективності консервативної міомектомії за рахунок зменшення виразності злукоутворення на 40% та зменшення частоти розривів матки під час наступної вагітності в 2 рази завдяки більш повноцінній репарації рубця.
 9. Лікарський препарат: комбінація ферментів стрептокіназа та стрептодорназа у вигляді ректального супозиторія.
 10. Курс реабілітації після органозберігаючих операцій на матці з приводу лейоміоми матки.
 11. Згідно інструкції до використання ферментів стрептокіназа та стрептодорназа у вигляді ректального супозиторія.
 12. Можливі ускладнення не відрізняються від ускладнень, що вказані в інструкціях до застосування препаратів, які використовуються. Для запобігання цього необхідно ретельно вивчати наявність можливих протипоказань та вчасно виявляти побічні дії лікарських препаратів, що використовуються.
 13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. (0562) 31-22-57.
 14. Немає.
 15. Потапов В.О. (0562232265), Медведєв М.В. (0677378117).

Реєстр. № 9/1/14

1. **СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ГІПЕРГОМОЦИСТЕЇН-ІНДУКОВАНОЇ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ, ПЕРЕВАЖНО У ВАГІТНИХ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування шляхів подолання акушерської агресії та стратегії перинатального ризику для зниження материнських та перинатальних втрат», 0114U002262, 2014-2016 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2++В.
5. Патент 92642 України МПК А61К31/00 Спосіб корекції гіпергомоцистеїн-індукованої ендотеліальної дисфункції, переважно у вагітних// Дубоссарська З.М., Дука Ю.М., Ширінкіна Н.К. – Заявка №201403256; Заявл. 31.03.2014; Опубл. 26.08.2014. Бюл.16. (патент діє).
6. Немає.
7. Проводять корекцію гіпергомоцистеїн-індукованої ендотеліальної дисфункції, переважно у вагітних, шляхом застосування вітамінів В₆, В₁₂, фолієвої кислоти. Додатково застосовують тівортіну гідрохлорид як донатора оксиду азоту у дозі по 100 мл впродовж 7 днів внутрішньовенно крапельно, надалі – перорально тівортіну аспартат, з розрахунку по 5 мл, 4 рази на добу, впродовж 14 днів, комплекс вітамінів групи В по 1 пігулці на добу, а фолієву кислоту вводять у кількості 10 мг на добу, доводячи тривалість комплексного впливу до 2 курсів, у період з 12 по 14 та з 18 по 20 тижні вагітності.
8. Своєчасне застосування запропонованого способу лікування гіпергомоцистеїн-індукованої ендотеліальної дисфункції у вагітних дозволить покращити материнські і перинатальні результати, знизити ризики розвитку перинатальних ускладнень, що обумовлені гіпергомоцистеїнемією, наслідком якої є гіпертензивні порушення під час вагітності, гестаційний цукровий діабет, макросомія плоду, вади розвитку плоду, а також акушерські кровотечі. Посилення ефективності шляхом опрацювання можливостей використання сучасної фармакологічної основи призведе до поліпшення перебігу гестації на

- 65%, зниження ризиків перинатальних ускладнень і втрат у 2,5 рази, запобігання алергічних реакцій на 70%, тромбоцитопенії на 75% та гіпокальціємії на 60%.
9. Лабораторія, що оснащена устаткуванням для проведення ІФА і ПЛР, відповідні тест системи для ІФА і ПЛР.
 10. Спосіб лікування та профілактики рекомендований до застосування у жінок з гіпергомоцистемією.
 11. Немає.
 12. Немає.
13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. (0562) 31-22-51, (0562) 31-22-57.
14. Немає.
 15. Дубоссарська Ю.О., Дубоссарська З.М., Дука Ю.М., (0562685307).

Реєстр. № 10/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРПРОЛІФЕРАТИВНИХ СТАНІВ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ**
2. НДР «Розробка нових підходів до прогнозування, профілактики і лікування гормонозалежних захворювань жіночої репродуктивної системи», 0107U011888, 2008-2012 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель №85891.
6. Немає.
7. Сутність способу полягає в тому, що вперше використовують призначення комбінованого орального контрацептиву одночасно з агоністом гонадотропін-релізинг гормону протягом 6 місяців, що забезпечує меншу частоту рецидивів гіперпроліферативних станів органів малого тазу та більшу імовірність вагітності.
8. Перевагою запропонованої методики є підвищення частоти одужання від гіперплазії ендометрія в 1,8 рази; зменшення частоти рецидивів лейоміоми матки в 2,4 рази та гіперплазії ендометрія в 1,7 рази у порівнянні з монотерапією (аналоги).
9. Лікарські препарати: сучасний монофазний комбінований оральний контрацептив з гестагеном 2-3 покоління; одна з депо-форм агоністів гонадотропін-релізинг гормону.
10. Лікування гіперплазії ендометрія і/або ендометріозу після хірургічного етапу лікування лейоміоми матки (консервативної міомектомії).
11. Згідно інструкції до використання оральних контрацептивів і/або агоністів гонадотропін-релізинг гормону.
12. Можливі ускладнення не відрізняються від ускладнень, що вказані в інструкціях до застосування препаратів, які використовуються. Для запобігання цього необхідно ретельно вивчати наявність можливих протипоказань та вчасно виявляти побічні дії лікарських препаратів, що використовуються.
13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, телефон (0562) 31-22-57.
14. Немає.
15. Потапов В.О. (0562232265), Медведєв М.В. (0677378117), Донська Ю.В. (0677378117).

Реєстр. № 11/1/14

- СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ТРОМБОФІЛІЇ, ПЕРЕВАЖНО ПІД ЧАС ГЕСТАЦІЇ ТА ПІСЛЯ ПОЛОГІВ.**
- НДР «Наукове обґрунтування шляхів подолання акушерської агресії та стратегії перинатального ризику для зниження материнських та перинатальних втрат», 0114U002262, 2014-2016 рр.
- Акушерство та гінекологія.
- 2++В.
- Патент 92642 України МПК А61К31/00, А61К31/727, А61L33/00, А61P7/00, А61P15/04 Спосіб лікування та профілактики тромбофілії, переважно під час гестації та після пологів// Дука Ю.М., Ширінкіна Н.К. – Заявка №201403217; Заявл. 31.03.2014; Опубл. 26.08.2014. Бюл.16. (патент діє).
- Немає.
- Спосіб лікування та профілактики тромбофілії, переважно під час гестації та після пологів, включає проведення амбулаторної антикоагулянтної терапії з використанням 50-75 мг доз таблетованого пентосан полісульфату SP 54 як гепариноїда рослинного походження в режимі заданого числа його добових доз до нормалізації фізіологічних параметрів системи гемостазу. Додатково у першому триместрі перед початком лікування в стаціонарних умовах визначають вміст Д-дімера як маркера тромбофілії, концентрацію розчинних фібрин-мономерних комплексів у крові та реєструють вагу породіллі. Якщо нагромадження Д-дімера або розчинних фібрин-мономерних комплексів перевищують 0,5 мкгФЕО/мл або 0,2 мг/л, відповідно, роблять підшкірні ін'єкції фраксипарину як низькомолекулярного гепарину з розрахунку по 0,3-0,6 мл/добу під стаціонарним контролем рівнів тромбоцитів і кальцію, через кожні 5 і 14 днів, відповідно, до нормалізації показників тромбінемії, а з 12 тижня вагітності, якщо значення Д-дімера, або розчинних фібрин-мономерних комплексів, або вага породіллі за розрахунковим індексом перевищуватимуть 1,5 мкгФЕО/ мл, або 0,6 мг/л, або 34,9 кг/м², відповідно, застосовують пентосан полісульфат SP 54 у кількості 2 добових доз та призначають кальцемін адванс як стимулятор фосфорно-кальцієвого обміну по 1 пігулці на добу, за умов, що рівні тромбоцитів і кальцію підтримують на рівні $\geq 180 \times 10^9/\text{л}$ і 2,20-2,55 ммоль/л, відповідно.
- Застосування НМГ в якості базового препарату в комплексі профілактичних заходів з ранніх термінів вагітності (у пацієток зі звичним невиношуванням вагітності, що зумовлене тромбофілічним станом, і високим рівнем молекулярних маркерів тромбофілії - Д-дімер, розчинні фібрин-мономерні комплекси), з наступним переходом з 12 тижнів вагітності на таблетовану форми рослинного гепариноїду пентосану полісульфату дозволяє мінімізувати терміни антикоагулянтної терапії та попередити повторні репродуктивні втрати. Надання своєчасної короткочасної антикоагулянтної терапії, особливо коли вагітність планується на фоні предгравідарної підготовки, з метою профілактики повторних репродуктивних втрат, починаючи з фертильного циклу, на етапі першої хвилі інвазії цитотрофобласту дає змогу запобігти недостатності глибини інвазії трофобласту і, як наслідок, попереджає формування неповноцінної плацентації, а також дозволяє мінімізувати строки застосування антикоагулянтної терапії.
- Лабораторія, що оснащена устаткуванням для проведення ІФА і ПЛР, відповідні тест системи для ІФА і ПЛР.
- Загроза невиношування вагітності, що зумовлена підвищенням коагулянтного

- потенціала.
11. Немає.
 12. Немає.
 13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. (0562) 31-22-51, (0562) 31-22-57.
 14. Немає.
 15. Дубоссарська Ю.О., Дубоссарська З.М. (0562685307), Дука Ю.М. (0562685262).

Реєстр. № 12/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ.**
2. НДР «Розробка нових підходів до діагностики, лікування, прогнозування і профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у вагітних», 0111U002792, 2011-2013 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель № 59264.
6. Немає.
7. Сутність способу полягає у визначенні алельного поліморфізму гену параоксонази-1 192 Q→R, коефіцієнтів атерогенності та ПОЛ-АОЗ, і при наявності генотипу 192 QR, 192 QQ, коефіцієнту атерогенності менше ніж 2,8; коефіцієнту АОЗ-ПОЛ більше ніж 1,3 прогнозується відсутність схильності до розвитку прееклампсії.
8. Перевагою запропонованої методики є визначення індивідуальної схильності до розвитку прееклампсії, що дозволяє обрати тактику ведення вагітної, знизити материнську та перинатальну захворюваність.
9. Комплект реагентів «SNP-експрес» для визначення алельного поліморфізму гену параоксонази 1 192 Q→R, апарат для проведення полімеразної ланцюгової реакції, камера для горизонтального електрофорезу продуктів ампліфікації, апарат для спектрофотометрії, біохімічний аналізатор.
10. Вагітні або жінки на етапі планування вагітності з гіпертонічною хворобою, прееклампсією в сімейному або особистому анамнезі; з антенатальною загибеллю плода, передчасними пологам, передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, перинатальними втратами, як ускладненнями прееклампсії.
11. Протипоказань до застосування немає.
12. Можливим ускладненням може бути хибно позитивне прогнозування розвитку прееклампсії. Для запобігання цього необхідно напередодні взяття крові для аналізу дотримуватися дієти: не вживати жирну їжу, а кров здавати вранці, натще.
13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, телефон (0562) 31-22-57.
14. Немає
15. Потапов В.О. (0562232265), Воронін К.В. (0562232265), Лоскутова Т.О. (0675230111).

Реєстр. № 13/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГЛАДКОМ'ЯЗОВИХ ПУХЛИН ТІЛА МАТКИ НА ОСНОВІ БІОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ПУХЛИНИ**
2. НДР «Розробка нових підходів до прогнозування, профілактики і лікування гормонозалежних захворювань жіночої репродуктивної системи», 0107U011888, 2008-2012 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель № 67237.
6. Немає.
7. Сутність способу полягає в тому, що вперше використано маркери Ki-67, ER, PGR, p53, p21, bax, VEGF, TSP, CD34 у тканині сполучнотканинних пухлин матки перед початком лікування, що дозволило з чутливістю та специфічністю 100% діагностувати тип пухлини та призначити адекватне хірургічне або медикаментозне лікування, виконавши радикальну операцію 17,6% жінкам із злюккісною пухлиною.
8. Перевагою запропонованої методики у порівнянні з аналогами є створення надійного методу діагностики пухлин матки з точністю, що наближається до 100%, відтворюваного, який дозволяє обрати вірну лікувальну тактику та значно підвищити якість лікування, знизити захворюваність і смертність у жінок з сполучнотканинними пухлинами матки.
9. Набори антитіл Ki-67, ER, PGR, p53, p21, bax, VEGF, TSP, CD34 в умовах імуногістохімічної лабораторії. Апарат ультразвукової діагностики. Набір для біопсії солідних пухлин.
10. Лейоміома тіла матки у жінок, які бажають зберегти репродуктивну функцію з ознаками, що дозволяють запідозрити малігнізацію: швидкий ріст, патологічне кровопостачання пухлини, МРТ-ознаки малігнізації.
11. Радикальний об'єм оперативного лікування, що планується. Беззаперечні ознаки малігнізації з поширенням пухлини за межі матки.
12. Можливі ускладнення під час пункції пухлини: кровотеча (менш ніж 1%), травма сечового міхура або кишківника (менше 1%).
13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. (0562) 31-22-57.
14. Немає.
15. Потапов В.О. (0562232265), Шпонька І.С. (0677378117), Медведєв М.В. (0677378117).

Реєстр. № 14/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ**
2. НДР «Розробка нових підходів до діагностики, лікування, прогнозування і профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у вагітних», 0111U002792, 2011-2013 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель №78588.
6. Немає.
7. Сутність способу полягає у визначенні алельного поліморфізму генів протромбіну 20210 G→A, ангіотензиногену II 235 M→T, і при наявності генотипів 20210 GA протромбіну та 235TT ангіотензиногену II або 20210 AA протромбіну та 235TT ангіотензиногену прогнозується ризик розвитку

- ускладнень у вагітної з прееклампсією. В групі високого ризику розвитку ускладнень розродження рекомендовано протягом 5 діб і/або за наявності ознак погіршення стану матері або плода та після проведення профілактики респіраторного дистрес синдрому плода. В групі низького ризику розвитку ускладнень вагітність пролонгують, здійснюючи стандартне лікування прееклампсії, під контролем клініко-лабораторних показників, загального стану вагітної, функціонального стану плода.
8. Перевагою запропонованої методики є можливість виявити вагітних із високим ризиком розвитку ускладнень та визначити строк можливого подовження вагітності для запобігання розвитку тяжких ускладнень.
 9. Реагент «ДНК-експрес-кров» для виділення геномної ДНК із лейкоцитів цілісної крові людини, комплект реагентів «SNP-експрес» для визначення алельного поліморфізму генів протромбіну 20210 G→A, ангіотензиногену ІІМ→Т, апарат для проведення полімеразної ланцюгової реакції, камера для горизонтального електрофорезу продуктів ампліфікації.
 10. Прееклампсія легкого або середнього ступеня тяжкості.
 11. Протипоказань до застосування немає.
 12. Можливим ускладненням може бути хибно позитивне або хибно негативне прогнозування розвитку ускладнень. Для запобігання цього необхідно визначення стану плода (доплерометрія, кардіотокографія), стану матері, точна діагностика ступеня тяжкості прееклампсії у відповідності до наказу МОЗ України № 676.
 13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. (0562) 31-22-57.
 14. Немає.
 15. Потапов В.О. (0562232265), Воронін К.В. (0562232265), Лоскутова Т.О. (0675230111).

Реєстр. № 15/1/14

1. СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЦИСТОЦЕЛЕ.

2. НДР «Розробка нових підходів до діагностики, лікування реабілітації та організації надання медичної допомоги при гінекологічній патології із застосуванням нових та малоінвазивних медичних технологій», 0112U002831, 2010-2015 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель № 81494.
6. Немає.
7. Сутність способу полягає в тому, що спосіб хірургічного лікування цистоцеле включає проведення вагінальної гістеректомії чи без неї. Відшаровують передню стінку піхви в сторони від сечового міхура. Викроюють імплант із сітчастого синтетичного матеріалу. Вводять імплант лямбдоподібної форми, верхівка якого фіксується до сечостатевої фасції в області проксимального відділу уретри, а рукава форми у вигляді слінгу проводяться в підготовлені тунелі в зонах задньої поверхні затульних отворів по напрямку до остистих відростків сідничних кісток.
8. Покращить якість та результат хірургічного лікування пацієнтів з цистоцеле, особливо при рецидивних формах пролапсу переднього сегмента піхви, шляхом зміни форми імпланту. Скорочення часу операції та термінів стаціонарного лікування зменшує частоту повторних рецидивів з 25,3 % до 3,8 %; кількість

- післяопераційних ускладнень – на 19,4 %; скорочує терміни стаціонарного лікування – на 58,2 %.
9. Проленова сітка розміром 10X15 см із індексом «Soft» (найбільш м'яка).
 10. Опущення і випадіння внутрішніх статевих органів. Рецидиви після піхвових операцій або після операцій спрямованих на корекцію пролапсу переднього сегмента піхви.
 11. Наявність запального процесу в зоні імплантації.
 12. Можливою помилкою може бути неправильне розміщення імпланта в клітковинному просторі між стінкою піхви і стінкою сечового міхура, що може привести до зміщення імпланта, або його скручування і втрати результату операції. Також до можливих ускладнень слід віднести формування пролежнів слизової піхви та стінки сечового міхура в зоні імплантації. Для запобігання цього ускладнення необхідно ретельно дотримуватися методики розміщення імпланта та відновлення слизової піхви.
 13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. (0562) 31-22-57.
 14. Немає.
 15. Потапов В.О. (0562232265), Банахевич Р.М. (0675620947), Акімова К.Б. (0673967522).

Реєстр. № 16/1/14

1. **СУЧАСНИЙ ПАТОГЕНЕТИЧНО ОБУМОВЛЕНИЙ АЛГОРИТМ ОБСТЕЖЕННЯ ВАГІТНИХ ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ НА ТЛІ НАДМІРНОЇ ВАГИ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування шляхів подолання акушерської агресії та стратегії перинатального ризику для зниження материнських та перинатальних втрат», 0114U002262, 2014-2016 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2++В.
5. Інформаційний лист «Патогенетично обґрунтований алгоритм обстеження вагітних зі звичним невиношуванням вагітності»//Дубоссарська З.М., Дука Ю.М., Ширінкіна Н.К. – Випуск 6 з проблеми «Акушерство та гінекологія», 2014.
6. Немає.
7. На підставі методу полімеразної ланцюгової реакції, у сукупності з іншими клініко-лабораторними та функціональними дослідженнями, затвердженими Наказами МОЗ України, у жінок із загрозою невиношування вагітності або зі звичним невиношуванням вагітності проводять виключення або підтвердження вродженої тромбофілії шляхом проведення в них досліджень на 12 генетичних варіантів, асоційованих зі схильністю до підвищеного тромбоутворення, за допомогою комплекту реагентів для визначення генетичних поліморфізмів методом ПЛР у режимі реального часу. За результатами дослідження визначається необхідність проведення патогенетичної терапії, що дозволить на ранніх термінах вагітності покращити процеси імплантації, інвазії трофобласта і плацентації; на пізніших термінах - запобігти тромбуванню судин плаценти і макротромбозів у матері.
8. Впровадження сучасного патогенетично обумовленого алгоритму обстеження дозволить покращити материнські і перинатальні результати, знизити ризики розвитку перинатальних ускладнень, що включають гіпертензивні порушення під час вагітності, гестаційний цукровий діабет, макросомію плоду, будучи

- причиною розродження шляхом операції кесаревого розтину, а також акушерські кровотечі.
9. Лабораторія, що оснащена устаткуванням для проведення ІФА і ПЛР, відповідні тест системи для ІФА і ПЛР.
 10. Загроза невиношування вагітності, звичне невиношування вагітності на фоні надмірної ваги.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. (0562) 31-22-51, 31-22-57.
 14. Немає.
 15. Дубоссарська Ю.О., Дубоссарська З.М. (0562685307), Дука Ю.М. (0562685262).

Реєстр. № 17/1/14

1. **МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ДИСБІОЗУ ПІХВИ У ВАГІТНИХ З НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ.**
2. НДР «Вивчення стану репродуктивного здоров'я жінок Львівсько-Волинського регіону і корекція виявлених порушень», 0110U000125, 2011-2015 рр.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2 +, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Інформаційний лист №29-2014 «Метод комплексного лікування дисбіозу піхви у вагітних з невиношуванням вагітності».
8. Суть даного методу: лікування дисбіозу піхви у вагітних з невиношуванням вагітності відбувається у два етапи: I етап – протиінфекційна терапія з призначенням антибіотиків системної та місцевої дії з курсом лікування 6–12 днів. Вибір антибактеріального препарату визначається чутливістю мікрофлори піхви до нього. II етап – продовжуємо відновлювати мікробіоценоз піхви протягом 6–12 днів пробіотиком – біоентеросептиком для перорального використання, що містить активний інгредієнт – поліантибіотикорезистентні спори штамів *Bacillus clausii*.
9. Упровадження даного методу лікування дисбіозу піхви забезпечить нормальний перебіг вагітності у вагітних з невиношуванням шляхом нормалізації мікробіоценозу піхви пробіотиком Вагітні, що мали ознаки невиношування вагітності не потребують подальшого стаціонарного лікування та якість життя таких пацієнток є повноцінне.
10. Лабораторне обладнання, різноманітні спеціальні тести, УЗД, пробіотик–біоентеросептик для перорального використання, що містить активний інгредієнт – поліантибіотикорезистентні спори штамів *Bacillus clausii*.
11. Дисбактеріоз піхви.
12. Протипоказань до застосування не встановлено.
13. Не передбачається.
14. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, тел. (032)2553129.
15. Пирогова В.І., Щурук Н.В. (0979087391).

Реєстр. № 18/1/14

1. **АЛГОРИТМ КОМБІНОВАНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ СУБМУКОЗНОГО РОЗТАШУВАННЯ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ.**
2. НДР «Удосконалення малоінвазивних методів хірургічного лікування окремих захворювань судин, суглобів, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, носоглотки, щитоподібної та прищитоподібних залоз, зокрема на основі нанобіосенсорних технологій», 0114U002120.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Алгоритм комбінованого оперативного лікування міоми матки субмукозного розташування передбачає використання лапароскопії з гістероскопічної чи гістероскопії з лапароскопічної асистенцією, накладання ендоскопічних швів на стінку матки під гістероскопічним контролем. в ситуаціях, які потребують об'єктивної оцінки спроможності стінки матки у ділянці видаленого вузла.
8. Медичний - знижує інтраопераційну крововтрату, зменшує обсяг інфузійної терапії, дозволяє швидко відновити та покращити перфузію крові в мікроциркуляторном руслі міометрія та ендометрію, шляхом збереженням відносної кількості функціонуючих судин в зоні альтерації; соціальний - відновлює репродуктивну функцію жінки та покращує якість життя пацієнтці; економічний - зменшує тривалості перебування хворих у стаціонарі після оперативного лікування.
9. Наявність сертифікованого обладнання та кваліфікованого персоналу для проведення гістеро та лапароскопій.
10. Субмукозну міома матки.
11. Гострі інфекційно-запальні процеси внутрішніх статевих органів, дифузний аденоміоз, міома матки розміром більш 12 тиж., рак ендометрія, рак шийки матки.
12. Перфорація матки, синдром водного перевантаження («ТУР-синдром»), інтраопераційна кровотеча, газова емболія, набряк мозку, набряк легенів, гіпотермія, ДВС, анафілаксія.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
14. Немає.
15. Хабрат Б.В., Хабрат А.Б., Литвак О.О., Лисенко Б.М. (0505106994).

Реєстр. № 19/1/14

1. **СПОСІБ ГЕСТАЦІЙНОЇ ПІДТРИМКИ ВАГІТНИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.**
2. НДР «Удосконалення малоінвазивних методів хірургічного лікування окремих захворювань судин, суглобів, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, носоглотки, щитоподібної та прищитоподібних залоз, зокрема на основі нанобіосенсорних технологій», 0114U002120.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Суть запропонованого способу гестаційної підтримки вагітних з метаболічним синдромом полягає в призначенні жінкам в I триместрі вагітності, з метою

- усунення підтверджених клініко-лабораторно-інструментальними методами симптомів загрози переривання вагітності, терапії у вигляді: гестагенвмісного препарату «Лютеїна» по 100 мг. по 2 таб на ніч вагінально на 10 днів, потім препарат «Лютеїна» по 200 мг. по 2 таб на добу, сублінгвально до 12 тиж. вагітності та підтримуюча доза після зникнення симптоматики загрози переривання вагітності по 200 мг. по 2 таб. на добу, сублінгвально до 16 тиж.
8. Медичний - використання корисної моделі дозволяє отримати наступний результат: за рахунок комплексного застосування гестагенвмісного препарату «Лютеїна», забезпечити усунення симптомів загрози переривання вагітності в I триместрі та зменшити побічні ефекти на обмінно-метаболічний гомеостаз організму жінки, так як метаболічно стабільний прогенстерон у складі препарата «Лютеїна» характеризується відсутністю метаболізму впливу на вуглеводний обмін; соціальний - відновлює репродуктивну функцію жінки та покращує якість життя пацієнтці; економічний - зменшує тривалості перебування хворих у стаціонарі.
 9. Немає.
 10. Маткова вагітність I-й триместр, загроза переривання вагітності.
 11. Хронічна печінкова та ниркова недостатність, порушення реологічних властивостей крові та системи гемостазу, гіперчутливість до діючих речовин будь-якого препарату комплексної терапії.
 12. Ускладнення зв'язані з порушенням схеми призначення – вагінальна кровотеча, спонтанне переривання вагітності.
 13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
 14. Кафедра акушерства та гінекології №1 Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.
 15. Гопчук О.М., Литвак О.О., Хабрат Б.В., Хабрат А.Б., Селіваненко М.І., Лисенко Б.М. (0505106994).

Реєстр. № 20/1/14

1. **СПОСІБ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ЖІНОК З ЗОВНІШНІМ ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ.**
2. НДР «Удосконалення малоінвазивних методів хірургічного лікування окремих захворювань судин, суглобів, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, носоглотки, щитоподібної та прищитоподібних залоз, зокрема на основі нанобіосенсорних технологій», 0114U002120.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Суть запропонованого нововведення полягає в призначенні жінкам репродуктивного віку якості консервативного методу лікування зовнішнього геніального ендометріозу оригінального комплексу природних фітоестрогенів та антиоксидантів Індоміролом по 2 капсули 2 рази на добу після їжі з 7-го дня після операції протягом 6 міс., в склад якого включені: Індол-3-карбінол (І-3-С) - натуральна речовина, яка перешкоджає розвитку естроген-залежних гіперпроліферативних процесів, шляхом нормалізації співвідношення процесів ангіогенезу, проліферації, апоптоза та адгезії і клітинної інвазії; діндолілметан (DIM), що складається з двох молекул індол-3-карбінолу та має більш виразні антиестрогенні властивості, більшу біологічну доступність завдяки полімерної молекулярної структури та посилює його активність в організмі у порівнянні із

- мономерною формою; ресвератрол – природний поліфенол, що пригнічує процеси окислення, приймає участь в детоксикації, шляхом нейтралізації дії вільних радикалів, завдяки активації антоксидантних та антигіпоксантичних тканинних ферментів.
8. Медичний - пригнічує активність ектопічного ендометрії в ендометріальних вогнищах; соціальний - покращує якість життя пацієнці; економічний - зменшує тривалості перебування хворих на лікарняному листі.
 9. Немає.
 10. Хворих з зовнішнім генітальним ендометріозом.
 11. Гострі інфекційно-запальні процеси внутрішніх статевих органів, гіперчутливість до діючих речовин будь-якого компоненту комплексної препарату.
 12. Порушенням схеми призначення.
 13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
 14. Немає.
 15. Хабрат Б.В., Хабрат А.Б., Наустинна Л.С., Литвак О.О., Лисенко Б.М. (0505106994).

Реєстр. № 21/1/14

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВІВ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ.**
2. НДР «Удосконалення малоінвазивного хірургічного лікування та знеболення при захворюваннях черевної стінки, кишечника, жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, нирок та сечовивідних шляхів, матки, вен, хребта та органу слуху в умовах хірургічного стаціонару короткострокового перебування», 0109U006608.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+, С.
5. Пат.на корисну модель № 90626 Україна, МПК А61К 38/22. Заявник та патентовласник Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.06.2014, Бюл. № 11/2014.
6. Немає.
7. Суть запропонованого нововведення полягає в призначенні жінкам репродуктивного віку після оперативного втручання, з метою усунення епізодів рецидивування геніального ендометріозу, комплексної терапії у вигляді: низькодозований монофазний препарат «Силует», призначають з 1-го дня менструації після оперативного втручання по 1 таблетці один раз на добу протягом 63 діб без перерви, 7 діб препарат не приймають, після чого прийом препарату продовжують протягом шести 28-ми денних циклів по одній таблетці 1 раз на добу, щодня протягом 21 дня, 7 діб препарат не приймають; препарат фібринолітичної та протеолітичної дії «Біострепту» призначають у формі ректальних супозиторіїв один раз на добу з 4-го дня після оперативного втручання протягом 1 місяця; препарат протизапальної та імуномодельючої дії «Ехінацея-композитум» призначають внутрішньом'язово по 2 мл один раз на добу протягом 7 днів з 1-го, з 60-го та з 120-го дня після оперативного втручання; препарат противірусної дії «Циклоферон» призначають по 250 мг внутрішньом'язово на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23 добу дня після оперативного втручання, лікування продовжують за схемою підтримання з введенням один раз на п'ять днів, протягом чотирьох тижні; препарат ангіопротекторної дії

«Гіотриозолін» призначають по 0,1 г внутрішньовенно з 1-го дня після операції протягом 3 днів та по 100 мг. перорально тричі на добу протягом 14 днів з 4-го, 60-го та 120-го дня після оперативного втручання; препарат антигіпоксантаної та антиоксидантної дії «Кверцетин» призначають по 1 г. три рази на добу з 4-го дня після оперативного втручання протягом 6 місяців.

8. Медичний - здійснює пригнічення аутопаракринного механізму регуляції росту ендометриодних вогнищ та протизапальну та регенеративну дію на ендометрій; соціальний - відновлює репродуктивну функцію жінки та покращує якість життя пацієнтці; економічний - зниження матеріальних витрат на реабілітацію.
9. Немає.
10. Генітальний ендометріоз
11. Хронічна печінкова та ниркова недостатність, порушення реологічних властивостей крові та системи гемостазу, гіперчутливість до діючих речовин будь-якого препарату комплексної терапії.
12. Ускладнення зв'язані з порушенням схеми призначення – головний біль, запаморочення, диспепсичні явища, «кровотечі прориву», депресії, зниження лібідо.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
14. Немає.
15. Хабрат Б.В., Хабрат А.Б., Литвак О.О., Лисенко Б.М. (0505106994).

Реєстр. № 22/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ДОБРОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.**
2. НДР «Прогнозування, профілактика, лікування та реабілітація доброякісних захворювань матки та додатків у жінок різного віку з ендокринною патологією», 0113U002703.
3. Акушерство і гінекологія, ендокринологія.
4. 2+, В.
5. Патент України на корисну модель № 92269, зареєстрований в Держреєстрі патентів України на корисні моделі 11.08.2014 р.
6. Немає.
7. Спосіб відноситься до акушерства і гінекології і може знайти широке застосування у діагностиці доброякісних захворювань матки у жінок репродуктивного віку. Збереження репродуктивної функції у жінок фертильного періоду на сьогоднішній час являє собою одну з основних задач гінекології. Основними патогенетичними ланками розвитку доброякісних захворювань матки є порушення балансу у гіпоталамо-гіпофізо-яєчниковій системі, включаючи ФСГ, ЛГ, пролактин, прогестерон та естрогени, а також особливості рецепторного апарату до стероїдних гормонів та формування локальних автономних механізмів підтримки росту (локальна продукція естрогенів із андрогенів). Досить частою ендокринологічною проблемою є метаболічний синдром. На сьогоднішній день під метаболічним синдромом розуміють поєднання цілого ряду патологічних феноменів, до яких належать порушення толерантності до вуглеводів чи цукровий діабет 2-ого типу, дисліпідемію, артеріальну гіпертензію та абдомінальний тип ожиріння. Більшість дослідників на сьогоднішній день вважають, що в основі патогенезу метаболічного синдрому лежить інсулінорезистентність. Одночасно однією з причин гіперестрогенемії, одного з патогенетичних факторів розвитку доброякісних захворювань матки є також інсулінорезистентність. Спосіб діагностики доброякісних захворювань

- матки у жінок репродуктивного віку, що передбачають комплексне обстеження, включаючи імуногістохімічне дослідження ендометрію та лейоматозних вузлів з виявленням рецепторів до прогестерону, естрадіолу та андрогенів дозволяє підвищити ефективність лікування та профілактики виникнення рецидивів доброякісних захворювань матки у жінок репродуктивного віку з метаболічним синдромом.
8. Застосування способу дозволяє підвищити ефективність лікування та профілактики доброякісних захворювань матки у жінок репродуктивного віку з метаболічним синдромом, зберегти та виконати репродуктивну функцію.
 9. 10% забуферений формалін (pH 7,4); гематоксилін та еозин; первинні антитіла до естрогенів (Estrogen Receptors), прогестерону (Progesteron Receptors) та андрогенів (Androgen receptors); системи візуалізації з діамінобензидином; мікроскоп, цифрова камера та програмного забезпечення.
 10. Діагностика доброякісних захворювань матки у жінок репродуктивного віку з метаболічним синдромом.
 11. Немає.
 12. Можлива недостатня профарбованість гістологічного матеріалу. З метою усунення цього використовують дофарбування гематоксиліном Майєра.
 13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин, Кловський узвіз, 13-А, м. Київ, 01021.
 14. Немає.
 15. Яроцький М.Є., Дем'яненко Л.В. (0442545462).

Реєстр. № 23/1/14

1. **СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНИМ БЕЗПЛІДДЯМ ЗАПАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ.**
2. НДР «Оптимізація методик діагностики, ендоскопічної допомоги та реабілітації пацієнток з захворюваннями додатків матки», 0112U000974, 2012 – 2015 рр.
3. Акушерство і гінекологія
4. 2++, В.
5. Козуб М.І., Риженко Ю.В. «Сучасний погляд на утворення спайкового процесу у жінок з трубно – перитонеальним безпліддям»/ Сборник научных трудов конференции с международным участием «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии», м. Харків, 04.10.2013 р. . – с. 71 – 77.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб лікування хворих з трубно-перитонеальним безпліддям запального генезу включає застосування під час лапароскопічної операції радіохвильової енергії для розсічення спайок та виконання сальпінгостомії, фімбріопластики маткової труби потужністю 50 – 60 Вт, аплікацію на поверхню зон роз'єднання спайок протиспайкового гелю, що розсмоктується, - 4% водний розчин натрієвої солі карбоксиметилцелюлози та комплекс післяопераційної реабілітаційної терапії, яка включає застосування з 1 – ї по 9 – ту добу післяопераційного періоду ректально свічки – поєднання стрептокінази та стрептодорнази за схемою, застосування ультразвуку потужністю 0,5 Вт/см² тривалістю 15 хвилин, внутрішньо маткового електрофорезу з застосуванням кон'югату гіалуронідази №10 – по дерматопарамібній методиці та стимуляції скоротливої функції маткової труби.
8. Підвищення ефективності лікування шляхом зниження частоти розвитку спайкового процесу та покращення репродуктивної функції у хворих з трубно-перитонеальною формою безпліддя за рахунок забезпечення мінімальної

- травматизації тканин маткової труби та впливу на ендосальпінгс, порушення кровообігу у маткових трубах і їх скоротливої функції.
9. Лапароскопічне обладнання та інструментарій; стерильний протиспайковий гель – 4% водний розчин натрієвої солі карбоксиметилцелюлози, ректальні свічки - поєднання стрептокінази та стрептодорнази, кон'югат гіалуронідази, фізіотерапевтичне обладнання: апарат комбінований, апарат для електрофорезу, апарат для стимуляції скоротливої функції маткових труб.
 10. Трубно-перитонеальне безпліддя запального генезу.
 11. Індивідуальна чутливість до препаратів.
 12. Виконання лапароскопічних втручань згідно з Наказом МОЗ України від 31.12.2004р. № 676.
 13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58.
 14. Немає.
 15. Козуб М.І., Риженко Ю.В., (0504060727).

Реєстр. № 24/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ З ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ТА ГІНЕКОЛОГІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ.**
2. НДР «Діагностика та лікування порушень жіночої статеві системи в пубертатному і репродуктивному віці», 0111U001399.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 66825 U, UA, МПК: А61К 31/00. Спосіб лікування дівчат-підлітків з вегетативною дисфункцією та гінекологічними порушеннями / Григорова І.А., Тучкіна М.Ю., Тучкіна І.О.; ХНМУ. – Заявка № u201105503; Заявл. 29.04.2011; Опубл. 25.01.2012, Бюл.№ 2.
6. Розроблено спосіб лікування вегетативної дисфункції для дівчат-підлітків з гінекологічними порушеннями, хворим на вегетативну дисфункцію за симпатичним типом, парасимпатичним типом та за змішаним типом з пубертатною матковою кровотечею, дисменореєю та гіпоменструальним синдромом
7. Спосіб лікування вегетативної дисфункції, що включає призначення фармакологічних та фізіотерапевтичних засобів: дівчатам-підліткам з гінекологічними порушеннями, хворим на вегетативну дисфункцію за симпатичним типом з пубертатною матковою кровотечею та з дисменореєю призначають мексидол внутрішньом'язово по 2,0 мл 1 раз на день, № 10, під час лікування в стаціонарі, а потім по 125-250 мг 1-2 рази на добу протягом місяця - амбулаторно, адаптол по 300 мг 2-3 рази на добу від 14 до 30 днів, нейрорубін внутрішньом'язово по 3,0 мл 1 раз через день, № 5, під час лікування в стаціонарі, фолію по 1 таблетці внутрішньо 1 раз на добу, починаючи зі стаціонару та продовжуючи амбулаторно, усього 1-3 місяці, кисневий коктейль, електросон, гіперболічну оксигенацію (ГБО), а хворим з гіпоменструальним синдромом призначають мексидол внутрішньом'язово по 2,0 мл 1 раз на день, № 10, під час лікування в стаціонарі, а потім по 125-250 мг 1-2 рази на добу протягом місяця - амбулаторно, профіміг по 0,5 мг на добу ввечері 10-14 днів в умовах стаціонару із подальшим прийомом амбулаторно зі зниженням дози вдвічі - до місяця, персен по 1 капсулі внутрішньо 3 рази на добу 1 місяць, провен по 30-40 крапель на 50-100 мл води в залежності від ступеня порушень за 20 хвилин до їжі або через 20 хвилин після їжі, один-два рази на день, курсом 3 тижні з повторним курсом після двотижневої перерви, нейрорубін

внутрішньом'язово по 3,0 мл 1 раз через день, № 5, під час лікування в стаціонарі, фолію по 1 таблетці внутрішньо 1 раз на добу, починаючи зі стаціонару та продовжуючи амбулаторно, усього 1-3 місяці, кисневий коктейль, ГБО, ванни хвойні, масаж кінцівок рук, комірцевої зони, загальний масаж; дівчатам-підліткам з гінекологічними порушеннями, хворим на вегетативну дисфункцію за парасимпатичним типом з пубертатною матковою кровотечею призначають мексидол внутрішньом'язово по 2,0 мл 1 раз на день, № 10, під час лікування в стаціонарі, а потім по 125- 250 мг 1-2 рази на добу протягом місяця - амбулаторно, афобазол по 1 таблетці 2-3 рази на добу від 14 до 30 днів, нейрорубін внутрішньом'язово по 3,0 мл 1 раз через день, № 5, під час лікування в стаціонарі, фолію по 1 таблетці внутрішньо 1 раз на добу, починаючи зі стаціонару та продовжуючи амбулаторно, усього 1-3 місяці, кисневий коктейль, електросон, ГБО, електрофорез на комірцеву зону із кальцієм та бромом, хворим з дисменореєю - мексидол по 1 таблетці 1-2 рази в день 1 місяць, тонокан внутрішньо по 40 мг 3 рази на день або у вигляді розчину: 1 мл 3 рази на день, курсами по 1-3 місяці, при лікуванні астеничних станів - по 80 мг 3 рази на день, елеутерокок по 15-20 крапель внутрішньо 3 рази на добу 2-3 тижні, нейробіон по 1 таблетці 2 рази на добу в умовах стаціонару, лікування продовжується амбулаторно, усього протягом місяця, фолію по 1 таблетці внутрішньо 1 раз на добу, починаючи зі стаціонару та продовжуючи амбулаторно, усього 1-3 місяці, кисневий коктейль, ГБО, ванни перлинні, підводний душ-масаж, масаж загальний, а хворим з гіпоменструальним синдромом призначають мексидол по 1 таблетці 1-2 рази на добу 1 місяць, актовегін по 1 таблетці 2-3 рази на добу 1 місяць, фітосед по 1 капсулі внутрішньо 3 рази на добу 1 місяць, нейробіон по 1 таблетці 2 рази на добу в умовах стаціонару, лікування продовжується амбулаторно, усього протягом місяця, фолію по 1 таблетці внутрішньо 1 раз на добу, починаючи зі стаціонару та продовжуючи амбулаторно, усього 1-3 місяці, кисневий коктейль, ГБО, душ циркулярний, ванни хлоридно-натрієві, підводний душ-масаж, масаж комірцевої зони, загальний масаж; дівчатам-підліткам з гінекологічними порушеннями, хворим на вегетативну дисфункцію за змішаним типом з пубертатною матковою кровотечею призначають мексидол по 1 таблетці 1-2 рази на добу 1 місяць, афобазол по 1 таблетці 1-2 рази на добу 1 місяць, нейробіон по 1 таблетці 2 рази на добу в умовах стаціонару, лікування продовжується амбулаторно, усього протягом місяця, фолію по 1 таблетці внутрішньо 1 раз на добу, починаючи зі стаціонару та продовжується амбулаторно, усього 1-3 місяці, кисневий коктейль, електросон, ГБО, масаж кінцівок рук, хворим з дисменореєю - беласпон по 1 таблетці 3 рази на добу 10 днів, 2 рази на добу 10 днів, 1 раз на добу 10 днів, тонгінал на початку лікування для швидкого полегшення симптомів, 8-10 крапель через кожні півгодини, потім по 10 крапель 3 рази на добу, нейробіон по 1 таблетці 2 рази на добу в умовах стаціонару, лікування продовжується амбулаторно, усього протягом місяця, фолію по 1 таблетці внутрішньо 1 раз на добу, починаючи зі стаціонару та продовжуючи амбулаторно, усього 1-3 місяці, кисневий коктейль, ГБО, масаж душ циркулярний, вихрові ванни для ніг, а хворим з гіпоменструальним синдромом призначають мексидол по 1 таблетці 1-2 рази на добу 1 місяць, профіміг по 0,5 мг на добу ввечері 10-14 днів в умовах стаціонару із подальшим прийомом амбулаторно зі зниженням дози вдвічі - до місяця, фітосед по 1 капсулі внутрішньо 3 рази на добу 1 місяць, нейробіон по 1 таблетці 2 рази на добу в умовах стаціонару, лікування продовжується амбулаторно, усього протягом місяця, фолію по 1 таблетці внутрішньо 1 раз на добу, починаючи зі стаціонару та продовжуючи амбулаторно, усього 1-3 місяці, кисневий коктейль,

- ГБО, душ циркулярний, ванни вихрові для ніг та кінцівок рук, підводний душ-масаж, масаж комірцевої зони, загальний масаж.
8. Медичні - підвищення ефективності лікування поєднаного перебігу вегетативної дисфункції та гінекологічних порушень у дівчат-підлітків. Соціальні – профілактика порушень репродуктивної функції та підвищення якості життя дівчат-підлітків. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 12,42 грн. на лікування 1 дівчини-підлітка з вегетативною дисфункції та гінекологічними порушеннями у дівчат-підлітків за рахунок зниження ліжко-днів на 11,3 %. Пропускна здатність гінекологічного відділення – 1879 хворих на рік, економічний ефект складає 18198 грн. на рік.
 9. Лікарські засоби та устаткування для фізіотерапії.
 10. Поєднаний перебіг вегетативної дисфункції та гінекологічних порушень у дівчат-підлітків.
 11. Немає.
 12. Порушення технології виконання.
 13. Харківський національний медичний університет.
 14. Немає.
 15. Тучкіна І.О., Тучкіна М.Ю., Григорова І.А. (0958678631).

Реєстр. № 25/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДІВЧАТ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ САЛЬПІНГООФОРИТУ, ЕРОЗІЇ ШИЙКИ МАТКИ ТА ВУЛЬВОВАГІНІТУ.**
2. НДР «Діагностика та лікування порушень жіночої статевої системи в пубертатному і репродуктивному віці», 0111U001399.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 76315 U, UA, МПК: А61К 31/00, А61К 35/00, А61К 36/00, А61К 38/00, А61К 39/00, А61К 47/00. Спосіб лікування дівчат пубертатного періоду з поєднаним перебігом сальпінгоофориту, ерозії шийки матки та вульвовагініту / Тучкіна І.О., Тисячка Г.М.; ХНМУ. – Заявка № u201208671; Заявл. 13.07.2012; Опубл. 25.12.2012, Бюл. № 24.
6. Розроблено спосіб лікування дівчат пубертатного періоду з поєднаним перебігом сальпінгоофориту, ерозії шийки матки та вульвовагініту з гострим або хронічним процесом, пацієток з гострим та хронічним процесом; а також пацієток з гострим та хронічним процесом при наявності порушень сечовидільної системи.
7. Спосіб лікування дівчат пубертатного періоду з поєднаним перебігом сальпінгоофориту, ерозії шийки матки та вульвовагініту включає комплексну терапію: дівчатам пубертатного періоду з гострим процесом на першому етапі в умовах стаціонару призначають лораксон внутрішньом'язово по 1,0 мл 2 рази на день 5-7 днів, метронідазол внутрішньовенно крапельно по 100,0 мл 1-2 рази на добу 3-5 днів, плазмол внутрішньом'язово по 1,0 мл 1 раз на добу 10 днів, диклоберл по 1 свічці 1 раз на добу 5-7 днів, флуконазол внутрішньо 150 мг одноразово, дистрептазу ректально по 1 свічці 1-2 рази на добу 6-12 днів, еріус внутрішньо 1 таблетка на добу 5-7 днів, кисневий коктейль, електросон, ультразвук після антибіотикотерапії курсом 10 днів; дівчатам з хронічним процесом на першому етапі в умовах стаціонару призначають азитроміцин перорально по 500 мг 1 раз на день 3 дні, фромілід 500 мг 2 рази на добу або фромілід-уно 1 раз на добу 7 днів, метро-аднекс ін'єль внутрішньом'язово по 2,2 мл 1 раз у 3 дні 5 днів, траумель внутрішньом'язово 2,2 мл через день 5 днів, лаферобіон по 1 свічці 1-2 рази на добу 6-12 днів, персен по 1 капсулі внутрішньо 3 рази на добу 3 тижні, аевіт внутрішньо

- по 1 капсулі 2 рази на добу 3 тижні, фолію по 1 таблетці внутрішньо 1 раз на добу 3 тижні, вітафон, електрофорез із сульфатом магнію 10 днів; пацієнткам і з гострим, і з хронічним процесом інтравагінально призначають поліжинакс вірго 1 раз на добу 12 днів; при наявності порушень сечовидільної системи дівчатам з гострим та хронічним процесом в терапевтичну схему додатково включають фуромаг внутрішньо по 50 мг 4 рази на добу 5-10 днів, тринефрон внутрішньо по 25-30 крапель 3 рази на добу до 3 тижнів; при цьому на другому етапі після стаціонару всім хворим призначають персен по 1 капсулі внутрішньо 2 рази на добу до 1 місяця, нейрорубін внутрішньо по 1 таблетці 2 рази на добу 1 місяць, фолію по 1 таблетці внутрішньо 1 раз на добу до 3 місяців, біфі-форм по 1 капсулі 2 рази на добу 14 днів, тазалок внутрішньо по 30 крапель 3 рази на день 2-3 місяці, кисневий коктейль, ванни перозон-валеріанові та перозон-арніки.
8. Медичні - підвищення ефективності лікування дівчат пубертатного періоду з поєднаним перебігом сальпінгоофориту, ерозії шийки матки та вульвовагініту. Соціальні – профілактика порушень репродуктивної системи, підвищення якості життя дівчат пубертатного віку. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 12,42 грн. на лікування 1 дівчини-підлітка з поєднаним перебігом сальпінгоофориту, ерозії шийки матки та вульвовагініту за рахунок зниження ліжко-днів на 14,28 %. Пропускна здатність гінекологічного відділення – 1879 хворих на рік, економічний ефект складає 19996 грн. на рік.
 9. Лікарські засоби, обладнання для фізіотерапії.
 10. Поєднаний перебіг сальпінгоофориту, ерозії шийки матки та вульвовагініту у дівчат пубертатного віку.
 11. Немає.
 12. Порушення технології виконання.
 13. Харківський національний медичний університет.
 14. Немає.
 15. Тучкіна І.О. (0958678631), Тисячка Г.М., Вигівська Л.А.

Реєстр. № 26/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ САЛЬПІНГООФОРИТІВ У ДІВЧАТ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ.**
2. НДР «Діагностика та лікування порушень жіночої статевої системи в пубертатному і репродуктивному віці», 0111U001399.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 76316 U, UA, МПК: А61К 31/00, А61К 33/00, А61К 35/000, А61К 36/00, А61К 38/00, А61К 47/00. Спосіб лікування сальпінгоофоритів у дівчат пубертатного періоду / Тучкіна І.О., Тисячка Г.М.; ХНМУ. – Заявка № u201208672; Заявл. 13.07.2012; Опубл. 25.12.2012, Бюл. № 24.
6. Розроблено терапевтичний комплекс лікування сальпінгоофоритів для дівчат пубертатного періоду з гострим процесом; для дівчат з хронічним процесом; для сексуально активних пацієнток з гострим та з хронічним процесом; при наявності порушень сечовидільної системи для дівчат з гострим та хронічним процесом.
7. Спосіб лікування сальпінгоофоритів включає комплексну терапію: дівчатам пубертатного періоду з гострим процесом на першому етапі в умовах стаціонару призначають лораксон внутрішньом'язово по 1,0 мл 2 рази на день 5-7 днів, метронідазол внутрішньовенно крапельно по 100,0 мл 1-2 рази на добу 3-5 днів, плазмол внутрішньом'язово по 1,0 мл 1 раз на добу 10 днів, диклоберл по 1 свічці 1 раз на добу 5-7 днів, флуконазол внутрішньо 150 мг одноразово, дистрептазу

- ректально по 1 свічці 1-2 рази на добу 6-12 днів, еріус внутрішньо 1 таблетка на добу 5-7 днів та кисневий коктейль, електросон, ультразвук після антибіотикотерапії 10 днів; дівчатам з хронічним процесом на першому етапі в умовах стаціонару призначають азитроміцин перорально по 500 мг 1 раз на день 3 дні, фромілід 500 мг 2 рази на добу або фромілід-уно 1 раз на добу 7 днів, метро-аднекс ін'єль внутрішньом'язово по 2,2 мл 1 раз у 3 дні 5 днів, траумель внутрішньом'язово 2,2 мл через день 5 днів, лаферобіон по 1 свічці 1-2 рази на добу 6-12 днів, персен по 1 капсулі внутрішньо 3 рази на добу 3 тижні, асвіт внутрішньо по 1 капсулі 2 рази на добу 3 тижні, фоліо по 1 таблетці внутрішньо 1 раз на добу 3 тижні та вітафон, електрофорез із сульфатом магнію 10 днів; сексуально активним пацієнткам і з гострим, і з хронічним процесом інтравагінально призначають поліжинакс вірго 1 раз на добу 12 днів; при наявності порушень сечовидільної системи дівчатам з гострим та хронічним процесом в терапевтичну схему додатково включають фуромаг внутрішньо по 50 мг 4 рази на добу 5-10 днів, тринефрон внутрішньо по 25-30 крапель 3 рази на добу 3 тижні; при цьому на другому етапі після стаціонару всім хворим призначають персен по 1 капсулі внутрішньо 2 рази на добу до 1 місяця, нейрорубін внутрішньо по 1 табл. 2 рази на добу 1 місяць, фоліо по 1 таблетці внутрішньо 1 раз на добу до 3 місяців, біфі-форм по 1 капсулі 2 рази на добу 14 днів та кисневий коктейль, ванни перозон-валеріанові та перозон-арніки.
8. Медичні - підвищення ефективності лікування сальпінгофоритів у дівчат пубертатного періоду, підвищення якості життя дівчат. Соціальні – покращення якості життя у дівчат пубертатного періоду хворих на сальпінгофорит, профілактика порушень репродуктивної функції. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 12,42 грн. на лікування 1 хворого на сальпінгофорит за рахунок зниження ліжко-днів на 13,1 %. Відомо, що пропускна здатність гінекологічного відділення – 1879 хворих на рік, економічний ефект складає 21420 грн. на рік.
 9. Лікарські засоби.
 10. Сальпінгофорит у дівчат пубертатного періоду.
 11. Немає.
 12. Порушення технології виконання.
 13. Харківський національний медичний університет.
 14. Немає.
 15. Тучкіна І.О., Тисячка Г.М., Вигівська Л.А. (0958678631).

Реєстр. № 27/1/14

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ ВАГІТНИХ.
2. НДР «Діагностика та лікування порушень жіночої статевої системи в пубертатному і репродуктивному віці», 0111U001399).
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 62131 U, UA, МПК: А61В 10/00. Спосіб прогнозування розвитку прееклампсії вагітних/ Паращук Ю.С., Танько О.П., Вигівська Л.А., Радзішевська Є.Б.; ХНМУ. – Заявка № u201101643; Заявл. 14.02.2011; Опубл. 10.08.2011, Бюл. № 15.
6. Розвиток прееклампсії вагітної прогнозують при виявленні дисфункції плаценти, прееклампсії у матері або сестер, гіпертензивних розладів та при ожирінні.
7. Спосіб прогнозування розвитку прееклампсії вагітних включає оцінку клініко-анамнестичних показників вагітної та виявлення факторів ризику кожного окремо або в сполученому перебігу. Розвиток прееклампсії вагітної прогнозують при

- виявленні дисфункції плаценти, прееклампсії у матері або сестер, гіпертензивних розладів та при ожирінні.
8. Медичні - підвищення ефективності прогнозування розвитку прееклампсії вагітних. Соціальні – профілактика дитячої смертності, підвищення якості життя новонароджених та породілей. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 61,02 грн. на лікування 1 вагітної з прееклампсією за рахунок зниження ліжко-днів на 31,03 %. Пропускна здатність відділення патології вагітності – 1419 хворих на рік, економічний ефект складає 27899 грн. на рік.
 9. Клініко-анамнестичний опитувальник.
 10. Ускладнена вагітність.
 11. Немає.
 12. Порухення технології виконання.
 13. Харківський національний медичний університет.
 14. Відсутні.
 15. Тучкіна І.О., Вигівська Л.А., Паращук Ю.С., Мальцев Г.В., Благовещенський С.В. (0958678631).

Реєстр. № 28/1/14

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ВАГІТНИХ.**
2. НДР «Діагностика та лікування порушень жіночої статевої системи в пубертатному і репродуктивному віці», 0111U001399.
3. Акушерство та гінекологія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 66729 U, UA, МПК: А61К 35/00. Спосіб профілактики та лікування прееклампсії у вагітних / Вигівська Л.А., Танько О.П., Тучкіна І.О.; ХНМУ. – Заявка № u201109199; Заявл. 22.07.2011; Опубл. 10.01.2012, Бюл. № 1.
6. Розроблено спосіб профілактики та лікування вагітних з прееклампсією легкого, середнього та важкого ступенів
7. Спосіб профілактики та лікування прееклампсії у вагітних включає призначення комплексу лікарських засобів. Вагітним з 28-го тижня вагітності додатково призначають глютаргін, причому вагітні з прееклампсією легкого ступеня отримують таблетовані форми препарату; вагітні з прееклампсією середнього та важкого ступеня отримують ін'єкційні форми препарату. Вагітні з легким ступенем прееклампсії отримують препарат по 750 мг 3 рази на добу, курсом 10 днів, з проведенням 1-3 курсів протягом вагітності. Вагітним з середнім ступенем тяжкості прееклампсії препарат призначають по 50 мл 4 % розчину внутрішньовенно крапельно на 150 мл фізіологічного розчину один раз на добу, 5-7 ін'єкцій на курс, з проведенням 1-3 курсів протягом вагітності. Вагітним з важким ступенем прееклампсії продовжують лікування в післяпологовому періоді шляхом перорального прийому препарату по 750 мг 3 рази на добу протягом 10-14 діб.
8. Медичні – підвищення ефективності профілактики та лікування прееклампсії у вагітних. Соціальні – профілактика дитячої смертності, підвищення якості життя новонароджених та породілей. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 61,02 грн. на лікування 1 вагітної з прееклампсією за рахунок зниження ліжко-днів на 31,03 %. Пропускна здатність відділення патології вагітності – 1419 хворих на рік, економічний ефект складає 27899 грн. на рік.
9. Лікарські засоби.
10. Ускладнена вагітність.
11. Індивідуальна непереносимість лікарського засобу.

12. Порушення технології виконання.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Вигівська Л.А., Тучкіна І.О. (0958678631), Мальцев Г.В., Благовещенський Є.В.

АЛЕРГОЛОГІЯ. ІМУНОЛОГІЯ. КЛІНІЧНА ІМУНОЛОГІЯ. ЛАБОРАТОРНА ІМУНОЛОГІЯ

Реєстр. № 29/1/14

- 1. СПОСІБ ІМУНОДІАГНОСТИКИ ЕНДОМЕТРІОЗУ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ.**
2. НДР «Генетичні та метаболічні аспекти, запалення, дисфункція ендотелію та лікування при поєднаній патології внутрішніх органів», 0112U003546.
3. Клінічна імунологія.
4. 2+, С.
5. «Спосіб імунодіагностики зовнішнього генітального ендометріозу в жінок з безпліддям нез'ясованого генезу». Коваль Г.Д., Чоп'як В.В., Юзько О.М., Курченко А.І. Рішення про видачу деклараційного патенту на корисну модель №24552/ЗУ/14 від 04.12.2014. Номер заявки u201409581. Дата подання заявки 01.09.2014.
6. Немає.
7. До загальноприйнятої діагностичної програми (лабораторні, фізикальні дослідження, ультразвукові дослідження абдомінальним, вагінальним, ректальним датчиком тощо) у жінок, хворих на безпліддя, пропонується додатково визначати рівні цитокінів: фактора некрозу пухлин - α (ФНП- α), інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) та інтерлейкіну-18 (ІЛ-18) у сироватці крові імуноферментним методом. В разі підвищених рівнів ФНП - α (більше 8 пг/мл), ІЛ - 10 (більше 140 пг/мл) та ІЛ - 18 (більше 71 пг/мл) діагностується ймовірність ендометріозу.
8. Застосування запропонованого способу імунодіагностики ендометріозу у хворих на безпліддя дозволяє прискорити та оптимізувати діагностичну програму таких хворих та контролювати перебіг ендометріозу в динаміці лікування.
9. Імуноферментний аналізатор, набір реактивів для визначення вмісту ФНП - α , ІЛ-12 та ІЛ-18 у сироватці крові.
10. Безпліддя асоційоване з ендометріозом у жінок репродуктивного віку.
11. Немає.
12. Немає.
13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58002.
14. Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
15. Чоп'як В.В., Коваль Г.Д. (0505138110), Юзько О.М., Пашковська Н.В., Курченко А.І.

Реєстр. № 30/1/14

- 1. СПОСІБ ВСТАНОВЛЕННЯ ГЕНЕТИЧНО ОБУМОВЛЕНОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО РОЗВИТКУ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.**
2. НДР «Комплексне дослідження генетично обумовлених особливостей NF- κ B-опосередкованої сигнальної трансдукції, що визначає розвиток хронічного

- системного запалення, у хворих на метаболічний синдром та цукровий діабет 2 типу», 0111U001774, 2011-2013 рр.
3. Клінічна імунологія та алергологія.
 4. 2+, С.
 5. Патент 76525 України, МПК G01N 33/50. Спосіб встановлення генетично обумовленої схильності до розвитку алергічних захворювань / Винахідники: Кайдашев І.П., Куценко Н.Л., Ізмайлова О.В., Весніна Л.Е.; заявник та власник патенту ВДНЗУ «УМСА». - № u201206645; заявл. 31.05.2012; опубл. 10.01.2013, Бюл. №1/2013.
 6. Немає.
 7. Запропонований спосіб ґрунтується на проведенні молекулярно-генетичних досліджень наявності у генотипі людини мутантних алелей генів TLR2 (rs5743708) та TLR4 (rs4986790) методом полімеразної ланцюгової реакції із використанням специфічних олігонуклеотидних праймерів та наступним рестрикційним аналізом у пацієнтів з обтяженим алергологічним анамнезом, хронічними запальними захворюваннями верхніх дихальних шляхів.
 8. Запропонований спосіб надасть можливість визначити генетичну схильність та ризик розвитку алергічних захворювань у дітей та дорослих людей, що покращить контроль над цими захворюваннями за рахунок удосконалення критеріїв ранньої діагностики алергічних захворювань на підставі встановлення індивідуальних особливостей імунної системи та молекулярної природи схильності індивіда до їх розвитку. Це скоротить термін перебування у медичних закладах та зменшить економічні витрати на лікування.
 9. Для вирішення поставлених завдань необхідні: центрифуга; термостат, що програмується, чотирьохканальний для проведення ПЛР аналізу; ампліфікатор детектувальний ДТ-322; термостат сухоповітряний; електрофорезна камера; УФ-транслюмінатор ; дозатори піпеткові зі сталим та змінним об'ємами, наконечники, пластикові мікропробірки; набір для виділення геномної ДНК; Таq-ДНК полімераза; специфічні праймери та проби.
 10. Пацієнти з обтяженим алергологічним анамнезом, хронічними запальними захворюваннями верхніх дихальних шляхів.
 11. Немає.
 12. При належній кваліфікації фахівців та чіткого використання способу не спостерігалось. Під час проведення досліджень необхідно дотримуватися ретельного виконання методики виділення ДНК, виявлення поліморфізмів генів TLR2 (rs5743708) та TLR4 (rs4986790) методом полімеразної ланцюгової реакції.
 13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
 14. Немає.
 15. Кайдашев І.П. (0532270539), Куценко Н.Л., Ізмайлова О.В., Весніна Л.Е.

Реєстр. № 31/1/14

1. **ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ ЗМІШАНОЇ КРІОПАТІЇ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК.**
2. НДР «Оцінка взаємозв'язку імунологічних генетичних, гормональних механізмів вторинних системних васкулітів та полі імунопатології за умов системних захворювань сполучної тканини та оцінка ефективності та безпеки застосування терапії супроводу біофлавоноїдів та бігуаноїдів», 0112U000166, 2011-2016 рр.
3. Імунологія та алергологія.
4. 2++.
5. Немає.

6. Немає.
7. На підставі обстеження імунологічних холодкових проб та аутоантитіл у хворих СЧВ на ранніх стадіях цього захворювання можна виділити синдром кріопатії, який проявляється синдромом Рейно та кріоглобулінемічним васкулітом та збільшує активність хвороби та запальний процес, що дозволяє вчасно призначати базову патогенетичну терапію.
8. Виявлення синдрому кріопатії у хворих на системний червоний вовчак на ранніх стадіях хвороби сприятиме вчасному призначенню ефективного лікування і попередженню розвитку тяжких ускладнень цього синдрому у хворих на системний червоний вовчак.
9. Проба на істинний холодковий преципітат сироватки, імуноглобуліновий склад кріоглобулінів (IgA, IgM, IgG). проводиться імунологічний аналіз преципітату на апараті фірми Beckman). Концентрацію кріобілків оцінювали спектрофотометрично при довжині хвилі 280 нм на СФ-46, використовуючи коефіцієнт екстрикції 1,4.
10. Хворі на системний червоний вовчак.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69.
14. Немає.
15. Чоп'як В.В., Потьомкіна Г.О., Толстяк Я.Ф. (0679029281).

Реєстр. № 32/1/14

1. **ОЦІНКА РОЗВИТКУ ВТОРИННОГО АНТИФОСФОЛІПІДНОГО СИНДРОМУ НА ОСНОВІ ІНДЕКСІВ SLEDAI ТА BILAG У ХВОРИХ НА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК.**
2. НДР «Оцінка взаємозв'язку імунологічних генетичних, гормональних механізмів вторинних системних васкулітів та полі імунопатології за умов системних захворювань сполучної тканини та оцінка ефективності та безпеки застосування терапії супроводу біофлавоноїдів та бігуаноїдів», 0112U000166, 2011-2016 рр.
3. Імунологія та алергологія.
4. 2++.
5. Немає.
6. Згідно акту впровадження здійснено безоплатний трансфер технологій.
7. На підставі обстеження антифосфоліпідних аутоантитіл та індексів активності SLEDAI та BILAG у хворих СЧВ на ранніх стадіях цього захворювання можна оцінити активність хвороби та запальний процес, що дозволяє вчасно призначати базову терапію.
8. Виявлення антифосфоліпідного синдрому та оцінювання індексів активності SLEDAI та BILAG у хворих на системний червоний вовчак на ранніх стадіях хвороби сприятиме вчасному призначенню ефективного лікування і попередженню розвитку тяжких ускладнень цього синдрому у хворих на системний червоний вовчак.
9. Для визначення антифосфоліпідних антитіл використовували кількісний непрямий твердофазовий метод імуноферментного аналізу, на аналізаторі ELISA.
10. Системний червоний вовчак.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69.

14. Немає.
15. Чоп'як В.В., Потьомкіна Г.О., Толстяк Я.Ф. (0679029281).

Реєстр. № 33/1/14

1. **ОЦІНКА РОЗВИТКУ ГІПЕРІМУНОКОМПЛЕКСНОГО ТА ГІПОКОМПЛЕМЕНТАРНОГО СИНДРОМІВ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК.**
2. НДР «Оцінка взаємозв'язку імунологічних генетичних, гормональних механізмів вторинних системних васкулітів та полі імунопатології за умов системних захворювань сполучної тканини та оцінка ефективності та безпеки застосування терапії супроводу біофлавоноїдів та бігуаноїдів», 0112U000166, 2011-2016 рр.
3. Імунологія та алергологія.
4. 2++.
5. Немає.
6. Немає.
7. На підставі обстеження циркулюючих імунних комплексів, компонентів комплекменту та аутоантитіл у хворих СЧВ на ранніх стадіях цього захворювання можна виділити імунологічні субтипи захворювання для визначення різних варіантів перебігу СЧВ, які є високочутливими та високо специфічними в діагностиці СЧВ, що дозволяє вчасно призначати адекватну терапію.
8. Виявлення гіперімунокомплексного та гіпокомплементарного синдромів у хворих на системний червоний вовчак на ранніх стадіях хвороби сприятиме вчасному призначенню ефективного лікування і попередженню розвитку тяжких ускладнень системного червоного вовчака.
9. Для дослідження комплементарної активності сироватки крові використовували реактиви. Ступінь гемолізу еритроцитів барана визначали за допомогою спектрофотометра при 540 нм. Концентрацію ЦК визначали за допомогою методу селективної преципітації ЦК у присутності поліетиленгліколю (ПЕГ) з подальшим визначенням концентрації білка в преципітаті використовуючи тест-системи. Визначення рівня ЦК проводили за допомогою спектрофотометра.
10. Хворі на системний червоний вовчак.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69 б.
14. Немає.
15. Чоп'як В.В., Потьомкіна Г.О., Толстяк Я.Ф. (0679029281).

Реєстр. № 34/1/14

1. **СПОСІБ ІМУНОЛОГІЧНОГО ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ СИСТЕМНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКА.**
2. НДР «Оцінка взаємозв'язку імунологічних генетичних, гормональних механізмів вторинних системних васкулітів та полі імунопатології за умов системних захворювань сполучної тканини та оцінка ефективності та безпеки застосування терапії супроводу біофлавоноїдів та бігуаноїдів», 0112U000166, 2011-2016 рр.
3. Імунологія та алергологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель: №85812 Україна МПК G01N33/53 (2006.01).Спосіб імунологічного прогнозування тяжкого перебігу системного червоного вовчака / Чоп'як Валентина Володимирівна, Толстяк Ярослав Федорович; заявник і

патентовласник Львівський медичний університет імені Данила Галицького.- и 201309154; заявл.22.07.2013; опубл.25.11.2013, Бюлетень №22.

6. Немає.
7. На підставі 18 імунологічних досліджень, було відібрано три фактори (зниження комплементарної активності сироватки крові, підвищення абсолютних чисел CD8+-лімфоцитів та CD22+-лімфоцитів), що статистично вірогідно корелюють з антитілами до двоспиральної ДНК та визначають діагностичні імунологічні критерії для діагностики тяжкого перебігу системного червоного вовчака, які є високочутливими та високо специфічними в діагностиці на ранніх стадіях цієї хвороби, що дозволяє вчасно призначити адекватну терапію.
8. Шляхом створення способу імунологічного прогнозування тяжкого перебігу системного червоного вовчака (СЧВ) можна проводити адекватне лікування на ранніх стадіях захворювання та постійний контроль над захворюванням для запобігання погіршення перебігу хвороби.
9. Для дослідження тяжкого перебігу системного червоного вовчака використовували метод логістичної регресії. Підставивши у формулу результати, отримані за методом логістичної регресії, отримали значення R для прогнозу тяжкості СЧВ.
10. Хворі на системний червоний вовчак.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69 б.
14. Немає.
15. Чоп'як В.В., Потьомкіна Г.О., Гутор Т.Г., Толстяк Я.Ф. (0679029281).

АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ

Реєстр. № 35/1/14

1. **ЗАСТОСУВАННЯ ВНУТРІШНЬОВЕННОЇ КОНТРОЛЬОВАНОЇ ПАЦІЄНТОМ АНАЛГЕЗІЇ МОРФІНОМ ПІСЛЯ АБДОМИНАЛЬНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ПАЦІЄНТІВ СТАРШОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ З ПІДВИЩЕНИМ КАРДІАЛЬНИМ РИЗИКОМ.**
2. НДР «Розробка нових напрямків анестезіологічного і періопераційного забезпечення в різноманітних галузях хірургії та варіантів інтенсивної терапії критичних і термінальних станів, з визначенням нових технологій замісної і відновлюваної терапії систем життєзабезпечення», 0113U006629.
3. Анестезіологія та інтенсивна терапія.
4. 2+.
5. Немає.
6. О.О. Шайда, Ю.Ю. Кобеляцький. Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я, №3 – 2012, Київ, «Укрмедпатентінформ».
7. На момент початку контрольованої пацієнтом аналгезії інтенсивність болю має бути нижчою, ніж 40 мм за візуально-аналоговою шкалою. Цей рівень досягається за потреби внутрішньовенним введенням невеликих болюсів опіюїду. Використання малих болюсів з невеликим локаут-інтервалом є більш прийнятним. Використання базальної інфузії не рекомендоване, оскільки доведено що це не підвищує якості знеболення та сну і не зменшує кількості запитів анальгетика, проте збільшує ризик розвитку респіраторної депресії. При проведенні моніторингу під час проведення аналгезії, окрім визначення інтенсивності болю за візуально-аналоговою шкалою, необхідним є підрахунок

- частоти дихальних рухів, а також оцінка рівню седатії. Останнє є більш надійним шляхом раннього виявлення індукованої опіюдами респіраторної депресії, ніж визначення частоти дихання, а пульсоксиметрія вважається не більш інформативною, ніж клінічні ознаки. За нашими даними болуси 3-5 мг морфіну є достатніми для досягнення інтенсивності болю менше 40 мм за візуально-аналоговою шкалою на початку аналгезії. Використання у подальшому болусів морфіну 0,5 мг та локаут-інтервалу 6 хвилин дозволяє досягти ефективного знеболення та є безпечним (не спостерігалось зниження частоти дихання нижче 10 за хвилину та сатурації гемоглобіну киснем менше 93%), що дозволяє пропонувати даний метод для впровадження в практику роботи відділень анестезіології та інтенсивної терапії.
8. Медичні. Забезпечення підвищення якості периопераційного ведення пацієнтів шляхом післяопераційного знеболення методом внутрішньовенної контрольованої пацієнтом аналгезії морфіном у пацієнтів похилого віку після абдомінальних хірургічних втручань. Соціальні. Більш якісний перебіг захворювання після проведення оперативних втручань в умовах адекватного післяопераційного знеболювання. Економічні. Зниження затрат на післяопераційне відновлення, та лікування післяопераційних ускладнень у пацієнтів похилого віку.
 9. Перфузор для проведення контрольованої пацієнтом аналгезії, морфін.
 10. Післяопераційний періодупацієнтів старшої вікової групи з підвищеним кардіальним ризиком після абдомінальних хірургічних втручань.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. 0562-451565, 0562-452137, факс 0562-464191
 14. Немає.
 15. Кобеляцький Ю.Ю. (0567135339), Шайда О.О. (0567135339).

Реєстр. № 36/1/14

1. **ЗАСТОСУВАННЯ ТОРАКАЛЬНОЇ ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА ОРГАНАХ ВЕРХНЬОГО ПОВЕРХУ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ РОЗВИТКУ КАРДІАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ.**
2. НДР «Розробка нових напрямків анестезіологічного і периопераційного забезпечення в різноманітних галузях хірургії та варіантів інтенсивної терапії критичних і термінальних станів, з визначенням нових технологій замісної і відновлюваної терапії систем життєзабезпечення», 0113U006629.
3. Анестезіологія та інтенсивна терапія.
4. 2+.
5. Немає.
6. О.О. Шайда, Ю.Ю. Кобеляцький. Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я, №2 – 2012, Київ, «Укрмедпатентінформ».
7. Для реалізації кардіопротективних властивостей епідуральної аналгезії рівень блоку має покривати прискорюючі волокна серця (рівень Th₁₋₅), тобто рівень сенсорного блоку має бути не нижчим Th₄. Для операцій на органах верхнього поверху черевної порожнини оптимальним для встановлення епідурального катетеру є рівень Th₇₋₈. Для тест-дози та індукції епідурального блоку використовуються більш високі концентрації місцевого анестетика: 0,75% ропівакаїн або 0,5% бупівакаїн. Роздрібнене введення індукційної дози місцевого

анестетика болюсами по 2-3 мл з інтервалом 5 хвилин на тлі інфузії кристалоїдних розчинів дозволяє уникнути різких коливань гемодинаміки. За нашими даними достатнім для індукції епідуральної аналгезії є введення 5-7 мл концентрованого розчину місцевого анестетика. Важливим є встановлення епідурального блоку до початку операції, тому індукція загальної анестезії має розпочинатися приблизно через 15-20 хвилин після початку епідурального введення місцевих анестетиків. Для підтримання епідурального блоку найкраще використовувати простійну інфузію місцевого анестетика, що має переваги над болюсним введенням. Використовуються розчини місцевого анестетика нижчої концентрації (0,2% ропівакаїн або 0,175% бупівакаїн), достатньою є швидкість введення 5-7 мл на годину. При наявності адекватного епідурального блоку зазвичай пацієнти не потребують додаткового введення опіоїдів для підтримання анестезії. Для забезпечення післяопераційного знеболення епідуральне введення може бути продовжене шляхом інфузії місцевого анестетика тієї ж концентрації зі швидкістю 4-6 мл на годину, або ж воно може проводитись за методикою контрольованої пацієнтом епідуральної аналгезії на тлі базальної інфузії з нижчою швидкістю.

8. Медичні. Попередження розвитку кардіальних ускладнень при проведенні оперативних втручань на органах верхнього поверху черевної порожнини за допомогою застосування торакальної епідуральної анестезії та підвищення якості периопераційного ведення пацієнтів з підвищеним кардіальним ризиком. Соціальні. Зниження ускладнень при проведенні оперативних втручань, та більш швидке відновлення у післяопераційному періоді. Економічні. Зменшення затрат на лікування можливих кардіальних ускладнень у післяопераційному періоді.
9. Набір для проведення епідуральної анестезії, ропівакаїн, бупівакаїн.
10. Анестезіологічне забезпечення оперативних втручань на органах верхнього поверху черевної порожнини у пацієнтів з підвищеним кардіальним ризиком.
11. Немає.
12. Гіпотензія при використанні епідуральної анестезії, у більшості випадків добре корегується інфузією кристалоїдних або колоїдних розчинів. У ряді випадків може знадобитися використання симпатоміметиків.
13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. (0562)451565, (0562)452137, факс (0562)464191.
14. Немає.
15. Кобеляцький Ю.Ю. (0567135339), Шайда О.О. (0567135339).

Реєстр. № 37/1/14

1. **МОНІТОРИНГ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ПРИ КРИТИЧНИХ СТАНАХ.**
2. НДР «Розробка нових напрямків анестезіологічного і періопераційного забезпечення в різноманітних галузях хірургії та варіантів інтенсивної терапії критичних і термінальних станів, з визначенням нових технологій замісної і відновлюваної терапії систем життєзабезпечення», 0113U006629.
3. Анестезіологія та інтенсивна терапія.
4. 3.
5. Немає.
6. А.А. Кріштафор. Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я, №4 – 2012, Київ, «Укрмедпатентінформ».
7. Моніторинг стану когнітивних функцій проводиться щоденно (а за необхідності або за наявності динаміки і більш часто) у вигляді комплексу

психоневрологічних обстежень, який складається з послідовного використання психоневрологічних шкал: RASS (RichmondAgitation-SedationScale), MMSE (Mini-MentalStateExam), CAM ICU (ConfusionAssessmentMethod in Intensive Care Unit), САН (самопочуття, активність, настрої) та GDR (GlobalDeteriorationRating). Перевага цього методу полягає в тому, що лікар може протягом короткого часу і без застосування будь-якої апаратури може отримати інформацію про стан когнітивних функцій, що, окрім можливості прямого визначення стану вищих мозкових функцій, дає змогу оцінити перебіг критичного стану та вчасно вжити заходів з профілактики та корекції посткритичних когнітивних дисфункцій. Розроблений варіант комплексу психоневрологічного обстеження не потребує спеціальних знань та навичок від лікаря будь-якого профілю, і може застосовуватись на всіх госпітальних етапах лікування хворого з критичним станом (доопераційному та післяопераційному, якщо було необхідним оперативне втручання; під час знаходження у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії; під час лікування у профільному відділенні – хірургічному, травматологічному або інших).

8. Медичні. Моніторинг когнітивних функцій під час лікування критичних станів, дозволить вчасно корегувати відхилення вищих мозкових функцій. Соціальні. Покращення якості життя хворих після виписки з лікарні завдяки прискоренню відновлення розумової діяльності до стану, що передувало захворюванню. Економічні. Зниження затрат на реабілітаційні заходи та інвалідизацію після перенесеного критичного стану.
9. Психоневрологічні шкали RASS (RichmondAgitation-SedationScale), MMSE (Mini-MentalStateExam), CAM ICU (ConfusionAssessmentMethod in Intensive Care Unit), САН (самопочуття, активність, настрої) та GDR (GlobalDeteriorationRating).
10. Критичні стани.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. (0562)451565, (0562)452137, факс (0562)464191.
14. Немає.
15. Кріштафор А.А. (0567135339),Кобеляцький Ю.Ю. (0567135339).

Реєстр. № 38/1/14

1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СЕПСИС – АСОЦІЙОВАННОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ.
 2. НДР «Розробка нових напрямків анестезіологічного і періопераційного забезпечення в різноманітних галузях хірургії та варіантів інтенсивної терапії критичних і термінальних станів, з визначенням нових технологій замісної і відновлюваної терапії систем життєзабезпечення», 0113U006629.
 3. Анестезіологія та інтенсивна терапія.
 4. 2+.
 5. Немає.
 6. Л.О. Мальцева. Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я, №5 – 2012, Київ, «Укрмедпатентінформ».
 7. Забезпечення максимально ранньої діагностики сепсис – асоційованої енцефалопатії дозволить забезпечити проведення лікувальної фармакологічної корекції, що покращить ефективності інтенсивної терапії хворим з тяжким сепсисом та септичним шоком.
- 1) Початок інфекції, діагноз сепсису та його градації повинні бути ідентифіковані як найшвидше за слідуючими критеріями:

- діагностика синдрому системної запальної відповіді: температура $> 38^{\circ}\text{C}$ або $< 36^{\circ}\text{C}$; ЧСС > 90 уд.в 1 хв.; ЧДД > 20 в 1 хв.; рівень лейкоцитів у крові >12 Г/л або <4 Г/л; $>10\%$ юних форм (≥ 2 признаков із перелікованого);
 - діагностика осередку інфекції: бактеріємія; інфекції, які пов'язані із центральним венозним катетором; вентилятор-асоційована пневмонія; хірургічні інфекції та інтраабдомінальний сепсис; гострий безкамінний холецистит; синусити;
 - концентрація прокальцитоніну у плазмі крові.
- 2) Клінічна неврологічна оцінка по шкалі ком Глазго.
 - 2.1. Пацієнтам які мають менше 13 балів по шкалі ком Глазго потрібно проведення комп'ютерної томографії головного мозку для виключення судинних або органічних уражень.
 - 2.2. Пацієнтам з неврологічним дефіцитом < 8 балів по шкалі ком Глазго показана люмбальна пункція для виключення менінгеальної інфекції. Дослідження цереброспинальної речовини можливо тільки при наявності неврологічних ознак, та якщо є підозра на менінгоенцефаліт.
 - 2.3. У випадку, якщо пацієнт знаходиться у стані аналгоседації та/або йому проводиться механічна вентиляція легень, використовують шкалу повного опису неконтактності (Fulloutlineofunresponsiveness – FOUR) із оцінкою таких показників, як відкриття очей, моторна реакція, стану рефлексів стовбуру мозку, респіраторного паттерна та подальшого прогноза по шкалі Ранкін.
 - 3) Доплерографічне дослідження краніальних судин.
 - 4) Електрофізіологічне дослідження головного мозку.
 - 5) Реєстрація соматосенсорних викликаних потенціалів.
 - 6) Визначення рівня специфічного для мозкової тканини білку S 100B.
 - 7) Вимірювання внутришньочерепного тиску.
 8. Медичні. Забезпечення ранньої діагностики сепсис – асоційованої енцефалопатії, та проведення лікувальної фармакологічної корекції, що сприятиме покращенню ефективності проведення інтенсивної терапії хворим з тяжким сепсисом та септичним шоком. Соціальні. Покращення якості неврологічного відновлення, та підвищення якості життя після перенесеного сепсису. Економічні. Зменшення витрат на лікування септичного енцефалопатії, шляхом ранньої профілактики та корекції даної органної дисфункції внаслідок септичного процесу.
 9. Шкали діагностики тяжкого сепсису та септичного шоку, ком Глазго, FOUR, доплер судин головного мозку, електроенцефалограф, біохімічні реактиви для визначення прокальцитоніну та білку S 100B.
 10. Тяжкий сепсис та септичний шок.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. (0562)451565, (0562)452137, факс (0562)464191
 14. Немає.
 15. Мальцева Л.О. (0567135339).

Реєстр. № 39/1/14

1. СПОСІБ ІВІВЛЮВАННЯ СТРЕС-ІНДУКОВАНОЇ ГІПЕРГЛКЕМІЇ ПРИ ГОСТРИХ КРИТИЧНИХ СТАНАХ.
2. НДР «Розробка нових напрямків анестезіологічного і періопераційного забезпечення в різноманітних галузях хірургії та варіантів інтенсивної терапії

- критичних і термінальних станів, з визначенням нових технологій замісної і відновлюваної терапії систем життєзабезпечення», 0113U006629.
3. Анестезіологія та інтенсивна терапія.
 4. 2+.
 5. Л.В. Усенко, В.І. Лимар, В.П. Мусліні, М.Ф. Мосенцев, О.М. Клигуненко, О.Ю. Сорокіна, В.В. Слінченков. Спосіб нівелювання стрес-індукованої гіперглікемії при гострих критичних станах. Патент України на корисну модель 85573 А61К 9/08. № u2013 06352; заяв. 22.05.13; опубл. 25.11.13; Бюл. №22.
 6. Немає.
 7. Нівелювання стрес-індукованої гіперглікемії може бути досягнуто включенням в комплекс інтенсивної терапії метаболічних субстратів з інсулін-незалежним інтрацелюлярним транспортом, серед яких суттєве значення мають інфузійні середовища які містять фруктозу. Введення екзогенної фруктози створює можливість стабілізації, а далі - обмежити наростання гіперглікемії з інгібуванням глюконеогенезу на основі конкуруючих відносин з активуванням фруктозою гліколітичного потоку і індукції глікогенеза. З метою нівелювання стрес-індукованої гіперглікемії при критичних станах застосовують препарат із вмістом фруктози, із наступним складом: натрію хлорид 8,000 г, калію хлорид 0,298 г, кальцію хлорид 0,361 г, магнію хлорид 0,254 г, фруктоза 50,000-100,000 г, вода для ін'єкцій до 1 л. В комплекс інтенсивної терапії розчин із вмістом фруктози вводиться з розрахунку 12-14 мл/кг/добу протягом 12-24 годин, зі швидкістю інфузії 60-75 мл/год. Використання розчину із вмістом фруктози забезпечує модуляцію метаболічного відповіді, що проявляється зниженням потреби в інсуліні, нормалізації глікемії, лактат-піруватного співвідношення, гальмуванням гіперметаболізму.
 8. Медичні. Корекція стрес-індукованої гіперглікемії покращує протягом критичного стану запобігаючи розвитку синдрому поліорганної недостатності. Соціальні. Зниження рівня летальності та більш швидке відновлення порушених функцій. Економічні. Зменшення витрат на лікування обумовлене більш швидким регресом порушень функцій органів.
 9. Вищезазначений інфузійний розчин з вмістом фруктози.
 10. Критичні стани різного генезу, тяжкий сепсис та септичний шок.
 11. Кардіогенний шок та стани при яких небезпечно проводити волемічне навантаження великими об'ємами інфузійних розчинів (тяжка серцева недостатність та інше).
 12. Немає.
 13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Держинського, 9, тел. 0562-451565, 0562-452137, факс 0562-464191
 14. Немає.
 15. Усенко Л.В. (0567135339), Лимар В.І. (0567135339), Мусліні В.П. (0567135339), Мосенцев М.Ф. (0567135339), Клигуненко О.М. (0567135339), Сорокіна О.Ю. (0567135339), Слінченков В.В. (056-7135339).

Ресстр. № 40/1/14

1. СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ АНЕСТЕЗІЇ У АБДОМИНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ НА ПІДСТАВІ ПОКАЗНИКІВ VIS МОНИТОРИНГУ.
2. НДР «Розробка нових напрямків анестезіологічного і періопераційного забезпечення в різноманітних галузях хірургії та варіантів інтенсивної терапії критичних і термінальних станів, з визначенням нових технологій замісної і відновлюваної терапії систем життєзабезпечення», 0113U006629.

3. Анестезіологія та інтенсивна терапія.
4. 2+.
5. Немає.
6. Дагеш Атеф, Ю.Ю. Кобеляцький. Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я, №6 – 2012, Київ, «Укрмедпатентінформ».
7. Використання сучасних комбінованих методик анестезії і тотальної міоплегії не дозволяє своєчасно виявити клінічні ознаки пробудження хворого, а показники газообміну і кровообігу, що монітуються в цей період, зміни яких і служать, зазвичай, основою для дозування анестетиків, далеко не завжди відображають реальний рівень пригнічення свідомості. Рішенням цієї проблеми є проведення BIS моніторингу. Перевага цього методу полягає в тому, що анестезіолог має доступ до вже обробленої інформації електроенцефалограми, яка відображається у вигляді графічного тренда, при цьому BIS моніторинг на 82% зменшує кількість випадків інтранаркозного відновлення свідомості. Розроблений варіант методики введення препаратів та їх дози, для утримування значення BIS-індексу між 40 і 60 (діапазон який дозволяє провести адекватну анестезію). Проведення загальної внутрішньовенної анестезії з використанням показників BIS-індексу, знижує частоту епізодів пробудження та випадків надмірно глибокої анестезії, а також скорочує час пробудження, в порівнянні з оцінкою рівня свідомості у хворих під час анестезії на підставі клінічних ознак.
8. Медичні: дозволить об'єктивізувати рівень пригнічення свідомості, а також документувати його під час операції, що є методом аудиту якості роботи лікаря-анестезіолога та може бути рекомендовано для широкого використання у відділеннях анестезіології. Соціальні: забезпечення зниження ступеня порушення когнітивних функцій у пацієнтів у післяопераційному періоді, пов'язаного з надмірно глибоким рівнем анестезії. Економічні: впровадження BIS-моніторингу у анестезіологічної практиці з економічної точки зору дозволить скоротити кількість використаного анестетика більш ніж у два рази при одночасному підвищенні якості анестезії.
9. BIS – монітор.
10. Анестезіологічне забезпечення оперативних втручань у абдоминальній хірургії.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. (0562)451565, (0562)452137, факс (0562)0464191.
14. Немає.
15. Кобеляцький Ю.Ю. (0567135339), Атеф Дагеш (0567135339).

Реєстр. № 41/1/14

1. СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ТРАВМАТИЧНИМ ТА НЕТРАВМАТИЧНИМ ПОШКОДЖЕННЯМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ШЛЯХОМ КОНТРОЛЬОВАНОЇ НОРМОТЕРМІЇ.
2. НДР «Розробка нових напрямків анестезіологічного і періопераційного забезпечення в різноманітних галузях хірургії та варіантів інтенсивної терапії критичних і термінальних станів, з визначенням нових технологій замісної і відновлюваної терапії систем життєзабезпечення», 0113U006629.
3. Анестезіологія та інтенсивна терапія.
4. 2+.
5. Немає.

6. О.В. Царьов, Л.В. Усенко, Ю.Ю. Кобеляцький. Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я, №1 – 2012, Київ, «Укрмедпатентінформ».
7. Для забезпечення контролю нормотермії у нейроанестезійних хворих у критичному стані, які знаходяться на штучній вентиляції легенів, у разі розвитку гіпертермічного синдрому необхідно забезпечити індукцію лікувальної гіпотермії шляхом краплинної струминної інфузії охолодженого до 4⁰С розчину Рінгера-лактату в дозі 23 мл/кг маси тіла через центральну вену в умовах постійного моніторингу поверхневої температури тіла за допомогою кардіомонітору та температури ядра тіла за допомогою езофагального або ректального температурного датчика. Після індукції охолодження, цільову T_{co} та послідовую підтримку нормотермії (T_{co} тіла 36,5 - 37⁰С) забезпечують шляхом неінвазивної технології охолодження за допомогою гіпотерма, який має ковдру, в якій циркулює охолоджена рідина. При цьому гіпотерм забезпечує автоматичне досягнення та підтримку цільової T_{co}, шляхом зворотного зв'язку, а також динамічний моніторинг внутрішньостравохідної температури. Використання даного способу дозволяє ефективно забезпечити досягнення нормотермії зі швидкістю 1,8±0,3⁰С у годину та покращення неврологічного стану хворих. У випадку розвитку холодового треміння або дискомфорту та збудження хворого необхідно забезпечити проведення фармакологічної седації з використанням комбінації тіопенталу натрію та оксibuтирату натрію шляхом постійної внутрішньовенної інфузії препаратів через перфузор.
8. Медичні. Забезпечення нормотермії у хворих з черепно-мозковою травмою, постреанестезійною хворобою та геморагічним або ішемічним інсультом шляхом застосування методу контрольованої нормотермії, з метою підвищення ефективності інтенсивної терапії хворих, що знаходяться у критичних станах, поліпшує перебіг захворювання та якість відновлення неврологічних функцій. Соціальні. Зниження летальності та інвалідизації хворих з травматичним та нетравматичним пошкодженням головного мозку. Економічні. Зменшення затрат на лікування обумовлених зниженням ліжко-днів перебування хворих у відділенні реанімації та інтенсивної терапії.
9. Охолоджений (4⁰С) розчин кристалоїдів (0,9% натрію хлориду або Рінгера-лактату), холодильник, гіпотерм з можливістю моніторингу поверхневої температури тіла.
10. Фебрильні та гектичні лихоманки неінфекційного генезу у пацієнтів з травматичними та нетравматичними ураженнями головного мозку.
11. Вагітність, кардіогенний шок та стани при яких небезпечно проводити волемічне навантаження великими об'ємами інфузійних розчинів (тяжка серцева недостатність та інше).
12. Немає.
13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. 0562-451565, 0562-452137, факс 0562-464191
14. Немає.
15. Царьов О.В. (0567135339), Усенко Л.В. (056-7135339), Кобеляцький Ю.Ю. (0567135339).

Реєстр. № 42/1/14

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ПОТРЕБИ В ЕНЕРГЕТИЧНОМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННІ (ПЕЗ) У ХВОРИХ НА МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ (МІ), ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ЕНТЕРАЛЬНОГО ЖИВЛЕННЯ.

2. НДР «Вдосконалення діагностики та розробка випереджальної енергоресурсаційної протекції при церебральній дисфункції», 0112U001759, 2012-2016 рр.
3. Інтенсивна терапія.
4. 2+, С.
5. Патент № 71931 України, МПК (2012.01) А61М 19/00. Спосіб визначення потреби організму в енергетичному забезпеченні / Смирнова Л.М., Шифрін Г.А., Серіков К.В.; заявник та патентовласник Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України. – № у 201202341; заявлено 28.02.2012; опубліковано 25.07.2012, Бюл. № 14.
6. Немає.
7. В основу способу поставлено задачу оптимізації ПЕЗ у критичних хворих на МІ, що надає можливість підвищення точності визначення потреби організму в енергетичному забезпеченні, а також оптимізувати визначення киснезабезпечення, необхідного для процесів життєздатності організму, під час проведення інтенсивної терапії (ІТ) та надання анестезіологічно-реанімаційного забезпечення. Поставлена задача вирішується шляхом неінвазивного визначення серцевого індексу ($CI, л \times хв^{-1} \times м^{-2}$) та інвазивного визначення артеріовенозної різниці за вмістом кисню, яка задовольняє енергетичні потреби організму ($C_x, мл \times л^{-1}$). Рівень потреби в енергетичному забезпеченні, при якому досягається оптимальне киснезабезпечення, необхідне для процесів життєздатності організму, визначається: $ПЕЗ = (CI \times C_x) \times 7,07$, мл, де: 7,07 – коригуючий коефіцієнт.
8. Медична ефективність: використовується адекватна кількість препаратів для ентєрального живлення згідно енергетичним потребам організму у хворих на МІ, під час проведення ІТ та надання анестезіологічно-реанімаційного забезпечення. Соціальна ефективність: зменшення летальності та кількості ускладнень, зменшення виразності неврологічного дефіциту та покращення якості життя критичних хворих на мозковий інсульт, яким застосовували препарати для ентєрального живлення в умовах відділення інтенсивної терапії або нейрореанімації. Економічна ефективність: зменшення витрат на препарати для ентєрального живлення, зменшення терміну перебування критичних хворих на МІ у стаціонарі.
9. Ультразвукова система, аналізатор газів крові.
10. Розрахунок кількості енергетичних субстратів для хворих на МІ, які потребують застосування ентєрального живлення, під час проведення ІТ та надання анестезіологічно-реанімаційного забезпечення.
11. Не існують.
12. Не існують.
13. ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», 69096, м. Запоріжжя, бульвар Вінтера 20, тел. (061) 257-02-45.
14. Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України. 03680, м. Київ, вулиця Героїв Севастополя 20, тел. (044) 483-13-74; Запорізький державний медичний університет. 69035, Україна, м. Запоріжжя, проспект Маяковського 26, тел. (061) 224-64-69.
15. Серіков К.В. (0974765798), Голдовський Б.М., Смирнова Л.М., Шифрін Г.А., Поталов С.О., Льовкін О.А., Сідь Є.В.

Реєстр. № 43/1/14

- 1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ІШЕМІЇ (ЦІ) У ХВОРИХ З ВНУТРІШНЬОМОЗКОВИМ КРОВОВИЛИВОМ (ВМК).**

2. НДР «Вдосконалення діагностики та розробка випереджальної енергоресурсаційної протекції при церебральній дисфункції», 0112U001759, 2012-2016 рр.
3. Інтенсивна терапія.
4. 2+, С.
5. Патент № 59599 України, МПК (2011.01) А61В 17/00. Спосіб визначення ступеня церебральної ішемії при черепно-мозковій травмі / Лепетченко В.М., Серіков К.В., Шифрін Г.А.; заявник та патентовласник ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». – № u 201012583; заявлено 25.10.2010; опубліковано 25.05.2011, Бюл. № 10.
6. Немає.
7. В основу способу поставлено задачу визначення ступеня ЦІ у хворих з ВМК шляхом неінвазивної оцінки мозкового кровообігу та внутрішньочерепного тиску при легкій, середньо-тяжкій та тяжкій внутрішньочерепній гіпертензії, що надає можливість запобігти виникненню гіпоксичних ушкоджень головного мозку під час проведення інтенсивної терапії (ІТ) та надання анестезіологічно-реанімаційного забезпечення. Поставлена задача вирішується шляхом оцінки кисневопротективного церебрального перфузійного тиску (ЦПТкп), поточного рівня церебрального перфузійного тиску (ЦПТпт) та внутрішньочерепного тиску. ЦПТкп, при якому виключається ішемія головного мозку, визначається: $ЦПТкп = НСАТ - 15$, мм рт.ст., де: НСАТ – належний середній артеріальний тиск = $НАТд + (НАТс - НАТд / 3)$, мм рт.ст.; НАТд – належний діастолічний артеріальний тиск = $63 + 0,4 \times Вік$ (роки), мм рт.ст.; НАТс – належний систолічний артеріальний тиск = $102 + 0,6 \times Вік$ (роки), мм рт.ст.; 15 – нормальне значення внутрішньочерепного тиску, мм рт.ст.
Надалі визначається ЦПТпт: $ЦПТпт = САТ - ВЧТ$, мм рт.ст., де: ВЧТ – внутрішньочерепний тиск, який при збереженій свідомості або запамороченні складає 15 мм рт.ст., при сопорі дорівнює 20 мм рт.ст., при комі відповідає 30 мм рт.ст.; САТ – середній артеріальний тиск, мм рт.ст. Церебральна ішемія визначається тоді, коли значення кисневопротективного церебрального перфузійного тиску у критичних хворих з внутрішньомозковим крововиливом перевищує поточний рівень:
 $ЦІ = 100 \times [(ЦПТкп - ЦПТпт) / ЦПТкп]$, %
І якщо $ЦІ \leq 43\%$ – має місце легкий ступінь церебральної ішемії; при $ЦІ 44-68\%$ – має місце середньо-тяжкий ступінь церебральної ішемії; при $ЦІ \geq 79\%$ – має місце тяжкий ступінь церебральної ішемії.
8. Клінічна ефективність: забезпечується підвищення достовірності визначення ступеню ЦІ, що надає можливість постійної оцінки стану ЦНС у критичних хворих з внутрішньомозковим крововиливом та дозволяє запобіганню виникнення ішемії головного мозку. Соціальна ефективність: зменшення летальності та кількості ускладнень, зменшення виразності неврологічного дефіциту та покращення якості життя хворих з ВМК, що перебували в критичному стані в умовах відділення інтенсивної терапії або нейрореанімації. Економічна ефективність: зменшення витрат на моніторинг та медикаментозне забезпечення, скорочення терміну перебування критичних хворих з внутрішньомозковим крововиливом у стаціонарі.
9. Механічний тонометр та фонендоскоп або пульсоксиметр або реанімаційно-хірургічний монітор.
10. Динамічне спостереження за функцією центральної нервової системи у критичних хворих з внутрішньомозковим крововиливом під час проведення ІТ та надання анестезіологічно-реанімаційного забезпечення.
11. Не існують.
12. Не існують.

13. ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». 69096, м. Запоріжжя, бульвар Вінтера, 20, тел. (061) 257-02-45.
14. Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України. 03680, м. Київ, вул. ГероївСевастополя, 20, тел. (044) 483-13-74; Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, проспект Маяковського, 26, тел. (061) 224-64-69.
15. Серіков К.В. (0974765798), Голдовський Б.М., Смирнова Л.М., Шифрін Г.А., Поталов С.О., Льовкін О.А., Сідь Є.В.

Реєстр. № 44/1/14

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ (ЦД) У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ.**
2. НДР «Вдосконалення діагностики та розробка випереджальної енергоресурсаційної протекції при церебральній дисфункції», 0112U001759, 2012-2016 рр.
3. Інтенсивна терапія.
4. 2+, С.
5. Патент № 60670 України, МПК (2011.01) А61В 5/00. Спосіб визначення ступеня церебральної дисфункції при гострих порушеннях мозкового кровотоку / Серіков К.В., Зайцев С.Є., Шифрін Г.А.; заявник та патентовласники Запорізький державний медичний університет. – № u 201014435; заявлено 02.12.2010; опубліковано 25.06.2011, Бюл. № 12.
6. Немає.
7. В основу способу поставлено задачу визначення ступеню ЦД у хворих на ішемічний інсульт, шляхом оцінки кисневого режиму артеріальної та венозної крові, як основних чинників функції нейронів головного мозку, що надає можливість постійного моніторингу за функцією центральної нервової системи (ЦНС) та дозволяє запобігти виникненню гіпоксичних ушкоджень головного мозку під час проведення інтенсивної терапії (ІТ). Поставлена задача вирішується шляхом визначення сатурації кисню в артеріальній крові, сатурації кисню в венозній крові, вмісту кисню в артеріальній крові, вмісту кисню в венозній крові з яремної вени, артеріо-венозної різниці за киснем з яремної вени та концентрації гемоглобіну. Вміст кисню в артеріальній крові (CaO_2 , $мл \times л^{-1}$) та вміст кисню в венозній крові з яремної вени ($CvO_{2(jug.)}$, $мл \times л^{-1}$) визначаються інвазивно за допомогою газового аналізатору. Надалі визначається артеріо-венозна різниця за киснем з яремної вени ($avO_{2(jug.)}$, $мл \times л^{-1}$): $avO_{2(jug.)} = CaO_2 - CvO_{2(jug.)}$, $мл \times л^{-1}$. Ступінь ЦД визначається за формулою: $ЦД = \left| 100 \times \frac{(67_{(jug.)} - avO_{2(jug.)})}{67} \right|$, %, де: $67_{(jug.)}$ – нормальне значення артеріо-венозної різниці за киснем з яремної вени, $мл \times л^{-1}$; $avO_{2(jug.)}$ – поточний рівень артеріо-венозної різниці за киснем з яремної вени, $мл \times л^{-1}$. Якщо $ЦД \leq 12\%$ – має місце легкий ступінь церебральної дисфункції; при $ЦД 14-25\%$ – має місце середньо-тяжкий ступінь; при $ЦД 26-55\%$ – має місце тяжкий ступінь церебральної дисфункції.
8. Клінічна ефективність: забезпечується підвищення достовірності визначення ступеня ЦД у критичних хворих на ішемічний інсульт, що надає можливість постійного моніторингу за функцією ЦНС та дозволяє запобігти виникненню гіпоксичних ушкоджень головного мозку під час проведення ІТ. Соціальна ефективність: зменшення летальності та кількості ускладнень, зменшення виразності неврологічного дефіциту та покращення якості життя хворих на ішемічний інсульт, що перебували в критичному стані в умовах відділення інтенсивної терапії або нейрореанімації. Економічна ефективність: зменшення витрат на діагностичний моніторинг та медикаментозне забезпечення,

- скорочення терміну перебування критичних хворих на ішемічний інсульт у стаціонарі.
9. Аналізатор газів крові.
 10. Динамічна оцінка кисневого режиму артеріальної та венозної крові, як основних чинників функції нейронів головного мозку, що надає можливість постійного моніторингу за функцією ЦНС у критичних хворих на ішемічний інсульт та дозволяє запобігти виникненню гіпоксичних ушкоджень головного мозку під час проведення ІТ.
 11. Не існують.
 12. Не існують.
 13. ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». 69096, м. Запоріжжя, бульвар Вінтера 20, тел. (061) 257-02-45.
 14. Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України. 03680, Україна, м. Київ, вулиця Героїв Севастополя 20, тел. (044) 483-13-74; Запорізький державний медичний університет. 69035, Україна, м. Запоріжжя, проспект Маяковського 26, тел. (061) 224-64-69.
 15. Серіков К.В. (0974765798), Голдовський Б.М., Смирнова Л.М., Шифрін Г.А., Поталов С.О., Льовкін О.А., Сідь Є.В.

Реєстр. № 45/1/14

1. **СПОСІБ КОРЕКЦІЇ АЛЬВЕОЛЯРНОЇ ВЕНТИЛЯЦІЇ (АВ) У ХВОРИХ НА МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ (МІ), ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ШТУЧНОЇ ВЕНТИЛЯЦІЇ ЛЕГЕНІВ (ШВЛ).**
2. НДР «Вдосконалення діагностики та розробка випереджальної енергоресурсаційної протекції при церебральній дисфункції», 0112U001759, 2012-2016 рр.
3. Інтенсивна терапія.
4. 2+, С.
5. Патент № 70974 України, МПК (2012.01) А61М 19/00. Спосіб корекції альвеолярної вентиляції під час штучної вентиляції легенів / Смирнова Л.М., Шифрін Г.А., Серіков К.В.; заявник та патентовласники Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України. – № u 201200320; заявлено 10.01.2012; опубліковано 25.06.2012, Бюл. № 12.
6. Немає.
7. В основу способу поставлено задачу корекції АВ у хворих на МІ, під час проведення ШВЛ, шляхом визначення «поглиблених» показників кисневого режиму артеріальної крові та системної гемодинаміки, що надає можливість захистити нейрони головного мозку хворих на МІ від пошкоджуючої дії гіпоксії або гіпероксії під час проведення інтенсивної терапії (ІТ) та надання анестезіологічно-реанімаційного забезпечення. Поставлена задача вирішується шляхом неінвазивного визначення серцевого викиду (СВ, мл) та частоти серцевих скорочень (ЧСС, уд. за хв.), інвазивного визначення фактору компенсації вмісту кисню в артеріальній крові (Q_x). Альвеолярна вентиляція, при якій забезпечується адекватна оксигенація та виключається ішемія головного мозку, визначається: $AB = СВ \times ЧСС \times Q_x$, мл.
8. Клінічна ефективність: забезпечується адекватна оксигенація організму критичних хворих на МІ, згідно потребам у кисні, що дозволяє запобіганню виникнення ішемії головного мозку, внаслідок усунення пошкоджуючої дії гіпоксії або гіпероксії. Соціальна ефективність: зменшення летальності та кількості ускладнень, зменшення виразності неврологічного дефіциту та покращення якості життя критичних хворих на мозковий інсульт, що перебували

на штучної вентиляції легенів в умовах відділення інтенсивної терапії або нейрореанімації. Економічна ефективність: зменшення витрат на забезпеченні в кисні, експлуатації апаратури штучної вентиляції легенів, перебування критичних хворих на МІ у стаціонарі.

9. Ультразвукова система, аналізатор газів крові.
10. Протезування функції зовнішнього дихання у критичних хворих на МІ, які потребують застосування штучної вентиляції легенів, під час проведення ІТ та надання анестезіологічно-реанімаційного забезпечення.
11. Не існують.
12. Не існують.
13. ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», 69096, м. Запоріжжя, бульвар Вінтера 20, тел. (061) 257-02-45.
14. Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України. 03680, м. Київ, вулиця Героїв Севастополя, 20, тел. (044) 483-13-74; Запорізький державний медичний університет. 69035, м. Запоріжжя, проспект Маяковського, 26, тел. (061) 224-64-69.
15. Серіков К.В. (0974765798), Голдовський Б.М., Смирнова Л.М., Шифрін Г.А., Поталов С.О., Льовкін О.А., Сідь Є.В.

Реєстр. № 46/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ТЯЖКОЇ ГІПОКОАГУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ З ТЯЖКИМ СЕПСИСОМ ТА СЕПТИЧНИМ ШОКОМ.**
2. НДР «Оптимізація прогностичних критеріїв, методів діагностики, напрямків профілактики, особливостей анестезіологічного забезпечення та інтенсивної терапії у хворих з поліорганною дисфункцією», 0110U00215, 2010 - 2014 рр.
3. Анестезіологія та інтенсивна терапія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель № 91847 Україна, МПК А61К 38/36 А61Р 7/08. Спосіб лікування тяжкої гіпокоагуляції у дітей з тяжким сепсисом та септичним шоком / Я.М. Підгірний, О.В. Філик; Заявник і патентовласник Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. – №u201405485; заявл. 22.05.2014; опубл. 10.07.2014, Бюл. № 13.
6. Статті в журналах, тези наукових конференцій згідно назви наукового продукту, яку запропоновано для впровадження в практичну медицину.
7. Спосіб лікування тяжкої гіпокоагуляції у дітей з сепсисом включає проведення медикаментозної терапії (антибіотикотерапії, інфузійної терапії, інотропних препаратів) та призначення факторів згортання крові. Запропоновано дітям з тяжким сепсисом та септичним шоком в схему медикаментозної терапії як препарат факторів згортання крові вводити концентрат протромбіназного комплексу октаплекс однократно внутрішньовенно в дозі 25 МО/кг.
8. Пропонований спосіб дозволяє уникнути розвитку трансфузійно-асоційованого ушкодження легень, що веде до життєво-загрозливої гіпоксемії і підвищує ризик летального кінця завдяки сучасній технології отримання факторів згортання крові, що входять до складу концентрату протромбіназного комплексу октаплекс.
9. Концентрат протромбіназного комплексу октаплекс.
10. Кровотечі, пов'язані з набутим дефіцитом факторів згортання протромбінового комплексу та при набутому чи спадковому дефіциті вітамін-К-залежних факторів згортання крові.
11. Гіперчутливість до активних речовин чи будь-яких допоміжних речовин, що входять до складу препарату.

12. Утворення циркулюючих антитіл, що інгібують один або більше факторів протромбінового комплексу людини (при цьому знижується клінічний ефект), алергічні або анафілактоїдні реакції, підвищення температури тіла, головний біль, транзиторне підвищення рівня печінкових трансаміназ.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м.Львів, вул.Пекарська, 69, тел. (032) 276-97-95.
14. Підгірний Я.М. (0322769795), Філик О.В.

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

Реєстр. № 47/1/14

1. **СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ПОХОДЖЕННЯ.**
2. НДР «Вивчення вікових та соматичних особливостей перебігу хронічних неспецифічних захворювань легень за умов поєднаних уражень внутрішніх органів: розробка нових технологій лікування із застосуванням природних лікарських засобів вітчизняного виробництва», 01.04U009024.
3. Гастроентерологія, терапія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель 72314 «Спосіб ранньої діагностики гемодинамічних порушень у хворих на цироз печінки невірусного походження». МПК А61В 5/00, А61 В 5/0402. Номер заявки u201202222. Дата подання заявки 27.02.2012. Право на корисну модель є чинним з 10.08.2012. Опубл. Бюл. № 15 10.08.2012.
6. Немає.
7. До загальноприйнятої діагностичної програми (загальний та біохімічний аналіз крові, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та серця, доплерографія магістральних судин тощо) хворих на хронічний гепатит (ХГ) та цироз печінки (ЦП) невірусного походження пропонується досліджувати рівень передсердного натрійуретичного про пептиду (proANP) у плазмі крові методом імуноферментного аналізу за допомогою набору реактивів для визначення вмісту proANP (1-98) у плазмі крові. У хворих на ХГ та ЦП невірусного походження вміст proANP прямо корелює з вираженістю гемодинамічних змін та розвитком серцево-судинної недостатності.
8. Застосування запропонованого способу ранньої діагностики гемодинамічних розладів у хворих на ХГ гепатит та ЦП невірусного походження дозволяє прискорити та оптимізувати діагностичну програму таких хворих та більш ефективно проводити лікувальні заходи.
9. Імуноферментний аналізатор, набір реактивів для визначення вмісту proANP (1-98) у плазмі крові.
10. Хронічний гепатит та цироз печінки невірусного походження.
11. Немає.
12. Немає.
13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58002.
14. Немає.
15. Ілашук Т.О., Присяжнюк В.П. (0954309951), Волошин О.І., Окіпняк І.В., Присяжнюк І.В.

Реєстр. № 48/1/14

1. **СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ.**
2. НДР «Особливості метаболічних та функціонально-структурних порушень серцево-судинної системи та органів травлення у хворих на цукровий діабет», 0111U000131, 2011-2015 рр.
3. Гастроентерологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель №91297 U України, МПК G01 N 33/48, G01 N33/52 Спосіб диференційної діагностики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби / М.А. Бичков, С.В. Бичкова, Я.Б. Швидкий, Ю.А. Бичков; заявник і патентовласник Львівський нац. мед. ун-т імені Данила Галицького. – № u201401477; Заявл. 14.02.2014; Опубл. 25.06.2014; Бюл. № 12.
6. Деклараційний патент, статті в журналах, виступи на конференціях.
7. За спектрофотометричним методом при довжині хвилі 540 нм визначають оптичну щільність проби слини пацієнта, взятої натще через 30 хвилин після чищення зубів та ретельного ополіскування рота дистильованою водою, вимірюють концентрацію кальцію у слині пацієнта і при концентрації кальцію в слині пацієнта нижче 0,73 ммоль/л діагностують неерозивну форму гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, а при концентрації нижче 0,36 ммоль/л – ерозивну форму гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.
8. Неінвазивна диференційна діагностика патології стравоходу шляхом ранньої верифікації гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.
9. Спектрофотометр, реактив арсеназо-3.
10. Хворі зі скаргами на печію.
11. Немає.
12. Будь-яких ускладнень не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 272-26-60; факс: (032) 276-79-73.
14. Немає.
15. Бичков М.А., Бичкова С.В., Швидкий Я.Б., Бичков Ю.А. (0322587507).

Реєстр. № 49/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ.**
2. НДР «Особливості метаболічних та функціонально-структурних порушень серцево-судинної системи та органів травлення у хворих на цукровий діабет», 0111U000131, 2011-2015 рр.
3. Гастроентерологія.
4. 2+,С.
5. Патент на корисну модель №91276 U України, МПК G01 N 33/487, G01 N33/497 Спосіб діагностики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби / М.А. Бичков, Г.М. Магльована; заявник і патентовласник Львівський нац. мед. ун-т імені Данила Галицького. – № u201401254; Заявл. 10.02.2014; Опубл. 25.06.2014; Бюл. № 12.
6. Деклараційний патент, статті в журналах, виступи на конференціях.
7. За допомогою реактиву Гріса спектрофотометричним методом при довжині хвилі 520-560 нм визначають оптичну щільність проби слини та проби видихуваного повітря пацієнта, взятих натще через 30 хвилин після чищення зубів та ретельного ополіскування рота дистильованою водою, вимірюють концентрацію оксиду азоту у слині та видихуваному повітрі пацієнта і при зростанні концентрації оксиду азоту в слині пацієнта більше 4,6% та

- одночасному збільшенні вмісту оксиду азоту у видихуваному повітрі вище 6,9% діагностують гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу.
8. Неінвазивна діагностика патології стравоходу шляхом ранньої верифікації гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.
 9. Спектрофотометр, реактив Гріса.
 10. Хворі зі скаргами на печію.
 11. Немає.
 12. Будь-яких ускладнень не передбачається.
 13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 272-26-60; факс: (032) 276-79-73.
 14. Немає.
 15. Бичков М.А., Мальована Г.М. (0322587507).

ГЕМАТОЛОГІЯ. ТРАНСФУЗІОЛОГІЯ

Реєстр. № 50/1/14

1. **АВТОМАТИЗОВАНИЙ БЕЗЕЛЕКТРОДНИЙ МЕТОД ВИЗНАЧЕННЯ ЗАРЯДУ ЕРИТРОЦИТІВ.**
2. НДР «Механізми формування та особливості поліморбідності: клінічна, функціональна та біохімічна оцінка перебігу поєднаної патології внутрішніх органів, методи диференціювання та корекції», 0109U003913, 2009 – 2013 рр.
3. Гематологія і трансфузіологія.
4. 2++, В.
5. Пат. 99856, Україна, МПК G 01 N 27/00. Автоматизований безелектродний спосіб визначення заряду еритроцита / Бойчук Тарас Миколайович, Шаплавський Микола Володимирович, Слободян Всеволод Зіновійович, Гуцул Оксана Всеволодівна, Буждиган Василь Васильович; Заявник Буковинський державний медичний університет. – заяв. № u201012556 від 25.10.10; опубл. 10.10.12; бюл. №19.
6. Немає.
7. Автоматизований безелектродний спосіб вимірювання заряду еритроцита, що полягає у вимірюванні фізичних параметрів крові шляхом реєстрації добротності крові та її плазми, при цьому капсули з кров'ю та плазмою розміщують в коливальному контурі, який індуктивно зв'язують з біоінертним тefлоновим капілярним соленоїдом, комплекс вимірювання з'єднують з комп'ютером, в який вводять клінічні дані відносно вмісту досліджуваних крові та її плазми, далі зазначений капілярний соленоїд послідовно заповнюють досліджуваною кров'ю і визначають рівень її добротності та досліджуваною плазмою і також визначають її добротність, а за значенням добротності досліджуваних крові та її плазми розраховують заряд еритроцита за формулою:

$$|e|Z_{ep} = - [\sigma_{kp} - (1 - k)\sigma_{пл}] / n_{ep} \mu^+$$
 де: $|e|Z_{ep}$ – абсолютний заряд еритроцита в Кулонах; σ_{kp} - електропровідність крові; $\sigma_{пл}$ - електропровідність плазми за добротністю; k – показник гематокриту; n_{ep} – вміст еритроцитів; μ^+ - рухливість додатніх іонів плазми.
8. Автоматизований безелектродний спосіб визначення заряду еритроцита, дозволяє *in vitro* виявити адаптивні зміни заряду еритроцита за динаміки астми зі сприятливим прогнозом. Враховуючи, що фактори зміни мікроциркуляції крові властиві генезу будь-якого патологічного стану, можна зробити висновок про перспективу широкого впровадження запропонованого способу в практику.

Медичні: автоматизований контроль визначення заряду еритроцитів у нормі та патології. Соціальні: підвищення ефективності медичної діагностики в нормі та патології. Економічні: мінімальний об'єм крові, оскільки спосіб потребує 1 мл досліджуваної біологічної рідини.

9. Прилад для вимірювання добротності, який є складовою вимірювального комплексу для визначення реологічних параметрів крові.
10. Визначення заряду еритроцитів у нормі та патології.
11. Немає.
12. Немає.
13. Буковинський державний медичний університет, пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58002.
14. Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, м. Чернівці.
15. Бойчук Т.М., Шаплавський М.В., Слободян В.З., Гуцул О.В. (0505879991), Буждиган В.В.

ГІГІЄНА ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ. ГІГІЄНА ПРАЦІ. ГІГІЄНА ХАРЧУВАННЯ. ЗАГАЛЬНА ГІГІЄНА

Реєстр. № 51/1/14

1. **СПОСІБ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ВОДИ.**
2. НДР «Біохімічні механізми токсичності наночастинок різної природи та інших антропогенних і біогенних токсикантів в біологічних системах», 0112U000542, 2012-2015 рр.
3. Гігієна
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель № 69801. Спосіб контролю якості води / Лотоцька О.В., Кондратюк В.А., Федорів О.С., Лотоцький В.В., Лотоцька С.В. Заявник і патентовласник Державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського». Номер заявки U 2014 00903, дата подання заявки 31.01.2014, дата, з якої є чинними права на корисну модель 10.06.2014, дата публікації відомостей про видачу патенту на номер бюлетеня: 10.06.2014, Бюл. №11.
6. Запропонований спосіб забезпечує спрощення проведення дослідження якості води і оперативне отримання результатів.
7. Запропонований спосіб контролю якості води, що включає визначення у воді наявних токсичних компонентів шляхом фізико-хімічного визначення зміни показника величини температури у пробі води при зануренні в неї полімеру, наприклад крохмалю, порівняно з контролем. Корисну модель виконують наступним чином: в хімічно чисту пробірку діаметром 15 мм насипають 5 г висушеного до постійної маси при температурі 105 °С картопляного крохмалю і вставляють термометр, наприклад ртутний, з шкалою від 0 до 50 °С з ціною поділок 0,1-0,2 °С і наливають 5мл досліджуваної води з температурою +18-20 °С. Через 3-5 хв. фіксують температуру набухання полімеру з точністю до 0,1 °С. Одночасно в чисту пробірку з термометром наливають 15 мл дистильованої води з однаковою температурою. Одержаний результат порівнюють з показником температури контрольної води. Температура набухання полімеру в доброякісній питній воді повинна бути не більше ніж на 10 °С вище температури набухання контрольної проби води.
8. Запропонований спосіб контролю якості води оперативним, без значних матеріальних затрат дозволяє отримати результат порівняно зі способом-прототипом.

9. Пробовідбірник води, полімер, термометр, годинник.
10. Запропонований спосіб забезпечує спрощення проведення дослідження якості води і оперативне отримання результатів.
11. Немає.
12. Полімер (крохмаль), термометр, хронометр повинні відповідати вимогам стандарту.
13. ВДНЗ «Тернопільський Державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», 46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1.
14. Немає.
15. Кондратюк В.А., Лотоцька О.В., Федорів О.Є.(0352527488).

Реєстр. № 52/1/14

- 1. ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНИХ ПРОФЕСІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ ТА ПЕРИФЕРИЧНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМ У ГІРНИКІВ ВУГІЛЬНИХ ШАХТ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.**
2. НДР «Розробка сучасної технології діагностики, лікування та профілактики найбільш поширених професійних захворювань гірників вугільних шахт на різних етапах надання медико-санітарної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я», 0114U001855, 2014-2016 рр.
3. Гігієна навколишнього середовища, харчування, праці та профзахворювань.
4. 2+, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Рекомендовані поетапні обсяги обстеження та діагностичні критерії для встановлення діагнозу професійних захворювань кістково-м'язової та периферійної нервової систем та обсяг лікувально-профілактичних заходів на різних етапах надання медико-санітарної допомоги, а також перелік лікарів та умов лікування (амбулаторне, стаціонарне). Визначені показники для госпіталізації та критерії покращення стану здоров'я. Представлені критерії для вирішення питання подальшої працездатності в професії та зв'язку захворювання з умовами праці.
8. На відміну від системи надання медико-санітарної допомоги, що діє, рекомендується удосконалена технологія діагностики, лікування та профілактики найбільш поширених професійних захворювань гірників вугільних шахт на первинному, вторинному (спеціалізованому) та третинному (високоспеціалізованому) рівнях надання медико-санітарної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я, а також перелік необхідного (діагностики та лікування) для цього обладнання.
9. Обладнання для діагностики та лікування.
10. Професійні захворювання кістково-м'язової та периферійної нервової систем, на розвиток яких суттєвий вплив мають виробничі фактори, що значно перевищують допустимі гігієнічні рівні.
11. Немає.
12. Алергічні реакції на окремі види препаратів. При тривалому застосуванні саліцилатів і не стероїдних протизапальних препаратів слід враховувати можливість розвитку анемії, при тривалому прийомі анальгетиків – агранулоцитопенії. Обмежено застосовувати вищевказані препарати при портальній гіпертензії, венозному застої, порушеннях згортання крові, також обмежено застосування цих препаратів у осіб, що страждають на бронхіальну астму, хронічне обструктивне захворювання легень.

13. Державне підприємство «Науково-дослідний інститут медико-екологічних проблем Донбасу та вугільної промисловості МОЗ України».
14. Немає.
15. Валуцина В.М., Смоленко Л.В., Хандільди В.П., Юрчішина М.В. (0502732006).

Реєстр. № 53/1/14

16. **УДОСКОНАЛЕННЯ ОЦІНКИ ТА УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ ПОРУШЕННЯ ЗДОРОВ'Я ГІРНИКІВ ВУГІЛЬНИХ ШАХТ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.**
17. НДР «Розробка сучасної технології оцінки та управління ризиками порушення здоров'я гірників вугільних шахт з метою профілактики їхніх професійних і виробничо-обумовлених захворювань», 0112U000679, 2012-2014 рр.
18. Гігієна навколишнього середовища, харчування, праці та профзахворювань.
19. 2+, С.
20. Немає.
21. Немає.
22. Запропоновано до впровадження алгоритм проведення оцінки та керування ризиком профзахворювань на вугільних шахтах, що включає: аналіз ефектів впливу провідних шкідливих факторів (пил, шум, вібрація) на організм гірників, методики розрахунку експозиційних доз провідних шкідливих факторів та ризику професійних захворювань гірників, заходи профілактики та керування ризиком. На підставі виявлених дозо-ефектних залежностей та оцінки ризику профзахворювань приймають гігієнічні та організаційні управлінські рішення щодо профілактики професійних факторів ризику, медичної і соціально-трудова реабілітації хворих. Своєчасне визначення осіб з високим ризиком виникнення професійної патології та наступне проведення медико-соціальних заходів їх оздоровлення дозволить уникнути прогресування процесів інвалідизації у галузі. Прогноз захворюваності на основі оцінки ризику дозволить передбачити необхідність у економічних витратах на медичне обслуговування.
23. На відміну від діючої системи санітарно-гігієнічного та медико-профілактичного забезпечення працюючих на підприємствах вугільної промисловості рекомендовано здійснювати управління професійними ризиками з урахуванням отриманих робітниками експозиційних доз шкідливих факторів виробничого середовища, виявлення взаємозв'язку «рівень-час-ефект», визначення допустимих термінів роботи гірників та етапності впровадження профілактичних заходів з попередження професійних захворювань. Рекомендовані підходи оцінки та управління ризиками порушення здоров'я гірників вугільних шахт дозволяють прогнозувати небезпеку розвитку професійних захворювань, забезпечують профілактику порушень стану здоров'я гірників та попереджують несприятливі наслідки професійної діяльності для здоров'я працюючих, в т.ч. заходів для «захисту часом» працюючих у шкідливих і небезпечних умовах.
24. Лікарі з гігієни праці.
25. На підприємствах вугільної промисловості, де дія шкідливих професійних факторів (пил, шум, вібрація) перевищує ГДК та ГДР.
26. Немає.
27. Ускладнень не передбачається. Для запобігання помилок необхідні консультації з розробниками.
28. Державне підприємство «Науково-дослідний інститут медико-екологічних проблем Донбасу та вугільної промисловості МОЗ України».
29. Немає.

30. Валуцина В.М., Теплова Т.Є., Путіліна О.М., Волинько Т.Я., Шаптала А.В., Алтухова Н.Н., Смирнова Н.В. (062) 385-92-80.

Реєстр. № 54/1/14

- 1. МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ АМІНОПІРАЛІДУ В НАСІННІ РІПАКУ І ГІРЧИЦІ МЕТОДОМ ГАЗОРІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення амінопіраліду в насінні ріпаку і гірчиці методом газорідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) амінопіраліду в насінні ріпаку і гірчиці необхідна методика з визначення залишкових кількостей амінопіраліду в насінні ріпаку і гірчиці. Метод базується на вилученні амінопіраліду з проб насіння ріпаку та гірчиці сумішшю метанол + 0,1 % водний розчин хлороводневої кислоти, очищенні екстрактів в системі рідина-рідина та подальшому кількісному визначенні амінопіраліду у вигляді бутилового ефіру методом ГРХ.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей амінопіраліду в насінні ріпаку і гірчиці на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф газовий; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: амінопіралід (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
- 10.** Методичні вказівки з визначення амінопіраліду в насінні ріпаку і гірчиці методом газорідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – МДР 0,01 мг/кг. Документ встановлює методику виконання вимірювань масової частки амінопіраліду в насінні ріпаку та гірчиці в діапазоні від 0,01 мг/кг до 0,07 мг/кг методом газорідинної хроматографії (ГРХ). Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.
- 11.** Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною

методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.

13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Мурашко С.В., Кузенко Н.М., Морару Л.Є., Гринько А.П. (0442584206).

Реєстр. № 55/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ КЛОТІАНІДИНУ В ЗЕРНІ ХЛІБНИХ ЗЛАКІВ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення клотіанідину в зерні хлібних злаків методом високоефективної рідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) клотіанідину в зерні хлібних злаків необхідна методика з визначення залишкових кількостей клотіанідину в зерні хлібних злаків. Методика базується на вилученні клотіанідину із проб ацетонітрилом, очищенні екстрактів шляхом перерозподілу в системі рідина-рідина та адсорбційною хроматографією з подальшим кількісним визначенням клотіанідину методом обернено-фазової високоефективної рідинної хроматографії з УФ детектором.
8. Аналогів не має. Соціальний ефект - нововведення забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей клотіанідину в зерні хлібних злаків на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Медичний ефект - здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: клотіанідин (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, етиловий сорбенти для твердофазової екстракції, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення клотіанідину в зерні хлібних злаків методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановленого в Україні відповідного гігієнічного нормативу – МДР в зерні хлібних злаків 0,02 мг/кг. Виконання вимірювань масової частки клотіанідину в зерні хлібних злаків у діапазоні від 0,02 мг/кг до 0,2 мг/кг методом обернено-фазової високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
11. Немає.

12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Зварич Г.В.

Реєстр. № 56/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ КЛОТІАНІДИНУ В ЯБЛУКАХ ТА ЯБЛУЧНОМУ СОКОВІ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення клотіанідину в яблуках та яблучному сокові методом високоефективної рідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) клотіанідину в яблуках та яблучному соку необхідна методика з визначення залишкових кількостей клотіанідину в яблуках та яблучному соку. Методика базується на вилученні клотіанідину з проб яблук метанолом, із проб яблучного соку – хлороформом (після коагуляції метанолом), очищенні екстрактів шляхом перерозподілу в системі рідина-рідина та адсорбційною хроматографією з подальшим кількісним визначенням клотіанідину методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ детектором.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Забезпечує можливість здійснювати контроль залишкових кількостей клотіанідину в яблуках та яблучному соку на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: клотіанідин (ДСЗУ); органічні

- розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, етиловий сорбенти для твердофазової екстракції, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення клотіанідину в яблуках та яблучному соку методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановленого в Україні відповідного гігієнічного нормативу. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
 11. Немає.
 12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
 13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
 14. Немає.
 15. Зварич Г.В., Назаренко Л.І., Гринько А.П. (0442584206).

Реєстр. № 57/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ МІДІ В ЦИБУЛІ ФОТОМЕТРИЧНИМ МЕТОДОМ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення міді в цибулі фотометричним методом.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) міді в цибулі необхідна методика з визначення залишкових кількостей міді в цибулі. Метод базується на вилученні солей міді з проби цибулі (ріпка, перо) кип'ятінням з водним розчином сірчаної кислоти, отриманні жовто-коричневого комплексу диетилдитіокарбамату міді, переведенні забарвленого продукту в хлороформ, очищенні методом ТШХ, вимірюванні оптичної густини, пропорційній концентрації міді при довжині хвилі 440 нм у кюветах з товщиною шару 1 см.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей міді в цибулі на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.

9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: спектрофотометр; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки з визначення міді в цибулі фотометричним методом розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – МДР 5,0 мг/кг. Документ встановлює методику виконання вимірювань масової частки міді в цибулі-перо та цибулі-ріпка в діапазоні від 2,5 мг/кг до 25,0 мг/кг фотометричним методом. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Павленко І.П., Завалко Р.М., Гринько А.П. (0442584206).

Реєстр. № 58/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ПІКЛОРАМУ В ЗЕРНІ ТА ОЛІЇ КУКУРУДЗИ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення піклораму в зерні та олії кукурудзи методом високоефективної рідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) піклораму в зерні та олії кукурудзи необхідна методика з визначення залишкових кількостей піклораму в зерні та олії кукурудзи. Метод базується на вилученні піклораму з проб зерна кукурудзи та олії підкисленою водою з рН 2, послідовному очищенні екстрактів шляхом перерозподілу піклораму в системі рідина-рідина та в тонкому шарі

- силікагелю і подальшому визначенні піклораму методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ-детектуванням при довжині хвилі 230 нм.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей піклораму в зерні та олії кукурудзи на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
 9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: піклорам (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
 10. Методичні вказівки з визначення піклораму в зерні та олії кукурудзи методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – МДР «не допускається». Документ встановлює методику виконання вимірювань масової частки піклораму в зерні кукурудзи та кукурудзяній олії в діапазоні від 0,2 мг/кг до 1,0 мг/кг методом обернено-фазової високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.
 11. Немає.
 12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочисел пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
 13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
 14. Немає.
 15. Мурашко С.В., Кузенко Н.М., Гринько А.П. (0442584206).

Реєстр. № 59/1/14

16. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ПІКЛОРАМУ В ЗЕРНІ ТА ОЛІЇ КУКУРУДЗИ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
17. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
18. Гігієна, аналітична хімія.

19. 2+, С.
20. Немає.
21. Методичні вказівки з визначення піклораму в зерні та олії кукурудзи методом високоефективної рідинної хроматографії.
22. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) піклораму в зерні та олії кукурудзи необхідна методика з визначення залишкових кількостей піклораму в зерні та олії кукурудзи. Метод базується на вилученні піклораму з проб зерна кукурудзи та олії підкисленою водою з рН 2, послідовному очищенні екстрактів шляхом перерозподілу піклораму в системі рідина-рідина та в тонкому шарі силікагелю і подальшому визначенні піклораму методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ-детектуванням при довжині хвилі 230 нм.
23. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей піклораму в зерні та олії кукурудзи на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
24. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: піклорам (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
25. Методичні вказівки з визначення піклораму в зерні та олії кукурудзи методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – МДР «не допускається». Документ встановлює методику виконання вимірювань масової частки піклораму в зерні кукурудзи та кукурудзяній олії в діапазоні від 0,2 мг/кг до 1,0 мг/кг методом обернено-фазової високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.
26. Немає.
27. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочисел пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
28. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
29. Немає.
30. Мурашко С.В., Кузенко Н.М., Гринько А.П. (0442584206).

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ПІРОКССУЛАМУ В ВОДІ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення пірокссуламу в воді методом вискоєфективної рідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) пірокссуламу в воді необхідна методика з визначення залишкових кількостей пірокссуламу в воді. Метод базується на вилученні пірокссуламу з води етилацетатом, очищенні екстрактів за допомогою адсорбційної хроматографії на флоризилі з подальшим визначенням пірокссуламу методом оберненофазової ВЕРХ з УФ-детектуванням при довжині хвилі 280 нм.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей пірокссуламу в воді на рівні затверджених гігієнічних нормативів (ОДК). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: пірокссулам (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, сорбенти, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки з визначення пірокссуламу в воді методом вискоєфективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – ОДР у воді 0,02 мг/л. Документ встановлює методику виконання вимірювань масової концентрації пірокссуламу у воді в діапазоні від 0,004 мг/л до 0,040 мг/л методом вискоєфективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з УФ-детектуванням. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочисел пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що

мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.

13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Мурашко С.В., Писаненко Н.П., Гринько А.П. (0442584206).

Реєстр. № 61/1/14

- 1. МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ПІРОКССУЛАМУ В ҐРУНТІ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення пірокссуламу в ґрунті методом високоефективної рідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) пірокссуламу в ґрунті необхідна методика з визначення залишкових кількостей пірокссуламу в ґрунті. Метод базується на вилученні пірокссуламу з проби ґрунту сумішшю метанолу з водою, переекстракції в етилацетат, очищенні екстрактів за допомогою адсорбційної хроматографії на флоризилі з подальшим визначенням пірокссуламу методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ-детектуванням при довжині хвилі 280 нм.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей пірокссуламу в ґрунті на рівні затверджених гігієнічних нормативів (ОДК). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: пірокссулам (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, сорбенти, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
- 10.** Методичні вказівки з визначення пірокссуламу в ґрунті методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – ОДК в ґрунті 0,16 мг/л. Документ встановлює методику виконання вимірювань масової частки пірокссуламу в ґрунті в діапазоні від 0,02 мг/кг до 0,2 мг/кг методом високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.
- 11.** Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции,

пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.

13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Мурашко С.В., Писаненко Н.П., Гринько А.П. (0442584206).

Реєстр. № 62/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ПІРОКССУЛАМУ В ЗЕРНІ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення пірокссуламу в зерні методом високоефективної рідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) пірокссуламу в зерні необхідна методика з визначення залишкових кількостей пірокссуламу в зерні. Метод базується на вилученні пірокссуламу з проби зерна сумішшю метанолу з водою, переекстракції в етилацетат, очищенні екстрактів за допомогою адсорбційної хроматографії на флоризилі з подальшим визначенням пірокссуламу методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ-детектуванням при довжині хвилі 280 нм.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей пірокссуламу в зерні на рівні затверджених гігієнічних нормативів – МДР в зерні 0,05 мг/кг. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: пірокссулам (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, сорбент, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки з визначення пірокссуламу в зерні методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – МДР в зерні 0,05 мг/кг.

Документ встановлює методику виконання вимірювань масової частки пірокссуламу в зерні хлібних злаків в діапазоні від 0,05 мг/кг до 0,50 мг/кг методом високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.

11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Мурашко С.В., Писаненко Н.П., Гринько А.П. (0442584206).

Ресстр. № 63/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ПІРОКССУЛАМУ В ПОВІТРІ РОБОЧОЇ ЗОНИ ТА АТМОСФЕРНОМУ ПОВІТРІ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення пірокссуламу в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі методом високоефективної рідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (ОБРВ) пірокссуламу в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі необхідна методика з визначення залишкових кількостей пірокссуламу в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі. Методика базується на протягуванні повітря, що містить пірокссулам, крізь сорбційну трубку (заповнену силікагелем КСК), екстрагуванні пірокссуламу з шару сорбенту ацетоном або етанолом та подальшому визначенні пірокссуламу методом оберненофазової високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з УФ-детектуванням.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей пірокссуламу в повітрі робочої зони та атмосферному

- повітрі на рівні затверджених гігієнічних нормативів – ОБРВ в повітрі робочої зони – 1,0 мг/м³, ОБРВ в атмосферному повітрі – 0,004 мг/м³. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: піроксулам (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, сорбент, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
 10. Методичні вказівки з визначення піроксуламу в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – ОБРВ в повітрі робочої зони – 1,0 мг/м³, ОБРВ в атмосферному повітрі – 0,004 мг/м³. Документ встановлює методику виконання вимірювань масової концентрації піроксуламу в повітрі робочої зони в діапазоні від 0,05 мг/м³ до 0,50 мг/м³, в атмосферному повітрі в діапазоні від 0,003 мг/м³ до 0,03 мг/м³ методом високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.
 11. Немає.
 12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
 13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
 14. Немає.
 15. Мурашко С.В., Писаненко Н.П., Гринько А.П. (0442584206).

Реєстр. № 64/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ПРОТІОКОНАЗОЛУ-ДЕСТІО В РІПАКОВІЙ ОЛІЇ МЕТОДОМ ГАЗОРІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.

6. Методичні вказівки з визначення протіокназолу-дестію в ріпаковій олії методом газорідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) протіокназолу-дестію в ріпаковій олії необхідна методика з визначення залишкових кількостей протіокназолу-дестію в ріпаковій олії. Метод базується на екстрагуванні протіокназолу-дестію з проб ацетонітрилом, очищенні отриманого екстракту на концентруючих патронах на основі модифікованого силікагелю (Діапак С16), концентруванні екстракту та подальшому визначенні протіокназолу-дестію методом газорідинної хроматографії (ГРХ) в режимі програмування температур з використанням селективного NPD-детектора.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей протіокназолу-дестію в ріпаковій олії на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф газовий з селективним NPD-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: протіокназол-дестію (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, концентруючі патрони на основі модифікованого силікагелю (Діапак С16), фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення протіокназолу-дестію в ріпаковій олії методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для забезпечення контролю встановленого в Україні відповідного гігієнічного нормативу – МДР «не допускається». Документ встановлює методику виконання вимірювань масової частки протіокназолу-дестію в ріпаковій олії в діапазоні від 0,1 мг/кг до 2,0 мг/кг методом газорідинної хроматографії (ГРХ) з використанням селективного NPD-детектора. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Кузнецова О.М., Толстова Н.В., Швець М.В.

- 1. МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ СПІРОДИКЛОФЕНУ В БАКЛАЖАНАХ ТА ОГІРКАХ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення спіродиклофену в баклажанах та огірках методом високоефективної рідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) спіродиклофену в баклажанах та огірках необхідна методика з визначення залишкових кількостей спіродиклофену в баклажанах та огірках. Метод базується на вилученні спіродиклофену з проб баклажанів та огірків ацетонітрилом, очищенні екстракту шляхом перерозподілу в системі рідина-рідина та за допомогою адсорбційної хроматографії на флоризилі, подальшому визначенні спіродиклофену методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ-детектуванням при довжині хвилі 240 нм.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей спіродиклофену в баклажанах та огірках на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: спіродиклофен (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
- 10.** Методичні вказівки з визначення спіродиклофену в баклажанах та огірках методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – МДР 0,04 мг/кг. Документ встановлює методику виконання вимірювань масової частки спіродиклофену в баклажанах та огірках в діапазоні від 0,02 мг/кг до 0,20 мг/кг методом обернено-фазової високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною

методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.

13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Мурашко С.В., Писаненко Н.П., Гринько А.П. (0442584206).

Реєстр. № 66/1/14

- 1. МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ СПІРОДИКЛОФЕНУ В ҐРУНТІ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення спіродиклофену в ґрунті методом високоефективної рідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) спіродиклофену в ґрунті необхідна методика з визначення залишкових кількостей спіродиклофену в ґрунті. Метод базується на вилученні спіродиклофену з проби ґрунту ацетонітрилом, очищенні екстракту за допомогою адсорбційної хроматографії на флоризилі, подальшому визначенні спіродиклофену методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ-детектуванням при довжині хвилі 240 нм.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей спіродиклофену в ґрунті на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: спіродиклофен (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
- 10. Методичні вказівки з визначення спіродиклофену в ґрунті методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – ОДК 0,4 мг/кг. Документ встановлює методику виконання вимірювань масової частки спіродиклофену в ґрунті в діапазоні від 0,02 мг/кг до 0,20 мг/кг методом обернено-фазової високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.**
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции,

пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.

13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Мурашко С.В., Писаненко Н.П., Гринько А.П. (0442584206).

Реєстр. № 67/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ СПІРОДИКЛОФЕНУ В ГРУШАХ, ЯБЛУКАХ, ВИНОГРАДІ ТА СОКАХ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення спіродиклофену в грушах, яблуках, винограді та соках методом високоефективної рідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) спіродиклофену в грушах, яблуках, винограді та соках необхідна методика з визначення залишкових кількостей спіродиклофену в грушах, яблуках, винограді та соках. Метод базується на вилученні спіродиклофену з проб яблук, груш, винограду ацетонітрилом, проб соків – (після коагуляції) дихлорметаном, очищенні екстракту шляхом перерозподілу в системі рідина-рідина та за допомогою адсорбційної хроматографії на флоризилі, подальшому визначенні спіродиклофену методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ-детектуванням при довжині хвилі 240 нм.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей спіродиклофену в грушах, яблуках, винограді та соках на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: спіродиклофен (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.

10. Методичні вказівки з визначення спіродиклофену в грушах, яблуках, винограді та соках методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – МДР в грушах, яблуках, винограді 0,04 мг/кг, МДР у грушевому, яблучному, виноградному соках – «не допускається». Документ встановлює методику виконання вимірювань масової частки спіродиклофену в грушах, яблуках, винограді та соках в діапазоні від 0,02 мг/кг до 0,20 мг/кг методом обернено-фазової високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Мурашко С.В., Писаненко Н.П., Гринько А.П. (0442584206).

Реєстр. № 68/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ТИРАМУ В ЗЕРНІ СОЇ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення тираму в зерні сої методом високоефективної рідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) тираму в сої необхідна методика з визначення залишкових кількостей тираму в сої. Метод базується на вилученні тираму з проб зерна сої хлороформом, очищенні екстрактів в тонкому шарі силікагелю та подальшому визначенні тираму методом ВЕРХ з УФ детектором при довжині хвилі 254 нм.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль

- залишкових кількостей тираму в зерні сої на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: тирам (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, концентруючі патрони на основі модифікованого силікагелю (Діапак С16), фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
 10. Методичні вказівки (МВ) з визначення тираму методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – МДР «не допускається». Документ встановлює методику виконання вимірювань масової концентрації тираму в зерні сої в діапазоні від 0,1 мг/кг до 1,0 мг/кг методом високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.
 11. Немає.
 12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
 13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
 14. Немає.
 15. Мурашко С.В. (0442584206), Морару Л.Є.

Реєстр. № 69/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ТІАКЛОПРИДУ У ВИШНІ, ЧЕРЕШНІ ТА СОКАХ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення тіаклоприду у вишні, черешні та соках методом високоефективної рідинної хроматографії.

7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) тіаклоприду у вишні, черешні та соках необхідна методика з визначення залишкових кількостей тіаклоприду у вишні, черешні та соках. Методика базується на вилученні тіаклоприду з проб вишні (черешні) метанолом, із проб вишневого (черешневого) соку – хлороформом (після коагуляції метанолом), очищенні екстрактів шляхом перерозподілу в системі рідина-рідина та адсорбційною хроматографією з подальшим кількісним визначенням тіаклоприду методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ детектором.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей тіаклоприду у вишні, черешні та соках на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: тіаклоприд (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки (МВ) з визначення тіаклоприду у вишні, черешні та соках методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – МДР у вишні (черешні) 0,3 мг/кг, МДР в вишневому (черешневому) соку «не допускається». Документ встановлює методику виконання вимірювань масової частки тіаклоприду у вишні, черешні та соках у діапазоні від 0,1 мг/кг до 1,0 мг/кг методом обернено-фазової високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочисел пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Зварич Г.В., Назаренко Л.І.

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ТРИФЛУМУРОНУ В ҐРУНТІ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення трифлумурону в ґрунті методом високоефективної рідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) трифлумурону в ґрунті необхідна методика з визначення залишкових кількостей трифлумурону в ґрунті. Методика базується на вилученні трифлумурону з проб ґрунту сумішшю метанолу з водним розчином хлориду амонію, очищенні екстрактів шляхом перерозподілу в двофазній екстракційній системі рідина-рідина та адсорбційною хроматографією на колонках з флоризилом з подальшим кількісним визначенням трифлумурону методом обернено-фазової високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з ультрафіолетовим детектором (УФ).
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей трифлумурону в ґрунті на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: трифлумурон (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки з визначення трифлумурону в ґрунті методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу. Документ встановлює методику виконання вимірювань масової концентрації частки трифлумурону в ґрунті в діапазоні від 0,05 мг/кг до 0,5 мг/кг методом обернено-фазової високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною

методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.

13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Зварич Г.В., Назаренко Л.І.

Реєстр. № 71/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ТРИФЛУМУРОНУ В ПОВІТРІ РОБОЧОЇ ЗОНИ ТА АТМОСФЕРНОМУ ПОВІТРІ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення трифлумурону в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі методом високоефективної рідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (ОБРВ) трифлумурону в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі необхідна методика з визначення залишкових кількостей трифлумурону в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі. Методика базується на протягуванні повітря, що містить трифлумурон, через паперовий фільтр «синя стрічка», екстрагуванні сполуки з фільтру етиловим спиртом, концентруванні екстракту та подальшому кількісному визначенні методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ-детектором. Тривалість одного визначення становить 8 годин.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей трифлумурону в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі на рівні затверджених гігієнічних нормативів (ОБРВ). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: трифлумурон (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки з визначення трифлумурону в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – ОБРВ трифлумурону в повітрі робочої зони – 1,5 мг/м³, ОБРВ трифлумурону в атмосферному повітрі – 0,02 мг/м³. Документ встановлює методику виконання вимірювань масової концентрації трифлумурону в повітрі робочої зони в діапазоні масових концентрацій від 0,2 мг/м³ до 2,0 мг/м³ та в атмосферному повітрі в діапазоні масових концентрацій від 0,01 мг/м³ до 0,1 мг/м³ методом обернено-фазової високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з

ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.

11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Зварич Г.В., Назаренко Л.І., Кравченко Г.В.

Рєсстр. № 72/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ТРИФЛУМУРОНУ В ЯБЛУКАХ ТА ЯБЛУЧНОМУ СОКУ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення трифлумурону в яблуках та яблучному соку методом високоефективної рідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) трифлумурону в яблуках та яблучному соку необхідна методика з визначення залишкових кількостей трифлумурону в яблуках та яблучному соку. Методика базується на вилученні трифлумурону з проб яблук метанолом, проб соку гексаном (після коагуляції метанолом), очищенні екстрактів шляхом перерозподілу в двофазній системі рідина-рідина та адсорбційною хроматографією на колонках з флоризилом з подальшим кількісним визначенням трифлумурону методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ детектором.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей трифлумурону в яблуках та яблучному соку на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.

9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: трифлумурон (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, сорбенти, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки з визначення трифлумурону в яблуках та яблучному соку методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу. Документ встановлює методику виконання вимірювань масової частки трифлумурону в яблуках та яблучному соку в діапазоні від 0,05 мг/кг до 0,5 мг/кг методом обернено-фазової високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Зварич Г.В., Назаренко Л.І.

Реєстр. № 73/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ТРИФЛУМУРОНУ У ВОДІ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення трифлумурону у воді методом високоефективної рідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (ГДК) трифлумурону у воді необхідна методика з визначення залишкових кількостей трифлумурону у воді. Методика базується на екстрагуванні трифлумурону з проб води гексаном,

- концентруванні та подальшому визначенні трифлумурону методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ детектуванням.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей трифлумурону у воді на рівні затверджених гігієнічних нормативів (ГДК). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
 9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: трифлумурон (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
 10. Методичні вказівки з визначення трифлумурону у воді методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – ГДК трифлумурону у воді 0,002 мг/л. Документ встановлює методику виконання вимірювань масової концентрації трифлумурону у воді в діапазоні від 0,002 мг/л до 0,02 мг/л методом обернено-фазової високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.
 11. Немає.
 12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочислеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
 13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
 14. Немає.
 15. Гринько А.П. (0442584206), Зварич Г.В., Назаренко Л.І.

Реєстр. № 74/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ФЛУМІОКСАЗИНУ В ҐРУНТІ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.

5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення флуміоксазину в ґрунті методом високоефективної рідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (ОДК) флуміоксазину в ґрунті необхідна методика з визначення залишкових кількостей флуміоксазину в ґрунті. Методика базується на екстрагуванні флуміоксазину з проб ґрунту водним ацетоном, очищенні екстракту методами перерозподілу в системі рідина-рідина і твердофазної екстракції та подальшому визначенні флуміоксазину методом обернено-фазової ВЕРХ з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Тривалість одного визначення становить – 16 годин.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей флуміоксазину в ґрунті на рівні затверджених гігієнічних нормативів – ОДК у ґрунті 0,4 мг/кг. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: флуміоксазин (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, сорбент, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки з визначення флуміоксазину в ґрунті методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – ОДК у ґрунті 0,4 мг/кг. Документ встановлює методику виконання вимірювань частки флуміоксазину у ґрунті в діапазоні від 0,05 мг/кг до 0,5 мг/кг методом методом обернено-фазової ВЕРХ з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Михайлов В.С., Косовська Т.О.

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ФЛУМІОКСАЗИНУ В ПОВІТРІ РОБОЧОЇ ЗОНИ ТА АТМОСФЕРНОМУ ПОВІТРІ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНОЇ ТОНКОШАРОВОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення флуміоксазину в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі методом вискоєфективної рідинної та інструментальної тонкошарової хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (ОБРВ) флуміоксазину в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі необхідна методика з визначення залишкових кількостей флуміоксазину в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі. Метод визначення флуміоксазину в повітрі робочої зони базується на протягуванні повітря робочої зони, що містить флуміоксазин, через паперовий фільтр «синя стрічка», екстрагуванні сполуки з фільтру ацетонітрилом, концентруванні екстракту та подальшому кількісному визначенні методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ-детектором. Тривалість одного визначення становить 6 годин. Метод визначення флуміоксазину в атмосферному повітрі базується на протягуванні атмосферного повітря, що містить флуміоксазин, через сорбційні скляні трубки, заповнені полісорбом-1, екстрагуванні сполуки з шару сорбенту ацетонітрилом, концентруванні екстракту та подальшому кількісному визначенні методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ-детектором. Тривалість одного визначення складає 6 годин. Метод ТШХ використовують для додаткової ідентифікації флуміоксазину. Метод ТШХ базується на протягуванні повітря робочої зони, що містить флуміоксазин, через паперовий фільтр «синя стрічка», екстрагуванні сполуки з шару сорбенту ацетонітрилом, концентруванні екстракту та подальшому кількісному визначенні флуміоксазину методом інструментальної тонкошарової хроматографії. Тривалість одного визначення – 8 годин
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей флуміоксазину в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі на рівні затверджених гігієнічних нормативів – ОБРВ флуміоксазину в повітрі робочої зони – 1,0 мг/м³, ОБРВ флуміоксазину в атмосферному повітрі – 0,001 мг/м³. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; сканер; персональний комп'ютер; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: флуміоксазин (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, сорбент, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки з визначення флуміоксазину в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі методом вискоєфективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – ОБРВ флуміоксазину в повітрі робочої зони – 1,0 мг/м³, ОБРВ

флуміоксазину в атмосферному повітрі – 0,001 мг/м³. Документ встановлює методику виконання вимірювань масової концентрації флуміоксазину в повітрі робочої зони в діапазоні від 0,05 мг/м³ до 0,50 мг/м³, в атмосферному повітрі в діапазоні від 0,003 мг/м³ до 0,03 мг/м³ методом високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.

11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Михайлов В.С., Косовська Т.О.

Реєстр. № 76/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ФЛУМІОКСАЗИНУ В СОНЯШНИКУ ТА СОНЯШНИКОВІЙ ОЛІЇ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення флуміоксазину в соняшнику та соняшниковій олії методом високоефективної рідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) флуміоксазину в соняшнику та соняшниковій олії необхідна методика з визначення залишкових кількостей флуміоксазину в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі. Методика базується на екстрагуванні флуміоксазину з проби водним ацетоном, очищенні екстракту методами перерозподілу в системі рідина-рідина і твердофазної екстракції та подальшому визначенні флуміоксазину методом обернено-фазової ВЕРХ з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Тривалість одного визначення становить – 16 годин.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль

- залишкових кількостей флуміоксазину в соняшнику та соняшниковій олії на рівні затверджених гігієнічних нормативів – МДР у соняшнику 0,1 мг/кг, МДР у соняшниковій олії «не потребує». Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: флуміоксазин (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, сорбент, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
 10. Методичні вказівки з визначення флуміоксазину в соняшнику та соняшниковій олії методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – МДР у соняшнику 0,1 мг/кг, МДР у соняшниковій олії «не потребує». Документ встановлює методику виконання вимірювань масової частки флуміоксазину у соняшнику та соняшниковій олії в діапазоні від 0,1 мг/кг до 1,0 мг/кг методом методом обернено-фазової високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.
 11. Немає.
 12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
 13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України». 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
 14. Немає.
 15. Гринько А.П. (0442584206), Михайлов В.С., Косовська Т.О.

Реєстр. № 77/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ФЛУМІОКСАЗИНУ У ВОДІ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.

6. Методичні вказівки з визначення флуміоксазину у воді методом високоефективної рідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (ГДК) флуміоксазину у воді необхідна методика з визначення залишкових кількостей флуміоксазину воді. Методика базується на екстрагуванні флуміоксазину з проб води дихлорметаном, концентруванні та подальшому визначенні флуміоксазину методом обернено-фазової ВЕРХ з УФ детектуванням.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей флуміоксазину у воді на рівні затверджених гігієнічних нормативів – ГДК у воді водоймищ 0,004 мг/л. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: флуміоксазин (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, сорбент, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки з визначення флуміоксазину у воді методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – ГДК у воді водоймищ 0,004 мг/л. Документ встановлює методику виконання вимірювань концентрації флуміоксазину у воді в діапазоні від 0,002 мг/л до 0,02 мг/л методом методом обернено-фазової ВЕРХ з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Михайлов В.С., Косовська Т.О.

Реєстр. № 78/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ФЛУОПРАМУ В ПОВІТРІ РОБОЧОЇ ЗОНИ ТА АТМОСФЕРНОМУ ПОВІТРІ МЕТОДОМ ГАЗОРІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**

2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення флуопіраму в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі методом газорідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (ОБРВ) флуопіраму в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі необхідна методика з визначення залишкових кількостей флуопіраму в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі. Метод базується на протягуванні повітря, що містить флуопірам, через паперовий фільтр «синя стрічка», закріпленій у фільтротримачі, екстрагуванні флуопіраму з фільтра ацетоном, концентруванні екстракту та подальшому визначенню методом капілярної ГРХ в режимі програмування температур з NPD-детектором. Тривалість одного визначення 10 годин.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей флуопіраму в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі на рівні затверджених гігієнічних нормативів – ОБРВ в повітрі робочої зони – 1,0 мг/м³, ОБРВ в атмосферному повітрі – 0,003 мг/м³. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф газовий; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: флуопірам (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, сорбент, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки з визначення флуопіраму в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – ОБРВ в повітрі робочої зони – 1,0 мг/м³, ОБРВ в атмосферному повітрі – 0,003 мг/м³. Документ встановлює методику виконання вимірювань масової концентрації флуопіраму в повітрі робочої зони та атмосферному повітрі в діапазонах масових концентрацій від 0,1 мг/м³ до 1,0 мг/м³ (повітря робочої зони), від 0,002 мг/м³ до 0,02 мг/м³ (атмосферне повітря) методом капілярної газорідинної хроматографії (ГРХ) з селективним NPD-детектором. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що

мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.

13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Кузнецова О.М., Толстова Н.В., Швець М.В.

Реєстр. № 79/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ФЛУОПІРАМУ У ВОДІ МЕТОДОМ ГАЗОРІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення флуопіраму у воді методом газорідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (ГДК) флуопіраму у воді необхідна методика з визначення залишкових кількостей флуопіраму воді. Метод базується на вилученні флуопіраму з проб води дихлорметаном, концентруванні екстракту та подальшому визначенню методом капілярної ГРХ в режимі програмування температур з NPD-детектором.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей флуопіраму у воді на рівні затверджених гігієнічних нормативів – ГДК флуопіраму у воді 0,02 мг/л. Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф газовий; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: флуопірам (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, сорбент, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки з визначення флуміоксазину у воді методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – ГДК флуопіраму у воді 0,02 мг/л. Документ встановлює методику виконання вимірювань концентрації флуопіраму у воді в діапазоні від 0,01 мг/л до 0,1 мг/л методом капілярної газорідинної хроматографії (ГРХ) з селективним NPD-детектором. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу "Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочислеств пестицидов" №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах

за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.

13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Кузнецова О.М., Толстова Н.В., Швець М.В.

Реєстр. № 80/1/14

- 1. МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ФОСЕТИЛ АЛЮМІНІЮ В БАШТАННИХ КУЛЬТУРАХ (КАВУНИ, ДИНИ) ТА ПЕРЦІ МЕТОДОМ ГАЗОРІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення фосетил алюмінію в баштанних культурах (кавуни, дині) та перці методом газорідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) фосетил алюмінію в баштанних культурах (кавуни, дині) та перці необхідна методика з визначення залишкових кількостей фосетил алюмінію в баштанних культурах (кавуни, дині) та перці. Метод базується на вилученні фосетилу та його метаболіту - фосфористої кислоти з проб 0,5 % водним розчином сірчаної кислоти (з одночасним гідролізом фосетил алюмінію, у разі його присутності, до фосетилу), отриманні метильованих похідних за допомогою діазометану та подальшому кількісному визначенні метилових ефірів фосетилу та фосфористої кислоти методом ГРХ з використанням газового хроматографа з ПФД (за фосфором).
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей фосетил алюмінію в баштанних культурах (кавуни, дині) та перці на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.
9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф газовий; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: фосетил-алюмінію (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, сорбенти, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
- 10. Методичні вказівки з визначення фосетил алюмінію в баштанних культурах (кавуни, дині) та перці методом вискоєфективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – МДР в кавунах, дині та перці 0,2 мг/кг. Документ встановлює методику виконання вимірювань масової частки фосетил алюмінію (як суми**

фосетилу та фосфористої кислоти в перерахунку на фосетил алюмінію) в баштанних культурах (кавуни, дині) та перці в діапазоні від 0,2 мг/кг до 2,0 мг/кг методом газорідинної хроматографії (ГРХ) з полуменево-фотометричним детектором (ПФД). Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.

11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микроколичеств пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Мурашко С.В., Морару Л.Є., Гринько А.П. (0442584206).

Реєстр. № 81/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ВИЗНАЧЕННЯ ЦИМОКСАНІЛУ В ЦИБУЛІ МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних нормативних вимог до безпечного застосування пестицидів для здоров'я людини: удосконалення методичних підходів до токсиколого-гігієнічної оцінки пестицидів та розробка моделей прогнозування їхньої небезпеки», 0112U001133, 2011-2015 рр.
3. Гігієна, аналітична хімія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Методичні вказівки з визначення цимоксанілу в цибулі методом високоефективної рідинної хроматографії.
7. Для забезпечення контролю науково-обґрунтованих та затверджених в Україні в установленому порядку гігієнічних нормативів (МДР) цимоксанілу в цибулі необхідна методика з визначення залишкових кількостей цимоксанілу в цибулі. Метод базується на вилученні цимоксанілу з проб цибулі ацетонітрилом, насиченим гексаном і одночасним очищенням екстракту гексаном, очищенні екстрактів шляхом перерозподілу в системі рідина-рідина та адсорбційною хроматографією з подальшим кількісним визначенням цимоксанілу методом ВЕРХ з УФ детектором.
8. Аналогів не має. Зниження несприятливої дії пестицидних препаратів на здоров'я працюючих та населення. Можливість здійснювати контроль залишкових кількостей цимоксанілу в цибулі на рівні затверджених гігієнічних нормативів (МДР). Здійснення контролю за безпечним застосуванням пестицидів в сільському господарстві.

9. Кадрові ресурси: науковий співробітник, інженер, лаборант. Обладнання: хроматограф рідинний з УФ-детектором; шафа витяжна; ваги аналітичні та технічні; випарник вакуумний ротаційний; апарат для струшування рідин; барометр-анероїд; посуд мірний. Реактиви: цимоксаніл (ДСЗУ), органічні розчинники, сульфат натрію, дистильована вода, фільтри паперові, солі мінеральних кислот.
10. Методичні вказівки з визначення цимоксанілу в цибулі методом високоефективної рідинної хроматографії розроблені для здійснення контролю встановленого в Україні гігієнічного нормативу – МДР в цибулі-ріпці 0,05 мг/кг. Документ встановлює методику виконання вимірювань масової частки цимоксанілу в цибулі-ріпці у діапазоні від 0,05 мг/кг до 0,5 мг/кг, в цибулі на перо у діапазоні від 0,1 мг/кг до 1,0 мг/кг методом обернено-фазової високоефективної рідинної хроматографії (ВЕРХ) з ультрафіолетовим (УФ) детектуванням. Методика призначена для лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України та науково-дослідних установ МОЗ України.
11. Немає.
12. Відбір, зберігання і доставку проб проводять відповідно до документу «Унифицированные правила отбора проб сельскохозяйственной продукции, пищевых продуктов и объектов окружающей среды для определения микрочисел пестицидов» №2051-79 від 21.08.1979 р., що затверджені заступником Головного державного санітарного лікаря СРСР. Приготування розчинів та підготовку проби до аналізу проводять у мікрокліматичних умовах за ГОСТ 12.1.005. До виконання хроматографічних вимірювань і обробки їх результатів допускаються особи, що мають вищу освіту, пройшли навчання з хроматографічних методів вимірювань, мають досвід роботи в даній галузі не менше 1 року і ознайомлені з інструкцією з експлуатації хроматографа і даною методикою. До підготовки проб для вимірювання допускаються особи, що мають кваліфікацію лаборанта або техника-хіміка і провели валідацію методики та отримали метрологічні показники не гірші ніж в даній методиці.
13. Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», 03680, м. Київ-127, вул. Героїв Оборони, 6.
14. Немає.
15. Гринько А.П. (0442584206), Зварич Г.В., Назаренко Л.І.

Реєстр. № 82/1/14

1. **ВПЛИВ ЕКОЛОГІЧНОГО ФАКТОРУ НА ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ БАКТЕРІАЛЬНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА ГРИП ТА ГРВІ.**
2. НДР «Вивчити захворюваність на ГРВІ та грип з урахуванням мікробіологічних, імунологічних та екологічних факторів ризику та розробити науково обґрунтований комплекс профілактичних заходів».
3. Загальна гігієна, бактеріологія.
4. 2++, b.
5. Немає.
6. Немає.
7. Виникнення та розвиток ускладнень бактерійної етіології у хворих на грип та грві - це проблема складних взаємовідносин організму людини та довкілля. Наявність причинно-наслідкових зв'язків в системах «мікроценоз слизової оболонки організму → ксенобіотики атмосферного повітря» та «гуморальний імунітет → ксенобіотики атмосферного повітря» засвідчують можливість розглядати хімічне забруднення атмосферного повітря як пусковий механізм

розвитку ускладнень бактерійної етіології. Доведено, що антропотехногенно хімічне забруднення атмосферного повітря є однією з важливих причин виникнення дисбіотичних змін на слизовій оболонці біотопів – верхніх дихальних шляхів і товстого кишечника та пригнічення активності факторів гуморального імунітету. Зокрема, сумарне хімічне забруднення атмосферного повітря в промислових зонах (комплексний показник k) сприяє пошкодженню слизової оболонки верхніх дихальних шляхів, товстого кишечника, зниженню вмісту та активності лізоциму слини, про що свідчить обрахунок кореляційних зв'язків, а саме, $r = 0,57$ при $p < 0,02$, $r = 0,51$ при $p < 0,05$, $r = 0,60$ при $p < 0,02$ та $r = 0,65$ при $p < 0,02$, відповідно. Значні зміни мікроценозу верхніх дихальних шляхів та товстого кишечника з перевагою дисбіозів ii-го та iii-го ступеня, зниження захисної функції чинників гуморального імунітету створюють у хворих на грип та грві передумови для пошкодження біоплівки слизової оболонки людини, проникнення в організм патогенної мікрофлори, і як наслідок, до розвитку ускладнень бактеріальної етіології.

8. Медична ефективність – врахування екологічного фактору дозволить своєчасно виявити контингент для корегуючої терапії дисбіотичних змін при вирішенні проблеми виникнення та розвитку ускладнень бактеріальної етіології у хворих на грип та грві. Соціальна ефективність – своєчасне проведення профілактичних заходів дозволить знизити кількість бактеріальних ускладнень на грип та грві. Економічна ефективність – дає економію коштів 138,3 грн. На 1 випадок лікування бактеріальних ускладнень на день. У доступному інформаційному просторі аналогів в Україні не знайдено.
9. Лікарі із загальної гігієни та лікарі-бактеріологи, апаратура для визначення рівнів забруднення атмосферного повітря, хімічні реактиви, мікроскопи, термостати, поживні середовища, персональні комп'ютери.
10. Території з техногенним хімічним забрудненням довкілля.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДУ «Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України».
14. Немає.
15. Тарасюк О.О., Ломницька В.Б., Мота Б.Є., Малахов В.К. (0322601200), Шишка Г.В.

Реєстр. № 83/1/14

1. **ТОКСИКОЛОГІЧНИЙ КОНТРОЛЬ ФОРМАЛЬДЕГІДО-ВМІСНИХ СМОЛ З ВИКОРИСТАННЯМ АЛЬТЕРНАТИВНОЇ МОДЕЛІ ІНФУЗОРІЇ TETRACHUMENA PYRIFORMIS.**
2. НДР «Обґрунтування ризику негативного впливу формальдегідо-вмісних смол і створення математичної моделі прогнозування та мінімізації шкідливих наслідків на здоров'я населення».
3. Загальна гігієна.
4. 2 +, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Експрес-лабораторний контроль токсичності продукції, що містять формальдегидовмісні смоли з використанням інфузорії *Tetrachumena pyriformis*. Вивчені параметри гострої токсичності найбільш поширених різних видів продукції формальдегидовмісних смол: карбамідо-формальдегідної, меламіно-формальдегідної, фенол-формальдегідної. Експерименти з інфузоріями

проводили методом короткотермінового біотестування, яке реєструвало загибель інфузорій після 30 хвилин інкубації в термостаті з температурою 23°C. Вивчена гостра токсична дія, критерієм якої є загибель 50 % особин. Альтернативне біотестування можна рекомендувати як самостійний експрес-метод або в комплексі з токсиколого-гігієнічними методами. На першому етапі токсикологічних досліджень на інфузоріях отримують експрес-оцінку токсичності досліджуваних хімічних реагентів та речовин малої токсикологічної інтенсивності.

8. Запропонований експрес-метод токсикологічного контролю формальдегідовмісних сполук з використанням альтернативної моделі інфузорії *Tetrachymena rugiformis* рекомендується для скринінгу хімічних речовин та необхідності прискорення проведення токсикологічної експертизи. Методи досліджень виживання, репродуктивної, травної, осморегуляторної та локомоторної функцій цих найпростіших гідробіонтів можуть бути корисні як допоміжні експрес-методи вивчення токсичності шкідливих речовин. Соціальне та медичне значення: запропонований експресний метод токсикологічного контролю формальдегідовмісних сполук з використанням альтернативної моделі інфузорії *Tetrachymena rugiformis* дає можливість оцінити їх токсичність під час синтезу та виробництва продукції для запобігання шкідливого впливу формальдегідовмісних смол на здоров'я людини. Економічне значення: використання альтернативної моделі (інфузорії *Tetrachymena rugiformis*) для прискореного біотестування гострої токсичності формальдегідовмісних смол зменшує витратну частину НДР.
9. Білі щурі, інфузорії *Tetrachymena rugiformis*, термостат, шприци, піпетки.
10. Первинна селекція токсикологічних властивостей промислової продукції.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДУ «Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України».
14. Немає.
15. Тарасюк О.О., Андрейко О.Ю. (0322762380), Безкопильний І.Н., Лукасевич Н.Ф., Бойко Н.Б., Трикуленко В.І., Місько І.І.

Реєстр. № 84/1/14

1. **ЗАХОДИ ОПТИМІЗАЦІЇ УМОВ ПЕРЕБУВАННЯ ТА НАВЧАННЯ ДІТЕЙ 6-7 РОКІВ З ГРУПИ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ НЕЗАДОВІЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ У ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ШКОЛАХ-ІНТЕРНАТАХ.**
2. НДР «Гігієнічна оцінка поєднаного впливу ододефіциту та інших факторів середовища життєдіяльності на здоров'я дитячого населення», 0108U001136, 2008-2012 рр.
3. Гігієна та професійна патологія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Інформаційний лист № 416-2012 «Заходи оптимізації умов перебування та навчання дітей 6-7 років з групи ризику формування незадовільної адаптації у загальноосвітніх школах-інтернатах».

7. Запропонований комплекс першочергових медико-профілактичних заходів з метою забезпечення санітарно-гігієнічного благополуччя дітей 6-7-річного віку з групи ризику формування незадовільної адаптації в загальноосвітніх школах-інтернатах.
8. Запропоновані заходи дозволять покращити умови перебування, харчування та навчання дітей з ускладненим соціальним анамнезом з метою попередження зриву адаптації та погіршення стану здоров'я.
9. Немає.
10. Оптимізація умов перебування, навчання, харчування дітей 6-7 років з групи ризику формування незадовільної адаптації в школах-інтернатах.
11. Немає.
12. Непередбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 272-97-66; (032) 276-28-22.
14. Немає.
15. Пластунов Б.А., Завада М.І. (0952558882).

Реєстр. № 85/1/14

- 1. МЕТОД ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ 6-7 РОКІВ У ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ШКОЛАХ-ІНТЕРНАТАХ.**
2. НДР «Гігієнічна оцінка поєданого впливу йододефіциту та інших факторів середовища життєдіяльності на здоров'я дитячого населення», 0108U001136, 2008-2012 рр.
3. Гігієна та професійна патологія.
4. **2+, С.**
5. Немає.
6. Інформаційний лист № 417-2012 «Прогнозування адаптації дітей 6-7 років у загальноосвітніх школах-інтернатах».
7. Методика прогнозування адаптації дітей 6-7 років у загальноосвітніх школах-інтернатах з метою своєчасного формування груп ризику незадовільної адаптації. Сформовані і викладені критерії формування незадовільної адаптації дітей молодшого шкільного віку, що визначаються під час обов'язкових медичних оглядів на етапі зарахування цих дітей до загальноосвітніх шкіл-інтернатів.
8. Методика прогнозування динаміки адаптації дітей 6-7 років до умов загальноосвітніх шкіл-інтернатів та визначення групи ризику формування незадовільної адаптації за запропонованими критеріями не потребує спеціального обладнання, застосовуються загальноприйняті прості та доступні

тести, результати яких легко обраховуються та забезпечують високу ймовірність прогнозу.

9. Немає.
10. Визначення груп ризику формування незадовільної адаптації на етапі зарахування дітей до загальноосвітніх шкіл-інтернатів.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 272-97-66; (032) 276-28-22.
14. Немає.
15. Пластунов Б.А., Завада М.І. (0952558882).

Реєстр. № 86/1/14

1. **СПОСІБ КОМПЛЕКСНОЇ ГІГІЄНИЧНОЇ ОЦІНКИ ФОРМУВАННЯ ТА СТАНУ АДАПТАЦІЇ ШКОЛЯРІВ МОЛОДШИХ.**
2. НДР «Опрацювання вікових стандартів фізичного розвитку молодших школярів м. Львова», 01u00071, 2013 – 2017 рр.
3. Гігієна.
4. 2 +, С.
5. Патент на корисну модель № 79614 Україна, МПК (2013.01) А61В 5/00 А 61В 10/00, Спосіб комплексної гігієнічної оцінки формування та стану адаптації школярів молодших класів/ Н. В. Москв'як – и 2012 12872; заявл.12.11.12; опубл.25.04.13, Бюл. № 8.
6. Статті в журналах, тези наукових конференцій.
7. Спосіб комплексної гігієнічної оцінки формування та стану адаптації школярів включає визначення функціональної та психічної адаптації, а також відрізняється тим, що досліджують функціональний стан серцево-судинної системи організму школярів молодших класів та проводять його оцінку за значенням адаптаційного потенціалу системи кровообігу, встановлюють рівень розумової працездатності у динаміці навчання, визначають загальний емоційний стан дітей за комплексним тестом шкільної тривожності та рівень навчальних досягнень, здійснюють зіставлення усіх визначених показників і встановлюють рівень адаптованості дітей молодших класів.
8. Означена методика дозволяє виявити зрушення у стані здоров'я дітей в процесі адаптації, дослідити основні закономірності та особливості формування адаптації на фоні впливу комплексу різноманітних факторів у різні періоди навчання, дає можливість запровадження гігієнічного моніторингу перебігу адаптаційно-компенсаторних процесів.
9. Запропонована методика не потребує додаткового обладнання.
10. Дослідження основних закономірностей та особливостей формування адаптації дітей за умови впливу комплексу різноманітних факторів на різних етапах навчання у молодшій школі.
11. Немає.
12. Будь-яких ускладнень не передбачається.

13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010 м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 2-76-28-37.
14. Немає.
15. Москвяк Н.В. (0322757979).

Реєстр. № 87/1/14

1. **РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВНУТРІШНЬОГО ОПРОМІНЕННЯ НАСЕЛЕННЯ РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЙ УКРАЇНИ У ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОД ПІСЛЯ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ.**
2. НДР «Гігієнічне обґрунтування застосування радіоактивно чистих харчових продуктів у системі протирадіаційного захисту населення при великомасштабних радіаційних аваріях (на прикладі Чорнобильської катастрофи)», 0111U008382, 2011-2014 рр.
3. Гігієна навколишнього середовища, харчування, праці та профзахворювань.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Обґрунтовано якісно новий підхід мінімізації дози внутрішнього опромінення населення радіоактивно забруднених територій (РЗТ) у віддалений період після Чорнобильської катастрофи шляхом обмеження вживання радіоактивно забрудненої сільськогосподарської продукції. Перш за все, рекомендується заміна молока індивідуальних господарств радіоактивно чистим.
8. Оптимізовано протирадіаційний захист населення та мінімізації дозових навантажень шляхом споживання безпечної сільськогосподарської продукції, застосування засобів зниження рівнів її забруднення та корекції харчування.
9. Дані поточного моніторингу радіаційного стану, вмісту радіонуклідів в продуктах харчування, результати ЛВЛ-моніторингу й рівнів доз опромінення мешканців РЗТ; Збірки загальнодозиметричної паспортизації населених пунктів України, які зазнали радіоактивного забруднення після Чорнобильської катастрофи, й Ретроспективно-прогнознi дози опромінення населення та загальнодозиметрична паспортизація 1997 р. населених пунктів України, що зазнали радіоактивного забруднення внаслідок Чорнобильської аварії. Узагальнені дані за 1986-1997 рр., медична документація мешканців РЗТ.
10. Триваюче внутрішнє опромінення жителів РЗТ, зумовлене споживанням радіоактивно забруднених продуктів харчування.
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. Хоменко І.М., Омелянець М.І. (044) 205-49-84.

Реєстр. № 88/1/14

1. **РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО РАДІОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ ЖИТЕЛІВ РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЙ УКРАЇНИ ПРИ ЗДІЙСНЕННІ ЗАХОДІВ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО ВІДРОДЖЕННЯ ЦИХ ТЕРИТОРІЙ У ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОД ПІСЛЯ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ.**

2. НДР «Гігієнічне обґрунтування застосування радіоактивно чистих харчових продуктів у системі протирадіаційного захисту населення при великомасштабних радіаційних аваріях (на прикладі Чорнобильської катастрофи)», 0111U008382, 2011-2014 рр.
3. Гігієна навколишнього середовища, харчування, праці та профзахворювань.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Обґрунтовано якісно новий підхід профілактики внутрішнього опромінення та зниження дози внутрішнього опромінення населення радіоактивно забруднених територій (РЗТ) у віддалений період після Чорнобильської катастрофи шляхом зниження рівнів радіоактивного забруднення продуктів харчування, обмеження їх вживання та застосування радіоактивно чистих продуктів харчування.
8. Зменшення рівнів внутрішнього опромінення в системі радіологічного захисту жителів РЗТ шляхом застосування радіоактивно чистих продуктів харчування, поліпшення якості їх життя та зміцнення здоров'я.
9. Дані поточного моніторингу радіаційного стану, вмісту радіонуклідів в продуктах харчування, результати ЛВЛ-моніторингу й рівнів доз опромінення мешканців РЗТ; Збірки загальнодозиметричної паспортизації населених пунктів України, які зазнали радіоактивного забруднення після Чорнобильської катастрофи, й Ретроспективно-прогностичні дози опромінення населення та загальнодозиметрична паспортизація 1997 р. населених пунктів України, що зазнали радіоактивного забруднення внаслідок Чорнобильської аварії. Узагальнені дані за 1986-1997 рр., медична документація мешканців РЗТ.
10. Триваюче внутрішнє опромінення жителів РЗТ, зумовлене споживанням радіоактивно забруднених продуктів харчування.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України».
15. Хоменко І.М., Омелянець М.І. (097) 412-18-86.

Реєстр. № 89/1/14

1. **СПОСІБ ПОГЛИБЛЕНОГО ВИВЧЕННЯ ХАРЧОВОГО СТАТУСУ В КОМПЛЕКСІ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.**
2. НДР «Удосконалення надання медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію з супутньою патологією на амбулаторно-поліклінічному етапі», 0109U006606.
3. Гігієна навколишнього середовища, харчування, праці та профзахворювань.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Спосіб поглибленої оцінки харчового статусу на основі визначення типу порушення харчової поведінки, який може бути використаний для розробки індивідуальних підходів в дієтотерапії хворих із серцево-судинними захворюваннями.
8. Індивідуальний підхід до дієтотерапії при серцево-судинних захворюваннях передбачає зміну харчових звичок і способу життя пацієнта. Доцільним є попереднє визначення наявності порушень в харчових звичках та в харчовій

поведінці хворого. Під адекватною харчовою поведінкою слід розуміти таку поведінку, коли споживання харчових продуктів за складом, кількістю, способом споживання та приготуванням відповідає потребам організму в харчових речовинах та енергії. Переважна більшість людей, у яких є ризики виникнення аліментарнозалежних захворювань, не контролюють процеси споживання їжі - кожний другий пацієнт з наявною надлишковою масою тіла та кожний третій із ожирінням I стадії навіть не намагається вносити якісь зміни у свій раціон харчування. Визначено три типи харчової поведінки: обмежувальний, емоціогенний, екстернальний. Обмежувальний тип вказує на високу здатність особи до певних обмежень у виборі харчових продуктів та здатність дотримуватися спеціальних дієтичних раціонів, однак як правило, такі обмеження є нетривалими. Емоціогенний тип визначає вплив емоцій, настроїв у виборі продуктів харчування, мотивацією для споживання їжі є не голод, а емоційний дискомфорт. Наявність екстернального типу порушення харчової поведінки свідчить, що на людину суттєво впливають зовнішні фактори: вигляд продукту, обставини, що супроводжують процес споживання їжі, бажання споживати ті продукти, що не рекомендовані. Проведені нами дослідження свідчать, що найбільш суттєві порушення всіх типів харчування спостерігаються при субклінічних проявах, тому своєчасне впровадження профілактичних програм щодо засад здорового харчування саме для цих груп населення є особливо актуальним.

9. Адаптований опитувальник харчової поведінки DEBQ.
10. Визначення типу харчової поведінки може бути використано для розробки індивідуальних підходів в дієтотерапії та профілактики аліментарнозалежних захворювань.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
14. Немає.
15. Карпенко П.О., Мельничук Н.О. (0954322315).

Реєстр. № 90/1/14

1. **СПОСІБ РОЗРАХУНКУ ХІМІЧНОГО СКЛАДУ ТА ЕНЕРГЕТИЧНОЇ ЦІННОСТІ РАЦІОНІВ ХАРЧУВАННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ.**
2. НДР «Удосконалення надання медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію з супутньою патологією на амбулаторно-поліклінічному етапі», 0109U006606.
3. Гігієна навколишнього середовища, харчування, праці та профзахворювань
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Спосіб розрахунку енергетичної цінності та хімічного складу раціону харчування при дослідженні фактичного харчування шляхом використання комп'ютерної програми «Тест раціонального харчування», який дає змогу швидко розрахувати нутрієнтний стан та збалансованість складових харчового раціону. Може бути використаний для розрахунку індивідуальних добових раціонів харчування, раціонів харчування окремих груп населення із метою корекції харчування, підвищення ефективності лікування та в комплексі розробки профілактичних заходів.

8. На основі заповнених анкет (харчового щоденника), переліку продуктів та страв раціону харчування та персональних даних пацієнта автоматично визначається індекс маси тіла, показники основного обміну, орієнтовний баланс раціону харчування (фактичний та бажаний вміст білків, жирів, вуглеводів, вітамінів та мінеральних речовин). При необхідності формується база даних щодо певних груп осіб. База даних продуктів та харчування та страв створена таким чином, що можна вносити харчові продукти у сирому вигляді, продукти після термічної обробки, готові страви, харчові продукти промислового виробництва (зефір, вафлі тощо), при необхідності формувати свої рецептури. Орієнтовний перелік включає більше 200 продуктів та страв, які розбиті на групи та мають відповідний інтерфейс. На основі внесених показників можна отримати результат щодо хімічного складу добового раціону по 75 харчовим складовим. По закінченню дослідження пацієнт отримує заключення, яке об'єктивізує отриманий результат у вигляді гістограми, в якій є можливість порівняти фактичні дані з рекомендованими саме для конкретного пацієнта. На підставі отриманих даних лікар-дієтолог оцінює добовий раціон, його збалансованість, при необхідності для конкретного пацієнта вносяться зміни шляхом підбору продуктів. Для проведення таких розрахунків дослідник витрачає від 10 до 20 хвилин, при достатніх навичках заповнювати вихідні таблиці може медичний працівник з середньою освітою або спеціально навчена особа. При розробці даного способу врахована існуюча чинна документація.
9. Комп'ютерна програма «Тест раціонального харчування».
10. Визначення хімічного складу та збалансованості раціонів харчування з метою розробки індивідуальних підходів в дієтотерапії та профілактики аліментарнозалежних захворювань.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
14. Науково-технічний центр «VPIA Ltd».
15. Карпенко П.О., Кириленко Є.К., Фус С.В., Мельничук Н.О. (0954322315).

Реєстр. № 91/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ВИНИКНЕННЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ХВОРИХ НА ВІБРАЦІЙНУ ХВОРОБУ ВІД ЗАГАЛЬНИХ ВІБРАЦІЙ В ПОСТКОНТАКТНОМУ ПЕРІОДІ.**
2. НДР «Вібраційна хвороба постекспозиційного періоду (особливості перебігу і клініко-діагностичні критерії цереброваскулярних порушень)», 0112U001172.
3. Гігієна та професійна патологія.
4. 2⁺⁺.
5. Подано заявку на винахід.
6. Немає.
7. Хронічний робочий стрес від дії загальної вібрації з часом перетворюється в надмірно тривалу дезадаптацію, для якої характерні виснаження функціональних резервів і адаптаційного потенціалу, що лежать в основі передчасного, або прискореного старіння організму на системному рівні. Прискорене старіння є причиною виникнення хвороб компенсації, значну і найбільш небезпечну частку яких складають цереброваскулярні захворювання в структурі вібраційної хвороби від загальних вібрацій. Цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ) - одна з провідних причин смертності та інвалідизації в Україні. Висока частота розвитку цереброваскулярних захворювань у працюючого загалом є наслідком

певного типу поведінки, пов'язаного зі способом життя (нездорове харчування, низький рівень фізичної активності, вживання тютюну та зловживання алкоголем), що призводить до ожиріння та артеріальної гіпертензії, порушень ліпідного та вуглеводного обмінів. Враховуючи механізми дії загальної вібрації на організм людини для працюючих в умовах дії загальної вібрації ризик розвитку ЦВЗ у десятки разів вищий. Для цієї категорії хворих зміна поведінки є обов'язковою та далеко недостатньою. Для них особливого значення набувають адекватні медичні заходи з попередження розвитку ЦВЗ (початкових проявів недостатності кровопостачання мозку, минулих порушень мозкового кровообігу (МПК), гостра гіпертонічна енцефалопатія, мозковий інсульт і дисциркуляторна енцефалопатія) в структурі вібраційної хвороби від загальних вібрацій. Схильність до цереброваскулярних захворювань у хворих на ВХ визначають за станом реабілітаційного резерву. Для цього двічі проводять тест з наступними пробами: вольова затримка дихання на вдиху в спокійному стані (визначають час в сек. t_1), проба Уемури (визначають час в сек. T_1), одразу після неї знову визначають час вольової затримки дихання на вдиху (t_2) потім хворий відпочиває впродовж часу рівного:

не менше $T_v = (t_1 + T_1 + t_2) * (3 + (\text{вік} - 40) / 10)$ та не більше $T_v = (t_1 + T_1 + t_2) * (5 + (\text{вік} - 40) / 10)$. Після цього знову проводять тест в тій же послідовності (t_3, T_2, t_4). За отриманими даними розраховують діагностичний коефіцієнт K за наступною формулою:

$$K = (100 - 76,394 * W) \%$$

де: $W = ((a+b) * (a+c)) / (b * (a+b+c))$; a – найменший за значенням показник із трьох отриманих значень t_1, t_2, t_3 ; b – середній за значенням показник із трьох отриманих значень t_1, t_2, t_3 ; c – найбільший за значенням показник із трьох отриманих значень t_1, t_2, t_3 . Якщо значення K більше 0 та менше 2%, то хворий на ВХ не схильний до цереброваскулярних порушень, якщо значення K більше 2 та менше 5%, то роблять висновок про схильність до цереброваскулярних порушень (відносний ризик $RR=1,6$), якщо значення K більше 5%, то роблять висновок про існування загрози цереброваскулярних захворювань (відносний ризик $RR=2,8$). За цими даними обчислюють реабілітаційний резерв наступним чином: порівнюють значення $t_1, t_2, t_3, t_4, T_1, T_2$. Якщо t_3 більше за t_1 , t_4 більше за t_2 , T_2 більше за T_1 то роблять висновок про наявність у хворого реабілітаційного резерву і значні перспективи відновлення функцій організму в постконтактному періоді та високу ефективність лікування (оптимістичний прогноз), в протилежному випадку – прогноз песимістичний.

8. Застосування запропонованого способу дасть можливість знизити ризик виникнення ЦВЗ на 25%, збільшити здорову частку трудового життя працівника на 5-8 років, а також збільшити ремісію на 30%, що дозволить запобігти значним витратам бюджетних коштів країни (350 млн. грн. на рік), а для бюджету системи охорони здоров'я – 20 млн. грн. на рік. Удосконалення методів діагностики і профілактики, недопущення розвитку захворювання до стадії інвалідності має значний соціальний та економічний ефект.
9. Медичні кадри: лікарі-профпатологи. Комп'ютерні програми, секундомір.
10. Вібраційна хвороба від загальних вібрацій.
11. Немає.
12. Можливі помилки при математичних обрахунках, тому пропонується застосовувати компютерні програми, які автоматизують процес обрахування. При використанні приладів, що не мають метрологічної перевірки збільшується ймовірність інструментальної похибки, а значить і ймовірність помилкового результату.

13. Український НДІ промислової медицини, м. Кривий Ріг, вул.. Виноградова, 40, тел. (0564) 53-01-48.
14. Немає.
15. Дворніченко Г.Б. (0564531059), Яценко А.Б., Базовкін П.С.

Реєстр. № 92/1/14

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ПОХОДЖЕННЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ХВОРИХ НА ВІБРАЦІЙНУ ХВОРОБУ ВІД ЗАГАЛЬНИХ ВІБРАЦІЙ.

2. НДР «Вібраційна хвороба постекспозиційного періоду (особливості перебігу і клініко-діагностичні критерії цереброваскулярних порушень)», 0112U001172.
3. Гігієна та професійна патологія.
4. 2⁺⁺.
5. Подано заявку на винахід.
6. Немає.
7. Хронічний робочий стрес від дії загальної вібрації з часом перетворюється в надмірно тривалу спрямовану довготривалу адаптацію, для якої характерні початкове напруження, потім звуження діапазону функціональних взаємозв'язків між лімітуючими показниками і зменшення числа ступенів свободи, що забезпечують кінцевий пристосувальний результат організму як біологічної системи, виснаження функціональних резервів і адаптаційного потенціалу, що лежать в основі передчасного, або прискореного старіння організму на системному рівні. Прискорене старіння є причиною виникнення хвороб компенсації, значну і найбільш небезпечну частку яких складають цереброваскулярні порушення в структурі вібраційної хвороби від загальних вібрацій. Провідну роль в цьому відіграє центральна нервова система, зниження контролюючої функції якої в процесі адаптації до шкідливих виробничих умов призводить до порушення гомеостазу, в першу чергу, церебрального. Ці порушення приводять до зниження інтегративної діяльності вищих відділів центральної нервової системи у формуванні адекватності реагування організму на зовнішні і внутрішні стимули. Зрештою формується стан, який характеризується неузгодженістю внутрішньосистемних зв'язків організму, що може приводити або до зриву процесу адаптації при виснаженні його потенційних можливостей, або до підключення решток функціональних резервів і переходу на наступний рівень функціонування системи – стан хронічного захворювання. Цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ) – одна з провідних причин смертності та інвалідизації в Україні. Для працюючих в умовах дії загальної вібрації ризик ЦВЗ в десятки разів вищий. Це виходить з механізму дії загальної вібрації на організм людини, в якому пусковим гачком є гіпоксія гіпоталамічних структур. Для цієї категорії хворих особливого значення набувають адекватні медичні заходи щодо попередження розвитку ЦВЗ в структурі вібраційної хвороби від загальних вібрацій. Для адекватної профілактики і лікування ЦВЗ в структурі вібраційної хвороби необхідно виділити етіологічний чинник. Для цього оцінюють ступінь порушення гомеостазу і виснаження його резервів, що характеризують механізм вібраційного пошкодження. Це здійснюється наступним чином: вимірюють показники системної гемодинаміки та антропометричними даними визначеними загальновідомими методами Це частота серцевих скорочень (ЧСС) уд/хв, артеріальний тиск систолічний (АТС) і діастолічний (АТД) мм рт. ст., об'єм талії (ОТ) з точністю $\pm 0,5$ см, об'єм стегон (ОС) з точністю $\pm 0,5$ см і вага тіла

(W) з точністю $\pm 0,5$ кг і на їх підставі розраховують діагностичні коефіцієнти K_1 і K_2 за наступними формулами:

$$K_1 = ((a+b)*(a+c))/(b*(a+b+c));$$

$$K_2 = ((x+y)*(x+z))/(y*(x+y+z));$$

де, а – найменший за значенням показник із трьох показників системної гемодинаміки ЧСС, АТС, АТД; b – середній за значенням показник із трьох показників системної гемодинаміки ЧСС, АТС, АТД; с – найбільший за значенням показник із трьох показників системної гемодинаміки ЧСС, АТС, АТД; X – найменший за значенням показник із трьох структурно-метаболических показників ОТ, ОС, W; у – середній за значенням показник із трьох структурно-метаболических показників ОТ, ОС, W; Z – найбільший за значенням показник із трьох структурно-метаболических показників ОТ, ОС, W.

Значення K_1 і K_2 , менші за 1,244, вказують, що провідну роль у порушенні гомеостатичного регулювання відіграла дія загальної вібрації. Значення K_1 і K_2 , більші за 1,244 та менші за 1,283, вказують на інші причини. Виснаження резервів кардіо-гемодинамічного і структурно-метаболического гомеостазу оцінюють наступним чином: оцінюють резерви кардіо-гемодинамічного і структурно-метаболического гомеостазу за найбільш інформативними для даного способу показниками системної гемодинаміки та антропометричними даними, визначеними загальновідомими методами: це частота серцевих скорочень (ЧСС) уд/хв, артеріальний тиск систолічний (АТС) і діастолічний (АТД) мм рт. ст, об'єм талії (ОТ) з точністю $\pm 0,5$ см, об'єм стегон (ОС) з точністю $\pm 0,5$ см і вага тіла (МТ) з точністю $\pm 0,5$ кг, зріст (З) з точністю $\pm 0,5$ см, вік пацієнта з точністю $\pm 0,1$ року. Резерви кардіо-гемодинамічного ($P_{кгг}$) і структурно-метаболического ($P_{смг}$) гомеостазу обчислюють за формулами (%):

$$P_{кгг} = 205,9 - 58,8 * IB;$$

$$P_{смг} = 150 - 100 * K;$$

де IB – індекс функціональних змін Баєвського, що визначається за формулою:

$$IB = 0,011 * ЧСС + 0,014 * АДС + 0,008 * АДД + 0,014 * В + 0,009 * МТ - 0,009 * З - 0,27$$

K – коефіцієнт, що визначається за формулою:

$$K_c = (ОТ/ОС) * ІМТ / (17,2 + 0,31 * (В - 21) + 0,0012 * (В - 21)^2)$$

і, якщо $W = P_{смг} / (P_{смг} + P_{кгг})$ більше 0,7, то роблять висновок про провідну роль в розвитку судинних порушень шкідливої дії загальної вібрації, в іншому випадку в розвитку хвороби домінують інші чинники.

8. Враховуючи те, що 80% хворих на вібраційну хворобу мають в структурі захворювання церебральний ангіодистонічний синдром, кількість таких хворих у гірничорудній промисловості за один рік складає в середньому близько 100 випадків, а з наявністю цереброваскулярних порушень – близько 50 випадків – це передбачає зростання відсотка втрати працездатності (регресу) з 10-20 до 50-60 з встановленням групи інвалідності. Вартість поліклінічного обслуговування хворих з профзахворюваннями становить близько 238,1 млн. грн., стаціонарне лікування хворого коштує бюджету країни 13,1 млн. грн. Витрати бюджету системи охорони здоров'я на найбільш поширені захворювання нервової системи складають близько 80 млн. грн. на рік. Для підприємств Фонду соціального страхування, Пенсійного фонду та бюджету системи охорони здоров'я ці витрати складуть близько 1400 млн. грн. Застосування запропонованого методу дасть можливість знизити ризик виникнення ЦВЗ на 25%, збільшити здорову частку трудового життя робітника на 5-8 років, а також збільшити ремісію на 30%, що дозволить запобігти значним витратам для бюджету країни (350 млн. грн. на рік), а для бюджету системи охорони здоров'я – 20 млн. грн. на рік. Удосконалення методів діагностики і

- профілактики, недопущення розвитку захворювання до стадії інвалідності має значний соціальний та економічний ефект.
9. Медичні кадри: лікарі - профпатологи. Комп'ютерні програми, секундомір.
 10. Вібраційна хвороба від загальних вібрацій.
 11. Немає.
 12. Можливі помилки при математичних обрахунках, тому пропонується застосовувати компютерні програми, які автоматизують процес обрахування. При використанні приладів, що не мають метрологічної повірки збільшується ймовірність інструментальної похибки, а значить і ймовірність помилкового результату.
 13. Український НДІ промислової медицини, м. Кривий Ріг, вул.. Виноградова, 40, тел. (0564) 53-01-48.
 14. Немає.
 15. Дворніченко Г.Б. (0564531059), Яценко А.Б., Базовкін П.С.

Реєстр. № 93/1/14

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ПОХОДЖЕННЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ХВОРИХ НА ВІБРАЦІЙНУ ХВОРОБУ ВІД ЗАГАЛЬНИХ ВІБРАЦІЙ.

2. НДР «Вібраційна хвороба постекспозиційного періоду (особливості перебігу і клініко-діагностичні критерії цереброваскулярних порушень)», 0112U001172.
3. Гігієна та професійна патологія.
4. 2⁺⁺.
5. Подано заявку на винахід.
6. Немає.
7. Для адекватної профілактики і лікування ЦВЗ в структурі вібраційної хвороби необхідно виділити етіологічний чинник. Для цього оцінюють ступінь порушення гомеостазу і виснаження його резервів, що характеризують механізм вібраційного пошкодження, наступним чином. Вимірюють показники системної гемодинаміки та антропометричними даними визначеними загальновідомими методами: частота серцевих скорочень (ЧСС) уд/хв, артеріальний тиск систолічний (АТС) і діастолічний (АТД) мм рт. ст., об'єм талії (ОТ) з точністю ± 0,5 см, об'єм стегон (ОС) з точністю ± 0,5см і вага тіла (W) з точністю ± 0,5 кг і на їх підставі розраховують діагностичні коефіцієнти K_1 і K_2 за наступними формулами:

$$K_1 = ((a+b)*(a+c))/(b*(a+b+c));$$

$$K_2 = ((x+y)*(x+z))/(y*(x+y+z));$$

де, а – найменший за значенням показник із трьох показників системної гемодинаміки ЧСС, АТС, АТД; b – середній за значенням показник із трьох показників системної гемодинаміки ЧСС, АТС, АТД; с – найбільший за значенням показник із трьох показників системної гемодинаміки ЧСС, АТС, АТД; X – найменший за значенням показник із трьох структурно-метаболических показників ОТ, ОС, W; y – середній за значенням показник із трьох структурно-метаболических показників ОТ, ОС, W; Z – найбільший за значенням показник із трьох структурно-метаболических показників ОТ, ОС, W.

Значення K_1 і K_2 , менші за 1,244, вказують, що провідну роль у порушенні гомеостатичного регулювання відіграла дія загальної вібрації. Значення K_1 і K_2 , більші за 1,244 та менші за 1,283, вказують на інші причини.

Виснаження резервів кардіо-гемодинамічного і структурно-метаболического гомеостазу оцінюють наступним чином: оцінюють резерви кардіо-гемодинамічного і структурно-метаболического гомеостазу за найбільш

інформативними для даного способу показниками системної гемодинаміки та антропометричними даними, визначеними загальновідомими методами: це частота серцевих скорочень (ЧСС) уд/хв, артеріальний тиск систолічний (АТС) і діастолічний (АТД) мм рт. ст, об'єм талії (ОТ) з точністю $\pm 0,5$ см, об'єм стегон (ОС) з точністю $\pm 0,5$ см і вага тіла (МТ) з точністю $\pm 0,5$ кг, зріст (З) з точністю $\pm 0,5$ см, вік пацієнта з точністю $\pm 0,1$ року. Резерви кардіо-гемодинамічного ($P_{\text{кг}}$) і структурно-метаболічного ($P_{\text{смг}}$) гомеостазу обчислюють за формулами (%):

$$P_{\text{кг}} = 205,9 - 58,8 * \text{ІБ},$$

$$P_{\text{смг}} = 150 - 100 * K,$$

де ІБ – індекс функціональних змін Баєвського, що визначається за формулою: $\text{ІБ} = 0,011 * \text{ЧСС} + 0,014 * \text{АДС} + 0,008 * \text{АДД} + 0,014 * \text{В} + 0,009 * \text{МТ} - 0,009 * \text{З} - 0,27$; К – коефіцієнт, що визначається за формулою:

$$K_c = (\text{ОТ}/\text{ОС}) * \text{ІМТ} / (17,2 + 0,31 * (\text{В} - 21) + 0,0012 * (\text{В} - 21)^2)$$

і , якщо

$$W = P_{\text{смг}} / (P_{\text{смг}} + P_{\text{кг}}) \text{ більше } 0,7,$$

то роблять висновок про провідну роль в розвитку судинних порушень шкідливої дії загальної вібрації, в іншому випадку в розвитку хвороби домінують інші чинники.

8. Враховуючи те, що 80% хворих на вібраційну хворобу мають в структурі захворювання церебральний ангіодистонічний синдром, кількість таких хворих у гірничорудній промисловості за один рік складає в середньому близько 100 випадків, а з наявністю цереброваскулярних порушень – близько 50 випадків – це передбачає зростання відсотка втрати працездатності (регресу) з 10-20 до 50-60 з встановленням групи інвалідності. Вартість поліклінічного обслуговування хворих з профзахворюваннями становить близько 238,1 млн. грн., стаціонарне лікування хворого коштує бюджету країни 13,1 млн. грн. Витрати бюджету системи охорони здоров'я на найбільш поширені захворювання нервової системи складають близько 80 млн. грн. на рік. Для підприємств Фонду соціального страхування, Пенсійного фонду та бюджету системи охорони здоров'я ці витрати складуть близько 1400 млн. грн. Застосування запропонованого методу дасть можливість знизити ризик виникнення ЦВЗ на 25%, збільшити здорову частку трудового життя робітника на 5-8 років, а також збільшити ремісію на 30%, що дозволить запобігти значним витратам для бюджету країни (350 млн. грн. на рік), а для бюджету системи охорони здоров'я – 20 млн. грн. на рік. Удосконалення методів діагностики і профілактики, недопущення розвитку захворювання до стадії інвалідності має значний соціальний та економічний ефект.
9. Комп'ютерні програми, секундомір.
10. Вібраційна хвороба від загальних вібрацій.
11. Немає.
12. Можливі помилки при математичних обрахунках, тому пропонується застосовувати компютерні програми, які автоматизують процес обрахування. При використанні приладів, що не мають метрологічної перевірки збільшується ймовірність інструментальної похибки, а значить і ймовірність помилкового результату.
13. Український НДІ промислової медицини (МОЗ України).
14. Немає.
15. Дворніченко Г.Б. (0564531059), Яценко А.Б., Базовкін П.С.

Реєстр. № 94/1/14

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ВИНИКНЕННЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ХВОРИХ НА ВІБРАЦІЙНУ ХВОРОБУ ВІД ЗАГАЛЬНИХ ВІБРАЦІЙ В ПОСТКОНТАКТНОМУ ПЕРІОДІ.

2. НДР «Вібраційна хвороба постекспозиційного періоду (особливості перебігу і клініко-діагностичні критерії цереброваскулярних порушень)», 0112U001172.

3. Гігієна та професійна патологія.

4. 2++.

5. Подано заявку на винахід.

6. Немає.

7. Хронічний робочий стрес від дії загальної вібрації з часом перетворюється в надмірно тривалу дезадаптацію, для якої характерні виснаження функціональних резервів і адаптаційного потенціалу, що лежать в основі передчасного, або прискореного старіння організму на системному рівні. Прискорене старіння є причиною виникнення хвороб компенсації, значну і найбільш небезпечну частку яких складають цереброваскулярні захворювання в структурі вібраційної хвороби від загальних вібрацій.

Схильність до цереброваскулярних захворювань у хворих на ВХ визначають за станом реабілітаційного резерву. Для цього двічі проводять тест з наступними пробами: вольова затримка дихання на вдиху в спокійному стані (визначають час в сек. t_1), проба Уемури (визначають час в сек. T_1), одразу після неї знову визначають час вольової затримки дихання на вдиху (t_2) потім хворий відпочиває впродовж часу рівного:

не менше $T_b = (t_1 + T_1 + t_2) * (3 + (\text{вік} - 40) / 10)$ та

не більше $T_b = (t_1 + T_1 + t_2) * (5 + (\text{вік} - 40) / 10)$

Після цього знову проводять тест в тій же послідовності (t_3, T_2, t_4).

За отриманими даними розраховують діагностичний коефіцієнт K за наступною формулою:

$$K = (100 - 76,394 * W) \%$$

де: $W = ((a+b)*(a+c))/(b*(a+b+c))$; a – найменший за значенням показник із трьох отриманих значень t_1, t_2, t_3 ; b – середній за значенням показник із трьох отриманих значень t_1, t_2, t_3 ; c – найбільший за значенням показник із трьох отриманих значень t_1, t_2, t_3 .

Якщо значення K більше 0 та менше 2%, то хворий на ВХ не схильний до цереброваскулярних порушень, якщо значення K більше 2 та менше 5%, то роблять висновок про схильність до цереброваскулярних порушень (відносний ризик $RR=1,6$), якщо значення K більше 5%, то роблять висновок про існування загрози цереброваскулярних захворювань (відносний ризик $RR=2,8$).

За цими даними обчислюють реабілітаційний резерв наступним чином: порівнюють значення $t_1, t_2, t_3, t_4, T_1, T_2$. Якщо t_3 більше за t_1 , t_4 більше за t_2 , T_2 більше за T_1 , то роблять висновок про наявність у хворого реабілітаційного резерву і значні перспективи відновлення функцій організму в постконтактному періоді та високу ефективність лікування (оптимістичний прогноз), в протилежному випадку – прогноз песимістичний.

8. Застосування запропонованого способу дасть можливість знизити ризик виникнення ЦВЗ на 25%, збільшити здорову частку трудового життя працівника на 5-8 років, а також збільшити ремісію на 30%, що дозволить запобігти значним витратам бюджетних коштів країни (350 млн. грн. на рік), а для бюджету системи охорони здоров'я – 20 млн. грн. на рік.

Удосконалення методів діагностики і профілактики, недопущення розвитку захворювання до стадії інвалідності має значний соціальний та економічний ефект.

9. Комп'ютерні програми, секундомір.

10. Вібраційна хвороба від загальних вібрацій.
11. Немає.
12. Можливі помилки при математичних обрахунках, тому пропонується застосовувати комп'ютерні програми, які автоматизують процес обрахування. При використанні приладів, що не мають метрологічної повірки збільшується ймовірність інструментальної похибки, а значить і ймовірність помилкового результату.
13. Український НДІ промислової медицини (МОЗ України).
14. Немає.
15. Дворніченко Г.Б. (0564531059), Яценко А.Б., Базовкін П.С.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ

Реєстр. № 95/1/14

1. **СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ЕЛЕМЕНТНОВМІСНОЇ ТЕРАПІЇ ЕКЗЕМИ.**
2. НДР «Оптимізація лікування й профілактики алергічних, еритемо-сквамозних та інфекційних дерматозів у міських та сільських жителів біогеохімічного регіону з природною недостатністю йоду (клініко-епідеміологічні дослідження)», 0106U008377.
3. Шкірні та венеричні хвороби.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель 71447 UA, МПК⁵¹ А61К31/00. Спосіб диференційованої елементновмісної терапії екземи / Височанська Тетяна Петрівна, Денисенко Ольга Іванівна; Заявник Буковинський державний медичний університет. – № заявки u201200480; заявл. 16.01.2012; опубл. 10.07.2012, Бюл. № 13.
6. Немає.
7. В основу запропонованого методу поставлено завдання підвищити ефективність лікування хворих на екзему – мешканців різних фізико-географічних (рівнинних, передгірних, гірських) регіонів, що вирішується шляхом диференційованого та поетапного призначення елементновмісних лікарських засобів з урахуванням встановленого дефіциту вмісту окремих есенційних макро- й мікроелементів у біологічних субстратах (крові, волоссі, нігтях) пацієнтів залежно від фізико-географічного району їх проживання: хворим із рівнинних районів на тлі базової терапії призначають комплексний елементний засіб «Тотема» із вмістом марганцю й заліза (по 1 ампулі всередину, двічі на добу впродовж 20 днів) та «Цинктерал» із вмістом цинку (по 1 таблетці на добу 20 днів), через місяць – додатковий курс лікування з використанням лікарських засобів «Цинктерал» (по 1 таблетці на добу) та «Феррум лек» (по 1 жувальній таблетці двічі на добу) впродовж 1 місяця; хворим із передгірного регіону на тлі базового лікування призначають елементний засіб із вмістом марганцю «Тотема» (по 1 ампулі всередину, двічі на день впродовж 20 днів), «Кальцій-Д3 нікомед форте» (по 1 жувальній таблетці двічі на добу), «Цинктерал» із вмістом цинку (по 1 таблетці на добу 20 днів), а через місяць – препарат «Цинктерал» (по 1 таблетці на добу) впродовж 1 місяця; хворим з гірських районів на тлі базового лікування призначають препарат «Цинктерал» із вмістом цинку (по 1 таблетці на добу 20 днів) та «Кальцій-Д3 нікомед форте» (по 1 жувальній таблетці двічі на добу), після чого наступний курс – препарати «Цинктерал» та «Кальцій-Д3 нікомед форте» (по 1 таблетці на добу) впродовж 1 місяця.
8. Спосіб диференційованої елементновмісної терапії хворих на екзему з

урахуванням фізико-географічних особливостей їх проживання підвищує ефективність лікування екземи та нормалізації вмісту есенційних макро- та мікроелементів у біологічних субстратах пацієнтів.

9. Лікарські засоби із вмістом: заліза (Феррум лек), марганцю й заліза (Тотема), цинку (Цинктерал), кальцію (Кальцій-Д3 Нікомед форте).
10. Хворі на екзему з різних фізико-географічних (рівнинних, передгірних, гірських) регіонів.
11. Індивідуальна гіперчутливість до компонентів лікарських засобів; хворі дитячого віку.
12. Виникнення ускладнень у процесі застосування методу не відзначено. Можливі алергічні реакції до компонентів лікарських засобів. Шляхи запобігання – збір алергологічного анамнезу, проведення алергопроб до лікарських препаратів.
13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, Театральна пл., 2, м. Чернівці, 58002.
14. Немає.
15. Височанська Т.П., Денисенко О.І. (050-5279434).

Реєстр. № 96/1/14

1. СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ЕЛЕМЕНТНОВМІСНОЇ ТЕРАПІЇ ПСОРИАЗУ.

2. НДР «Оптимізація лікування й профілактики алергічних, еритемо-сквамозних та інфекційних дерматозів у міських та сільських жителів біогеохімічного регіону з природною недостатністю йоду (клініко-епідеміологічні дослідження)», 0106U008377.
3. Шкірні та венеричні хвороби.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель 71443 UA, МПК⁵¹ А61К31/00. Спосіб диференційованої елементновмісної терапії псоріазу / Височанська Тетяна Петрівна; Заявник Буковинський державний медичний університет. – № заявки u201200455; заявл. 16.01.2012; опубл. 10.07.2012, Бюл. № 13.
6. Немає.
7. В основу запропонованого методу поставлено завдання підвищити ефективність лікування хворих на псоріаз – мешканців різних фізико-географічних (рівнинних, передгірних, гірських) регіонів, що вирішується шляхом диференційованого та поетапного призначення елементновмісних лікарських засобів з урахуванням встановленого дефіциту вмісту окремих есенційних макро- й мікроелементів у біологічних субстратах (крові, волоссі, нігтях) пацієнтів залежно від фізико-географічного району їх проживання: хворим із рівнинних районів на тлі базової терапії призначають залізовмісний препарат «Феррум лек» (по 1 жувальній таблетці після вживання їжі двічі на добу впродовж 20 днів), а через місяць – додатковий курс із використанням лікарських засобів із вмістом цинку «Цинктерал» (по 1 таблетці на добу) та марганцю «Тотема» (по 1 ампулі в день перорально,) впродовж 1 місяця; хворим із передгірного регіону на тлі базового лікування призначають препарат кальцію «Кальцій-Д3 нікомед форте» (по 1 жувальній таблетці двічі на добу 20 днів), а через місяць після виписки – додатковий курс терапії з використанням комплексного елементного засобу із вмістом заліза і марганцю «Тотема» (по 1 таблетці в день) впродовж 1 місяця; хворим на псоріаз із гірських районів на тлі базового лікування призначають кальційвмісний препарат «Кальцій-Д3 нікомед форте» (по 1 жувальній таблетці двічі на добу 20 днів), а через місяць – додатковий курс терапії з використанням лікарських засобів «Цинктерал» (по 1

- таблетці на добу), «Феррум лек» та «Кальцій-Д3 нікомед форте» (по 1 жувальній таблетці кожного засобу 1 раз на добу) впродовж 1 місяця.
8. Спосіб диференційованої елементновмісної терапії хворих на псоріаз із урахуванням фізико-географічних особливостей їх проживання підвищує ефективність лікування псоріазу та нормалізації вмісту есенційних макро- та мікроелементів у біологічних субстратах пацієнтів.
 9. Лікарські засоби із вмістом: заліза (Феррум лек), марганцю й заліза (Тотема), цинку (Цинктерал), кальцію (Кальцій-Д3 Нікомед форте).
 10. Хворі на псоріаз із різних фізико-географічних (рівнинних, передгірних, гірських) регіонів.
 11. Індивідуальна гіперчутливість до компонентів лікарських засобів; хворі дитячого віку.
 12. Виникнення ускладнень у процесі застосування методу не відзначено. Можливі алергічні реакції до компонентів лікарських засобів. Шляхи запобігання – збір алергологічного анамнезу, проведення алергопроб до лікарських препаратів.
 13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, Театральна пл., 2, м. Чернівці, 58002.
 14. Немає.
 15. Височанська Т.П. (050-6186319).

Реєстр. № 97/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕНЬ ЕЛЕМЕНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ І ПСОРИАЗ – МЕШКАНЦІВ РІЗНИХ ФІЗИКО-ГЕОГРАФІЧНИХ РЕГІОНІВ.**
2. НДР «Оптимізація лікування й профілактики алергічних, еритемо-сквамозних та інфекційних дерматозів у міських та сільських жителів біогеохімічного регіону з природною недостатністю йоду (клініко-епідеміологічні дослідження», 0106U008377.
3. Шкірні та венеричні хвороби.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель 72131 UA, МПК⁵¹ А61В5/00. Спосіб діагностики порушень елементного гомеостазу у хворих на екзему і псоріаз – мешканців різних фізико-географічних регіонів / Височанська Тетяна Петрівна, Денисенко Ольга Іванівна; Заявник Буковинський державний медичний університет. – № заявки u201200459; заявл. 16.01.2012; опубл. 10.08.2012, Бюл. № 15.
6. Немає.
7. Розроблено та апробовано новий спосіб діагностики порушень елементного гомеостазу у хворих на екзему й псоріаз – мешканців різних фізико-географічних (рівнинний, передгірний, гірський) регіонів, який базується на визначенні есенційних макро- й мікроелементів одночасно в трьох біосубстратах хворих – крові, волоссі й нігтях, зважаючи на встановлені кореляційні зв'язки між вмістом досліджуваних есенційних макро- й мікроелементів у цих біосубстратах хворих на екзему й псоріаз та у ґрунті різних регіонів, в яких проживають такі пацієнти.
8. Спосіб визначення есенційних макро- й мікроелементів одночасно в трьох біосубстратах (крові, волоссі, нігтях) хворих на екзему і псоріаз – мешканців різних фізико-географічних (рівнинних, передгірних, гірських) регіонів підвищує об'єктивність і точність діагностики територіально обумовлених порушень елементного гомеостазу та оптимізувати патогенетичну терапію даної категорії пацієнтів.
9. Спектрофотометр атомно-абсорбційний (для визначення макро- й

- мікроелементів у біологічних субстратах хворих на екзему й псоріаз).
10. Екзема чи псоріаз у хворих із різних фізико-географічних (рівнинних, передгірних, гірських) регіонів з метою визначення у пацієнтів порушень елементного гомеостазу.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, Театральна пл., 2, м. Чернівці, 58002.
 14. Немає.
 15. Височанська Т.П., Денисенко О. (050-5279434).

Реєстр. № 98/1/14

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПСОРІАЗУ ЗВИЧАЙНОГО.

2. НДР «Оптимізація тактики ведення хворих на псоріаз з урахуванням важкості перебігу та цитокінового профілю», 0106U012666, 2010 - 2015рр.
3. Шкірні та венеричні хвороби.
4. 2+, С.
5. Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я. Спосіб лікування псоріазу звичайного. № 152-2014, протокол № 58 від 27.03.2014р.
6. Немає.
7. Суть впровадження заключається у підвищенні ефективності комплексної диференційованої терапії пацієнтів, хворих на псоріаз звичайний, шляхом обліку особливостей механізму його розвитку та клініко-морфологічних проявів дерматозу при використанні комплексної методики лікування з застосуванням інгібіторів TNF- α та фактору росту ендотелію судин та місцевих кератолітичних та зволожуючих середників. Поставлена мета досягається застосуванням лікувального комплексу, що включає використання парентерально надропарину кальцію 0,3 мг п/ш один раз добу 2 тижні в ролі інгібітора TNF- α ; адеметіоніну внутрішньо, як засібу, що забезпечує позитивний терапевтичний вплив на промоутер ангіогенезу фактор росту ендотелію судин у дозі 400 мг один раз на добу протягом 4 тижнів, для пришвидшення розрішення висипань місцево призначається крем із кератолітичною та зволожуючою діями, до складу якого входять: сечовина 30%, протеаза, саліцилова кислота, амінокислоти (серин, гістидин), масло каріте, алантоїн, гліцерол, вітамін Е двічі на день масажними рухами на уражені ділянки шкіри.
8. Згідно з отриманими результатами дослідження запропонована схема лікування має виражений позитивний вплив на основні ланки патогенезу дерматозу, а саме на інгібування ключового прозапального цитокіну ФНП- α та пригнічення основного промоутера ангіогенезу VEGF, який відіграє основну роль в процесах

- неоангіогенезу в розвитку псоріатичних уражень. Запропонований лікувально-профілактичний спосіб простий у застосуванні, ефективний, виявляє не лише позитивний терапевтичний ефект, а також запобігає частим рецидивам та здовженню періоду ремісії.
9. Розчин надропарину кальцію у шприцах з разовою дозою 0,3 мл, таблетки адеметіоніну в дозі 0,4 г, крем із кератолітичною та зволожуючою діями, до складу якого входять: сечовина 30%, протеаза, саліцилова кислота, амінокислоти (серин, гістидин), масло каріте, алантоїн, гліцерол, вітамін Е.
 10. Псоріаз вульгарний (L 40.0).
 11. Особи з важкою соматичною патологією (печінкова та ниркова недостатності, неконтрольована артеріальна гіпертензія, гіпертензивна чи діабетична нефропатія, септичний ендокардит); ерозивно-виразкове ураження шлунково-кишкового тракту у фазі загострення, особливо з тенденцією до кровотеч; пацієнти з кровотечами невизначеного генезу, вираженими спадковими та набутими порушеннями гемостазу, захворюваннями кровотворної системи, такі, що перенесли недавні травми чи операції на органах центральної нервової системи, зору та слуху, пацієнтки, котрі використовують внутрішньоматкові механічні контрацептиви, а також вагітні та жінки, що годують грудьми, пацієнти з залежністю від психоактивних середників (наркотики, алкоголь).
 12. При недотриманні дозування чи/та режиму введення надропарину кальцію можливі ускладнення у вигляді кровотеч, для лікування яких використовують в/в введення антагоніста — протаміну сульфату (0,6 мл на кожен 0,1 мл надропарину кальцію), для запобігання даного ускладнення слід проводити моніторинг кількості тромбоцитів та часу кровотечі один раз на тиждень.
 13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України.
 14. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
 15. Святенко Т.В. (0975791544), Возняк І.Я. (0677018483).

Ресстр. № 99/1/14

1. **СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ АРТРОПАТИЧНОГО ПСОРИАЗУ.**
2. НДР «Діагностика та лікування артропатичного псоріазу з урахуванням сучасних даних з патогенезу та особливостей клінічного перебігу дерматозу», 0106U012666, 2010- 2015 рр.
3. Шкірні та венеричні хвороби.
4. 2+, С.
5. Пат. № 92749, UA, МПК G01N 33/48. Спосіб диференційної діагностики артропатичного псоріазу / заявник та патентовласник Сизон О.О., Степаненко В.І; ЛНМУ ім. Д.Галицького. - № u201408118 ; заявл. 17.07.2014; опубл. 26.08.2014, Бюл. № 16.
6. Немає.

7. Згідно з власними спостереженнями та враховуючи дані літературних джерел рекомендуємо для постановки діагнозу АП апробувати наступні критерії.
- Великі критерії:
1. Наявність хронічного периферичного і/або осьового суглобового синдрому (ентезит/артрит).
 2. Від'ємна реакція на наявність РФ та anti-CCP.
 3. Псоріатичні ураження шкіри і/або нігтьових пластинок на момент обстеження і/або в анамнезі.
- Малі критерії:
- Домінуюче асиметричне пошкодження суглобів а) по периферичному типу (моно-, олігоартрит, особливо ДМФС) і/або б) осьовому типу (сакроілеїт і/або спондиліт).
- Наявність остеодеструктивних (остеолізу, анкілозу) і/або остеопроліферативних (гіперостозів, періоститів, синдесмофітів) рентгенологічних змін.
- Відсутність тригерної інфекції (антитіл до хламідій (ПФ, ПЛР), ентеро-бактерій) в анамнезі за останній місяць.
- Відсутність наявності тофусів і урикемії (при нормі у чоловіків до 0,42 ммоль/л (7мг%), у жінок до 0,36 ммоль/л (6мг%)) або вузликів Гебердена та Бушара.
- Достовірний (класичний) діагноз АП вимагає наявності 4 (3+1) критеріїв: 3 позитивних великих та 1 малого. Визначений або ймовірний діагноз АП виставляється при наявності позитивних лише 2 великих критеріїв, що вимагає додатково ще одного малого критерію (2+2). Зокрема, при ЛАП чи АП з позитивним РФ.
- Виставити поєднаний діагноз: АП і РА (3+1) можна при протилежних значеннях другого великого і 1(а) малого критеріїв, тобто при позитивній реакції на наявність РФ та симетричному ураженні ДМФС; АП і АС (3+1) : при 3 позитивних великих і протилежному значенні 1(б) малого критеріїв; АП і РеА (3+1): при 3 позитивних великих і протилежному значенні третього малого критеріїв.
8. Симптоматика суглобового синдрому може спостерігатися в різних поєднаннях залежно від характеру пошкодження суглобів, активності патологічного процесу і стадії захворювання. Зокрема, в одних випадках ураження суглобів є ведучим в клінічній картині захворювання і визначає медико-соціальний прогноз (ревматоїдний артрит, остеоартроз), а в інших суглобовий синдром, маскуючи і утруднюючи діагностику, є одним із проявів захворювання (неспецифічний виразковий коліт і ін.). Оскільки сьогодні у дерматологічній практиці налічується десятки захворювань, при яких може зустрічатися суглобовий синдром, то запропоновані діагностичні критерії є додатковим стандартом для постановки діагнозу АП з метою формування однорідних груп хворих, розробки алгоритму клініко-диференційного пошуку АП та створення ефективних терапевтичних схем, що в подальшому покращить якість життя пацієнта і принесе видимий соціально-економічний ефект.
9. Рентгенологічні плівки та апарат; УЗД, МРТ апарати, мікроскоп, тестовий набір для серологічного та біохімічного дослідження крові, спектрофотометр.
10. Псоріатична хвороба, артропатичний псоріаз.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79013, м. Львів, вул. Коновальця, 1, тел. 238 56 57.
14. Немає.
15. Сизон О.О. (0954407975), Степаненко В.І. (0503803156).

1. **СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙНОГО ПОКРОКОВОГО ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З АРТРОПАТИЧНИМ ПСОРИАЗОМ.**
2. НДР «Діагностика та лікування артропатичного псоріазу з урахуванням сучасних даних з патогенезу та особливостей клінічного перебігу дерматозу», 0106U012666, 2010- 2015 рр.
3. Шкірні та венеричні хвороби.
4. 2+,С.
5. Пат. № 92751, UA, МПК А 61 К 31/00. Спосіб диференційного покрокового терапевтичного ведення хворих з артропатичним псоріазом. / заявник та патентовласник Сизон О.О. Степаненко В.І.; ЛНМУ ім. Д.Галицького. - № u 201408128; заявл. 17.07.2014; опубл. 26.08.2014, Бюл. № 16.
6. Немає.
7. У роботі на основі розроблених диференціальних ознак діагностики АП з підгострими або хронічними артритами (ревматоїдним артритом; серонегативними спондилоартритами: анкілозуючим спондилоартритом, реактивним артритом, артритом при запальних захворюваннях кишківника, остеоартрозом, подагричним артритом) та запропонованої обґрунтованої термінології для визначення етапності змін при суглобовому синдромі ПХ (псоріатичну ентезопатію (підтверджується за допомогою сцинтиграфії, УЗД, МРТ), псоріатичний артрит (ПсА) та деформуючий ПсА (кісткові зміни візуалізуються рентгенологічно)) відповідно розроблений терапевтично-профілактичний алгоритм з урахуванням особливостей розвитку АП та однакового позитивним впливом як на перебіг суглобового, так і шкірного псоріатичного процесу. Згідно результатів комплексного клініко-лабораторного обстеження рекомендуємо по-кроковий алгоритм лікування таких хворих з АП:
Крок 1. Дезінтоксикаційна терапія (ентеросгель, сорбекс, реосорбілакт).
Крок 2. Усунення домінуючих проявів супутніх уражень хворого, зменшення системних проявів псоріазу (інфекції різного роду, метаболічні синдроми, розвантаження суглобів, ін.) з використанням необхідних лікувально-корегуючих середників (антиоксидантів, антибіотиків, гепатопротекторів, еубіотиків, ін.).
Крок 3: При неефективності до 2 місяців від початку хвороби застосування симптоммодифікуючих препаратів при відсутності факторів ризику з боку ШКТ - стандартних доз нестероїдних протизапальних препаратів (диклофенак натрію (наклофен, вольтерен, диклоберл) – по 75 мг до 2 разів на добу) та при наявності факторів ризику з боку травного тракту -інгібіторів ЦОГ-2 (мелоксикам (моваліс) – по 7,5-15 мг/добу, німесулід (найз) – по 100 мг 2 рази на добу, етерококсиб (аркоксиа) - по 60-90 мг/добу) чи внутрісуглобового введення ГКСТ) слід рекомендувати раннє (не пізніше 3 місяців від початку хвороби) та агресивне лікування хворобомодифікуючими препаратами (ХМП): сульфасалазин в дозі 2г/добу з переходом на 1 мг/добу; метотрексат - 7,5-10 мг/тиждень (із застосуванням фолієвої кислоти). Препаратами вибору можуть бути: азатіоприн (імуран) по 1-3 мг/кг; лефлуномід (арава) у дозі 100 мг/добу 3 дні, потім по 20 мг/добу впродовж 4-6 місяців. При неефективності рекомендованої терапії – біологічні препарати.
Крок 4. Комбіноване застосування ХМП: метотрексат (7,5-10мг/тиждень) + лефлуномід (10-20 мг/день); метотрексат (7,5-10 мг/тиждень) + сульфасалазин (1-2 г/добу).
Крок 5. Комбіноване застосування ХМП та імунобіологічних препаратів:
- метотрексат (10-15 мг/тиждень) + імунобіологічні препарати.

Крок 6. Комбіноване застосування ХМП та екстракорпоральних методів, що мають імунореґулюючий вплив: ХМП + гемосорбція (проводять 3-5 сеансів з інтервалами 2-3 дні); ХМП + плазмаферез (курс лікування складає 10 процедур); ХМП + каскадна плазма фільтрація.

Крок 7. Комбіноване застосування ХМП та хірургічного лікування за показами.

Сьогодні актуальним є проведення терапії, направленої на попередження подальших дегенеративних змін, покращення метаболічних процесів суглобового хряща, шкіри, яку рекомендуємо здійснювати шляхом:

Використання антиоксидантних препаратів (вітамін Е 1 капсула на день протягом 1-2 місяця або 1-2 мл 10% р-ну протягом 20 днів) та засобів, що покращують мікроциркуляцію (пентоксифілін (трентал) 100 мг 3 рази денно чи 5 мл в/в крапельно; дипіридамол (курантил) 75-150 мг/добу; ніотинова кислота 1-10 мл 1% р-ну, гепарин (5000 ОД 4 рази денно п/ш у важких формах)).

Застосування препаратів з репаративною дією (біостимулятори: екстракт плаценти, алоє, склоподібне тіло та гомеопатичні препарати: траумель С, цель-Т) у період ремісії двома курсами на рік по 10-15 інекцій.

Застосування базисної терапії з метою профілактики остеопорозу у всіх хворих на АП та важких формах ПХ (препаратів кальцію (в дозі до 1,5-2,0 г/добу), вітамін Д (у добовій дозі 3000 ОД) і його активних метаболітів; кальцеміну по 1 таблетці 3 рази денно).

Корекція структурно-функціонального стану кісткової тканини при остеопенії та остеопорозі (за даними денситометрії) включає: введення хондростимуляторів; інгібіцію катаболічних процесів (хондропротекторів: хондроїтин-сульфат в дозі 750 мг/добу 2 рази денно протягом 3 тижнів з переходом на 500 мг/добу 2 рази денно тривало; глікозаміногліканів: по 2 капсули (по 250 мг) двічі на добу з переходом на 1 капсулу денно протягом 6 місяців). Лікування хондропротекторами рекомендується лише в I-II рентгенологічній стадії деформуючого суглобового процесу, а у III стадії вважається недоцільним.

8. Лікування та профілактика, особливо важких форм АП в основному симптоматична, але вкрай необхідна. Запропонований обсяг терапевтичних заходів при АП, який визначається основними параметрами шкірного, суглобового патологічних процесів і ступенем вираженості системних проявів. Представлений диференційований патогенетичний алгоритм терапії АП скерований на нормалізацію чи зниження клініко-лабораторних параметрів активності захворювання; зменшення чи уповільнення рентгенологічного прогресування пошкодження опорно-рухового апарату та збереження якості життя пацієнта
9. МРТ апарати, тестовий набір для серологічного та біохімічного дослідження крові, спектрофотометр, лікарські препарати (дезинтоксикаційні, нестероїдні протизапальні, цитостатичні, біологічні препарати біостимулятори, антиоксиданти, вітаміни, препарати кальцію, хондропротектори, ін.).
10. Псоріатична хвороба, артропатичний псоріаз.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79013, м. Львів, вул. Коновальця, 1, тел. 238 56 57.
14. Немає.
15. Сизон О.О. (0954407975), Степаненко В.І. (0503803156).

Реєстр. № 101/1/14

1. ВДОСКОНАЛЕННЯ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗЛОЯКІСНИХ ЛІМФОМ

ШКІРИ.

2. НДР «Обґрунтування терапевтичних підходів при хронічних дерматозах та ПСШ з урахуванням їх патогенетичних особливостей», 0103U001029, 2009-2014 рр.
3. Дерматологія та венерологія.
4. 2+, D.
5. Немає.
6. Немає.
7. Біопсія шкіри для проведення патоморфологічного дослідження при підозрі на первинну лімфому шкіри проводиться одним із методів: інцизійна біопсія - шляхом висічення частини новоутворення, панч-біопсія забір тканин спеціальним ножем у вигляді циліндру.
8. Розроблений маршрут пацієнта з підозрою на лімфому шкіри забезпечує раннє та активне виявлення попередників лімфому шкіри, дозволяє виділити групи ризику з постійним динамічним спостереженням. Це в свою чергу дозволить знизити рівень захворюваності на лімфому шкіри та зменшити терміни лікування хворих.
9. Лікар дерматовенеролог, медична сестра, бінокулярний мікроскоп, скальпель, панч, перев'язувальний матеріал.
10. Попередники лімфому шкіри, первинні лімфому шкіри.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
15. Калюжна Л.Д., Шармазан С.І., Гречанська Л.В., Ошивалова О.О., Мацідонська І.В., Дріянська В.В., Паппа І.В., Костюкевич О.М.

Реєстр. № 102/1/14

1. **ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ ЕПІЛЮМІНІСЦЕНТНОЇ ДЕРМАТОСКОПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ДИСПЛАСТИЧНИМИ НЕВУСАМИ.**
2. НДР «Обґрунтування терапевтичних підходів при хронічних дерматозах та ПСШ з урахуванням їх патогенетичних особливостей», 0103U001029, 2009-2014 рр.
3. Дерматологія та венерологія.
4. 2+, D.
5. Немає.
6. Немає.
7. Епілюмінісцентна мікроскопія (дерматоскопія) - неінвазивне дослідження, яке дозволяє візуалізувати структури епідермісу і сосочкового шару шкіри, які невидимі для неозброєного ока, використовується оптичне збільшення зображення з нанесенням на шкіру спеціальної рідини (імерсійне, мінеральне масло) спільно з направленими джерелами світла для візуалізації більш глибоких шарів дерми або ж за допомогою джерела поляризованого світла, який застосовується без використання рідини.
8. Основними перевагами метода є неінвазивність, висока чутливість та специфічність, простота застосування та можливість зберігати інформацію в електронній базі даних.
9. Лікар дерматовенеролог, медична сестра, оптичний дерматоскоп.
10. Диспластичні невуси.

11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
15. Калюжна Л.Д., Шармазан С.І., Ошивалова О.О., Мацідонська І.В., Дріянська В.В., Паппа І.В.

Реєстр. № 103/1/14

1. **СУЧАСНІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З НОВОУТВОРЕННЯМИ ШКІРИ.**
2. НДР «Обґрунтування терапевтичних підходів при хронічних дерматозах та ПСШ з урахуванням їх патогенетичних особливостей», 0103U001029, 2009-2014 рр.
3. Дерматологія та венерологія.
4. 2+, D.
5. Немає.
6. Немає.
7. Епілюмінісцентна мікроскопія (дерматоскопія) - неінвазивне дослідження, яке дозволяє візуалізувати структури епідермісу і сосочкового шару шкіри, які невидимі для неозброєного ока, використовується оптичне збільшення зображення з нанесенням на шкіру спеціальної рідини (імерсійне, мінеральне масло) спільно з направленими джерелами світла для візуалізації більш глибоких шарів дерми або ж за допомогою джерела поляризованого світла, який застосовується без використання рідини. Біопсія шкіри для проведення патоморфологічного дослідження проводиться одним із чотирьох методів: ексцизійна - шляхом повного видалення новоутворення, інцизійна - шляхом висічення частини новоутворення, панч-біопсія забір тканин спеціальним ножом у вигляді циліндру, поверхнева біопсія - зрізання поверхневих шарів шкіри.
8. Розроблений маршрут пацієнта з новоутвореннями шкіри забезпечує раннє та активне виявлення попередників злоякісних новоутворень шкіри, дозволяє виділити групи ризику з постійним динамічним спостереженням за макроскопічними та дерматоскопічними змінами новоутворень шкіри. Це в свою чергу дозволить знизити рівень захворюваності на злоякісні новоутворення шкіри та зменшити терміни лікування пацієнтів.
9. Лікар дерматовенеролог, медична сестра, оптичний дерматоскоп, скальпель, панч, перев'язувальний матеріал.
10. Доброякісні та злоякісні новоутворення шкіри
11. Протипоказань по застосуванню оптичної дерматоскопії не має; протипоказанням для застосування діагностичної біопсії є невуси, епітеліальні раки шкіри, меланома.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Клініка «Євродерм».
15. Калюжна Л.Д., Літус О.І., Ошивалова О.О., Литвиненко Б.В., Андрашко Ю.В., Куценко І.В., Хобзей К.М.

Реєстр. № 104/1/14

1. СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ЗВИЧАЙНОГО ПСОРИАЗУ.

2. НДР«Удосконалення методів терапевтичної корекції хронічних дерматозів на підставі дослідження їх патогенезу і сучасних клінічних особливостей», 0112U000976, 2011-2016 рр.
3. Шкірні та венеричні хвороби.
4. 2+, С.
5. Пат. № 77024 UA МПК 51 А61К 31/202. Спосіб комплексного лікування звичайного псоріазу / Мавров Геннадій Іванович, Саріан Олена Ігорівна; заявник і патентовласник Харківська медична академія післядипломної освіти. – № 201208500; заявл. 10.07.2012; опубл. 25.01.2013, Бюл. № 2.
6. Немає.
7. В основу способу поставлено задачу удосконалення комплексного лікування звичайного псоріазу, в якому за рахунок заміни лікарських препаратів (численних вітамінів групи В, А, С) хворим призначають багатокомпонентний препарат Кардіоейс по 2 капсули на день під час їжі протягом 30 днів. Кардіоейс містить, крім вітамінів (В1, В2, В6, В12, фолієва кислота, каротиноїди, Е, С, D3), омега-3 тригліцериди, олію часнику, лецитин, мікроелементи (селен, мідь, хром, цинк), за рахунок чого покращуються результати лікування.
8. Перевагами запропонованого способу комплексного лікування є: 1) можливість призначати один препарат замість багатьох водо- і жиророзчинних вітамінів; 2) наявність у препараті фолієвої кислоти в дозі 250 мкг, яка нормалізує підвищений рівень гомоцистеїну – незалежного модифікованого фактора ризику кардіологічної патології; 3) наявність омега-3 тригліцеридів, олії часнику, лецитину, які надають гіпохолестеринемічну дію і перешкоджають утворенню атеросклеротичних бляшок на стінках судин; 4) наявність багатьох мікроелементів, що нормалізують різні види обміну; 5) можливість однократного прийому препарату, що покращує комплаєнтність лікування.
9. Результати дослідження рівня гомоцистеїну у крові, Кардіоейс.
10. Звичайний псоріаз, стаціонарна стадія
11. Підвищена чутливість до компонентів препарату.
12. Немає.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти, 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58.
14. Немає.

15. Мавров Г.І.,Саріан О.І.(0577511290).

Реєстр. № 105/1/14

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЗВИЧАЙНОГО ПСОРИАЗУ.

2. НДР«Удосконалення методів терапевтичної корекції хронічних дерматозів на підставі дослідження їх патогенезу та сучасних клінічних особливостей», 0112U000976, 2011-2016 рр.
3. Шкірні та венеричніхвороби.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель UA № 74878 U МПК А61 К 31/00 А61 Р 3/02 А61 Р 3/06 Спосіб лікування хворих на звичайний псоріаз / Болотна Людмила Анатоліївна, Саріан Олена Ігорівна; Харківська медична академія післядипломної освіти; Заявл. 15.05.12. Опубл. 12.11.12. – Бюл. № 21.
6. Немає.
7. В основу способу поставлено задачу удосконалення лікування звичайного псоріазу, в якому додаткового до загальноновизнаної терапії (протизапальних і антигістамінних препаратів, вітамінів групи В, імунотропних та зовнішніх засобів) хворим призначають препарат розувастатин по 10 мг одан раз на добу протягом 4-6 тижнів за рахунок чого покращуються результати лікування.
8. Перевагами запропонованого способу комплексного лікування є: 1) можливість швидкої стабілізації запального патологічного процесу; 2) можливість досягнення більш тривалої ремісії; 3) можливість усунення дисліпідемії; 4) можливість профілактики серцево-судинних захворювань та їх ускладнень.
9. Результати вивчення ліпідного спектра крові, розувастатин.
10. Звичайний псоріаз
11. Захворювання печінки в активній фазі, виражені порушення функції нирок, міопатія, одночасний прийом циклоспорину, вагітність, лактація, жінки репродуктивного віку, які не використовують адекватні методи контрацепції, вік до 18 років, підвищена чутливість до розувастатину.
12. Немає.

13. Харківська медична академія післядипломної освіти, 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58.
14. Немає.
15. Болотна Л.А., Саріан О.І.(0577511290).

Реєстр. № 106/1/14

- 1. СПОСІБ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ СТРЕС-ПРОТЕКТОРОМ ТА ІМУНОМОДУЛЯТОРОМ ДИСЕМІНОВАНОГО ПСОРИАЗУ.**
2. НДР «Ефективність комплексної терапії хворих на екзему антиоксидантами з урахуванням стану про- та антиоксидантних систем»,0112U001811.
3. Дерматовенерологія.
4. 2++В.
5. Пат. №22827 U, UA, МПК А61К 31/00,А61К 47/00.Спосіб лікування псоріазу / Добржанська Є.І., ДащукА.М.; ХНМУ. – З. № u2006 13814; заявл. 25.12.2006; опубл. 25.04.2007.
6. Спосіб лікування дисемінованого псоріазу з використанням стрес-протектора з діючою речовиною даларгін та імуномодулятора з діючою речовиною N-метил-4-бензилкарбамідопіридиній йодид. Method of treating psoriasis disseminated using the stress pattern of the active substance dalarginum and immunomodulator with active substance N-methyl-4-benzyl-carbamide-pyridine-iodine.
7. Розроблено спосіб комплексної терапії дисемінованого псоріазу з використанням лікарського засобу з діючою речовиною даларгін та лікарського засобу з діючою речовиною N-метил-4-бензилкарбамідопіридиній йодид (додатково до базового лікування) для підвищення вмісту кортизолу та соматотропного гормону, стимуляції стрес-протекторної дії та імуномодуляторної дії для відновлення клітинної й гуморальної ланок імунітету і, як результат, стану адаптації.
8. Використання препаратів, які надають стрес-обмежуючу або стрес-протекторну, адаптогенну та імуномодулюючу дію, значно підвищує ефективність терапії хворих на псоріаз, дозволяє одержати позитивні результати різного ступеня у 100 % хворих, скоротити строки лікування на 3 дні, подовжити термін ремісії на 4,6 місяця, знизити частоту виникнення рецидивів в 1,7 рази, нормалізувати вміст кортизолу й СТГ, показники імунітету, а також стан адаптації.
9. Лікарські засоби: препарат стрес-протекторної дії з діючою речовиною даларгін; імуномодулятор з діючою речовиною і N-метил-4-бензилкарбамідопіридиній йодид.
10. Дисемінований псоріаз.
11. Індивідуальна підвищена чутливість до препаратів.
12. Не виявлені.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Добржанська Є.І., Дащук А.М. (0504025154).

ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА

Реєстр. № 107/1/14

1. **СПОСІБ КОРЕКЦІЇ МІКРОЦЕНОТИЧНИХ ТА ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ГРИП ТА ГРВІ.**
2. НДР «Вивчити захворюваність на ГРВІ та грип з урахуванням мікробіологічних, імунологічних та екологічних факторів ризику та розробити науково обґрунтований комплекс профілактичних заходів».
3. Загальна практика – сімейна медицина, бактеріологія, лабораторна імунологія.
4. 2++, В.
5. Патент України на корисну модель «Спосіб корекції мікроценотичних та імунологічних порушень у хворих на грип та ГРВІ» № 87337 від 10.02.2014 р..
6. Немає.
7. Спосіб корекції мікроценотичних та імунологічних порушень у хворих на грип та ГРВІ характеризується тим, що використовується фітокомплекс «Лайфгард» (містить прозери, корінь ехінацеї, імбир, лимонник китайський, вітаміни А та С, цинк) в поєднанні з фітокомплексом «Бриз» (містить прозери, мати-і-мачуха, подорожник, шалфей, суцвіття липи, суцвіття гречихи, корінь солодки, шишки хмелю) для корекції дисбіозів як носоглотки, так і товстого кишечника та імунологічних порушень. Використання комплексу вітчизняних препаратів «Лайфгард» та «Бриз» призводить до нормалізації індигенної мікрофлори, підвищення її колонізаційної резистентності, зменшення інтенсивності колонізації умовно - патогенною мікрофлорою верхніх дихальних шляхів та товстого кишечника та нормалізації показників неспецифічного мукозального імунітету хворих на грип та ГРВІ.
8. Запропонований новий спосіб корекції мікроценотичних та імунологічних зрушень у хворих на грип та ГРВІ з використанням фітопрепаратів «Лайфгард» та «Бриз» призведе: в медично-соціальному аспекті до зниження частоти виникнення ускладнень бактеріальної етіології в середньому у 35,0 % хворих на грип та ГРВІ та скорочення тривалості захворювання; в економічному аспекті ефект від впровадження становить 138,3 грн. з розрахунку на одного хворого в день.
9. Лікарі-бактеріологи, мікроскопи, термостати, поживні середовища та реактиви, необхідні для виділення та ідентифікації мікроорганізмів.
10. Хворі на грип та ГРВІ.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДУ «Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України».
14. Немає.
15. Тарасюк О.О., Мота Б.Є. (0322763131), Шишка Г.В., Ломницька В.Б., Сидор Л.М.

Реєстр. № 108/1/14

1. **АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА ЦД 2 ТИПУ З РІЗНИМ РІВНЕМ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ ДЛЯ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування та розробка алгоритмів і програм ведення пацієнтів з найбільш поширеними неінфекційними захворюваннями на етапах первинної медичної допомоги», 0113U002215, 2013-2015 рр.
3. Загальна практика – сімейна медицина.
4. 4D.
5. Немає.

6. Немає.
7. Розроблені алгоритми ведення пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу визначають певну тактику сімейного лікаря в залежності від наявних у пацієнта факторів кардіоваскулярного ризику (вік, стать, загальний холестерин крові, паління, рівень артеріального тиску, тощо) і дозволяють провести загальну оцінку ризику серцево-судинних захворювань у окремого пацієнта та вказують на необхідні дії сімейного лікаря в залежності від встановленого рівня кардіоваскулярного ризику з метою профілактики розвитку серцево-судинних захворювань.
8. Покращання ефективності диспансеризації населення країни, забезпечення належного функціонування системи профілактики, діагностики та лікування пацієнтів з факторами ризику цукрового діабету 2 типу
9. Наявність алгоритмів у лікаря та відповідного оснащення для проведення досліджень з метою його виконання.
10. Забезпечення оптимізації диспансеризації населення країни.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Рибицька М.О. (0635815230), Ткаченко В.І. (0445360106).

Реєстр. № 109/1/14

- 1. ВЕДЕННЯ ХВОРОГО З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ПЕРВИННІЙ ЛАНЦІ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних підходів до оптимізації профілактичних напрямків на первинному рівні надання медичної допомоги», 0107U009820, 2014 р.
3. Загальна практика - сімейна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Забезпечення комплексної медичної допомоги пацієнтам з інтелектуальною недостатністю із залученням мультидисциплінарного підходу (сімейний лікар, психотерапевт, психіатр, соціальний працівник, реабілітолог) при ключовій позиції сімейного лікаря, якій забезпечує медичний маршрут такого пацієнта.
8. Обґрунтовано якісно нову комплексну систему медичної допомоги пацієнтам з особливими потребами, яка базується на комплексному підході за її рівнями та етапами надання, базується на всіх складових від профілактики, своєчасного виявлення, диспансеризації, до відновного лікування з застосуванням мультидисциплінарного міжгалузевого підходу та визначено її ефективність.
9. Лікарі загальної практики-сімейні лікарі, медичні сестри за фахом загальна практика-сімейна медицина, психологи, соціальні працівники, оснащена амбулаторія відповідно до табелю оснащення.
10. Необхідність забезпечення своєчасної, ефективної і якісної медичної допомоги пацієнту з особливими потребами.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.

15. Коваленко О.Є., Матюха Л.Ф., Маркова М.В., Матвієць Л.Г., Марценківський І.Я., Маяцька О.В., Пінчук І.Я., Процюк О.В., Хаустова О.О., Надута-Скринник О.К., Кравченко Р.І. (0503443599).

Реєстр. № 110/1/14

- 1. ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ГРИПУ І ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних підходів до оптимізації профілактичних напрямків на первинному рівні надання медичної допомоги», 0107U009820.
3. Загальна практика - сімейна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Проблема профілактики та запобігання ускладнень респіраторних захворювань має велике медичне та соціально-економічне значення. Поставлена мета - підвищення ефективності профілактики ускладнень грипу і гострих респіраторних вірусних інфекцій та реабілітації хворих з використанням немедикаментозної терапії – була вирішена шляхом обґрунтування та розробки якісно нової комплексної системи профілактики та лікування ускладнень грипу і гострих респіраторних вірусних інфекцій та реабілітації хворих з використанням методів рефлексотерапії.
8. Обґрунтовано якісно нову комплексну систему профілактики та лікування ускладнень грипу і гострих респіраторних вірусних інфекцій та реабілітації хворих з використанням методів рефлексотерапії, які не мають негативних побічних ефектів та мають низьку вартість, значною мірою може використовуватися як самопоміага хворих.
9. Лікар-рефлексотерапевт, лікар загальної практики-сімейної медицини, засоби для рефлексотерапії.
10. Преморбідні стани грипу і гострих респіраторних вірусних інфекцій та період реконвалесценції, зниження імунного захисту в період епідемій ГРВІ.
11. Найгостріший період при важкому перебігу ГРВІ та грипу.
12. Вегетативні реакції. Запобігання – припинення процедури, спокій.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Національний медичний університет імені Д.Галицького, ТОВ «Ляпко».
15. Коваленко О.Є., Андріюк Л.В., Ляпко М.Г. (0505015143).

Реєстр. № 111/1/14

- 1. НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН ТА ПРОГРАМА ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ «ВЕДЕННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ» (ОЧНО-ЗАОЧНИЙ З ЕЛЕМЕНТАМИ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ).**
2. НДР «Наукове обґрунтування та шляхи оптимізації ведення пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу на етапі первинної медичної допомоги», РК 0113U004467, 2013-2018 рр.
3. Загальна практика – сімейна медицина.
4. 4 D.
5. Немає.
6. Немає.

7. В основу навчального плану і програми покладені світовий та накопичений власний багаторічний досвід авторів з викладання базових питань надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу, сучасні дані доказової медицини, міжнародні та національні рекомендації, нормативні документи і накази МОЗ України з особливостей на етапі первинної медичної допомоги. Зміст запропонованої програми охоплює весь обсяг теоретичних знань і практичних навиків, необхідних лікарю первинної ланки для проведення самостійної медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу. Програму побудовано з 6 розділів, в кожній з яких є відносно самостійною частиною програми, в якій подана значна за обсягом теоретична і практична інформація з організації допомоги при цукровому діабеті, профілактики, діагностики та лікування цукрового діабету 2 типу. Із суміжних дисциплін за додатковими програмами включено питання імунопрофілактики. Програма містить 2 навчальні плани: 1-й для очного навчання і 2-й - для очно-заочного навчання з проведенням лекцій та частки семінарських занять за дистанційними принципами.
8. Впровадження даного циклу сприятиме удосконаленню системи підготовки медичного персоналу, насамперед лікарів первинної медичної допомоги, з питань профілактики, діагностики та лікування хворих на цукровий діабет 2 типу, сприятиме підвищенню кваліфікації лікарів, поглибленню і систематизації теоретичних знань, вдосконаленню практичних навичок і вмінь лікарів первинної медичної допомоги щодо ведення цукрового діабету 2 типу і сприятиме покращенню надання медичної допомоги населенню на рівні первинної медичної допомоги.
9. Наявність навчального плану та програми, наявність початково-методичного матеріалу з програми циклу, комп'ютер, мультимедійний проектор.
10. Удосконалення системи підготовки медичного персоналу, насамперед для закладів первинної медико-санітарної допомоги, з питань профілактики, діагностики та лікування цукрового діабету 2 типу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Ткаченко В.І., Маньковський Б.М. (044) 536-01-06.

Реєстр. № 112/1/14

1. **НАУКОВІ ПІДХОДИ ДО РОЗРОБКИ МАРШРУТУ ПАЦІЄНТА НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних підходів до оптимізації профілактичних напрямків на первинному рівні надання медичної допомоги», 0107U009820, 2014 р.
3. Загальна практика - сімейна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає
6. Немає.
7. Обґрунтовано якісно нову комплексну систему медичної допомоги на рівні лікаря загальної практики-сімейного лікаря, визначення ним медичних маршрутів пацієнта з застосуванням міжгалузевого міжрівневого підходу та визначено її ефективність.

8. Обґрунтовано якісно нову комплексну систему медичної допомоги на рині лікаря загальної практики-сімейного лікаря, визначення ним медичних маршрутів пацієнта з застосуванням міжгалузевого міжрівневого підходу та визначено її ефективність.
9. Лікарі загальної практики-сімейні лікарі, медичні сестри за фахом загальна практика-сімейна медицина, інформаційне забезпечення, оснащена амбулаторія відповідно до таблицю оснащення.
10. Необхідність забезпечення своєчасної, ефективної і якісної медичної допомоги пацієнту.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Матюха Л.Ф., Гойда Н.Г., Лехан В.М., Слабкий Г.О., Титова Т.А., Кононов О.Є., Сіліна Т.М., Клименко Л.В., Малютіна Н.В. (0503443599).

Реєстр. № 113/1/14

1. **ОПТИМАЛЬНА МОДЕЛЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ ПРИ ПЛАНУВАННІ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.**
2. НДР «Розробка інноваційної моделі медичного страхування військовослужбовців Збройних сил України та інших структур сектора безпеки держави в контексті євроатлантичної інтеграції України», 01080007207, 2008 р.
3. Загальна практика – сімейна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Формалізована модель дозволяє показати, як, у кількісному виразі, впливають різні рівні захворюваності, ймовірність звернень за медичною допомогою і якість діагностики на період профілактичних оглядів і коефіцієнт працездатності різних категорій населення. Встановлено, що в середньому для різних рівнів захворюваності, ймовірність своєчасних звернень населення за медичною допомогою призводить до підвищення коефіцієнта працездатності на 5–8%, а ймовірності вірної постановки діагнозу – до 5% і, як результат, зменшення на 15 % фінансових витрат на проведення високотехнологічних видів медичної допомоги.
8. Покращання ефективності диспансеризації населення країни.
9. Сучасні програмно-цільові засоби. Мережа комп'ютерної техніки в Центрах первинної медико-санітарної допомоги.
10. Забезпечення оптимізації диспансеризації населення країни.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, бул. Шевченка, 13.
15. Шекера О.Г., Яблонський П.М. (044) 206-73-22, (044) 205-48-63.

Реєстр. № 114/1/14

1. **ОПТИМІЗАЦІЯ ОБСТЕЖЕННЯ НА ХВОРОБУ ЛАЙМА НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних підходів до оптимізації профілактичних напрямків на первинному рівні надання медичної допомоги», 0107U009820, 2013 – 2015 рр.
3. Загальна практика - сімейна медицина, інфекційні хвороби.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Проблема діагностики, лікування та запобігання ускладнень хвороби Лайма має важливе медичне та соціально-економічне значення. З метою обстеження пацієнтів на захворювання запропоновані епідеміологічні і клінічні показання, на які можна спиратись при встановленні діагнозу та проведення епідеміологічного нагляду на рівні лікувальних закладів первинної ланки медико-санітарної допомоги.
8. Обґрунтовано епідеміологічні і клінічні показання, які необхідні для проведення ранньої діагностики, своєчасного лікування та профілактики ускладнень, а також скерування пацієнтів для отримання кваліфікованої та якісної медичної допомоги.
9. Лікар загальної практики-сімейної медицини, табель оснащення.
10. Укуси кліщів, ураження органів та систем при підозрі на хворобу Лайма.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Матюха Л.Ф., Бацюра Г.В., Дуда О.К., Бойко В.О. (0507087650).

Реєстр. № 115/1/14

1. **ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НА РІВНІ ЗАКЛАДУ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних підходів до оптимізації профілактичних напрямків на первинному рівні надання медичної допомоги», 0107U009820, 2014 р.
3. Загальна практика - сімейна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Обґрунтовано систему індикативних показників для визначення якості надання медичної допомоги на рівні закладу первинної медичної допомоги (на місцевому рівні), які можна використати для прийняття правильних управлінських рішень головним лікарем закладу.
8. Забезпечення об'єктивної кількісної оцінки медичної, соціальної, економічної ефективності надання первинної медичної допомоги на рівні Центру первинної медико-санітарної допомоги та окремої амбулаторії.
9. Розроблено кількісні індикатори, які розраховуються за допомогою формул та вагові коефіцієнти кожного з індикаторів, робота з якими потребує людських ресурсів (статистики, лікарі), інформаційних ресурсів.

10. Необхідність визначення якості функціонування закладів первинної медико-санітарної допомоги, забезпечення внутрішньої гарантії якості (на рівні структур охорони здоров'я), проведення рейтингової оцінки Центрів первинної медичної допомоги за індикаторами структури, процесу та результату.
11. Не застосовуються для кількісної оцінки роботи закладів вторинної і третинної медичної допомоги.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Матюха Л.Ф., Гойда Н.Г., Слабкий Г.О., Горачук В.В., Хобзей М.К., Надутий К.О., Процюк О.В., Бацьора Г.В. (0503443599).

Реєстр. № 116/1/14

- 1. ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних підходів до оптимізації профілактичних напрямків на первинному рівні надання медичної допомоги», 0107U009820, 2012-2017 рр.
3. Загальна медична практика, гастроентерологія, неврологія, рефлексотерапія.
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель № 67673 Україна, МПК А61Н 39/00. Заявник та патентовласник Мирзабаєва Н.А., Гарник Т.П., Коваленко О.Є., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл 27.02.2012, Бюл. № 4/2012.
6. Немає.
7. Обґрунтовано та розроблено якісно новий підхід до комплексного лікування хворих з функціональними захворюваннями органів травлення на тлі ожиріння з використанням немедикаментозних методів, зокрема, лазеропунктури, профілактики прогресування патології та метаболічних змін.
8. У хворих з функціональними розладами травлення на тлі ожиріння буде поліпшена функція травного тракту без побічних ефектів, підвищений рівень якості життя, попереджені подальші метаболічні ускладнення, отриманий економічний ефект.
9. Лікар-рефлексотерапевт (фізіотерапевт), медична сестра, інфрачервоний низькоінтенсивний лазер.
10. Функціональні захворювання органів травлення на тлі ожиріння.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Казахський національний медичний університет імені С.Д. Асфендіярова, ПВНЗ «Київський медичний університет Української асоціації народної медицини».
15. Коваленко О.Є., Мирзабаєва Н.А., Гарник Т.П. (0505015143).

Реєстр. № 117/1/14

- 1. СИСТЕМА ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.**

2. НДР «Наукове обґрунтування та шляхи оптимізації ведення пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу на етапі первинної медичної допомоги», РК 0113U004467, 2013-2018 рр.
3. Загальна практика – сімейна медицина.
4. 4 D.
5. Немає.
6. Немає.
7. Пропонується оптимізувати систему диспансеризації здорових осіб, осіб високого ризику та хворих на цукровий діабет 2 типу шляхом здійснення запропонованого певного обсягу обов'язкових профілактичних, діагностичних та лікувальних заходів на етапі первинної медичної допомоги, що розроблено на підставі узагальнення міжнародних клінічних керівництв та вітчизняних нормативних та медико-технологічних документів.
8. Запровадження системи оптимізованої диспансеризації призведе до покращання ефективності диспансеризації населення країни, заходів первинної і вторинної профілактики цукрового діабету 2 типу, запровадження стандартизації первинної медичної допомоги, підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу на етапі первинної медичної допомоги, зменшення термінів та випадків госпіталізації з приводу цукрового діабету 2 типу та його ускладнень.
9. Наявність навчально-методичного посібника у лікаря з описом системи диспансеризації хворих на цукровий діабет 2 типу на етапі первинної медичної допомоги, наявність відповідного оснащення для проведення досліджень з метою її реалізації.
10. Забезпечення постійного скринінгу цукрового діабету та його ускладнень, необхідність оптимізації системи диспансеризації здорових осіб, осіб високого ризику та хворих на цукровий діабет 2 типу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Ткаченко В.І. Лисенко, Г.І. (044) 536-01-06.

Реєстр. № 118/1/14

1. **СИСТЕМА ОЦІНЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕДИКО-ТЕХНОЛОГІЧНИХ ДОКУМЕНТІВ З НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ 2 ТИПУ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування та шляхи оптимізації ведення пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу на етапі первинної медичної допомоги», РК 0113U004467, 2013-2018 рр.
3. Загальна практика – сімейна медицина.
4. 2+, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Розроблено індикатори якості надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2 типу, відносно яких існують докази щодо їх ролі в оцінці якості діабетологічної допомоги та розроблено методичку оцінювання впровадження медико-технологічних документів на підставі анкетування, яка передбачає проведення аналізу якості діабетологічної допомоги за даними статистичних

- звітів у сукупності з даними опитування лікарів та пацієнтів за допомогою розроблених валідних опитувальників.
8. Проведення оцінки ефективності впровадження медико-технологічних документів з надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2 типу на етапі первинної медичної допомоги за допомогою запропонованої системи оцінювання сприятиме більш детальному визначенню проблем і недоліків діабетологічної допомоги з метою подальшої оптимізації та підвищення якості діабетологічної допомоги в Україні.
 9. Наявність уніфікованого та локального клінічних протоколів з надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу, наявність запропонованих валідних опитувальників, наявність форми моніторингу якості діабетологічної допомоги на кожного пацієнта, наявність опису методики оцінювання, наявність комп'ютера та сучасних програмно-цільових засобів з метою проведення статистичної обробки матеріалів.
 10. Проведення оцінки ефективності впровадження медико-технологічних документів з надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу на етапі первинної медичної допомоги з метою оптимізації та підвищення якості діабетологічної допомоги.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул Дорогожицька 9.
 14. Немає.
 15. Ткаченко В.І. (044) 536-01-06.

Реєстр. № 119/1/14

1. **СИСТЕМА СТРУКТУРИЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування та шляхи оптимізації ведення пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу на етапі первинної медичної допомоги», РК 0113U004467, 2013-2018 рр.
3. Загальна практика – сімейна медицина.
4. 4 D.
5. Немає.
6. Немає.
7. Пропонується оптимізувати систему надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2 типу шляхом впровадження структуризованої медичної допомоги згідно з міжнародним досвідом, яка передбачає ведення цукрового діабету сімейним лікарем не самостійно, а в тісній співпраці з іншими спеціалістами, в добре скоординованій мультидисциплінарній команді, де існує тісний зв'язок і співпраця між сімейним лікарем і спеціалістом, є чіткий розподіл обов'язків. Склад команди може бути різним. В центрі команди завжди стоїть пацієнт задля забезпечення принципу пацієнтцентрованої допомоги. Головним координатором команди є сімейний лікар, допомогу якому здійснює медична сестра, якій він може передавати частину своїх обов'язків, наприклад при проведенні диспансерного нагляду чи навчання пацієнтів. Обов'язково сімейний лікар і його медична сестра повинні пройти спеціальну підготовку щодо ведення діабету, здійснювати постійне поповнення своїх знань, проходити безперервне навчання, як і всі члени команди. Обов'язки і обсяги медичної допомоги для кожного члена мультидисциплінарної команди та відповідальність чітко

- визначені, координація догляду та лікування пацієнтів покладається на сімейного лікаря.
8. Запровадження системи структуризованої медичної допомоги сприятиме оптимізації надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу на етапі первинної медичної допомоги, підвищенню якості та ефективності діабетологічної допомоги, зменшенню термінів та випадків госпіталізації з приводу цукрового діабету 2 типу та його ускладнень.
 9. Наявність опису системи структуризованої медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2 типу, наявність медичного персоналу, що пройшов спеціальну підготовку щодо ведення цукрового діабету 2 типу, наявність організаційних можливостей і відповідного оснащення для забезпечення тісної співпраці спеціалістів, проведення обстеження та консультацій.
 10. Створення і забезпечення належного функціонування системи профілактики, діагностики та лікування хворих на цукровий діабет 2 типу, підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу на етапі первинної медичної допомоги.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул Дорогожицька 9.
 14. Немає.
 15. Ткаченко В.І. (044) 536-01-06.

Реєстр. № 120/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ГЕМОРАГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ТЕРАПІЇ НЕПРЯМИМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ.**
2. НДР «Роль генетичних та середовищних факторів у виникненні та перебігу спадкової та набутої патології в онтогенезі», РК 0109U002634.
3. Генетика.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 86051 Україна, МПК А61Р 7/02. Заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.12.2013, Бюл. №23/2013.
6. Немає.
7. Непрямі антикоагулянти є високоефективними лікарськими засобами для профілактики ускладнень у пацієнтів з високим ризиком тромбозів, але невідповідний підбір дози препаратів цієї групи може призвести до виникнення кровотеч. Відмічається різна чутливість пацієнтів до варфарину та широкий діапазон його дозування для досягнення значень цільового рівня міжнародного нормалізованого відношення (МНВ). Аallel 1639А гена VKORC1 асоційований зі зниженням концентрації ферменту VKORC1 в печінці, саме тому особи з генотипами 1639GA та 1639AA мають високий ризик виникнення геморагічних ускладнень при проведенні терапії стандартними дозами варфарину. Таким пацієнтам рекомендовано розпочинати терапію з малих доз варфарину та частіше проводити моніторування МНВ для підвищення безпеки та ефективності лікування.
8. Проведення до початку антикоагулянтної терапії молекулярно-генетичного дослідження поліморфного варіанту G1639A гена VKORC1, дозволяє виявити пацієнтів з підвищеною чутливістю до варфарину, які потребують меншої

- добової дози даного препарату для досягнення необхідного ступеня коагуляції крові, і тим самим підвищити безпеку та ефективність лікування, що має медичне, соціальне та економічне значення.
9. Обладнання та реактиви для проведення полімеразної ланцюгової реакції та поліморфізму довжини рестрикційних фрагментів.
 10. Проведення антикоагулянтної терапії варфарином.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.
 14. Немає.
 15. Горovenko Н.Г., Maлярчук І.В., Крикунов О.А., Бабочкіна А.Р. (044) 205-48-13.

Реєстр. № 121/1/14

1. **ТИПОВИЙ ЛОКАЛЬНИЙ ПРОТОКОЛ З НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ 2 І ТИПУ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування та шляхи оптимізації ведення пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу на етапі первинної медичної допомоги», РК 0113U004467, 2013-2018 рр.
3. Загальна практика – сімейна медицина.
4. 4 D.
5. Немає.
6. Немає.
7. Розроблено типовий локальний протокол з надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу для закладів охорони здоров'я первинної медичної допомоги і детально описано методологію його створення з метою надання методичної допомоги лікарям первинної ланки і полегшення процесу розробки та впровадження локальних медико-технологічних документів з ведення цукрового діабету 2 типу на етапі первинної медичної допомоги. Типовий локальний протокол є прототипом локального медико-технологічного документа для закладів первинної медичної допомоги і може бути використаний при розробці локальних протоколів на місцевому рівні з внесенням доповнень відповідно до місцевих особливостей і зазначенням виконавців надання видів медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу. Типовий локальний протокол впроваджений у закладах охорони здоров'я первинної медичної допомоги Київської області.
8. Створений прототип локального медико-технологічного документа для закладів первинної медичної допомоги полегшить процес розробки та впровадження локальних медико-технологічних документів з ведення цукрового діабету 2 типу на етапі первинної медичної допомоги у закладах охорони здоров'я первинної медичної допомоги України.
9. Наявність типового локального протоколу наявність методичних рекомендацій.
10. Полегшення процесу розробки та впровадження локальних медико-технологічних документів з ведення цукрового діабету 2 типу на етапі первинної медичної допомоги, надання методичної допомоги лікарям первинної ланки.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Ткаченко В.І. (044) 536-01-06.

Реєстр. № 122/1/14

- 1. УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ТА МЕДИЧНИЙ СТАНДАРТ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування та шляхи оптимізації ведення пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу на етапі первинної медичної допомоги», РК 0113U004467, 2013-2018 рр.
3. Загальна практика – сімейна медицина.
4. 4 D.
5. Немає.
6. Немає.
7. Розроблений уніфікований клінічний протокол та медичний стандарт надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу шляхом адаптації актуальних міжнародних керівництв з ведення цукрового діабету 2 типу (після їх оцінки і аналізу за допомогою шкали AGREE), а також на підставі накопиченого власного та зарубіжного досвіду ведення цукрового діабету 2 типу на первинній ланці, вивчення законодавчих документів і наказів МОЗ України. Уніфікованим клінічним протоколом пропонується стандартизація і оптимізація надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2 типу шляхом розмежування первинної та вторинної медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу та виділення певного обсягу профілактичних, діагностичних та лікувальних заходів для здійснення надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2 типу на первинному рівні.
8. Запровадження стандартизації первинної медичної допомоги підвищить якість та ефективність надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу на етапі первинної медичної допомоги, призведе до зменшення термінів та випадків госпіталізації з приводу цукрового діабету 2 типу та його ускладнень.
9. Наявність уніфікованого клінічного протоколу у лікаря та відповідного оснащення для проведення досліджень.
10. Забезпечення належного функціонування системи профілактики, діагностики та лікування цукрового діабету 2 типу на етапі первинної медичної допомоги; впровадження у практичну діяльність медико-технологічних документів зі стандартизації надання медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Ткаченко В.І., Маньковський Б.М. (044) 536-01-06.

Реєстр. № 123/1/14

- 1. ФОРМА МОНІТОРИНГУ ЯКОСТІ ДІАБЕТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування та шляхи оптимізації ведення пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу на етапі первинної медичної допомоги», РК 0113U004467, 2013-2018 рр.
3. Загальна практика – сімейна медицина.
4. ▼.
5. Немає.
6. Немає.

7. Запропонована форма моніторингу якості діабетологічної допомоги для забезпечення збору інформації з метою обчислення індикаторів якості. Форма моніторингу якості діабетологічної допомоги впроваджена у закладах охорони здоров'я первинної медичної допомоги Київської області.
8. Запровадження форми моніторингу якості діабетологічної допомоги сприятиме покращанню збору даних, більш якісному, легкому і швидкому підрахунку індикаторів якості з метою забезпечення їх моніторингу у закладах охорони здоров'я первинної медичної допомоги в Україні.
9. Наявність надрукованої форми моніторингу якості діабетологічної допомоги, набір діагностичних систем сімейного лікаря, апарат визначення рівня глюкози крові у комплекті, холестерометр, тест смужки та голки для глюкометра, ваги медичні, ростомір, рулетка сантиметрова вимірювальна 1,5 м., стетофонендоскоп, тонометр з набором манжет для вимірювання артеріального тиску на руках, ногах, таблиці Сивцева-Головіна, таблиці Орлової, ЕКГ телеметричний пристрій, молоточок неврологічний, 10-грамовий монофіламент, градуйований камертон, біотезіометр, неврологічна голка, камертони з частотою коливань С128, С 2048.
10. Полегшення збору даних для більш якісного, легкого і швидкого підрахунку індикаторів якості з метою забезпечення їх моніторингу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Ткаченко В.І. (044) 536-01-06.

ЕНДОКРИНОЛОГІЯ

Реєстр. № 124/1/14

1. **ВИКОРИСТАННЯ ПОСТІЙНОГО ГЛЮКОЗНОГО МОНІТОРИНГУ (ПМГ) ЯК ДОПОМІЖНОГО МЕТОДУ ОЦІНКИ КОМПЕНСАЦІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1 ТИПУ У ДІТЕЙ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ПОМПОВІЙ ІНСУЛІНОТЕРАПІЇ (ПІТ).**
2. НДР «Вплив помпової інсулінотерапії на перебіг цукрового діабету у дітей», 0109U002717.
3. Ендокринологія.
4. 2+, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Спосіб спрямований на покращення лікування цукрового діабету. Пацієнту, що знаходиться на ПІТ, але має незадовільний глікемічний контроль, лабільний перебіг цукрового діабету, часті гострі ускладнення, наявні важкі хронічні ускладнення (або їх швидке прогресування), встановлюється ПМГ. За допомогою сен-сертера під шкіру потрапляє сенсор. Сенсор – маленький м'який електрод, що покритий ферментом глюкозоксидазою, яка реагує із глюкозою інтерстиціальної рідини. В результаті реакції продукується електричний сигнал, що передається на провідник, пов'язаний із сенсором, а звідти – в монітор, де він зберігається. Вимірювання проводиться кожні 5 хвилин, загалом 288 аналізів протягом доби. Проаналізувати дані можна за допомогою таблиць і графіків
8. Медичний ефект: покращення глікемічного контролю, зменшення ступеню варіабельності рівня глюкози крові, зменшення рівня глікованого гемоглобіну, і

як наслідок, зменшення розвитку і прогресування ускладнень. За допомогою ПМГ можна провести оцінку добового профілю глікемії в умовах реального життя (стиль життя, прийом різної за складом їжі в різний час доби, заплановане і незаплановане фізичне навантаження, стрес, хвороба і т.п.), виявити феномен «ранкової зорі», приховані гіпоглікемії, проаналізувати дані індивідуального глікемічного індексу різних продуктів харчування. Соціальний ефект: зменшення часу перебування дитини поза домашніми умовами, дитячими колективами, зменшення пропусків занять у школі. Внаслідок зменшення варіабельності глікемічного профілю поліпшується психологічний стан дитини, її адаптація в колективі, покращується якість життя. Економічний ефект: незважаючи на високу вартість діагностики за допомогою ПМГ, економічний ефект досягається внаслідок зменшення кількості гострих ускладнень діабету з необхідністю перебування у лікувальних закладах, скорочення термінів перебування у стаціонарі, зменшення витрат на утримання ліжка, зменшення ризику виникнення хронічних інвалідизуючих ускладнень цукрового діабету та витрат на їх лікування.

9. ПМГ, Com-Station, комп'ютер, інсулінова помпа.
10. Лабільний перебіг цукрового діабету 1 типу; глікемічний контроль з високим ступенем ризику; часті випадки госпіталізації в зв'язку з погіршенням глікемічного контролю; наявність або прогресування хронічних ускладнень; підозра на синдром Сомоджі; вагітність.
11. Запальні шкірні захворювання.
12. Шкірні запальні процеси в місцях введення глюкозного сенсора (у разі порушенні гігієни).
13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин, Кловський узвіз, 13-А, м. Київ, 01021.
14. Немає.
15. Зелінська Н.Б. (0442543468), Глоба Є.В., Шевченко І.Ю., Погадаєва Н.Л.

Реєстр. № 125/1/14

1. **ДОСЛІДЖЕННЯ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ ГЛІКЕМІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ СИСТЕМИ iPRO 2, ЯК ПОКАЗНИКА ОЦІНКИ ГЛІКЕМІЧНОГО КОНТРОЛЮ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ.**
2. НДР «Вплив помпової інсулінотерапії на перебіг цукрового діабету у дітей», 0109U002717.
3. Ендокринологія.
4. 2+, В.
5. Немає.
6. Немає..
7. Спосіб відноситься до медицини, а саме до ендокринології та спрямований на покращення лікування цукрового діабету. Згідно з Протоколом стан глікемічного контролю оцінюється з урахуванням показників НвА1с, глікемії натще, після їжі, перед сном та вночі. Разом із тим, при цьому неможливо врахувати коливання глікемії протягом доби. Моніторинг дозволяє виявити ці коливання, а також здійснювати їх корекцію щоденно, протягом досліджувального періоду. Використання системи iPro 2 дозволяє проводити вимірювання глікемії кожні 5 хвилин, загалом - 288 аналізів протягом доби в умовах реального життя (стиль життя, прийом різної за складом їжі, заплановане і незаплановане фізичне навантаження, стрес, хвороба тощо), виявити феномен «ранкової зорі», приховані гіпоглікемії, синдром Сомоджі. За результатами вимірів проводиться комп'ютерний аналіз показників у вигляді таблиць (в т.ч. статистичних) і

графіків, за допомогою яких можна оцінити середню глікемію щоденно і в цілому, протягом досліджувального періоду, кількість часу глікемії в межах заданої норми (в т.ч. у відсотках), а також кількість і тривалість відхилень від меж заданого коридору, середні показники глікемії і їх коливання до і після сніданку, обіду, вечері. До переваг застосування iPro 2 на відміну від CGMS відносять: відсутність необхідності носіння приладу досить великих розмірів і з'єднувального шнура, що особливо актуально у педіатричних пацієнтів, відсутність необхідності у калібровці сенсора 4 рази на день, відсутність сигналів тривоги, що зазвичай подає CGMS. Вищевказані переваги особливо підвищують комлаєнтність пацієнтів до використання системи iPro 2.

8. Медичний ефект: покращення глікемічного контролю, зменшення ступеню варіабельності рівня глюкози крові, зменшення рівня глікованого гемоглобіну, і як наслідок, зменшення розвитку і прогресування ускладнень. Соціальний ефект: зменшення часу перебування дитини поза домашніми умовами, дитячими колективами, зменшення пропусків занять у школі. Внаслідок зменшення варіабельності глікемічного профілю поліпшується психологічний стан дитини, її адаптація в колективі, покращується якість життя. Економічний ефект: покращення стану здоров'я дитини, зменшення кількості гострих та профілактика хронічних ускладнень діабету, інвалідизації дітей, скорочення необхідності та часу перебування в умовах стаціонарних відділень, зменшення витрат на лікування ускладнень діабету.
9. Прилад для введення сенсора, сенсор глюкози, комп'ютер з інтернет-доступом до системи CareLink iPro.
10. Оцінка ефективності лікування, стану глікемічного контролю у дітей, хворих на цукровий діабет.
11. Запальні шкірні захворювання.
12. Шкірні запальні процеси в місцях введення глюкозного сенсора (у разі порушенні гігієни).
13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин, Кловський узвіз, 13-А, м. Київ, 01021.
14. Немає.
15. Зелінська Н.Б., Глоба Є.В., Шевченко І.Ю., Погадаєва Н.Л. (0442543468).

Реєстр. № 126/1/14

1. **СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПЕРВИННОГО ГІПЕРПАРАТИРЕОЗУ ТА ВТОРИННОГО ГІПЕРПАРАТИРЕОЗУ, ЩО ВИКЛИКАНИЙ ДЕФІЦИТОМ ВІТАМІНУ D, ШЛЯХОМ ПРИЗНАЧЕННЯ МАСЛЯНОГО РОЗЧИНУ ЕРГОКАЛЬЦИФЕРОЛУ ПЕРОРАЛЬНО.**
2. НДР «Розробка нових і вдосконалення існуючих технологій у діагностично-лікувальному забезпеченні хірургії ендокринних залоз (щитоподібної, прищитоподібних і надниркових) на основі власних клінічних досліджень», 0113U006384.
3. Ендокринологія, хірургія, онкологія.
4. 2+, В.
5. Заявка на Патент України на винахід.
6. Немає.
7. Спосіб відноситься до ендокринології та хірургії (в тому числі ендокринної хірургії) і може бути застосований в діагностично-лікувальному протоколі у пацієнтів із первинним гіперпаратиреозом (ПППТ) у поєднанні з дефіцитом вітаміну D (25(OH)D3), а саме: для уточнення діагнозу, визначення показань до оперативного втручання за допомогою диференційної діагностики із вторинним

- підвищенням паратгормону (ПГ) при дефіциті вітаміну D. Було розроблено спосіб диференційної діагностики первинного гіперпаратиреозу в поєднанні з дефіцитом вітаміну D та вторинним підвищенням паратгормону при дефіциті вітаміну D шляхом призначення перорально масляного розчину ергокальциферолу (вітамін D₂) та визначення ефективності лікування через 45-50 діб за показниками динаміки рівня паратгормону, іонізованого кальцію крові та вітаміну D. Висновок робиться при умові нормальної концентрації вітаміну D (більше 30 нг/мл): зниження рівня паратгормону більш, як на 30 % з несуттєвим підвищенням рівня іонізованого кальцію вказуватиме на вторинний характер гіперпаратиреозу та відсутність необхідності у хірургічному лікуванні ПГПТ. Натомість несуттєве пригнічення рівня ПГ та збільшення рівня Ca⁺⁺ вказуватиме на ПГПТ, який переважно потребує хірургічного втручання.
8. Застосування способу дозволило чітко визначити показання до оперативного втручання у хворих з первинним гіперпаратиреозом та уникнути зайвих хірургічних втручань у хворих з підозрою на первинний гіперпаратиреоз та дефіцитом вітаміну D, особливо за відсутності візуалізації пухлин прищитоподібних залоз. За найближчий аналог (прототип) корисної моделі взято розрахунковий спосіб діагностики ПГПТ з урахуванням рівнів паратгормону, загального кальцію, вітаміну D та віку пацієнтів за спеціальною формулою-номограмою [6]. Розрахований за формулою (Паратгормон (pg/mL) = 120 - [6 × кальцій загальний (mg/dL)] - [0.52 × 25(ОН)-вітамінD (ng/mL)] + [0.26 × вік хворого (роки)]) рівень паратгормону порівнюється з лабораторно визначеним та якщо він виявляється вищим, ніж розрахований, діагностується первинний гіперпаратиреоз. До недоліків цього методу слід віднести емпіричні коефіцієнти запропонованої формули, використання лише загального кальцію крові (він є більш мінливим ніж іонізований кальцій) та неврахування динаміки змін паратгормону у випадку лікування дефіциту вітаміну D. Адаптація цього виду гіповітамінозу та ПГПТ є високо імовірним у популяції та надто серед пацієнтів з ПГПТ, через те що це загалом жінки віком понад 50 років, а поширеність дефіциту вітаміну D в такій групі складає не менше 60 % навіть у розвинутих країнах з повноцінним харчуванням та достатньою інсоляцією. За даними авторів частота визначення вірного діагнозу ПГПТ при нормальних рівнях кальцію або паратгормону сягає лише 54-84 %.
 9. Лікар-ендокринолог, лікар загальної практики – сімейний лікар, хірург. Масляний розчин ергокальциферолу 0,125%-10мл; лабораторне вимірювання концентрації паратгормону, вітаміну D(25(ОН)D₃), загального та іонізованого кальцію крові, фосфору крові, визначення кальцію в добовій сечі .
 10. Підозра на первинний гіперпаратиреоз в поєднанні з дефіцитом вітаміну D та вторинним підвищенням паратгормону при дефіциті вітаміну D, особливо за відсутності візуалізації пухлин прищитоподібних залоз.
 11. Немає (за виключенням підвищеної чутливості до препаратів вітаміну D-ергокальциферолу).
 12. Випадки підвищеної чутливості до препаратів вітаміну D-ергокальциферолу.
 13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин, Кловський узвіз, 13-А, м. Київ, 01021, UA
 14. Немає.
 15. Черенько С.М., Ларін О.С., Бандура Г.В. (0442536626).

Рєєстр. № 127/1/14

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ОБМІННО-ЕНДОКРИННИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК ЗА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ.

2. НДР «Дослідження мінеральної щільності кісток у хворих на цукровий діабет», 0113U002701.
3. Ендокринологія, дерматологія, ендокринна гінекологія.
4. 2+, В.
5. Патент України на корисну модель № 94219, номер заявки u 2014 02852, чинний з 10.11.2014, опубл.10.11.2014. Бюл. №21.
6. Немає.
7. Спосібвідноситься до ендокринології та дерматології. Відомо, що чинником, що погіршує перебіг, лікування і прогноз гнійничкових захворювань шкіри на тлі цукрового діабету є синдром САНА, що включає себорею, акне (запальні елементи), гірсутизм та ознаки андрогенетичної алопеції. Існує спосіб лікування синдрому САНА із пероральним застосуванням стероїдних антиандрогенів. Проте, системне застосування стероїдних антиандрогенів викликає низку побічних явищ та протипоказано при цукровому діабеті. В основу способу поставлено задачу удосконалення методів лікування акне у сполученні із гірсутизмом, що локалізується переважно на обличчі на тлі цукрового діабету шляхом місцевого застосування стероїдного антиандрогенуципротерону ацетату та прогестерону.У способі лікування обмінно-ендокринних розладів у жінок у вигляді гірсутизму та акне за цукрового діабету на тлі застосування цукрознижуючої терапії у якості речовини для місцевого лікування застосовують мазь, виготовлену з 3% олійного розчину ципротерону ацетату, 2,5% олійного розчину прогестерону з додаванням диметилсульфоксиду, бензилбензоату, ланоліну та вазеліну, яку наносять тонким шаром на ділянки надлишкового росту волосся чи обмежені уражені акне ділянки шкіри обличчя 1 раз на добу на ніч тривалістю 3-6 місяців. Клінічний і косметичний ефект оцінюється по клінічній симптоматиці шкірних проявів захворювання, кількості, діаметру, кольору, швидкості росту, інтервалам між вилученнями волосся, мікроскопії стрижня кореня волоса. Перший контроль проводиться через 2-3 тижні, наступні - кожні 2 місяці.
8. Упровадження забезпечить безпосередній вплив лікувальних чинників на шкіру та запобігання системного ефекту пероральних антиандрогенних препаратів, профілактику погіршення перебігу цукрового діабету, жирового стеатогепатозута тим самим дозволить підвищити якість життя, ефективність лікування жінок хворих на цукровий діабет у сполученні із обмінно-ендокринними розладами.
9. 3% олійний розчин ципротерону ацетату, 2,5% олійний розчин прогестерону, диметилсульфоксид, бензилбензоат, ланолін, вазелін;дерматоскоп;мікроскоп.
10. Гірсутизмз локалізацією на обличчі, акне.
11. Вагітність, допубертатний період.
12. Можливі алергічні реакції внаслідок несприятливості лікарських речовин, що застосовуються. В цьому випадку призначається пероральна або парентеральнадесенсибілізаційна терапія.
13. Український науково-практичний центр ендокринноїхірургії,трансплантації ендокринних органів і тканин, Кловський узвіз, 13-А, м. Київ, 01021.
14. Немає.
15. Кирилюк М.Л. (0442545462).

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

Реєстр. № 128/1/14

- 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ (ПВТ) ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С (ХГС).**

2. НДР «Визначення ролі поліморфізму Toll-подібних рецепторів у патогенезі інфекційних захворювань», 0113U005006, 2013-2018 рр.
3. Інфекційні хвороби.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель № 82836 МПК А61В 10/00, Спосіб прогнозування ефективності противірусної терапії хронічного гепатиту С / Дубинська Г.М., Боднар В.А., Коваль Т.І., Ізюмська О.М., Котелевська Т.М., Лимаренко Н.П., Сизова Л.М., Войтенко Л.Л., Волошина Л.Г., Свириденко Н.П. Заявка u201302205, заявлено 21.02.2013. Опубліковано 12.08.2013. Бюл. № 15.
6. Боднар В.А. Реплікативна форма хронічної Епштейна-Барр вірусної інфекції як предиктор неефективності противірусної терапії хворих на хронічний гепатит С /В.А.Боднар// Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник УМСА. – 2014. - Том 14. Випуск 3(47). - С.50-53.
7. Запропонований спосіб здійснюється таким чином. Поєднання реплікативних форм ХГС і хронічної ЕБВ-інфекції є прогностичною ознакою низької ефективності ПВТ ХГС. Так, за даним авторів, лише у 28,3 % хворих з мікст-інфекцією вдається досягти стійку вірусологічну відповідь, у той час як при моноінфекції цей показник виявляється вдвічі вищим – 58,8 %. При поєднаній інфекції, порівняно з моноінфекцією ХГС, вдвічі частіше реєструються виражені аутоімунні позапечінкові ураження (35,0 % і 18,4 % відповідно), що не дають змоги призначити ПВТ та являються протипоказаннями до її проведення. Для пацієнтів, які мають такі протипоказання, доцільно обирати лікувальну тактику, що передбачає першочергове лікування хронічної ЕБВ-інфекції та купірування аутоімунних проявів, після чого якнайшвидше розпочинають ПВТ ХГС, у зв'язку з тим, що при мікст-формах за даними регресійно-кореляційного аналізу вдвічі швидше розвивається цироз печінки (15,1 роки проти 31,3 при моноінфекції ХГС).
8. Позитивним ефектом запропонованого способу є підвищення ефективності ПВТ ХГС, яке досягається шляхом ранньої діагностики та своєчасного лікування супутньої хронічної реплікативної ЕБВ-інфекції, як прогностичної ознаки низької ефективності ПВТ.
9. Для виконання способу необхідний загальноприйнятий комплекс лабораторних та інструментальних методів діагностики хронічного гепатиту С та Епштейна-Барр вірусної інфекції.
10. Спосіб використовується перед призначенням противірусної терапії у хворих з ХГС для прогнозування її ефективності.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Полтавська обласна клінічна інфекційна лікарня.
15. Дубинська Г.М., Боднар В.А. (0532502701), Коваль Т.І., Ізюмська О.М., Котелевська Т.М., Лимаренко Н.П., Сизова Л.М., Войтенко Л.Л., Волошина Л.Г., Свириденко Н.П.

Реєстр. № 129/1/14

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С (ХГС).
2. НДР «Визначення ролі поліморфізму Toll-подібних рецепторів у патогенезі інфекційних захворювань», 0113U005006, 2013-2018 рр.
3. Інфекційні хвороби.

4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель № 82831 МПК А61В 10/00, Спосіб прогнозування перебігу хронічного гепатиту С / Дубинська Г.М., Боднар В.А., Коваль Т.І., Ізюмська О.М., Котелевська Т.М., Лимаренко Н.П., Сизова Л.М., Войтенко Л.Л., Волошина Л.Г., Свириденко Н.П. Заявка u201302180, заявлено 21.02.2013. Опубліковано 12.08.2013. Бюл. № 15.
6. Оптимізація діагностично-лікувальної тактики та диспансерного спостереження хворих на поєднані хронічні реплікативні форми гепатиту С та Епштейна-Барр вірусної інфекції», №315-2011 (інформаційний лист); Дубинська Г.М. Клініко-біохімічна характеристика поєднаних хронічних форм гепатиту С та інфекції Епштейна-Барр / Г.М. Дубинська, В.А. Боднар, О.М. Ізюмська, О.М. Минак, Ю.В. Литвиненко // Лабораторна діагностика. – 2008. – №4 (46). – С. 27-317.
7. Запропонований спосіб здійснюється таким чином. За наявності у хворого клінічних та лабораторних ознак, що вказують на мікст-інфекцію (поєднання астеновегетативного, диспептичного, абдомінально-больового синдромів, гепато-спленомегалії, субіктеричності склер та слизових оболонок з лихоманкою, лімфаденопатією, тонзилофарингітом, позапечінковими ураженнями; лімфоцитозом у периферичній крові, цитолітичним, холестатичним синдромами, диспротеїнемією) загальноприйнятий комплекс обстеження хворих на ХГС доповнюється визначенням молекулярно-біологічних маркерів ЕБВ-інфекції (ДНК) в крові методом полімеразної ланцюгової реакції. При встановленому діагнозі ХГС, поєднаному з реплікативною формою хронічної ЕБВ-інфекції, обов'язково виконується пункційна біопсія печінки та/або визначаються неінвазивні біохімічні маркери фіброзу, у зв'язку з тим, що при мікст-формах спостерігаються виражені некрозо-запальні зміни в паренхімі печінки, а за даними регресійно-кореляційного аналізу вдвічі швидше розвивається цироз (15,1 роки проти 31,3 при моноінфекції ХГС).
8. Позитивним ефектом запропонованого способу є прогнозування перебігу та рання діагностика ускладнень ХГС, зокрема, цирозу печінки, що є запорукою своєчасного призначення лікування даній категорії хворих.
9. Для виконання способу необхідний загальноприйнятий комплекс клінічних, лабораторних та інструментальних методів діагностики хронічного гепатиту С та Епштейна-Барр вірусної інфекції.
10. Спосіб застосовується під час первинного обстеження хворих з підозрою на ХГС або при динамічному спостереженні за хворими з метою визначення несприятливих прогностичних факторів перебігу та ранньої діагностики ускладнень ХГС.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Полтавська обласна клінічна інфекційна лікарня.
15. Дубинська Г.М., Боднар В.А. (0532502701), Коваль Т.І., Ізюмська О.М., Котелевська Т.М., Лимаренко Н.П., Сизова Л.М., Войтенко Л.Л., Волошина Л.Г., Свириденко Н.П.

Реєстр. № 130/1/14

1. **КОМПЛЕКСНІ ПОКАЗНИКИ ОЦІНКИ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА РОБОТИ ЦЕНТРУ ПРОФІЛАКТИКИ І БОРОТЬБИ ЗІ СНІДОМ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ.**

2. НДР «Інфекції TORCH-групи у ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку», держреєстрації 0110 U 004015, 2009-2011 рр.
3. Інфекційні хвороби.
4. С.
5. Патент на корисну модель № 58447 «Спосіб клініко-лабораторної діагностики активних форм цитомегаловірусної інфекції у ВІЛ-інфікованих осіб». Опубліковано 11.04.2011. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Алгоритм діагностики активної цитомегаловірусної інфекції (ЦМВІ) у ВІЛ-інфікованих осіб полягає в двоетапній послідовності діагностичного процесу. Перший етап - виділення осіб із клінічними та серологічними ознаками ймовірно активної ЦМВІ, а також осіб з підвищеним ризиком її активації. Другий етап - одномоментне проведення комплексу підтверджуючих лабораторних досліджень. До клінічних ознак ймовірно активної ЦМВІ належать: нез'ясованого походження субфебрилітет чи фебрильна гарячка, лімфаденопатія, схуднення, проблеми із репродукцією, активний гепатит, цироз печінки, ураження сітківки ока, енцефалопатія, ентеропатія. Серологічні ознаки активності ЦМВІ: наявність високого рівня антицитомегаловірусних IgG (>100 МО/мл) чи низького (0-20 МО/мл), наявність IgM у сироватці крові. До осіб із підвищеним ризиком реактивації ЦМВІ належать ВІЛ-інфіковані жінки на етапі прегравідарної підготовки і вагітні. Пацієнтам, яким притаманні зазначені ознаки проводять комплекс верифікаційних лабораторних тестів, який включає цитологічні дослідження осаду слини, сечі, біосубстрату із піхви (в жінок) на виявлення цитомегалічних клітин, та дослідження крові на виявлення ДНК ЦМВ методом ПЛР. За наявності хоча б однієї цитомегалічної клітини в будь-якому біологічному середовищі або виявлення ДНК цитомегаловірусів в крові діагностуємо активну форму цитомегаловірусної інфекції.
8. Підвищує результативність діагностичних заходів стосовно виявлення реплікативних форм ЦМВІ у ВІЛ-інфікованих осіб на різних стадіях ВІЛ-інфекції, включно з жінками репродуктивного віку та вагітними.
9. Запропонований спосіб полягає в дотриманні алгоритму діагностичних процедур і не потребує матеріального забезпечення.
10. Цитомегаловірусна інфекція.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ Івано-Франківський національний медичний університет, 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, № 2.
14. Немає.
15. Грижак І.Г. (0501569200), Дикий Б.М., Матейко Г.Б., Нікіфорова Т.О., Грижак Л.Р.

Реєстр. № 131/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ТОКСОПЛАЗМОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТАКТИКИ.**
2. НДР «Інфекції TORCH- групи у ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку», 0110U004015, 2009-2011 рр.; «TORCH- інфекції у ВІЛ-інфікованих осіб: особливості перебігу, діагностики та лікування», 01124005012, 2012-2014 рр.
3. Інфекційні хвороби.
4. С.
5. Патент України на винахід №106190, зареєстровано 25.07.2014, опубліковано 25.07.2014, Бюл. № 14.
6. Немає.

7. Алгоритм діагностики ґрунтується на різнобічному аналізі комплексу даних, клінічної симптоматики, яка є характерною для токсоплазмозу, наявності протитоксоплазмозних антитіл класів IgG, IgM, рівня IgG та глибини імунодефіциту за кількістю CD4+ Т-клітин. Порядок подальших дій лікаря залежить від встановленої ґрупи і категорії токсоплазмозу. Для своєчасної діагностики токсоплазмозу у ВІЛ-інфікованого пацієнта йому визначають клінічну ґрупу за наявністю симптомів, які є вагомими для діагностики токсоплазмозу:

1 ґрупа – не мають симптомів вагомих для токсоплазмозу;

2 ґрупа – мають симптоми ймовірного токсоплазмозу з нетяжким перебігом (легкої та середньої тяжкості), коли є 2 і більше характерних симптомів.

3 ґрупа – мають прояви ймовірного тяжкого токсоплазмозу: фебрильна лихоманка та енцефаліт; септичний стан із інтерстиційнимпульмонітом, кардитом, гепатитом; тяжкий паноптальміт.

Наступним етапом є визначення для пацієнта серологічної категорії

Категорія А: серонегативні особи щодо наявності антитіл до токсоплазм.

Категорія В: сероконверсія – присутні IgM або IgM і IgG, або поява попередньо відсутніх IgG.

Категорію С: хронічна токсоплазмозова інвазія – відсутні IgM та постійно присутні IgG. У цій категорії визначаються серологічну підґрупу, яка залежить від рівня титру протитоксоплазмозних IgG. Підґрупа а - IgG < 200 МО/мл та підґрупа б - IgG > 200.

В кожній серологічній категорії пацієнтів визначають імунологічну підкатегорію за рівнем CD4+Т-лімфоцитів - підкатегорія І, якщо CD4+Т-лімфоцити > 100 клітин/ мкл крові та підкатегорія ІІ, якщо CD4+Т-лімфоцити < 100 клітин/ мкл крові.

В таблиці 1 на перетині рядка підкатегорії у відповідній для хворого серологічній категорії (А, В, С) із стовпчиком клінічної ґрупи хворого (1,2,3) розташована клітинка, де визначено діагноз та тактика ведення пацієнта. В підкатегорії С діагноз і тактика залежить від підґрупи а—Ig G < 200 та б— IgG > 200.

Таблиця 1.

Діагностична таблиця набутої токсоплазмозової інфекції та тактики лікування токсоплазмозу у ВІЛ-інфікованих осіб

Категорії хворих за серологічним профілем протитоксоплазмозних антитіл	Підкатегорія за рівнем CD4+Т-клітин/ мкл крові	ґрупи пацієнтів за вираженістю клінічних симптомів і підґрупи хронічного токсоплазмозу		
		1 Немає симптомів	2 Симптоми нетяжкого захворювання	3 Симптоми тяжкого СНІД-індикаторного захворювання
А. серонегативний статус (IgM-, IgG -)	I->100	Неінфікований, існує ризик інфікування (ДС) ³	Ймовірний гострий Т ¹ , серологічне вікно (ЛС №2) ⁷ , (КО і ДП) ⁴	Ймовірний гострий Т, серологічне вікно (ЛС №3) ⁸ (КО і ДП) ⁴

	II-<100	Неінфікований або серореверсія, існує високий ризик захворювання (МП) ⁵	Малоймовірний варіант (КО і ДП, МП) ⁴	Ймовірний гострий Т, серологічне вікно, або хронічний із серореверсією (ЛС №3) (КО і ДП) ⁴
В. сероконверсія (IgM+ і IgG ± або IgM± і низькоавідні IgG +)	I->100	Гострий Т, субклінічний перебіг (ЛС №1)	Гострий Т, (ЛС №2)	Гострий Т, (ЛС №3) ⁸
	II-<100	Малоймовірний варіант (МП)	Малоймовірний варіант (КО і ДП, МП)	Гострий Т (ЛС №3) ⁸
С. Хронічна інвазія (IgM-, IgG +)	I->100	а) IgG<200 МО/мл Латентний Т (ДС) ³ б) IgG>200 МО/мл Хронічний Т субклінічний (ЛС №1)	а) IgG<200 МО/мл Латентний Т (КО і ДП) ⁴ б) IgG>200 МО/мл Хронічний Т (ЛС №2) ⁷	а) IgG<200 МО/мл Латентний Т. (КО і ДП) ⁴ б) IgG>200 МО/мл Хронічний Т (ЛС №3)
	II-<100	а) IgG<200 МО/мл Латентний Т (МП) ⁵ б) IgG>200 МО/мл Хронічний субклінічний Т (ЛС №1) ⁶	а) IgG<200 МО/мл Латентний Т (КО і ДП) ⁴ б) IgG>200 МО/мл Хронічний Т, реактивація (ЛС №2) ⁷	IgG>200 або <200 МО/мл Хронічний Т, реактивація (ЛС №3) ⁸

Примітка: ¹ - Т- токсоплазмоз; ² - розмірність титрів IgG - МО/мл; ³- ДС – диспансерне спостереження; ⁴ – КО і ДП - контрольне обстеження і діагностичний пошук.

⁵- МП- медикаментозна профілактика (триметоприм/сульфаметоксазол 480 мг двічі на добу)

⁶- ЛС №1- лікувальна схема №1. ⁷ – ЛС №2 - лікувальна схема №2. ⁸- ЛС №3 – лікувальна схема №3.

До схем лікування токсоплазмозу пропонується додати імуноглобулін людини проти *Toxoplasma Gondii* та імуноглобулін людини для внутрішньовенного введення у дозах, які залежать від тяжкості захворювання. Лікувальна схема №1: азитроміцин 1,0 г/день – 2 тижні та імуноглобулін людини проти *Toxoplasma Gondii* 3,0 мл в/м через день, № 5. Лікувальна схема №2: азитроміцин 1,0 г/день - 4 тижні та імуноглобулін людини проти *Toxoplasma Gondii* 3,0 мл в/м через день, № 5. Лікувальна схема №3: лікування за протоколом МОЗу у поєднанні із імуноглобуліном людини проти *Toxoplasma Gondii* 4,5 мл в/м через день № 5 та імуноглобулін людини для внутрішньовенного введення (0,4 мл/кг маси тіла) щоденно, № 3-5.

8. Запропонований алгоритм дає змогу впорядкувати діагностику всього спектру клінічних форм набутої токсоплазмозової інфекції у дорослих на основі стандартних досліджень та визначитися з тактикою лікування. Алгоритм не суперечить діючому клінічному протоколу, але удосконалює його в діагностиці субклінічних і нетяжких форм токсоплазмозу на тлі імунодефіциту, а також доповнює схеми лікування імунозамісною терапією. Не вимагає додаткових коштів.
9. Стандартне обладнання імунологічної лабораторії і наявність тест систем для визначення рівня протитоксоплазмозових антитіл та рівня CD4+T-хелперів у Центрі профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом. З лікарських препаратів необхідні азитроміцин, протитоксоплазмозовий імуноглобулін та людський імуноглобулін для внутрішньовенного введення.
10. Діагностика й лікування активних форм набутої токсоплазмозової інфекції у дорослих ВІЛ-інфікованих осіб.
11. Непереносимість препаратів, алергійні реакції.
12. Необхідно дотримуватися інструкцій до ліків, які застосовуються.
13. ДВНЗ Івано-Франківський національний медичний університет, 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, № 2, E-mail: ifnmu@ifnmu.edu.ua.
14. Немає.
15. Грижак І.Г. (0501569200), Дикий Б.М., Пришляк О.Я., Кондрин О.Є., Остяк Р.С.

Реєстр. № 132/1/14

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ.

2. НДР «Клініко-епідеміологічне та імунологічне обґрунтування вдосконалення профілактичних і лікувальних технологій при грипі та інших гострих респіраторних вірусних інфекціях», 0110U001824, 2012-2015 рр.
3. Інфекційні хвороби.
4. 2+, В.
5. Інформаційний лист «Спосіб лікування хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції» № 35-2013, від 04.01.13; патент на корисну модель 83210 Україна, МПК А61К, 31/00, А61К, 33/00. Спосіб лікування хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції / М.А. Андрейчин, В.Г. Ніколаєв, Я.І. Йосик, О.С. Луцук. – № у 2013 03828; Заявлено 28.03.2013; Опубл. 27.08.2013, Бюл. № 16.
6. Немає.
7. Призначали противірусний препарат інгавірин у дозі 90 мг 1 раз на добу всередину після прийому їжі, протягом 5 днів і ентеросорбент ентеросгель у вигляді пасти всередину у дозі 15 г 2 рази на добу через 2 години після прийому медикаментів per os та їжі, протягом 3-4 днів, запиваючи водою в кількості 150-200 мл.
8. Наведена схема лікування інгавірином і ентеросгелем-пастою дозволяє досягнути швидшого регресу основних клінічних проявів ГРВІ, зокрема зменшити тривалість гарячки та кашлю. Під впливом комплексного лікування суттєво знижуються показники ендогенної інтоксикації, концентрація імуноглобулінів класів М і А. Використання такої терапії дозволяє знизити тривалість видужання на 2-3 дні.
9. Противірусний препарат інгавірин та ентеросорбент ентеросгель.
10. Гострі респіраторні вірусні інфекції.
11. Протипоказання до застосування противірусного препарату інгавірину.
12. Ускладнень не відмічено.

13. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського», майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, тел. (0352) 52-45-54.
14. Тернопільська комунальна лікарня швидкої допомоги, інфекційне відділення, м. Тернопіль, вул. Шпитальна 2, (0352) 52-77-71.
15. Андрейчин М.А. (0352524725), Йосик Я.І. (0967402979), Герасименко О.А.

Реєстр. № 133/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ.**
2. НДР «Імунологічні особливості перебігу опортуністичних інфекцій на фоні високоактивної антиретровірусної терапії у ВІЛ-інфікованих».
3. Інфекційні хвороби.
4. 2+, С.
5. Патент 79040 Україна, МПК А61К 9/00. Спосіб лікування ВІЛ-інфекції/ Живиця Д.Г.; заявник і патентовласник ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». - № u201211380; заявл. 02.10.2012; опубл. 10.04.2013, бюл. № 7/2013.
6. Немає.
7. В основу нового способу лікування поставлено задачу зменшення вірогідності розвитку синдрому відновлення імунної системи у хворих на ВІЛ-інфекцію після призначення високоактивної антиретровірусної терапії і, відповідно, зменшення смертності хворих у перші місяці лікування шляхом додаткового призначення у перші 14 днів лікування ентеросорбенту атоксил. Спосіб здійснюється таким чином. Хворому на ВІЛ-інфекцію з тяжким ступенем імуносупресії призначають високоактивну антиретровірусну терапію. Додатково у перші два тижні прийому антиретровірусних препаратів пацієнт отримує ентеросорбент атоксил по 3 г перорально у вигляді водної суспензії тричі на день за годину до вживання їжі та прийому ліків.
8. Зменшення транслокації мікроорганізмів та їх токсинів із кишечника безпосередньо у кров на початку високоактивної антиретровірусної терапії. Зменшення системної імунної активації, яка призводить до вибуху реплікації ВІЛ у Т-хелперах, зменшення ураження різних органів і систем, і таким чином запобігання смерті пацієнта в перші місяці після початку високоактивної антиретровірусної терапії.
9. Атоксил, флакони, 10 г.
10. Лікування хворих на ВІЛ-інфекцію з тяжким ступенем імуносупресії в комплексі з високоактивною антиретровірусною терапією.
11. Не існують.
12. Не існують.
13. ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». 69096, м. Запоріжжя, бульвар Вінтера, 20, тел. (061) 279-16-38.
14. Немає.
15. Живиця Д.Г. (0612149507).

Реєстр. № 134/1/14

1. **СПОСІБ ІНДИКАЦІЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ПЕНІЦИЛІНУ *CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE*.**
2. НДР «Вдосконалення системи епідагляду за дифтерією та правцем в умовах зменшення прошарку імунізованого населення».
3. Бактеріологія.
4. 2+, В.

5. Патент України на винахід № 94497 від 10.05.2011 р. Спосіб індикації антибіотикотолерантності *Corynebacterium diphtheriae*.
6. Немає.
7. Спосіб базується на визначенні у досліджуваного штаму *C.diphtheriae* мінімальної пригнічуючої концентрація (МПК) оксациліну стандартним методом розведень в бульйоні. Індикатором толерантності до бензилпеніциліну є МПК оксациліну 8,0 мкг/мл та вище. Спосіб дає можливість отримати результат через 48 год. від початку дослідження і не потребує визначення мінімальної бактерицидної концентрації пеніциліну.
8. Медичні та соціальні переваги: застосування швидкого дешевого способу виявлення пеніцилінтолерантності буде сприяти проведенню раціональної антибіотикотерапії дифтерійної інфекції, скороченню терміну та підвищенню ефективності лікування. Економічні переваги: передбачається суттєве скорочення затрат матеріалів та робочого часу при виявленні штамів пеніцилінтолерантних штамів коринебактерій, у порівнянні з використанням існуючих методів виявлення антибіотикотолерантності.
9. Лікарі та лаборанти-бактеріологи; кров'яний агар, поживний бульйон, збагачений 0,1 % кінської сироватки, фізіологічний розчин, препарат оксациліну, пробірки, піпетки градуйовані 1 та 10 мл, петлі бактеріологічні, стандартний зразок мутності на 5 міжнародних одиниць, термостат.
10. Визначення чутливості коринебактерій дифтерії до бензилпеніциліну для проведення ефективної антибіотикотерапії різних форм дифтерійної інфекції.
11. Немає.
12. Можливі помилки: порушення умов визначення МПК оксациліну або неправильна інтерпретація результатів. Усунення помилок: точне дотримання викладеного ходу досліджу.
13. ДУ «Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України».
14. Немає.
15. Гладка О.А., Мотика О.І. (0322763143).

Реєстр. № 135/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ.**
2. НДР «Клініко-патогенетичні аспекти різних клінічних форм та варіантів перебігу гострих інфекційних хвороб у дітей, оптимізація підходів до лікування і профілактики», 0114U000111, 2014-2017 рр.
3. Інфекційні хвороби.
4. 2+, С.
5. Пат. № 87614 U, UA, МПК G01N33/53, A61B10/00. Спосіб прогнозування несприятливого перебігу Епштейна-Барр вірусної інфекції / заявник та патентовласник Покровська Т.В.; ЛНМУ ім.Д.Галицького.- № u201311253; заявл. 23.09.2013; опубл. 10.02.2014, Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Прогнозування несприятливого перебігу Епштейна-Барр вірусної інфекції здійснюється шляхом лабораторного дослідження на ранніх термінах хвороби (1- 2-й день поступлення хворого у стаціонар) методом імуноферментного аналізу (ІФА) визначають комплекс сироваткових концентрацій прозапальних (α -інтерферон, інтерлейкін-2) та протизапальних (інтерлейкін-4, інтерлейкін-10) цитокінів, встановлюють їх рівні в крові та прогнозують розвиток рецидивуючого і хронічного перебігу EBV-інфекції. В прогнозуванні перебігу

- EBV-інфекції визначальним є оцінка цитокінової регулюючої ланки імунної системи.
8. Прогнозування несприятливого перебігу EB-інфекції базується на оцінці спектру і рівня цитокінів, які визначають на самому початку гострого інфекційного процесу і відображають індивідуальний тип імунної відповіді, що дозволить оцінити на ранніх етапах хвороби, вже з 1-го -2-го дня госпіталізації, подальший хід розвитку.
 9. Лабораторне обладнання, тест-системи.
 10. Хворі з Епштейна-Барр вірусною інфекцією.
 11. Немає.
 12. Не передбачається.
 13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. 278-64-81.
 14. Немає.
 15. Покровська Т.В. (0672661743).

Реєстр. № 136/1/14

1. **ВОЛОГИЙ СПОСІБ ЗНАХОДЖЕННЯ АЛЕРГЕННИХ КЛІЩІВ У ПОБУТОВОМУ ПИЛУ.**
2. НДР «Вологий спосіб знаходження алергенних кліщів у побутовому пилу», 0111U003577, 2011-2015 рр.
3. Інфекційні та паразитарні хвороби.
4. 2+, С.
5. № 60763 UA, МПК А61В10/00. Спосіб виявлення алергенних кліщів у побутовому пилу / Бодня К.І. (UA), Газзаві Л.В. (UA), Чегодайкіна Н.С. (UA), Токар І.М. (UA); заявник та патентовласник Харківська медична академія післядипломної освіти. – u201015172. – заявл. 16.12.2010; опубл. 25.06.2011, Бюл. № 12. – 4 с.
6. Немає.
7. Спосіб виявлення алергенних кліщів у побутовому пилу, який здійснюють шляхом відбору проб та дослідження під мікроскопом, який відрізняється тим, що попередньо зволожують пензлик дистильованою водою та здійснюють ним змив з поверхонь предметів довкілля, отриманий змив розміщують в баночці з дистильованою водою, переливають в пробірку, відстоюють, отримують осад, який досліджують.
8. За допомогою вологого методу відбору побутового пилу, навіть у перукарнях, де мінімум м'якого інвентарю, а робочий інструментарій майстрів-перукарів (майстрів-манікюру) миється та знезаражується, виявляються позитивні знахідки. У порівнянні з відбором та дослідженням сухих проб пилу, вологий метод є більш ефективним та якісним ще й тому, що волога кисточка не дає можливості пилу, та присутнім в ньому кліщам, розлітатися при відборі, як це відбувається при проведенні дослідження за допомогою сухих щіток для одяжі.
9. Пензлик з натурального або штучного волокна; скляний (або одноразовий) посуд з кришками; олівець для скла; центрифужні пробірки; штатив для пробірок; скельця предметні; мікроскоп біологічний (типу МБІ); дистильована вода; паперові кульки для відпрацьованих кисточок; голки ентомологічні; халати медичні; журнал.
10. Знаходження алергенних кліщів у побутовому пилу.
11. Немає.
12. Немає.

13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58.
14. Немає.
15. Бодня К.І. (0679567578), Газзаві-Рогозіна Л.В. (0972143881).

Реєстр. № 137/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СЕРОЗНИХ МЕНІНГІТІВ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Етіопатогенетичні і клінічні особливості серозних менінгітів у дітей та оптимізація їх лікування».
3. Інфекційні та паразитарні хвороби.
4. В.
5. Патент на корисну модель № 85461, UA, МПК(2013.01) G01N 33/00 / ХМАПО, Ходак Л.А., Браїлко В.І., - заявка № u2013 04500 від 10.04.2013, опубл. 25.11.2013, Бюл.№ 22.
6. Немає.
7. Даний спосіб діагностики серозних менінгітів у дітей полягає в проведенні люмбальної пункції за наявністю тріади симптомів, а саме лихоманки, головного болю та блювоти, навіть при негативних менінгеальних симптомах.
8. Орієнтир на клінічні симптоми захворювання (лихоманка, головний біль, блювота), а не на наявність менінгеальних симптомів дозволить лікарям, особливо первинної ланки, своєчасно діагностувати цю патологію та запобігти несприятливого перебігу та наслідків.
9. Оснащення для проведення люмбальної пункції.
10. Клінічні ознаки серозного менінгіту.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58
14. Немає.
15. Ходак Л.А. (0509553664), Браїлко В. (0950409990).

Реєстр. № 138/1/14

1. **СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ЕХІНОКОКОВОЇ ХВОРОБИ У ДОРΟΣЛИХ.**
2. НДР «Спосіб комплексного лікування ехінококової хвороби у дорослих», 0111U003577, 2011-2015 рр.
3. Інфекційні та паразитарні хвороби.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель №70808 UA МПК А61К 31/00. Спосіб комплексного лікування ехінококової хвороби у дорослих /Бодня К.І. (UA), Велієва Т.А. (UA), заявник та патентовласник Харківська медична академія післядипломної освіти - №u2011 14624, заявл. 09.12.2011; опубл. 25.06.2012, бюл. №12.
6. Немає.
7. Спосіб комплексного лікування ехінококової хвороби у дорослих шляхом застосування терапії містить протипаразитарний препарат альбендазол, який призначають курсами по 28 днів у дозі 400 мг 2 рази на добу після прийому їжі, додатково протягом курсу лікування призначають гепатопротектор гепадіф у дозі 2 капсули 2 рази на добу незалежно від прийому їжі, призначають 2 курси із двотижневою перервою, у тяжких випадках 3-4 курси.

8. Цей комплексний спосіб дозволяє звести до мінімуму рецидиви після хірургічного лікування ехінококозів, лікувати неоперабельні ураження у хворих на ехінококоз, проводити лікування ехінококозу без хірургічного втручання.
9. Лікарі паразитологи, інфекціоністи, хірурги, терапевти.
10. Ехінококоз.
11. Альбендазол: підвищена індивідуальна чутливість до альбендазолу або допоміжних компонентів препарату, період вагітності, перед запланованою вагітністю, період годування груддю, дитячий вік до 3-х років. Гепатопротектор: індивідуальна непереносимість компонентів препарату, дитячий вік до 7-х років.
12. Немає.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Бодня К.І. (0679567578), Велієва Т.А. (0988516545).

Реєстр. № 139/1/14

1. **СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ЕХІНОКОКОВОЇ ХВОРОБИ.**
2. НДР «Спосіб комплексного лікування ехінококової хвороби», 0111U003577, 2011-2015 рр.
3. Інфекційні та паразитарні хвороби.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель №74059 UA МПК А61К 31/00. Спосіб комплексного лікування ехінококової хвороби /Бодня К.І. (UA), Велієва Т.А. (UA), заявник та патентовласник Харківська медична академія післядипломної освіти - №u2012 05430, заявл. 03.05.2012; опубл. 10.10.2012, бюл. №19.
6. Немає.
7. Спосіб комплексного лікування ехінококової хвороби, яка містить сенсibiliзуючу, протипаразитарну та імуномоделюючу терапію. Призначають препарат альбендазол курсами по 28 днів у дозі 400мг 2 рази на добу після прийому їжі, додатково призначають інтерферон альфа-2б у дозі 2млн. МО внутрішньом'язово 1 раз на 2 доби, із двотижневою перервою призначають 2 курси, у тяжких випадках 3-4 курси.
8. Цей комплексний спосіб дозволяє звести до мінімуму рецидиви після хірургічного лікування ехінококозів, лікувати неоперабельні ураження у хворих на ехінококоз, проводити лікування ехінококозу без хірургічного втручання.
9. Лікарі паразитологи, інфекціоністи, хірурги, терапевти.
10. Ехінококоз.
11. Альбендазол: підвищена індивідуальна чутливість до альбендазолу або допоміжних компонентів препарату, період вагітності, перед запланованою вагітністю, період годування груддю, дитячий вік до 3-х років.
12. Немає.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Бодня К.І. (0679567578), Велієва Т.А. (0988516545).

Реєстр. № 140/1/14

1. **СПОСІБ РОЗТИНУ САМОК КРОВОСИСНИХ КОМАРІВ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОГО ВІКУ ТА НАЯВНОСТІ МІКРОФІЛЯРІЙ ДИРОФІЛЯРІОЗУ.**
2. НДР «Спосіб розтину самок кровосисних комарів для визначення фізіологічного віку та наявності мікрофілярій дирофіляріозу», 0111U003577, 2011-2015 рр.

3. Інфекційні та паразитарні хвороби.
4. 2+, С.
5. № 73058 UA, МПК А61В10/02. Спосіб розтину самок кровосисних комарів для визначення фізіологічного віку та наявності мікрофілярій дирофіляріозу / Бодня К.І., Газзаві-Рогозіна Л.В.; заявник та патентовласник Харківська медична академія післядипломної освіти. – u2012102267. – заявл. 27.02.2012; опубл. 10.09.2012, Бюл. № 17. – 4 с.
6. Немає.
7. Корисна модель належить до епідеміології і може бути використана з метою визначення фізіологічного віку та дослідження самок кровосисних комарів на мікрофілярії дирофіляріозу.
8. Особливістю пропонованого методу є те, що при розтині не витягуються, а видавлюються внутрішні органи з тіла самки, що не ушкоджує їх структуру. Всі нутрощі видаляються разом, мальпігієві судини не розриваються, яєчники не розтягуються і не ушкоджуються.
9. Самки кровосисних комарів; скельця предметні; мікроскоп біологічний (типу МБІ); дистильована вода; спирт; голки ентомологічні; халати медичні; журнал.
10. Немає.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58.
14. Немає.
15. Бодня К.І. (0679567578), Газзаві-Рогозіна Л.В. (0972143881).

Реєстр. № 141/1/14

1. **СПОСІБ СТАРТОВОЇ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ СЕРОЗНИХ МЕНІНГІТАХ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Етіопатогенетичні і клінічні особливості серозних менінгітів у дітей та оптимізація їх лікування».
3. Інфекційні хвороби.
4. В.
5. Патент на корисну модель № 94279, UA, МПК(2014.01) А61К 31/00 / ХМАПО, Ходак Л.А., Браїлко В.І., - заявка № u2014 04772 від 05.05.2014, опубл. 10.11.2014, Бюл.№ 21.
6. Немає.
7. Даний спосіб полягає в призначенні в якості стартової інфузійної терапії при серозних менінгітах у дітей розчину багатоатомних спиртів реосорбілакту в поєднанні з ендотеліопретектором і флеботоніком L-лізину есцинатом.
8. Включення в якості стартової інфузійної терапії реосорбілакту з L-лізину есцинатом дозволяє швидко купірувати гіпертензійний синдром, який лежить в основі патогенезу серозних менінгітів та призводить до швидкого регресу клінічних проявів захворювання. Розроблений спосіб стартової інфузійної терапії враховує різні ланки патогенезу серозних менінгітів та дозволяє максимально знизити розвиток негативних наслідків (синдром «рикошету», електролітні розлади).
9. Оснащення для проведення інфузійної терапії, зазначені препарати.
10. Серозний менінгіт у дітей.
11. Алкалоз; індивідуальне несприйняття; захворювання, що супроводжуються схильністю до кровотеч (виразкова хвороба, геморагічний коліт, важкі

- захворювання печінки); артеріальна гіпертензія; серцева декомпенсація; крововилив у мозок; виражені порушення функції нирок.
12. При індивідуальній чутливості до препаратів в окремих хворих можливі алергічні реакції.
 13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58.
 14. Немає.
 15. Ходак Л.А. (0509553664), Браїлко В.І. (0950409990).

Реєстр. № 142/1/14

1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С.

2. НДР «Удосконалення діагностики та лікування вірусних і бактеріальних інфекцій та їх ускладнень», 0113U002276.
3. Інфекційні хвороби.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель 77104 Україна, МПК G01N 33/48. Спосіб діагностики фіброзу печінки у хворих на хронічний гепатит С / Козько В.М., Анциферова Н.В., Соломенник Г.О., Копійченко Я.І.; ХНМУ. – № u201209425; Заявл. 02.08.2012; Опубл. 25.01.2013, Бюл. №2.
6. Спосіб діагностики фіброзу печінки у хворих на хронічний гепатит С шляхом розрахунку діагностичного показника стадії фіброзу на підставі визначення біохімічних показників (матриксна металопротеїназа-1, трансформуючий фактор росту бета-1, гаптоглобін) сироватки крові.
7. Розроблено спосіб діагностики фіброзу печінки у хворих на хронічний гепатит С, який передбачає біохімічне дослідження крові з наступною оцінкою стадії фіброзу печінки шляхом визначення у сироватці крові пацієнта вмісту матриксної металопротеїнази-1 (ММП-1), трансформуючого фактору росту бета-1 (ТФР бета-1), гаптоглобіну та розрахунком діагностичного показника фіброзу за формулою:

$$\text{ДПФ} = \text{ММП} / \text{ТФР} \times \text{гаптоглобін},$$

- де ДПФ – діагностичний показник фіброзу; ММП –матриксна металопротеїназа-1, нг/мл; ТФР –трансформуючий фактор росту бета-1, нг/мл; гаптоглобін, г/л і, якщо ДПФ>10, відзначають відсутність фіброзу (F0), при 4<ДПФ<9 – слабкий фіброз (F1), при 3<ДПФ<4 – помірний фіброз (F2), при 1<ДПФ<3 – виражений фіброз (F3), при ДПФ<1 – цироз (F4) за шкалою METAVIR.
8. Медичні – спосіб має високу чутливість (90,32 %) та дозволяє підвищити точність неінвазивної діагностики стадії фіброзу печінки у хворих на хронічний гепатит С до 95 %, зокрема диференціювати початкові стадії фіброзу від помірної та вираженої, і, таким чином, визначити тактику ведення пацієнта, необхідність призначення протівірусних засобів та можливість досягнення стійкої відповіді на терапію, проводити оцінку ефективності лікування; Соціальні – доступність способу сприяє реалізації програми скринінгу та / або моніторингу стадії фіброзу печінки хворих на хронічний гепатит С, у тому числі для малозабезпечених прошарків населення, та дозволяє визначати прогноз для людини, зменшити смертність від цирозу печінки та покращити якість життя хворого шляхом своєчасного призначення етіотропного та патогенетичного лікування; Економічні – спосіб є дешевшим за аналог у 3 рази, використання способу діє зможу попередити виникнення цирозу печінки у хворих на хронічний гепатит С шляхом призначення своєчасного лікування та тим самим скоротити кількість днів перебування хворого у стаціонарі з 21 ліжко-дня (витрати на

одного хворого на цироз печінки у день складають у середньому 224 грн.) до 15 ліжко-днів (витрати на одного хворого на хронічний гепатит С у день складають у середньому 109 грн.) та зекономити 115 грн. на одного хворого у день та 3069 грн. за весь термін перебування у стаціонарі (у середньому 33759 грн. на рік); визначення біохімічних показників, що використані у способі, є доступними з позиції технічного виконання, а формула розрахунку показника фіброзу та шкала оцінювання результату є простими у використанні.

9. Лабораторний посуд (скляні або пластикові пробірки місткістю 10 мл, колба місткістю 500 мл, скляні піпетки місткістю 5, 1 і 0,1 мл, напіваавтоматичні дозатори тощо), центрифуга, водяний термостат (автоматична водяна баня), фотометричне обладнання або біохімічний аналізатор, набори реактивів для визначення вмісту матриксної металопротеїнази-1, трансформуючого фактору росту бета-1 у сироватці крові методом імуноферментного аналізу, вмісту гаптоглобіну у сироватці крові колориметричним методом або іншими відомими способами.
10. Застосування у хворих на хронічний гепатит С.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Козько В.М., Анциферова Н.В., Соломенник Г.О., Копійченко Я.І. (0502037972).

КАРДІОЛОГІЯ. РЕВМАТОЛОГІЯ

Реєстр. № 143/1/14

1. **ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ ТА ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ.**
2. НДР «Принципи диференційованого лікування уражень нервової системи різної етіології з урахуванням особливостей їх патогенезу та психічних розладів», 0110U003081, 2010-2014рр.; «Патогенетичне лікування ішемічної хвороби серця, попередження серцевої недостатності за впливу депресивних розладів та хроноциркадності – реєстр малих міст України», 0111U006490, 2011-2013рр.
3. Кардіологія, терапія.
4. 2++.
5. Деклараційний патент на корисну модель UA 81414 A61P 9 /10. Спосіб лікування депресивних та тривожних розладів у хворих на ішемічну хворобу серця / Тащук В.К., Юрценюк О.С., Поліщук О.Ю. - № заявки у 2013 01305; заявл. 04.02.2013; опубл. 25.06.2013, Бюл. № 12.
6. Немає.
7. В основу запропонованого методу поставлене завдання удосконалити спосіб лікування депресивних та/або тривожних розладів (ДТР) у хворих на ІХС шляхом комплексного використання медикаментозних (антидепресанти та анксиолітики) та психотерапевтичних (міліотерапія, раціональна, сімейна, когнітивно-біхевіоральна психотерапія та аутогеннетренування) впливів. Традиційна (стандартна) базисна терапія при ІХС – це обов'язкові лікарські засоби: антиагреганти, нітрати, β -адреноблокатори, антагоністикальцію. Блокатори кальцієвих каналів та нітрати тривалої дії показані при непереносимості чи недостатній ефективності β -адреноблокаторів у вигляді моно- або комбінованої терапії. Додаткові лікарські засоби: метаболітні агенти, фібрати, при супутній артеріальній гіпертензії – антигіпертензивна терапія,

реваскуляризація міокарда. Слід зазначити, що побічною дією β -адреноблокаторів є можливий розвиток депресії. З метою усунення ДТР нами описана вже вище стандартна терапія була доповнена психофармакотерапією та психотерапією. Для вирішення поставленої задачі: хворим до базової кардіологічної терапії додають антидепресанти (сертраліну гідрохлориду по 50 мг вранці впродовж 6 міс.) та за необхідністю використовують небензодіазепіновий анксиолітикафобазол – по 10 мг 3 рази на добу впродовж 1 місяця. З психотерапевтичних методів застосовують міліотерапію, раціональну, сімейну, когнітивно-біхевіоральну психотерапію та аутогенне тренування. Сертралін – селективний інгібітор зворотного нейронального захоплення серотоніну (СІЗЗС). Більш низький ризик кардіотоксичності СІЗЗС у порівнянні із трициклічними антидепресантами обумовлений практично повною відсутністю антихолінергічної, антиадренергічної й антигістамінної дії. Більше того, за результатами клінічних досліджень можна припустити наявність кардіопротекторного ефекту в сертраліну. Оцінка ефективності комплексного лікування проводилась тричі: в момент діагностики ДТР для формування базового показника; через 1 місяць після початку лікування для оцінки динаміки стану і підсумкова - через 6 місяців.

8. Застосування комплексного лікування дозволяє покращити перебіг ІХС. Таким чином, впровадження комплексної диференційованої психотропної терапії в традиційний комплекс лікування покращило редукцію депресивних та тривожних розладів у хворих на ІХС у 2,8 рази, що підтверджено за допомогою стандартизованої шкали Гамільтона (HDRS) та за результатами тесту Спілбергера-Ханіна.
9. Експериментально-психологічні методики: шкала Гамільтона, тест Спілбергера-Ханіна.
10. Ішемічна хвороба серця (стабільна стенокардія напруження II-III ФК).
11. Супутні психотичні психічні розлади в стадії загострення.
12. Алергічні реакції та будь-які інші негативні явища не спостерігалися у динаміці проведеного лікування, що досягалось індивідуальним підбором дози препарату.
13. Буковинський державний медичний університет.
14. Немає.
15. Юрценюк О.С. (050 156 24 65), Поліщук О.Ю., Тащук В.К.

Реєстр. № 144/1/14

- 1. СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ.**
2. НДР «Патогенетичне лікування ішемічної хвороби серця, попередження серцевої недостатності за впливу депресивних розладів та хроноциркадності – реєстр малих міст України», 011100064PO, 2011-2013 рр.
3. Кардіологія.
4. 3, D.
5. Тащук В.К., Полянська О.С., Руснак І.Т. «Спосіб ранньої діагностики гіпертрофії лівого шлуночка у хворих на ішемічну хворобу серця та артеріальну гіпертензію» Пат. UA 71265 A61 B 5 /0402, (Україна) № u2011 14933 Заявл.16.12.2011; Опубл.10/07.2012, Бюл. №13.- с.1-3.
6. Немає.
7. Проводиться комп'ютерна оцифровка електрокардіограми, її диференціювання з оцінкою першої похідної зубця Т при диференційованій електрокардіографії по

рівню показника відношення максимальних швидкостей, відношення сусідніх екстремальних значень. Для проведення диференційованої електрокардіографії звичайна електрокардіограма попередньо переводиться в електронний варіант шляхом сканування кожної паперової електрокардіограми, потім застосовується комп'ютерна програма побудови першої похідної зубця Т з його диференціюванням, визначаються показники відношення максимальних швидкостей [ВМШ] (ВМШ I, ВМШ III, ВМШ V1, ВМШ V6) та відношення сусідніх екстремальних значень, по рівню показників діагностували гіпертрофію лівого шлуночка. Після оцінки першої похідної зубця Т при диференційованій електрокардіографії при збільшенні одного з показників відношення максимальних швидкостей більше 2,4 діагностується гіпертрофія лівого шлуночка.

8. Підвищення ефективності діагностики хворих на ішемічну хворобу серця та артеріальну гіпертензію з гіпертрофією лівого шлуночка. Медична ефективність: можливість ранньої діагностики гіпертрофії лівого шлуночка у хворих на ішемічну хворобу серця та артеріальну гіпертензію. Соціальна ефективність: зниження рівня подальшого розвитку гіпертрофії лівого шлуночка та зменшення частоти ускладнень у хворих на ішемічну хворобу серця та артеріальну гіпертензію при гіпертрофії лівого шлуночка. Економічна ефективність: зменшення витрат держави на забезпечення перебування хворих на стаціонарному лікуванні та закупку дорого вартісних ліків, апаратів діагностики та корекції стану.
9. Персональний комп'ютер, комп'ютерна програма побудови першої похідної зубця Т.
10. Хворі на ішемічну хворобу серця та артеріальну гіпертензію.
11. Немає.
12. Немає.
13. Буковинський державний медичний університет, 58002, м. Чернівці, Театральна площа, 2, тел.52-40-78, 58-58-03.
14. Немає.
15. Тащук В.К (0505042370), Полянська О.С., Руснак І.Т.

Реєстр. № 145/1/14

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.
2. НДР «Розробка методів профілактики та лікування хвороб, які походять із метаболічного синдрому, препаратами, що стимулюють рецептори, які активують проліферацію пероксисом (PPAR γ) шляхом удосконалення критеріїв діагностики», 0107U001555, 2006-2010 рр.
3. Ревматологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель. Пат.58627 Україна, МПК А61К 31/425. Спосіб корекції атеросклеротичних уражень та інсулінорезистентності у хворих на ревматоїдний артрит з метаболічним синдромом/ Іваницький І.В., Ждан В.М., Андросов Є.Д.- №u201006485; заявл. 28.05.10; опубл. 26.04.11, Бюл.№8.-6с.
6. Немає.
7. Хворим на ревматоїдний артрит з метаболічним синдромом, згідно із способом призначається стандартна протизапальна терапія нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП), глюкокортикоїдами (ГК) та лефлуномідом (100мг на добу) протягом 3-х днів, а також активатор рецепторів

- PPAR γ -препарат піоглітазон. Піоглітазон в дозі 15 мг на добу та лефлунамід в підтримуючій дозі 20 мг на добу призначаються на період не менше 5-6 місяців.
8. Спосіб дозволить скорегувати атеросклеротичні порушення та метаболічний гомеостаз у хворих на ревматоїдний артрит з метаболічним синдромом, що неможливо при призначенні традиційного протиревматичного лікування.
 9. Піоглітазон, лефлунамід.
 10. Ревматоїдний артрит з метаболічним синдромом.
 11. Печінкова недостатність.
 12. Будь-яких ускладнень не передбачається.
 13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», 36024, м.Полтава, вул.Шевченка,23.
 14. Немає.
 15. Ждан В.М., Іваницький І.В., Штомпель В.Ю. (0663465723).

Реєстр. № 146/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ АНЕМІЇ ПРИ СИСТЕМНОМУ ЧЕРВОНОМУ ВОВЧАКУ.**
2. НДР «Вивчити особливості виникнення та перебігу серцево-судинної патології у інвалідів з системним червоним вовчаком та розробити рекомендації по їх реабілітації», № 0110U006379, 2010-2012 рр.
3. Ревматологія.
4. 2++, В.
5. Патент на корисну модель № 73897 від 10.10.2012, Бюлетень № 19.
6. Немає.
7. Спосіб діагностики анемії при системному червоному вовчаку включає проведення загального, біохімічного, імунологічного аналізів крові, ультразвукового дослідження внутрішніх органів, визначення рівнів заліза, феритину, інтерлейкінів ІЛ-1, ІЛ-6, який відрізняється тим, що при підвищенні рівня ІЛ-1 >30 нг/л діагностують анемію хронічного захворювання.
8. Переваги запропонованого способу полягають в можливості диференційної діагностики анемії при системному червоному вовчаку.
9. Імуноферментний аналізатор.
10. Системний червоний вовчак.
11. Немає.
12. Немає.
13. НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова.
14. Немає.
15. Шевчук С.В., Куриленко І.В., тел. (0432) 51-12-69.

Реєстр. № 147/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ АНЕМІЇ ПРИ СИСТЕМНОМУ ЧЕРВОНОМУ ВОВЧАКУ.**
2. НДР «Вивчити особливості виникнення та перебігу серцево-судинної патології у інвалідів з системним червоним вовчаком та розробити рекомендації по їх реабілітації», 0110U006379; 2010-2012 рр.
3. Ревматологія.
4. 2++, В.
5. Патент на корисну модель № 73899 від 10.10.2012, Бюлетень № 19.
6. Немає.

7. Спосіб діагностики анемії при системному червоному вовчаку включає виявлення прийому метотрексату і НПЗП, проведення загального, біохімічного та імунологічного аналізів крові, ультразвукового дослідження внутрішніх органів, визначення концентрації заліза і трансферину в сироватці крові, виявлення гастриту при фіброгастроскопії, який відрізняється тим, що при наявності анемії, прийомі метотрексату і НПЗП та явищах гастриту, діагностують залізодефіцитну анемію.
8. Переваги запропонованого способу полягають в можливості диференційної діагностики анемії при системному червоному вовчаку.
9. Імуноферментний аналізатор, фіброгастроскоп.
10. Системний червоний вовчак.
11. Немає.
12. Немає.
13. НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова.
14. Немає.
15. Шевчук С.В., Куриленко І.В., тел. (0432) 51-12-69.

Реєстр. № 148/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ АНЕМІЇ ПРИ СИСТЕМНОМУ ЧЕРВОНОМУ ВОВЧАКУ.**
2. НДР «Вивчити особливості виникнення та перебігу серцево-судинної патології у інвалідів з системним червоним вовчаком та розробити рекомендації по їх реабілітації», 0110U006379, 2010-2012 рр.
3. Ревматологія.
4. 2++, В.
5. Патент на корисну модель № 73897 від 10.10.2012, Бюлетень № 19.
6. Немає.
7. Спосіб діагностики анемії при системному червоному вовчаку включає проведення загального, біохімічного, імунологічного аналізів крові, ультразвукового дослідження внутрішніх органів, визначення рівнів заліза, феритину, інтерлейкінів ІЛ-1, ІЛ-6, який відрізняється тим, що при підвищенні рівня ІЛ-1 >30 нг/л діагностують анемію хронічного захворювання.
8. Переваги запропонованого способу полягають в можливості диференційної діагностики анемії при системному червоному вовчаку.
9. Імуноферментний аналізатор.
10. Системний червоний вовчак.
11. Немає.
12. Немає.
13. НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова.
14. Немає.
15. Шевчук С.В., Куриленко І.В., тел. (0432) 51-12-69.

Реєстр. № 149/1/14

1. **ВИКОРИСТАННЯ ГЛУТАРГІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ З ОЗНАКАМИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ.**
2. НДР «Хронічна серцева недостатність у хворих з артеріальною гіпертензією та ознаками метаболічного синдрому: можливості оптимізації фармакотерапії та профілактики прогресування».

3. Кардіологія.
4. С.
5. Немає.
6. Оптимізувати методи медикаментозної корекції хронічної серцевої недостатності, що виникла на ґрунті артеріальної гіпертензії з ознаками метаболічного синдрому, покращити якість життя пацієнтів.
7. Вплив глутаргіну на перебіг хронічної серцевої недостатності у хворих з метаболічним синдромом вивчали на основі аналізу стану вуглеводного та ліпідного обмінів, метаболізму оксиду азоту, рівнів С-реактивного протеїну. Установлено, що глутаргін має здатність знижувати рівень холестерину на 11%, а тригліцеридів – на 9%. Спостерігалася тенденція до зниження рівня імунореактивного інсуліну. Виявлено достовірне зростання всіх показників обміну оксиду азоту, у тому числі нітритів, більше як на 20%. Рівень С-реактивного протеїну після проведеної фармакотерапії знизився на 45%. Слід зазначити, що у пацієнтів з ІІ ФК ХСН відбулася нормалізація цього показника. Все вищевказане призвело до чіткого зменшення темпів прогресування хронічної серцевої недостатності, покращення якості життя пацієнтів.
8. Застосування глутаргіну у хворих на артеріальну гіпертензію, яка ускладнилася хронічною серцевою недостатністю і супроводжується метаболічним синдромом, виявляє позитивний вплив на ліпідний обмін, метаболізм оксиду азоту, покращує стан ендотелію, що виявляється зниженням рівнів С-реактивного білка і призводить до зниження темпів прогресування хронічної серцевої недостатності.
9. Стандартні набори реактивів для біохімічного визначення холестерину, тригліцеридів, вмісту глюкози сироватки крові, стандартні набори реактивів для імунферментного визначення концентрації С-реактивного протеїну, імунореактивного інсуліну, концентрації оксиду азоту та його метаболітів, фотоелектроколориметр, імунферментний аналізатор, спектрофотометр.
10. Хронічна серцева недостатність, що виникла на ґрунті артеріальної гіпертензії з ознаками метаболічного синдрому.
11. Гіперчутливість до препарату.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України, 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2.
14. Немає.
15. Купновицька І.Г.,Белегай Р.І. (0681879757).

Реєстр. № 150/1/14

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЮ ТА МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ЇЇ КОРЕКЦІЇ.
2. НДР «Особливості ремоделювання судин еластичного типу та ранніх проявів нефропатії у хворих на есенціальну гіпертензію у поєднанні з метаболічним синдромом та інсуліннезалежним цукровим діабетом», 0110U002667, 2010-2014 рр.
3. Кардіологія.
4. 2++, С.
5. Деклараційний патент на корисну модель 43977 МПК (2009), G01N 33/49 A61B 5/00. Спосіб визначення ступеня дисфункції ендотелію/ Фуштей І.М., Подсевахіна С.Л., Паламарчук О.І., Ткаченко О.В., Лашкул З.В.; заявник та патентовласник ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». - № U2009 03728; заявл. 16.04.2010; опубл. Бюл. №17, 10.09.2009;

Деклараційний патент на корисну модель 58365 Україна МПК А61В 5/02 (2011.01) А61Р 9/10. Спосіб корекції дисфункції ендотелію / Фуштей І.М., Подсевахіна С.Л., Паламарчук О.І., Ткаченко О.В. заявник та патентовласник ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». - № U2010113306; заявл. 22.09.2010; опубл. Бюл. №7 11.04.2011.

6. Немає.

7. Виконують забір крові для аналізу на кількісний вміст прозапальних цитокінів; проводять пробу з реактивною гіперемією та динамічно реєструють показники кровотоку; інтегрують отримані результати, визначають ступінь дисфункції ендотелію. За день до проведення дослідження обстежуваному рекомендують утримання від споживання алкоголю та кофеїн-вміщуючих речовин, від куріння тютюну не менш ніж за 40 хвилин до дослідження. Забір венозної крові проводять за загальноприйнятою методикою венепункції ліктьової вени. Перед забором крові досліджуваній 5 хвилин перебуває у спокої в положенні сидячи. Кількісне дослідження вмісту інтерлейкіну (ІЛ)- β , ІЛ-6 та фактору некрозу пухлин (ФНП)- α проводять методом імуноферментного аналізу за загальноприйнятою методикою. Нормальними вважають показники, які не відхиляються від відповідних референтних (нормативних) значень більш ніж на 10 % (згідно з інструкцією до лабораторних наборів). Мінімальне підвищення діагностують, якщо показники збільшені на 10-30 % від їх референтних значень. Помірне підвищення діагностують, якщо показники збільшені на 31-50 % від їх референтних значень. Значне підвищення діагностують, якщо показники збільшені більш ніж на 50% від їх референтних значень. Пробу з реактивною гіперемією проводять через годину після забору крові з вени в умовах температурного комфорту, тиші та відсутності небажаних подразників. Зранку (8⁰⁰-12⁰⁰), в положенні лежачи та розслабленому стані на правому плечі досліджуваного розміщують компресійну манжету типового артеріального тонометра. За допомогою ультразвукового лінійного датчика з частотою L5-10/40E вимірюють у досліджуваного внутрішній діаметр плечової артерії, та в режимі енергетичного доплерівського сканування показники гемодинаміки - максимальну швидкість (Vmax), об'ємну швидкість (Vvol), частоту серцевих скорочень (ЧСС), усереднену за часом максимальна швидкість кровотоку (TAP), усереднену за часом середню швидкість кровотоку (TAM) та індекс резистивності (RI). Далі нагнітають повітря в компресійну манжету. Величину компресії контролюють за допомогою манометра. Величина компресії становить на 10-20 мм рт.ст. вище ніж рівень систолічного тиску. Тривалість компресії – 3 хвилини. Через 3 хвилини відкривають повністю кран системи компресійного тонометра, випускають повітря з манжети до нульового тиску і вимірюють показники діаметру плечової артерії та кровотоку у плечовій артерії безпосередньо після такої декомпресії, а також через 30, 60 і 90 секунд та 7 хвилин після декомпресії. Усі отримані показники заносять у таблицю протоколу дослідження. Для визначення наявності дисфункції ендотелію користуються такими критеріями. Нормальну функцію ендотелію діагностують за наступними критеріями: приріст показників Vmax, Vvol, ЧСС, TAP, TAM та RI, діаметра плечової артерії на 30 % і більше одразу та через 30 секунд після декомпресії, повернення їх до вихідного рівня на 7-й хвилині після декомпресії. Дисфункцію ендотелію діагностують за наступними критеріями: приріст показників Vmax, Vvol, ЧСС, TAP, TAM та RI, діаметра плечової артерії менше ніж на 30 % від вихідного рівня, показники відрізняються від таких у вихідному стані більш ніж на 10 % на 7-й хвилині після декомпресії. Після визначення наявності дисфункції ендотелію проводять інтеграцію отриманих даних з даними кількісного визначення прозапальних цитокінів і встановлюють ступінь

дисфункції ендотелію судин. Легкий ступінь дисфункції ендотелію діагностують при наявності дисфункції ендотелію за даними проби з реактивною гіперемією та нормальному вмісті прозапальних цитокінів. Помірний ступінь дисфункції ендотелію діагностують при наявності дисфункції ендотелію за даними проби з реактивною гіперемією та мінімальному підвищенні прозапальних цитокінів. Середній ступінь дисфункції ендотелію діагностують при наявності дисфункції ендотелію за даними проби з реактивною гіперемією та помірному підвищенні прозапальних цитокінів. Високий ступінь дисфункції ендотелію діагностують при наявності дисфункції ендотелію за даними проби з реактивною гіперемією та значному підвищенні прозапальних цитокінів. В залежності від діагностованого ступеня дисфункції ендотелія призначають лікування: при легкому та помірному ступенях ендотеліальної дисфункції призначають препарати групи статинів (аторвастатин 20 мг на добу); при середньому та високому ступенях тяжкості ендотеліальної дисфункції призначають препарати групи статинів і ω -3 поліненасичених жирних кислот у дозах, що складають половину від таких, що призначаються при окремому призначенні кожного з препаратів (аторвастатин 10 мг на добу та Теком 1 грам на добу). Таким чином, на основі аналізу даних стосовно ступеня дисфункції ендотелія диференційовано проводять її корекцію. Визначення кількісного вмісту прозапальних цитокінів у поєднанні з пробою з реактивною гіперемією, яка комплексно з'єднана з методикою кількісного визначення та порівняння показників гемодинаміки дозволяє достовірно виявляти ступінь дисфункції ендотелію. При цьому артеріальний тонометр не втрачає можливості використання за прямим призначенням. Застосування діагностики ступеня дисфункції ендотелію дозволяє зменшити дозу препаратів, які призначаються пацієнтам, що призводить до зменшення кількості побічних ефектів, підвищення ефективності і прихильності до лікування, зменшення економічних витрат на лікування. Спосіб не потребує спеціальної підготовки лікаря, передбачає лише незначні економічні витрати на проведення дослідження по визначенню ступеня дисфункції ендотелія.

8. Медичні: підвищення ефективності медикаментозної корекції дисфункції ендотелію, що призведе до поліпшення ефекту лікування, перебігу та прогнозу основного фонового захворювання (ішемічної хвороби серця, атеросклерозу, артеріальної гіпертензії, хвороб які супроводжуються дисліпідемією, метаболічного синдрому, синдрому Х, тощо). Зменшення кількості побічних явищ від медикаментозної терапії. Соціальні: поліпшення якості життя пацієнтів за рахунок зменшення кількості медикаментів, що приймаються, кратності прийому препарату, поліпшення результатів лікування та довгострокового прогнозу захворювання, терміну перебування пацієнтів в лікарні і позитивний вплив на якість життя, та зменшення собівартості лікування. Економічні: за рахунок призначення адекватної терапії - зменшення собівартості корекції ендотеліальної дисфункції. Своєчасна корекція дисфункції ендотелію дозволить також зменшити собівартість лікування таких фонових захворювань, як гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, метаболічний синдром, дисліпідемія та попередити виникнення їх ускладнень (гіпертонічний криз, інфаркт міокарду тощо).
9. Апарат ультразвукової діагностики з лінійним датчиком 7,5 мГц (L5-10/40), типовий артеріальний тонометр (для проведення проби з реактивною гіперемією), реактиви для визначення вмісту ІЛ- β , ІЛ-6 та ФНП- α методом імуноферментного аналізу за загальноприйнятою.
10. Ішемічна хвороба серця, атеросклероз, артеріальна гіпертензія, дисліпопротеїнемія різного генезу, зниження активності вуглеводного обміну, період постменопаузи у жінок, ожиріння, метаболічний синдром, синдром Х.

11. Немає.
12. Можливі ускладнення характерні як і для будь-якого забору крові з вени, для їх запобігання потрібно суворо дотримуватись загально визначених правил венепункції. Визначення прозапальних цитокінів являється автоматизованим процесом зі зведенням до мінімуму людського фактору, що підвищує цінність методу.
13. ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України».
14. Немає.
15. Фуштей І.М., Подсевахіна С.Л., Паламарчук О.І. (0612240903), Ткаченко О.В.

Реєстр. № 151/1/14

1. **СПОСІБ НОРМАЛІЗАЦІЇ ПІДВИЩЕНОГО АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ.**
2. НДР «Особливості remodelювання судин еластичного типу та ранніх проявів нефропатії у хворих на есенціальну гіпертензію у поєднанні з метаболічним синдромом та інсуліннезалежним цукровим діабетом», 0110U002667, 2010-2014 рр.
3. Кардіологія.
4. 2+, С.
5. Деклараційний патент на корисну модель 84112 МПК А61В5/00 (2013.01). Спосіб нормалізації підвищеного артеріального тиску / Фуштей І.М., Паламарчук О.І., Подсевахіна С.Л., Паламарчук І.Г., Кривохацька Ю.О.; заявник та патентовласник ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України». - № U201304608; заявл. 12.04.2013; опубл. Бюл. №19, 10.10.2013.
6. Немає.
7. В основу нововведення поставлено задачу розробити спосіб нормалізації підвищеного артеріального тиску (АТ) з врахуванням функціонального стану системи регуляції АТ, який дозволяв би призначати антигіпертензивну терапію диференційовано – в залежності від індивідуальних механізмів, що спричиняють підвищення АТ і, таким чином, підвищити ефективність антигіпертензивної терапії, зменшити кількість побічних явищ від лікування, вартість лікування і покращити якість життя хворих.
Поставлена задача удосконалення способу нормалізації підвищеного АТ, вирішується за рахунок того, що у способі, який включає призначення антигіпертензивних препаратів групи бета-адреноблокаторів і блокаторів кальцієвих каналів, новим є те, що перед призначенням антигіпертензивної терапії встановлюють основний тип реагування системи регуляції кровообігу (СРК) в умовах компресійного впливу на передню черевну стінку (ПЧС) і, в залежності від того, який механізм залучений до підвищення АТ - серцевий (збільшення частоти серцевих скорочень (ЧСС) при компресійному впливі на ПЧС), чи судинний (збільшення тонуусу судин в умовах компресійного впливу на ПЧС) проводять медикаментозну корекцію підвищеного АТ.
За день до проведення дослідження обстежуваному рекомендують утримання від споживання алкоголю та кофеїн-вміщуючих речовин, від куріння тютюну не менш ніж за 40 хвилин до дослідження. Вісцero-компресійну пробу для визначення функціонального стану системи регуляції АТ проводять наступного дня в умовах температурного комфорту, тиші та відсутності небажаних подразників. Зранку (800-1200), в сидячому положенні та розслабленому стані, після роз'яснювальної бесіди на передній черевній стінці досліджуваного розміщують манжету типового артеріального тонометра та фіксують її шляхом оперізування пришитими до чохла тасьмами таким чином, щоб це не утруднювало дихання.

Спочатку визначають вихідні дані. Вимірюють у досліджуваного показники АТ (СТ та ДТ) за загальноприйнятою методикою М.С. Короткова та ЧСС за 1 хвилину. Реєструють грудну реограму (РГ) за загально прийнятим методом Кубічека. Далі, таким же чином, після 5 хв. адаптації (з нульовим рівнем тиску в манжеті компресійного тонометра), вимірюють показники ЧСС та АТ, реєструють грудну реограму – при кожному, зростаючому за величиною, компресійному впливі на передню черевну стінку другим тонометром шляхом дозованого, контрольованого манометром нагнітання повітря в манжету до рівня 10; 20; 40; 60; 80; 100 мм рт.ст. Нагнітання повітря до манжети компресійного тонометра припиняють кожного разу після досягнення вказаних величин компресійного тиску на час вимірювання показників АТ та ЧСС і реєстрації грудної реограми, продовжують через 2 хв. до досягнення наступного рівня компресійного тиску. Після останнього вимірювання, в умовах тиску в манжеті 100 мм рт.ст., відкривають повністю кран системи компресійного тонометра, випускають повітря з манжети до тиску “0” мм рт. ст. і реєструють показники АТ та ЧСС, грудну реограму безпосередньо після такої декомпресії, а також через 3 і 5 хв. після декомпресії. Усі отримані показники АТ, ЧСС, грудної реограми заносять у таблицю протоколу дослідження. На основі цих даних будують комплексний координатний графік. При цьому на вісі абсцис позначають умови визначення показників кардіогемодинаміки (вихідний стан, стан під дією компресійного впливу на передню черевну стінку (10, 20, 40, 60, 80, 100 мм рт.ст.), стан одразу та через 3 і 5 хвилин після припинення компресійного впливу). На вісі ординат – відповідні величини показників кардіогемодинаміки (ЧСС, СТ, ДТ, дикротичного індексу (ДКІ), діастолічного індексу (ДСІ), ударного об’єму крові (УОК). Значення ДКІ, ДСІ, розраховують за даними усереднених цифр з 5 реографічних циклів для складових того чи іншого показника.

Діастолічний індекс (ДСІ):

$$ДСІ = \frac{h_6}{h_3} \times 100, \%$$

де h_6 – амплітуда діастолічної хвилі, Ом; h_3 – амплітуда основної хвилі РГ, Ом.

Дикротичний індекс (ДКІ):

$$ДКІ = \frac{h_5}{h_3} \times 100, \%$$

де h_5 – амплітуда дикротичної хвилі, Ом.

У залежності від виявлених змін показників АТ, ЧСС, ДСІ та ДКІ грудної РГ призначають лікування:

- якщо збільшення систолічного і діастолічного АТ супроводжувалось суттєвим (більше 5 % від вихідного рівня) збільшенням ЧСС при компресійному впливі на ПЧС - призначають бета-адреноблокатор (бетаксолон 20 мг на добу);
- при збільшенні АТ за рахунок підвищення тону судин (збільшення ДКІ, ДСІ за даними грудної реограми) призначають блокатор кальцієвих каналів (амлодипін 10 мг на добу);
- при збільшенні АТ за рахунок серцевої (ЧСС) і судинної (ДКІ, ДСІ) складової призначають і бета-адреноблокатор (бетаксолон 10 мг на добу) і блокатор кальцієвих каналів (амлодипін 5 мг на добу).

Застосування диференційованого, в залежності від залучених патогенетичних механізмів, підходу до нормалізації АТ дозволяє: призначити патогенетично

- обґрунтовану антигіпертензивну терапію, що буде цілеспрямовано впливати на порушені ланки регуляції АТ, зменшити дозу антигіпертензивних препаратів, які призначаються пацієнтам, зменшити кратність їх прийому, що призводить до зменшення кількості побічних явищ, підвищення ефективності лікування, зменшення економічних витрат на лікування, поліпшення якості життя та довгострокового прогнозу.
8. Медична ефективність: підвищення ефективності медикаментозної корекції підвищеного артеріального тиску при артеріальних гіпертензіях - гіпертонічній хворобі, вторинних артеріальних гіпертензіях. Соціальна ефективність: зменшення кількості ускладнень та побічних явищ від антигіпертензивної терапії, покращення якості життя хворих на артеріальну гіпертензію. Економічна ефективність: зменшення витрат на препарати для нормалізації артеріального тиску, зменшення терміну перебування хворих на артеріальну гіпертензію у стаціонарі.
 9. Комплекс реографічний, типовий артеріальний тонометр для компресійного впливу на передню черевну стінку, типовий артеріальний тонометр для вимірювання АТ за М.С. Коротковим.
 10. Артеріальні гіпертензії - гіпертонічна хвороба, симптоматичні артеріальні гіпертензії.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», 69096, м. Запоріжжя, бульвар Вінтера 20, тел. (061) 279-16-38.
 14. Немає.
 15. Фуштей І.М., Паламарчук О.І. (0677797630), Подсевахіна С.Л., Кривохацька Ю.О.

Реєстр. № 152/1/14

- 1 **МЕТОД ОЦІНКИ ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ У ДОРΟΣЛИХ ХВОРИХ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ.**
- 2 НДР «Визначити патоморфологічні, патофізіологічні чинники формування процесів післяопераційної адаптації і деадаптації організму при вроджених захворюваннях серця і їх роль у формуванні обмежень життєдіяльності», 0110U006157, 2010-2012 рр.
- 3 Кардіологія.
- 4 2++, В.
- 5 Обмеження життєдіяльності при вроджених вадах серця у дорослих. Монографія для лікарів медико-експертних установ та лікувально-профілактичних закладів, наукових співробітників, студентів старших курсів медичних вузів / А. В. Іпатов, О. М. Лисунець, І. Я. Ханюкова, І. В. Дроздова, А. Ф. Шипко, Ю. В. Ткаченко // Дніпропетровськ: Пороги, 2012. – 203 с.
- 6 Немає.
- 7 Розроблено метод оцінки обмеження життєдіяльності з позицій Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я у дорослих хворих із вродженими вадами серця після хірургічної корекції, який передбачає комплексну оцінку функцій організму, структур організму, активності і участі пацієнта, чинників навколишнього середовища для об'єктивізації критеріїв визначення групи інвалідності та, у подальшому, процесу розробки адекватних індивідуальних програм реабілітації.

- 8 Метод оцінки обмеження життєдіяльності з позицій Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я у хворих із вродженими вадами серця після хірургічної корекції, що сприятиме об'єктивізації критеріїв визначення груп інвалідності та, у подальшому, процесу розробки адекватних індивідуальних програм реабілітації. Покращання якості та удосконалення надання спеціалізованої медико-експертної та реабілітаційної допомоги хворим із вродженими вадами серця після хірургічної корекції, зменшення показників інвалідності населення внаслідок вроджених захворювань серця шляхом проведення оцінки обмеження життєдіяльності з позицій Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я у хворих із вродженими вадами серця після хірургічної корекції, що буде сприяти реінтеграції інвалідів із даною патологією та збереженню трудових ресурсів держави.
- 9 Клініко-діагностичне обладнання для обстеження хворого із вродженими вадами серця, психологічні опитувальники, програма соціального обстеження.
- 10 Дорослі хворі із вродженими вадами серця після хірургічної корекції.
- 11 Немає.
- 12 При чіткому дотриманні алгоритму оцінки обмеження життєдіяльності з позицій Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я у хворих із вродженими вадами серця після хірургічної корекції, який розроблено, ускладнень і помилок не виникає.
- 13 Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», 49027, м. Дніпропетровськ, пров. Радянський, 1-А, тел. (056) 744-86-26.
- 14 Немає.
- 15 Іпатов А.В., Лисунець О.М., Ханюкова І.Я., Ткаченко Ю.В. (0562473272).

Реєстр. № 153/1/14

- 16 **СПОСІБ ВИКОРИСТАННЯ ГЛІАЛЬНО-ФІБРИЛЯРНОГО КИСЛОГО БІЛКА В ЯКОСТІ МОЛЕКУЛЯРНОГО МАРКЕРА ПОШКОДЖЕННЯ НЕРВОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ З КОРИГОВАНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ.**
- 17 НДР «Визначити патоморфологічні, патофізіологічні чинники формування процесів післяопераційної адаптації і деадаптації організму при вроджених захворюваннях серця і їх роль в формуванні обмежень життєдіяльності», 0110U006157, 2010-2012 рр.
- 18 Кардіологія.
- 19 2+, С.
- 20 Пат. на корисну модель 76279 Україна, МПК G01N 33/53 (2006.01). Спосіб визначення ураження головного мозку у хворих після хірургічної корекції вроджених вад серця / Лисунець О. М., Недзвецький В. С., Ханюкова І. Я., Ткаченко Ю. В., Танцура О. В. – заявл. 02.07.12 ; опубл. 25.12.12, Бюл. № 24.
- 21 Немає.
- 22 Розроблено новий спосіб визначення морфологічних та функціональних змін головного мозку у хворих після хірургічної корекції вад серця, що включає проведення імунохімічного дослідження крові із застосуванням ідентифікації аутоантитіл до гліально-фібрилярного кислого білку (маркера поразки тканин мозку та підвищення проникності гематоенцефалічного бар'єру) та їх подальшу оцінку.
- 23 Оптимізація обстеження хворих після хірургічної корекції вад серця щодо наявності морфологічних та функціональних змін головного мозку шляхом

- проведення малоінвазивного втручання з дослідженням периферичної крові, що забезпечує атравматичність проведення, відсутність ризику ускладнень, та розширення меж його клінічного використання в практиці роботи лікувально-профілактичних закладів (кардіологія, терапія, неврологія) та медико-соціальних експертних комісій. Медичний ефект – покращання об'єктивності й точності визначення наявності морфологічних та функціональних змін головного мозку у хворих після хірургічної корекції вад серця. Соціальний і економічний ефект - підвищення якості надання медико-експертної та реабілітаційної допомоги населенню України та зменшення рівня інвалідності.
- 24 Лабораторне обладнання для проведення методу імуноблотингу при обстеженні хворого із вадами серця.
 - 25 Наявність когнітивних та вегетативних розладів у хворих з вадами серця після хірургічної корекції з використанням штучного кровообігу.
 - 26 Немає.
 - 27 При чіткому дотриманні способу визначення морфологічних та функціональних змін головного мозку у хворих після хірургічної корекції вад серця, який розроблено, ускладнень і помилок не виникає.
 - 28 Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» (ДУ «УкрДержНДІ МСП МОЗ України»), 49027, м. Дніпропетровськ, пров. Радянський, 1-А, тел. (056) 744-86-26.
 - 29 Немає.
 - 30 Лисунець О.М., Недзвецький В.С., Ханюкова І.Я., Ткаченко Ю.В., Танцура О.В. (0562473272).

Реєстр. № 154/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ НЕСПРИЯТЛИВИХ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ПОДІЙ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІІ СТАДІЇ ПРОТЯГОМ РОКУ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО МОЗКОВОГО ІШЕМІЧНОГО ПІВКУЛЬОВОГО ІНСУЛЬТУ.**
2. НДР «Патогенетичні, клінічні і прогностичні особливості уражень органів-мішеней у хворих з серцево-судинними захворюваннями та розробка і обґрунтування нових напрямків діагностики, профілактики і лікування», 0108 U 005117.
3. Кардіологія.
4. 1+, А.
5. Пат. України № 78270, МПК (2013.01) G01N33/00 A61B 5/00 Спосіб діагностики підвищеного ризику виникнення несприятливих кардіоваскулярних подій у хворих на гіпертонічну хворобу ІІІ стадії протягом року після перенесеного мозкового ішемічного півкульового інсульту // Промислова власність. – 2013 - № 6.
6. Немає.
7. Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає визначення кількісним високочутливим методом циркулюючого рівня С-РП та подальшу стратифікацію хворих у групу високого ризику виникнення прогностично несприятливих подій за рівням пікової концентрації С-РП, новим є те, що піковою концентрацією С-РП вважають 2,47 мг/л, і якщо показник С-РП дорівнює або вищий за цій показник, то прогнозують високий ризик виникнення кардіоваскулярних подій (раптова смерть, повторний інсульт або транзиторна

- ішемічна атака, інші кардіоваскулярні події, госпіталізації за цими причинами тощо).
8. Використання С-РП як біологічного маркера несприятливого перебігу захворювання у випадку досягнення адекватного контролю над супутньою артеріальною гіпертензією є простим, доступним, економічно незначущим методом стратифікації хворих у групу високого ризику із сприятливою чутливістю та специфічністю, це дозволить підвищити ефективність лікування та реабілітації хворих на гіпертонічну хворобу III стадії, що перенесли ішемічний пів кульовий інсульт, знизити кількість ускладнень та фатальних наслідків на 12%.
 9. Набір для визначення кількості С-реактивного протеїна імуноферментним методом з використанням комерційних лабораторних наборів.
 10. Хворі на гіпертонічну хворобу III стадії в перші 3 тижні після перенесеного ішемічного мозкового інсульту.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
 14. Немає.
 15. Березін О.Є., Лісова О.О. (0676024564).

Реєстр. № 155/1/14

- 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СИНУСОВОЇ ТАХІКАРДІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ Q-ІНФАРКТ МІОКАРДА, УСКЛАДНЕНИЙ АНЕВРИЗМОЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА ГОСТРОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ.**
2. НДР «Дослідження клініко-патогенетичних особливостей ішемічної хвороби серця у пацієнтів з різними варіантами перебігу, ускладненнями та супутніми патологічними станами, удосконалення методів діагностики та оптимізація лікування», 0109U003983.
3. Кардіологія.
4. 2+, С.
5. Пат. 78763 Україна, МПК (2013.01) А61К 31/00. Спосіб діагностики аневризми лівого шлуночка серця у хворих на гострий Q-інфаркт міокарда / В.Д. Сиволап (Україна), С.М. Кисельов (Україна) // Промислова власність. – 2013. - № 6.
6. Немає.
7. Проводять лікування за стандартами медичної допомоги (базисна терапія). Як пульсуповільнюючий засіб хворому призначають івабрадин в дозі 5 мг два рази на добу.
8. Реалізація зазначеного нововведення сприятиме підвищенню ефективності лікування хворих на гострий Q-інфаркт міокарда, ускладнений аневризмою лівого шлуночка та гострою серцевою недостатністю та зниження ліжко-дня (тривалість перебування хворого в стаціонарі).
9. Івабрадин, базисна терапія.
10. Синусова тахікардія у хворих на гострий Q-інфаркт міокарда, ускладнений аневризмою лівого шлуночка та гострою серцевою недостатністю.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.
15. Сиволап В.Д. (0612336175), Кисельов С.М.

Реєстр. № 156/1/14

- 1. СПОСІБ УЛЬТРАСТРУКТУРНОЇ ДІАГНОСТИКИ НЕЗВОРОТНОЇ ГІБЕРНАЦІЇ МІОКАРДА ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ**
2. НДР «Вплив гострого інфаркту міокарда, артеріальної гіпертензії і цукрового діабету 2 типу на ультраструктурне ремоделювання міокарда і розвиток серцевої недостатності», 0111U005205, 2011-2013 рр.
3. Кардіологія
4. 2+, С.
5. Патент № 63576 У Україна, МПК А61В8/00. Спосіб ультраструктурної діагностики незворотної гібернації міокарда при ішемічній хворобі серця / Кияк Ю.Г., Барнетт О.Ю., Беш Д.І., Ковалишин В.І., Кияк Ю.Г. –u201103778; заявлено 29.03.2011; опубл.11.10.2011, Бюл.№19
6. Немає.
7. Ультраструктурна діагностика незворотної гібернації міокарда у пацієнтів з ішемічною хворобою серця полягає у виявленні кумуляції гранул глікогену у формі розеток (альфа-глікоген), що не є характерним для м'язової тканини і свідчить за незворотність ураження кардіоміоцитів і втрату ними органоспецифічності. Особливості кумуляції і агрегації глікогену у формі розеток (альфа-глікоген) є показником важкої і незворотної гібернації кардіоміоцитів.
8. Запропонований спосіб лікування дозволяє провести більш ефективне лікування розладів адаптації, ускладнених вживанням алкоголю; відновити та закріпити адаптаційні можливості. дозволяє включити резервні можливості організму та відновити психічні та фізичні сили.
9. Використання запропонованого способу дозволить покращити контроль за перебігом ішемічної хвороби серця, оптимізувати лікування та допоможе виявити групу пацієнтів з несприятливим прогнозом захворювання і показами до хірургічного лікування (резекція аневризми серця, вентрикулопластика).
10. Діагностика життєздатності кардіоміоцитів.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032)2767817.
14. Немає.
15. Кияк Ю.Г. (0322587473), Барнетт О.Ю., Беш Д.І., Ковалишин В.І., Кияк Г.Ю.

Реєстр. № 157/1/14

- 1. СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ ФІЗИЧНОГО ВИСНАЖЕННЯ, ЩО ПРИЗВОДИТЬ ДО РАПТОВОЇ СЕРЦЕВОЇ СМЕРТІ У ЛАБОРАТОРНИХ ТВАРИН (ЩУРІВ).**
2. НДР «Епігенетичні, генетичні, біохімічні та імунні фактори регуляції балансу мітозу, постмітотичної гіпертрофії та апоптозу у розвитку патології критичних станів, у тому числі раптової серцевої смерті».
3. Кардіологія.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 71315 Україна, МПК G09В 23/28. Заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл 10.07.2012, Бюл. № 13/2012.

6. Немає.
7. Спосіб моделювання фізичного виснаження, що призводить до раптової серцевої смерті у лабораторних тварин (щурів) шляхом виснаження відновних систем організму поступовим збільшенням стресорного іммобілізаційного навантаження, що призводить до виснаження, а на фоні виснаження відновних систем виконують моделювання піку активності симпатичної нервової системи, шляхом застосування фізичного навантаження після тривалої іммобілізації в нефізіологічному положенні, та порушення мікроциркуляторного русла, шляхом застосування фізичного навантаження після іммобілізації в нефізіологічному положенні та контрольованої гіпотермії. Контроль виснаження проводиться за визначенням функціонального резерву клітин.
8. Модель є ефективною при моделюванні РСС і може бути використана у практиці науково-дослідних та лікувальних установ з подальшим науковим застосуванням, а також може бути використана для проведення досліджень ефективності лікарських засобів та лікувальних маніпуляцій, що мають на меті, запобігти РСС.
9. Лаборант, робітник по догляду за тваринами, спеціаліст з проточної цитометрії, набір для визначення кількості апоптичних клітин, системи забору венозної крові, проточний цитометр.
10. Вивчення особливості розвитку серцевої недостатності зокрема раптової серцевої смерті, а також у випробуваннях лікарських засобів, що призначені до використання при серцевих захворюваннях та запобігання розвитку серцевої смерті.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика.
14. Немає.
15. Ігрунова К.М., Аніщук М.Г., Андріяш В.В., Ватліцов Д.В. (044) 205-49-47.

КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ. ЗАГАЛЬНА ФАРМАЦІЯ. ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ФОРМАЦІЄЮ.

Реєстр. № 158/1/14

1. **СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ ГІПОКСИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ.**
2. НДР «Дизрегуляторні порушення нейроімуноендокринних взаємовідносин та шляхи їх корекції», 0114V002469, 2014-2019 рр.
3. Фармакологія, патологічна фізіологія, нефрологія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 90547 МПК (2014.01) А61В 17/00. Спосіб моделювання гіпоксичної нефропатії / Філіпець Н.Д., Давиденко І.С., Пашковський В.М., Філіпець О.О., Гоженко А.І.; власник Буковинський державний медичний університет. – № u 2014 00899; заявл 31.01.2014; опубл. 26.05.2014, Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Розроблена і апробована модель гіпоксичної гістогемічної нефропатії, яка виникає у лабораторних білих щурів після підшкірного введення метгемоглобіноутворювача нітриту натрію у дозі 50 мг/кг маси тіла і введення через 30 хвилин цитотоксиканту 2,4-динітрофенолу внутрішньоочередивно у дозі 3 мг/кг маси тіла.
8. Перевагами запропонованого способу моделювання гіпоксичної нефропатії, порівняно з наявними аналогами – моделями гіпобаричної чи викликаного введенням лише нітритом натрію гіпоксії, є одночасне зниження вмісту кисню в

крові та роз'єднання процесів окиснення та фосфорилування, що відтворює комбіноване гіпоксичне пошкодження організму з ураженням органів мішеней. Формування поєднаної гістогемічної гіпоксичної нефропатії підвищує надійність моделювання ураження каналцевого та клубочкового секторів нефрону, що має науково-практичну цінність для поглиблення знань стосовно механізмів розвитку пошкоджень нирок, а також для встановлення гломеруло- та тубулопротекторних властивостей лікарських засобів.

9. Нітрит натрію, 2,4-динітрофенол, шприц медичний.
10. В експериментальній медицині для дослідження і встановлення нефропротективних ефектів лікарських засобів при кисневому дисбалансі, для вивчення адаптаційно-компенсаторних і патофізіологічних механізмів, а також – функціонально-морфологічного стану нирок за умов розвитку та прогресування гіпоксичної нефропатії.
11. Немає.
12. Немає.
13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58002.
14. Державне підприємство «Український науково-дослідний інститут медицини транспорту МОЗ України», вул. Канатна, 92, м. Одеса, Одеська обл., 65039.
15. Філіпець Н.Д., Двиденко І.С., Пашковський В.М., Філіпець О.О., Гоженко А.І.

Реєстр. № 159/1/14

- 1. КОМПЛЕКСНА РЕЧОВИНА З ПРОТИСУДОМНОЮ, АНАЛЬГЕТИЧНОЮ ТА ТРАНКВІЛІЗУЮЧОЮ ДІЄЮ ДЛЯ ВИКОРИСТАННЯ ПРИ ЕКВІВАЛЕНТАХ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ ЦНС.**
2. НДР «Дослідження фармакологічних властивостей нестероїдних протизапальних засобів в умовах еквівалентів депресії, епілепсії та паркінсонізму», 0113U000630, 2013-2015 рр.
3. Фармакологія та клінічна фармакологія.
4. 2+.
5. Патент 77666 Україна, МПК C07C 211/00 A 61K 31/16 A61P 29/00. Гідрохлорид 2-(1-аміноетил) біцикло [2.2.1] гептану (дейтифорин), який виявляє анальгетичну, транквілізуючу та протисудомну дію / Зленко О.Т., Мамчур В.Й., Пальчиков В.О., Заровна І.С., Даниленко Г.І., Іванов А.В.; заявник та патентовласник Дніпропетровська державна медична академія та Дніпропетровський Національний університет ім. О.Гончара. - Заявл. 23.07.2012; Опубл. 25.02.2013; Бюл. № 4. - 4 с.
6. Немає.
7. При патології ЦНС, зокрема епілепсії та депресії, з супутнім больовим синдром вплив на виродженість болю може бути досягнутий завдяки включення до

терапії комплексної речовини гідрохлорид 2-(1-аміноетил) біцикло [2.2.1] гептану (дейтифорин). Введення цієї речовини забезпечує розвиток більш вираженого протисудомного, безпозаспокійливого та транквілізуючого ефекту ніж загальновідомі засоби. Також, завдяки комплексній дії речовини знижується кількість побічних явищ, які розвиваються при одночасному використанні двох і більше лікарських засобів.

8. Медичні: корекція больового синдрому комплексною речовиною при епілепсії та депресії призводить до протисудомного, транквілізуючого та болетамуючого ефектів. Соціальні: зниження частоти ускладнень медикаментозної терапії при епілепсії та депресії завдяки використанню однієї речовини з комплексною дією. Економічні: зменшення на 15-20% витрат на лікування обумовлене комплексною дією однієї речовини. Немає необхідності в призначенні двох і більше лікарських засобів.
9. Гідрохлорид 2-(1-аміноетил) біцикло [2.2.1] гептану (дейтифорин).
10. Епілепсія та депресія.
11. Індивідуальна непереносимість речовини.
12. Алергічні реакції. При розвитку ускладнень необхідно відмінити прийом речовини, призначити відповідну симптоматичну терапію.
13. Державний заклад “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”, 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. (056) 45-15-65.
14. Дніпропетровський Національний університет ім. О. Гончара, 49010, м. Дніпропетровськ, пр. Гагарина, 72, тел. (056) 776-82-14.
15. Зленко О.Т. (0567135553), Мамчур В.Й. (0567135553), Опришко В.І (0567135553), Носівець Д.С. (0567135553), Шастун Н.П. (0567135553), Іванов А.В. (0567135553).

Реєстр. № 160/1/14

1. **2-([3-БЕНЗИЛКСАНТИН-8-ІЛ)-МЕТИЛ]ТІО)-N'-[(1Z)-(5-ХЛОРО-3-ЕТИЛ-1-МЕТИЛ-1Н-ПІРАЗОЛ-4-ІЛ)МЕТИЛІЛІДЕН]-АЦЕТОГІДРАЗИДУ, ЯКИЙ ВІЯВЛЯЄ АНТИМІКРОБНУ ДІЮ.**
2. НДР «Синтез, фізико-хімічні та біологічні властивості похідних 3-R-8-гідроксиметилксантинів – потенційних кардіопротекторних засобів», 0110U000908, 2010 - 2014 рр.
3. Фармацевтична хімія та фармакогнозія.
4. 1+, А.
5. Патент України на корисну модель № 84227 Україна, МПК С07D 473/00. 2-([3-бензилксантин-8-іл)-метил]тіо)-N'-[(1Z)-(5-хлоро-3-етил-1-метил-1Н-піразол-4-іл)метиліліден]-ацетогідрозиду, який виявляє антимікробну дію / Дячков М.В.,

Александрова К. В., Камишний О.М., Пліщук Н.М., Шкода О.С.; заявник та патентовласник Запорізь. держ. мед. ун-т та автори. – № u201305627 ; заявл. 30.04.13; опубл. 10.10.13, Бюл. № 19.

6. Немає.
7. Нова біологічно активна сполука – 2-([3-бензилксантин-8-іл)-метил]тіо)-N'-[(1Z)-(5-хлоро-3-етил-1-метил-1H-піразол-4-іл)метиліліден]-ацетогідразид, який виявляє антимікробну дію. Корисна модель може бути використана у створенні нової біологічно активної сполуки в ряді похідних 3-R-8-гідроксиметилксантинів і застосована для створення лікарських форм з цією сполукою з метою лікування патологій, викликаних патогенною мікрофлорою.
8. Доступність реактивів для синтезу, нескладна методика отримання, можливість використання при виготовленні лікарських засобів.
9. Реактиви та розчинники для органічного синтезу, апаратура для аналітичних методів дослідження (УФ- та ІЧ-спектрофотометри, ПМР- і мас-спектрометри), хімічний посуд, ваги ручні, ваги технічні та лабораторні.
10. Лікування патологій, викликаних патогенною мікрофлорою.
11. Не досліджувалися.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 34-22-61.
14. Немає.
15. Дячков М.В. (0612342442), Александрова К.В. (0612342442), Камишний О.М. (06123424-42), Поліщук Н.М. (0612342442), Шкода О.С. (0612342442).

Реєстр. № 161/1/14

1. **4-((3-МЕРКАПТО-5-(4-НІТРОФЕНІЛ)-4Н-1,2,4-ТРИАЗОЛ-4-ІЛІМІНО)МЕТИЛ)-2-МЕТОКСИ-6-НІТРОФЕНОЛ, ЩО ВИЯВЛЯЄ ПРОТИМІКРОБНУ ТА ПРОТИГРИБКОВУ АКТИВНІСТЬ**
2. НДР «Дослідження синтетичних, фізико-хімічних та біологічних властивостей похідних 5-арил- та 5-гетерил-1,2,4-тріазол-3-тіону», 0113U005084, 2013 – 2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель № 83483 МПК (2013.01), С07D 249/00, А61К31/41, 4-((3-меркапто-5-(4-нітрофеніл)-4Н-1,2,4-тріазол-4-іліміно)метил)-2-метокси-6-нітрофенол, що виявляє протимікробну та протигрибкову активність – 2013. - № 17.
6. Немає.
7. Нова біологічно активна сполука – 4-((3-меркапто-5-(4-нітрофеніл)-4Н-1,2,4-тріазол-4-іліміно)метил)-2-метокси-6-нітрофенол структура якого забезпечує протимікробну та протигрибкову активність.
8. Забезпечується економія коштів фармацевтичних фабрик та заводів на закупівлі біологічно активної субстанції, використання біологічно активної субстанції для можливого створення оригінального вітчизняного лікарського засобу з метою підвищення ефективності лікування патологічних станів, пов'язаних з психоемоційно-фізичним перенавантаженням.
9. Наявність сертифікованих лабораторій для проведення синтетичних робіт, наявність договорів з дослідними організаціями на проведення до клінічних та клінічних випробувань, наявність сертифікованих лабораторій для досліджень гострої та хронічної токсичності і біологічної активності субстанцій, наявність

кваліфікованих спеціалістів фармацевтичного та медичного напрямку підготовки.

10. Корекція патологічних станів, пов'язаних інфекційними захворюваннями.
11. Не досліджувалися.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає
15. Щербак М.О. (0612336197), Каплаушенко А.Г. (0612336197), Камишний О.М. (0612342631), Поліщук Н.М. (0612342631).

Реєстр. № 162/1/14

1. **4-МЕТОКСИБЕНЗІЛІДЕН-2-(3-(4-МЕТОКСИФЕНІЛ)-1Н-1,2,4-ТРИАЗОЛ-5-ІЛТІО)АЦЕТОГІДРАЗІД, ЩО ВИЯВЛЯЄ ПРОТИМІКРОБНУ ТА ПРОТИГРИБКОВУ АКТИВНІСТЬ.**
2. НДР «Дослідження синтетичних, фізико-хімічних та біологічних властивостей похідних 5-арил- та 5-гетерил-1,2,4-тріазол-3-тіону», 0113U005084, 2013 - 2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель № 83485 МПК (2013.01), С07D 249/00, А61К31/41, 4-метоксибензіліден-2-(3-(4-метоксифеніл)-1Н-1,2,4-тріазол-5-ілтіо)ацетогідразид, що виявляє протимікробну та протигрибкову активність – 2013. - № 17.
6. Немає.
7. Нова біологічно активна сполука – 4-метоксибензіліден-2-(3-(4-метоксифеніл)-1Н-1,2,4-тріазол-5-ілтіо) структура якого забезпечує протимікробну та протигрибкову активність.
8. Забезпечується економія коштів фармацевтичних фабрик та заводів на закупівлі біологічно активної субстанції, використання біологічно активної субстанції для можливого створення оригінального вітчизняного лікарського засобу з метою підвищення ефективності лікування патологічних станів, пов'язаних з психоемоційно-фізичним перенавантаженням.
9. Наявність сертифікованих лабораторій для проведення синтетичних робіт, наявність договорів з дослідними організаціями на проведення до клінічних та клінічних випробувань, наявність сертифікованих лабораторій для досліджень гострої та хронічної токсичності і біологічної активності субстанцій, наявність кваліфікованих спеціалістів фармацевтичного та медичного напрямку підготовки.
10. Корекція патологічних станів, пов'язаних інфекційними захворюваннями.
11. Не досліджувалися.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.
15. Самелюк Ю.Г. (0612336197), Каплаушенко А.Г. (0612336197), Камишний О.М. (0612342631), Поліщук Н.М. (0612342631).

Реєстр. № 163/1/14

1. **5-(4-НІТРО-, (4-МЕТОКСИ-), (3,4,5-ТРИМЕТОКСИ-) ФЕНІЛ)-4-АМІНО(Н)- 3-ТІО-1,2,4-ТРИАЗОЛИ, ЩО ПРОЯВЛЯЮТЬ АНТИОКСИДАНТНУ АКТИВНІСТЬ.**
2. НДР «Дослідження синтетичних, фізико-хімічних та біологічних властивостей похідних 5-арил- та 5-гетерил-1,2,4-тріазол-3-тіону», 0113U005084, 2013 – 2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель № 80686 МПК (2013.01), С07D 249/00, А61К 31/41, 5-(4-нітро-, (4-метокси-), (3,4,5-триметокси-) феніл)-4-аміно(Н)- 3-тіо-1,2,4-тріазоли, що проявляють антиоксидантну активність – 2013. - № 11.
6. Немає.
7. Нові біологічно активні сполуки – 5-(4-нітро-, (4-метокси-), (3,4,5-триметокси-) феніл)-4-аміно(Н)- 3-тіо-1,2,4-тріазоли, структура яких забезпечує антиоксидантну активність.
8. Забезпечується економія коштів фармацевтичних фабрик та заводів на закупівлі біологічно активної субстанції, використання біологічно активної субстанції для можливого створення оригінального вітчизняного лікарського засобу з метою підвищення ефективності лікування патологічних станів, пов'язаних з психоемоційно-фізичним перенавантаженням.
9. Наявність сертифікованих лабораторій для проведення синтетичних робіт, наявність договорів з дослідними організаціями на проведення до клінічних та клінічних випробувань, наявність сертифікованих лабораторій для досліджень гострої та хронічної токсичності і біологічної активності субстанцій, наявність кваліфікованих спеціалістів фармацевтичного та медичного напрямку підготовки.
10. Корекція патологічних станів, що викликані наявністю вільних радикалів, які приводять до росту пухлин, а також ішемічної хвороби серця, цукрового діабету, ожиріння, тощо.
11. Не досліджувалися.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає
15. Каплаушенко А.Г. (0612336197), Лук'янчук В.Д. (0953506704), Щербак М.О. (0612342631), Самелюк Ю.Г. (0612336197).

Реєстр. № 164/1/14

1. **N₁-[8-(ФУРІЛ-2)-МЕТИЛАМІНОТЕОФІЛІНІЛ-7-ЕТАНОЇЛ]-N₄-ФЕНІЛТІОСЕМИКАРБАЗИДУ, ЯКИЙ ВИЯВЛЯЄ ДІУРЕТИЧНУ ТА ПРОТИЗАПАЛЬНУ ДІЇ.**
2. НДР «Синтез, фізико-хімічні та біологічні властивості N-заміщених пуринів, ксантинів та їх гетероанельованих похідних», 0110U000908, 2010 - 2014 рр.
3. Фармацевтична хімія та фармакогнозія.
4. 1+, А.
5. Патент України на корисну модель № 78750 Україна, МПК С07D 473/00. N₁-[8-(фуріл-2)-метиламінотеофілініл-7-етаноїл]-N₄-фенілтіосемикарбазид, який виявляє діуретичну та протизапальну дії / Юрченко Д. М., Александрова К. В., Романенко М. І. ; заявник та патентовласник Запоріж. держ. мед. ун-т та автори. – № u201212319 ; заявл. 29.10.12 ; опубл. 25.03.13, Бюл. № 6.
6. Немає.

7. Нова біологічно активна сполука – N₁-[8-(фуріл-2)-метиламінотеофілініл-7-етаноїл]-N₄-фенілтіосемикарбазид, який виявляє діуретичну та протизапальну дію. Корисна модель може бути використана у створенні нової біологічно активної сполуки в ряді похідних теофілініл-7-ацетатної кислоти і застосована для створення лікарських форм з цією сполукою з метою лікування патологій, що супроводжуються набряками та запальними процесами.
8. Доступність реактивів для синтезу, нескладна методика отримання, можливість використання при виготовленні лікарських засобів, які виявляють діуретичну та протизапальну дію.
9. Реактиви та розчинники для органічного синтезу, апаратура для аналітичних методів дослідження (УФ- та ІЧ-спектрофотометри, ПМР- і мас-спектрометри), хімічний посуд, ваги ручні, ваги технічні та лабораторні.
10. Усунення набряків, запальних процесів різного генезу.
11. Не досліджувалися.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 34-22-61.
14. Немає.
15. Юрченко Д.М. (0612342442), Александрова К.В. (0612342442), Романенко М.І. (0612342442).

Реєстр. № 165/1/14

1. **ВОДРОЗЧИННІ СОЛІ 3-БЕНЗИЛ(ФЕНІЛ)-8-ГІДРОКСИМЕТИЛКСАНТИНІВ, ЯКІ ВИЯВЛЯЮТЬ АНТИОКСИДАНТНУ ДІЮ.**
2. НДР «Синтез, фізико-хімічні та біологічні властивості похідних 3-R-8-гідроксиметилксантинів – потенційних кардіопротекторних засобів», 0110U000908, 2010 - 2014 рр.
3. Фармацевтична хімія та фармакогнозія.
4. 1+, А.
5. Пат. 82191 Україна, МПК С07D 473/00. Водорозчинні солі 3-бензил(феніл)-8-гідроксиметилксантинів, які виявляють антиоксидантну дію / Дячков М. В., Шкода О. С., Александрова К. В., Беленічев І. Ф., Носач С. Г.; заявник та патентовласник Запорізький держ. мед. університет та автори. – № u201301306 ; заявл. 04.02.2013 ; опубл. 25.07.2013, Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Нові біологічно активні сполуки – водорозчинні солі 3-бензил(феніл)-8-гідроксиметилксантинів, які виявляють антиоксидантну дію. Корисна модель може бути використана у створенні нової біологічно активної сполуки в ряді похідних 3-R-8-гідроксиметилксантинів і застосована для створення лікарських форм з цією сполукою з метою лікування патологій організму що пов'язані з виникненням гіпоксій та недостатністю кровотоку.
8. Доступність реактивів для синтезу, нескладна методика отримання, можливість використання при виготовленні лікарських засобів, які виявляють антиоксидантну дію.
9. Реактиви та розчинники для органічного синтезу, апаратура для аналітичних методів дослідження (УФ- та ІЧ-спектрофотометри, ПМР- і мас-спектрометри), хімічний посуд, ваги ручні, ваги технічні та лабораторні.
10. Захворювання що супроводжуються виникненням гіпоксій та недостатністю кровотоку.
11. Не досліджувались.
12. Немає.

13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 34-22-61.
14. Немає.
15. Дячков М.В. (0612342442), Шкода О.С. (0612342442), Александрова К.В. (0612342442), Беленічев І.Ф. (0612342442), Носач С.Г. (0612342442).

Реєстр. № 166/1/14

1. **ЗАСТОСУВАННЯ МОРФОЛІНІЮ 2-(5-(4-ПІРИДИЛ)-4-(2-МЕТОКСИФЕНІЛ)-1,2,4-ТРИАЗОЛ-3-ІЛТІО)АЦЕТАТУ АБО ПІПЕРИДИНІЮ 2-(5-(ФУРАН-2-ІЛ)-4-ФЕНІЛ-1,2,4-ТРИАЗОЛ-3-ІЛТІО)АЦЕТАТУ ЯК НЕЙРОТРОПНИХ АГЕНТІВ.**
2. НДР «Дослідження синтетичних, фізико-хімічних та біологічних властивостей похідних 5-арил- та 5-гетерил-1,2,4-триазол-3-тіону», 0113U005084, 2013 - 2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель № 76334 МПК (2012.01), С07D 249/00, С07D 249/08, А61К 36/00, А61К 38/00, А61К 31/00, А61К 35/00, Застосування морфолінію 2-(5-(4-піридил)-4-(2-метоксифеніл)-1,2,4-триазол-3-ілтіо)ацетату або піперидинію 2-(5-(фуран-2-іл)-4-феніл-1,2,4-триазол-3-ілтіо)ацетату як нейротропних агентів – 2012. - №24.
6. Немає.
7. Нова біологічно активна сполука – 2-(5-(4-піридил)-4-(2-метоксифеніл)-1,2,4-триазол-3-ілтіо)ацетат або піперидинію 2-(5-(фуран-2-іл)-4-феніл-1,2,4-триазол-3-ілтіо)ацетат структура яких забезпечує нейропротекторну активність.
8. Забезпечується економія коштів фармацевтичних фабрик та заводів на закупівлі біологічно активної субстанції, використання біологічно активної субстанції для можливого створення оригінального вітчизняного лікарського засобу з метою підвищення ефективності лікування патологічних станів, пов'язаних з психоемоційно-фізичним перенавантаженням.
9. Наявність сертифікованих лабораторій для проведення синтетичних робіт, наявність договорів з дослідними організаціями на проведення до клінічних та клінічних випробувань, наявність сертифікованих лабораторій для досліджень гострої та хронічної токсичності і біологічної активності субстанцій, наявність кваліфікованих спеціалістів фармацевтичного та медичного напрямку підготовки.
10. Корекція патологічних станів, пов'язаних з синдромом гострої ішемії.
11. Не досліджувалися.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.
15. Каплаушенко А.Г. (0612336197), Парченко В.В. (0612342261), Щербина Р.О. (0612342261), Панасенко О.І. (0612342261), Книш Є.Г. (0612362248), Беленічев І.Ф. (0612342741), Павлов С.В. (0612342741).

Реєстр. № 167/1/14

1. **НАТРІЙ 3-(4-МЕТИЛФЕНІЛ)-8-ГІДРОКСИМЕТИЛКСАНІД-7, ЯКИЙ ВИЯВЛЯЄ ДІУРЕТИЧНУ ДІЮ.**

2. НДР «Синтез, фізико-хімічні та біологічні властивості похідних 3-R-8-гідроксиметилксантинів – потенційних кардіопротекторних засобів», 0110U000908, 2010 - 2014 рр.
3. Фармацевтична хімія та фармакогнозія.
4. 1+, А.
5. МПК С07D 473/00 (2013.01). Натрій 3-(4-метилфеніл)-8-гідроксиметилксанід-7, який виявляє діуретичну дію / Дячков М. В., Беленічев І. Ф., Александрова К. В., Шкода О. С.; заявник та патентовласник Запорізь. держ. мед. ун-т та автори. – № u201303949 ; заявл. 01.04.2013; опубл. 10.10.13, Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Нова біологічно активна сполука – Натрій 3-(4-метилфеніл)-8-гідроксиметилксанід-7, який виявляє діуретичну дію. Корисна модель може бути використана у створенні нової біологічно активної сполуки в ряді похідних 3-R-8-гідроксиметилксантинів і застосована для створення лікарських форм з цією сполукою з метою лікування патологій серцево-судинної системи, а також патологій що супроводжуються набряками.
8. Доступність реактивів для синтезу, нескладна методика отримання, можливість використання при виготовленні лікарських засобів, які виявляють діуретичну дію.
9. Реактиви та розчинники для органічного синтезу, апаратура для аналітичних методів дослідження (УФ- та ІЧ-спектрофотометри, ПМР- і мас-спектрометри), хімічний посуд, ваги ручні, ваги технічні та лабораторні.
10. Лікування патологій серцево-судинної системи, а також патологій що супроводжуються набряками.
11. Не досліджувалися.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 34-22-61.
14. Немає.
15. Дячков М.В. (0612342442), Беленічев І.Ф. (0612342442), Александрова К.В. (0612342442), Шкода О.С. (0612342442).

Реєстр. № 168/1/14

1. **ПОХІДНІ 1,2,4-ТРИАЗОЛІВ, ЩО ПРОЯВЛЯЮТЬ АНАЛГЕТИЧНУ АКТИВНІСТЬ.**
2. НДР «Синтез, фізико-хімічні та біологічні властивості похідних 1,2,4-тріазолу», 0109U003987.
3. Фармація.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель № 75996 МПК (2012.01), С07D 249/00, А61К 31/00. Похідні 1,2,4-тріазолів, що проявляють аналгетичну активність // Промислова власність. – 2012. - № 24.
6. Немає.
7. Нові біологічно активні сполуки – 4-(фуран-2-ілметилден-аміно)-5-(піридин-4-іл)-4Н-1,2,4-тріазол-3-тіол, магній 2-(4-(4-хлорбензиламіно)-5-(піридин-3-іл)-4Н-1,2,4-тріазол-3-ілтіо) ацетат, 3-адамантил-5-(пентилтіо)-4-феніл-4Н-1,2,4-тріазол, 2-(5-(4-фторфеніл)-4Н-1,2,4-тріазол-3-іл-тіо)-піридин, 2-(3-метил-1Н-1,2,4-тріазол-5-ілтіо)етиліден-3-нітробензгідразид, структура яких забезпечує аналгетичну активність.
8. Синтезовані сполуки можуть бути використані в отриманні нових біологічно активних субстанцій у ряді похідних 1,2,4-тріазолів, які можуть бути

- застосовані для створення лікарських форм на основі цих сполук для медицини. Забезпечується економія коштів фармацевтичних фабрик та заводів на закупівлі біологічно активної субстанції, використання біологічно активної субстанції для можливого створення оригінального вітчизняного лікарського засобу з метою підвищення ефективності лікування патологічних станів, пов'язаних з запальними процесами.
9. Наявність сертифікованих лабораторій для проведення синтетичних робіт, наявність договорів з дослідними організаціями на проведення до клінічних та клінічних випробувань, наявність сертифікованих лабораторій для досліджень гострої та хронічної токсичності і біологічної активності субстанцій, наявність вузькокваліфікованих спеціалістів фармацевтичного та медичного напрямку підготовки.
 10. Для можливого створення лікарського засобу, який може бути використаний для корекції патологічних станів, пов'язаних з запальними процесами.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
 14. Немає.
 15. Книш Є.Г., Панасенко О.І. (0612342261), Пругло Є.С., Сафонов А.А., Щербина Р.О., Одинцова В.М., Бігдан О.А., Бігдан О.А., Парченко В.В., Каплаушенко А.Г.

Реєстр. № 169/1/14

1. **ПОХІДНІ 1,2,4-ТРИАЗОЛ-3-ТІОЛІВ, ЩО ПРОЯВЛЯЮТЬ АКТОПРОТЕКТОРНУ АКТИВНІСТЬ.**
2. НДР «Синтез, фізико-хімічні та біологічні властивості похідних 1,2,4-тріазолу», 0109U003987.
3. Фармація.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель № 90010 МПК (2014.01), С07D 249/00, А61К 31/00. Похідні 1,2,4-тріазол-3-тіолів, які проявляють актопротекторну активність // Промислова власність. – 2014. – № 9.
6. Немає.
7. Нові біологічно активні сполуки – цинк 2-(((4-хлорбензил)аміно)-5-(піридин-3-іл)-4Н-1,2,4-тріазол-3-іл)тіо)ацетат; калій 2-(4-метил-5-(тіофен-2-іл)-4Н-1,2,4-тріазол-3-ілтіо)ацетат; 1,2-біс(5-(3-фтор-феніл)-4Н-1,2,4-тріазол-3-іл)дисульфід; діетиламоній 2-(5-адамантил-4-феніл-4Н-1,2,4-тріазол-3-ілтіо)ацетат, структура яких забезпечує актопротекторну активність. Синтезовані сполуки можуть бути використані в отриманні нових біологічно активних субстанцій у ряді похідних 1,2,4-тріазолів, які можуть бути застосовані для створення лікарських форм на основі цих сполук для медицини.
8. Забезпечується економія коштів фармацевтичних фабрик та заводів на закупівлі біологічно активної субстанції, використання біологічно активної субстанції для можливого створення оригінального вітчизняного лікарського засобу з метою підвищення ефективності лікування патологічних станів, пов'язаних з психоемоційно-фізичним перенавантаженням.
9. Наявність сертифікованих лабораторій для проведення синтетичних робіт, наявність договорів з дослідними організаціями на проведення до клінічних та клінічних випробувань, наявність сертифікованих лабораторій для досліджень гострої та хронічної токсичності і біологічної активності субстанцій, наявність

вужькокваліфікованих спеціалістів фармацевтичного та медичного напрямку підготовки.

10. Для можливого створення лікарського засобу, який може бути використаний для корекції патологічних станів, пов'язаних з психоемоційним перенавантаженням.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає
15. Книш Є.Г., Панасенко О.І. (0612342261), Пругло Є.С., Сафонов А.А., Одинцова В.М., Бігдан О.А., Парченко В.В., Саліонов В.О.

Реєстр. № 170/1/14

- 1. ПРОТИВИРАЗКОВИЙ ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИЙ ЗАСІБ.**
2. НДР «Фармакогностичне та екологічне дослідження видів родів: валеріана, чорнобривці, деревій, полин, гірчак, чебрець, материнка, оман, подорожник флори України та одержання лікарських засобів кровоспинної, протизапальної і діуретичної дії», 0112U005645.
3. Фармацевтична хімія та фармакогнозія.
4. 1+, А.
5. Пат. України 78749. МПК (2013.01) А61К 35/00. Противиразковий та протизапальний засіб // Промислова власність. – 2013. - № 6.
6. Немає.
7. Противиразковий та протизапальний засіб рослинного походження (ліофільний екстракт трави омани високого).
8. На сьогоднішній день існує потреба пошуку нових засобів з лікарської рослинної сировини, які б були достатньо ефективними при лікуванні виразкової хвороби та не мали побічної дії. В основу створення нового засобу поставлено задачу створення противиразкового засобу рослинного походження, шляхом використання трави омани високого, що забезпечить підвищення ефективності засобу та додаткову протизапальну активність.
9. Трава омани високого, вода очищена, спиртова ванна, холодильник, термостат, ваги, установка КС – 30, сублиматор, скляні флакони по 400 мл.
10. Виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки.
11. Підвищена чутливість до компонентів препарату.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.
15. Єренко О.К. (0509331817), Мазулін О.В., Смойловська Г.П., Беленічев І.Ф., Абрамов А.В., Бухтіярова Н.В., Мазулін Г.В., Гречана О.В.

Реєстр. № 171/1/14

- 1. СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНИЙ СПОСІБ КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ГЛЮКОЗАМІНУ.**
2. НДР «Застосування фізико-хімічних методів для аналізу якості лікарських засобів, похідних амінів, азолів та інших», 0111U005857, 2011 – 2015 рр.
3. Фармацевтична хімія та фармакогнозія.
4. 1+, А.

5. Патент України № 78204, МПК G01N 21/78 (2006.01) Спектрофотометричний спосіб кількісного визначення глюкозаміну // Промислова власність. – 2013. – № 5.
6. Немає.
7. Розчиняють пробу в воді, обробляють водним розчином натрієвої солі 1,2-нафтохінон-4-сульфоїкислоти, та вимірюють абсорбцію у видимій області спектра при довжині хвилі 510 нм.
8. Підвищення чутливості та селективності методики.
9. Спектрофотометр, ваги лабораторні електронні, аналітичні ваги 2 кл. WA-21, водяна баня, водний розчин натрієвої солі 1,2-нафтохінон-4-сульфоїкислоти кваліфікації хч, 0,01 М розчин NaOH, вода очищена, мірний посуд класу А.
10. Для підвищення чутливості та селективності методики.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.
15. Портна К.П. (0612342181), Васюк С.О.

Реєстр. № 172/1/14

1. **СПОЛУКА 5-(2-(2-(2-ГІДРОКСИБЕНЗОІЛ)ГІДРАЗОНО)ЕТИЛТІО)-3-ФЕНІЛ-1Н-1,2,4-ТРИАЗОЛ-1-ІУМ ХЛОРИД, ЩО ПРОЯВЛЯЄ НЕЙРОПРОТЕКТОРНУ АКТИВНІСТЬ**
2. НДР «Дослідження синтетичних, фізико-хімічних та біологічних властивостей похідних 5-арил- та 5-гетерил-1,2,4-тріазол-3-тіону», 0113U005084, 2013 – 2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+, С.
5. Патент України на винахід № 100043 МПК (2012.01), С07D 401/04, С07D 405/04, С07D 249/12, А61К 31/4439, А61К 31/4196, А61Р 25/00, Сполука 5-(2-(2-(2-гідроксибензоїл)гідразоно)етилтіо)-3-феніл-1Н-1,2,4-тріазол-1-іум хлорид, що проявляє нейропротекторну активність. – 2012. - № 21.
6. Немає.
7. Нова біологічно активна сполука – 5-(2-(2-(2-гідроксибензоїл)гідразоно)етилтіо)-3-феніл-1Н-1,2,4-тріазол-1-іум хлорид, структура якого забезпечує нейропротекторну активність.
8. Забезпечується економія коштів фармацевтичних фабрик та заводів на закупівлі біологічно активної субстанції, використання біологічно активної субстанції для можливого створення оригінального вітчизняного лікарського засобу з метою підвищення ефективності лікування патологічних станів, пов'язаних з психоемоційно-фізичним перенавантаженням.
9. Наявність сертифікованих лабораторій для проведення синтетичних робіт, наявність договорів з дослідними організаціями на проведення до клінічних та клінічних випробувань, наявність сертифікованих лабораторій для досліджень гострої та хронічної токсичності і біологічної активності субстанцій, наявність кваліфікованих спеціалістів фармацевтичного та медичного напрямку підготовки.
10. Корекція патологічних станів, пов'язаних з синдромом гострої ішемії.
11. Не досліджувалися.
12. Немає.

13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.
15. Каплаушенко А.Г. (0612336197), Парченко В.В. (0612342261), Щербина Р.О. (0612342261), Панасенко О.І. (0612342261), Книш Є.Г. (0612362248), Беленічев І.Ф. (0612342741), Павлов С.В. (0612342741).

Реєстр. № 173/1/14

1. **СПОСІБ КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ МЕЗАТОНУ В РОЗЧИНІ ДЛЯ ІН'ЄКЦІЙ.**
2. НДР «Застосування фізико-хімічних методів для аналізу якості лікарських засобів, похідних амінів, азолів та інших», 0111U005857, 2011 – 2015 рр.
3. Фармацевтична хімія та фармакогнозія.
4. 1+, А.
5. Патент на корисну модель № 76557, МПК G01N21/78. Спосіб кількісного визначення мезатону в розчині для ін'єкцій // Промислова власність.-2013.-№ 1.
6. Немає.
7. Мезатон взаємодіє з реагентом у середовищі ацетону, при кімнатній температурі з утворенням забарвленого продукту з максимумом абсорбції при 410 нм, при цьому як реагент застосовують бромкрезоловий зелений.
8. Спрощення методики та тривалості її виконання.
9. Спектрофотометр, ваги електронні аналітичні, ацетон, 1 % розчин бромкрезолового зеленого, піпетки, мірні колби.
10. Для спрощення методики та тривалості її виконання.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.
15. Жук Ю.М. (0612342181), Васюк С.О.

Реєстр. № 174/1/14

1. **СПОСІБ ОТРИМАННЯ ДІАГНОСТИЧНОЇ ГІПЕРІМУННОЇ СИРОВАТКИ КРОВІ ДО МЕТАПНЕВМОВІРУСУ ПТИЦІ.**
2. НДР «Синтез, фізико-хімічні та біологічні властивості похідних 1,2,4-тріазолу», 0109U003987.
3. Фармація.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель № 83752 МПК (2013.01), C07D 249/00, A61K 31/00, A61K 39/00. Спосіб отримання діагностичної гіперімунної сироватки крові до метапневмовірусу в птахівництві // Промислова власність. – 2013. – № 18.
6. Немає.
7. Нова біологічно активна сполука – піперидиній 2-(5-(піридил-4-іл)-1,2,4-тріазол-3-ілтіо)ацетат, структура якого забезпечує імуномодулюючу активність, завдяки чому зменшується необхідність у додатковому навантаженні тварин антигенами. Синтезовані сполуки можуть бути використані в отриманні нових біологічно активних субстанцій у ряді похідних 1,2,4-тріазолу, які можуть бути застосовані для створення лікарських форм на основі цих сполук для медицини.

8. Забезпечується економія коштів фармацевтичних фабрик та заводів на закупівлі біологічно активної субстанції, використання біологічно активної субстанції для можливого створення оригінального вітчизняного, ветеринарного лікарського засобу з метою підвищення ефективності лікування патологічних станів, пов'язаних з метапневмовірусною інфекцією.
9. Наявність сертифікованих лабораторій для проведення синтетичних робіт, наявність договорів з досвідними організаціями на проведення до клінічних та клінічних випробувань, наявність сертифікованих лабораторій для досліджень гострої та хронічної токсичності і біологічної активності субстанцій, наявність вузькокваліфікованих спеціалістів фармацевтичного та ветеринарного напрямку підготовки.
10. Для можливого створення лікарського засобу, який може бути використаний для корекції патологічних станів, пов'язаних з вірусними інфекціями в птахівництві.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.
15. Книш Є.Г., Панасенко О.І., Парченко В.В., Пархоменко Л.І. Дубін Р.А. (0612342261).

Реєстр. № 175/1/14

- 1. СПОСІБ ОТРИМАННЯ СУМИ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ СПОЛУК З ЛИСТЯ ПОДОРОЖНИКА.**
2. НДР «Фармакогностичне та екологічне дослідження видів родів: валеріана, чорнобривці, деревій, полин, гірчак, чебрець, материнка, оман, подорожник флори України та одержання лікарських засобів кровоспинної, протизапальної і діуретичної дії», 0112U005645.
3. Загальна фармація.
4. 2++, В.
5. Патент на корисну модель № 80389, МПК (2006.01) А61К 36/68. Спосіб отримання суми біологічно активних сполук з листя подорожника / Т.В. Хортецька, О.В. Мазулін, Г.П. Смойловська, Г.В. Мазулін, О.В. Гречана, І.Ф. Беленічев, А.В. Абрамов ; заявник та патентовласник Запорізький держ. мед. універ.; заявл. 10.12.2012; опубл. 27.05.2013, Бюл. № 10.
6. Немає.
7. В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу отримання суми біологічно активних сполук із листя подорожника, шляхом зміни технологічного процесу та його тривалості, що забезпечить підвищення ефективності та можливість виготовлення кровоспинних засобів.
8. Спосіб дає можливість в короткий термін отримати ліофільний екстракт з листя подорожника, який завдяки присутності високої концентрації вітаміну К₁ та суми флавоноїдів, виявляє кровоспинну дію.
9. Листя подорожника, вода очищена, спиртова ванна, холодильник, термостат, ваги, установка КС-30, сублиматор, скляні флакони по 400 мл.
10. Зупинка кровотечі.
11. Підвищена чутливість до компонентів препарату.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.

15. Хортецька Т.В. (0969652865), Мазулін О.В., Смойловська Г.П., Беленічев І.Ф., Абрамов А.В., Мазулін Г.В., Гречана О.В.

Реєстр. № 176/1/14

- 1. МЕТОДИКА СТАТИСТИЧНОЇ ОЦІНКИ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.**
2. НДР «Теоретичні та прикладні засади вдосконалення фармацевтичної допомоги паліативним хворим в умовах хоспісу».
3. Технологія ліків, організація фармацевтичної справи та судова фармація.
4. 2+, С.
5. Громовик Б.П. Оптимізація формулярного асортименту опіоїдних анальгетиків, що використовуються у паліативній та хоспісній медицині: методичні рекомендації / Б.П.Громовик, С.Є.Прокіп. – Львів: Проблемна комісія «Фармація» МОЗ та НАМН України, 2014. – 24 с.
6. Здійснено трансфер технологій в практичну фармацію згідно з актами впровадження на безоплатній основі.
7. Запропоновано та апробовано на 8 формулярах лікарських засобів (ЛЗ) різних країн методику статистичної оцінки терапевтичної ефективності ЛЗ. Виявлено, що в Україні станом на 2014 рік не зареєстровано 17 опіоїдних анальгетиків, які входять до признаних у світі формулярних переліків щодо паліативної медицини. Встановлено, що кодеїну фосфат та морфін внесені в усі аналізовані формуляри, окрім Республіканського формуляру Білорусі. У свою чергу, метадону та оксикодону гідрохлориди присутні у всіх переліках, окрім Зразкового Переліку ВООЗ та Республіканського формуляру Білорусі, щоправда оксикодон не зареєстрований в Україні. Метааналіз порівняльних клінічних досліджень щодо застосування метадону та оксикодону у знеболенні виявив, що дані ЛЗ є ефективними, безпечними альтернативними опіоїдами, які забезпечують адекватну анальгезію. Результати статистичної обробки даних метааналізу показали, що співвідношення шансів (OR) для оксикодону та метадону у порівнянні з морфіном становили 1,364 та 1,501 відповідно. Зазначене дозволяє стверджувати, що терапевтична ефективність метадону та оксикодону не відрізняється від такої у морфіну, а це уможливило їх застосування в якості альтернативних ЛЗ. Обмеженість асортименту опіоїдних анальгетиків в Україні вказує на необхідність реєстрації та внесення до ДФ ЛЗ, а саме його Додатку 8 (ЛЗ для паліативної та хоспісної допомоги), деяких сильних опіоїдів як альтернативних препаратів (оксикодону гідрохлорид, комбінованих препаратів кодеїну фосфату, діаморфіну гідрохлорид, метадону гідрохлорид).
8. В основу запропонованої методики статистичної оцінки терапевтичної ефективності ЛЗ, на відміну від існуючих, покладено чотириетапний лінійний алгоритм, а саме: вибір групи ЛЗ та методів аналізу → вибір формулярних переліків ЛЗ, порівняльний аналіз їх асортименту та визначення відсутніх у національному формулярі ЛЗ → метааналіз клінічних досліджень щодо обраних ЛЗ → статистичний аналіз терапевтичної ефективності ЛЗ та обґрунтування висновків. Методика уможливило опрацювання рішення щодо оптимізації формулярного асортименту конкретних груп ЛЗ.
9. У ході оцінки терапевтичної ефективності ЛЗ використовуються формулярні переліки ЛЗ різних країн.
10. Для оптимізації формулярного асортименту конкретних груп ЛЗ.
11. Немає.
12. Немає.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.

14. Немає.
15. Громовик Б.П., Прокіп С.Є. (0508138840).

Реєстр. № 177/1/14

- 1. АНТИГІСТАМІННІ СУПОЗИТОРІЇ «ЛОРАВІТ» ДЛЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ.**
2. НДР «Технологія одержання оригінальних та комбінованих фармацевтичних засобів у різних лікарських формах», 0108U009174, 2003-2013 рр.
3. Фармація.
4. 2+.
5. Патент на корисну модель 69859 Україна А61К 9/02(2006.101) 3100(2006.01) Фармацевтична композиція «Лоравіт»/ О.І. Тихонов, І.В. Білошицька – № у 2011 14224; заявл. 01/12/2011; опубл. 10/05/2012, Бюл. № 9.
6. Патент на корисну модель 69859 Україна А61К 9/02(2006.101) 3100(2006.01) Фармацевтична композиція «Лоравіт»/ О.І. Тихонов, І.В. Білошицька – № у 2011 14224; заявл. 01/12/2011; опубл. 10/05/2012, Бюл. № 9.
7. Супозиторії, що містять: лоратадину гідрохлорид, 30 % олійний розчин α -токоферолу ацетат, допоміжні речовини.
8. Впровадження в медичну практику дозволить розширити асортимент лікарських препаратів антигістамінної дії, для застосування в терапії для лікування алергічних захворювань у дітей молодшого віку та забезпечить можливість якісного приготування лікарського препарату в умовах аптек. Рівень ціни, що прогнозується на запропоновані супозиторії, набагато нижчий за оптові ціни на лікарські засоби аналогічної дії промислового виробництва.
9. Ступка фарфорова, пестик, ВР-20, ВР-100, порцелянова чашка, форми для виливання супозиторіїв, капсули паперові.
10. Профілактика та лікування алергічних захворювань у дітей молодшого віку.
11. Немає.
12. Для запобігання помилок необхідне чітке виконання наведеної технології супозиторіїв.
13. Національний фармацевтичний університет, 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057)706-30-71, факс. (057)706-30-71.

14. Немає.
15. Тихонов О.І. (0572679182), Білошицька І.В. (0931231841).

Реєстр. № 178/1/14

- 1. ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОЦЕСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УПРАВЛІННЯ НАУКОВИМИ-ДОСЛІДНИМИ ТА ДОСЛІДНО-КОНСТРУКТОРСЬКИМИ РОЗРОБКАМИ У ФАРМАЦІЇ.**
2. НДР «Економічний механізм управління розвитком фармацевтичних підприємств в умовах упровадження менеджменту якості», 0108U009175, 2007-2015 рр.
3. Фармація.
4. 2+.
5. Немає.
6. Немає.
7. Запропоновано проект керівництва процесу науково-дослідних розробок у фармації, в якому описано зміст кожного розділу та наведені шаблони подання необхідної інформації. Побудовано процесну модель науково-дослідної роботи у фармації, яка містить три основні етапи: ідентифікацію процесу, декомпозицію процесу та його регламентацію.
8. Соціальна ефективність: підвищити якість забезпечення лікарськими засобами населення; економічна ефективність: впровадження процесних технологій в управління якістю науково-дослідних розробок у фармації, підвищити ефективність використання ресурсів у сфері наукових досліджень і розробок.
9. Комп'ютерні програми Statistics і Microsoft Office Excel, методи контент-аналізу, експертного опитування і парної кореляції, таксономічного методу, комп'ютерна техніка.
10. Здійснення стандартизації процесу науково-дослідних розробок у фармації, поліпшення взаємодії між структурними підрозділами фармацевтичного підприємства під час здійснення наукових досліджень за рахунок забезпечення «прозорості» процесу науково-дослідних розробок, оптимізація системи документообігу, впровадження ефективної системи планування ресурсів за процесом науково-дослідних розробок, системи моніторингу, оцінки та аналізу процесу науково-дослідних розробок, зниження ймовірності помилок і невідповідностей за процесом.
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. (0577718147), Сидоренко М.І. (0577718147).

Реєстр. № 179/1/14

1. **ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ ЗБАЛАНСОВАНИХ ПОКАЗНИКІВ ДЛЯ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ІНТЕГРОВАНИМИ ФАРМАЦЕВТИЧНИМИ ЛОГІСТИЧНИМИ ЛАНЦЮГАМИ.**
2. НДР «Формування соціально-орієнтованої інноваційно-логістичної моделі розвитку фармацевтичної галузі України», 0114U000961, 2014 – 2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+.
5. Немає.
6. Посилкіна, О. В. Впровадження системи збалансованих показників для стратегічного управління інтегрованими фармацевтичними логістичними ланцюгами : наук. метод. рек. / О. В. Посилкіна, А. Г. Хромих, Ю. Є. Новицька. – Х. : НФаУ, 2013. – 36 с.
7. Запропоновано алгоритм побудови системи збалансованих показників для інтегрованих фармацевтичних логістичних ланцюгів з урахуванням вимог менеджменту якості. Сформовано систему показників ефективності за ключовими компетенціями функціонування інтегрованого фармацевтичного логістичного ланцюга і наведено алгоритм їх розрахунку. Розроблено методику побудови стратегічної карти для підвищення ефективності управління інтегрованими фармацевтичними логістичними ланцюгами.
8. Попередження виникнення вузьких місць при реалізації логістичної стратегії інтегрованого фармацевтичного логістичного ланцюга постачання фармацевтичної продукції з метою їх локалізації та коригування стратегії. Врахування зовнішніх факторів й основних сфер внутрішньої діяльності учасників інтегрованого фармацевтичного логістичного ланцюга та сприяння реалізації стратегічних цілей на всіх рівнях управління ланцюга. Переваги: соціальні (збереження якості фармацевтичної продукції на всіх етапах її створення, виробництва та реалізації; підвищення своєчасності і якості забезпечення лікарськими засобами населення); економічні (удосконалення управління логістичною діяльністю як окремих фармацевтичних підприємств, так і фармацевтичного ланцюга постачань в цілому, зниження логістичних витрат і підвищення фінансових результатів діяльності учасників фармацевтичних логістичних ланцюгів).
9. Комп'ютерні програми Statistics і Microsoft Office Excel, методи абстрактно-логічний, монографічний і системного аналізу, контент-аналізу, експертного опитування і парної кореляції, таксономічного методу, комп'ютерна техніка.
10. Обґрунтування науково-практичних підходів щодо побудови і впровадження системи збалансованих показників у логістичну діяльність як окремих фармацевтичних підприємств, так і інтегрованих фармацевтичних логістичних ланцюгів для підвищення ефективності управління потоковими процесами, пов'язаними із лікарським забезпеченням населення України.
11. Немає.

12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет, вул. Пушкінська, 53, м. Харків, 61002, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Посилкіна О.В. (0577718147), Хромих А.Г. (0577718147), Новицька Ю.Є. (0577718147).

Реєстр. № 180/1/14

1. **КЕРІВНИЦТВО ПРОЦЕСУ СТВОРЕННЯ ІНТЕГРОВАНОГО ХОЛОДОВОГО ЛАНЦЮГА ПОСТАЧАННЯ БІОТЕХНОЛОГІЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.**
2. НДР «Формування соціально-орієнтованої інноваційно-логістичної моделі розвитку фармацевтичної галузі України», 0114U000961, 2014 – 2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+.
5. Свідоцтво Державної служби інтелектуальної власності України про реєстрацію авторського права на твір № 56362 від 05.09.2014 р.
6. Посилкіна, О. В. Керівництво процесу створення інтегрованого холодового ланцюга постачання біотехнологічних лікарських засобів : наук. метод. рек. / О. В. Посилкіна, Р. В. Сагайдак-Нікітюк, А. Г. Хромих, Ю. Є. Новицька. – Х. : НФаУ, 2014. – 26 с.
7. Наведено сферу застосування керівництва процесу створення інтегрованого холодового ланцюга постачання біотехнологічних лікарських засобів. Визначено відповідальність і компетенції за створення інтегрованого холодового ланцюга постачання біотехнологічних лікарських засобів. Обґрунтовано вимоги до організації контролю за процесами отримання, зберігання, транспортування та використання біотехнологічних лікарських засобів кожним учасником інтегрованого холодового ланцюга.
8. Переваги: медичні (зменшення загрози ускладнень (захворювання) у населення щодо використання не якісних біотехнологічних лікарських засобів); соціальні (забезпечення гарантії якості біотехнологічних лікарських засобів кінцевим споживачам, підвищення ефективності системи лікарського забезпечення населення); економічні (удосконалення ефективності використання ресурсів суб'єктів фармацевтичної галузі, підвищення фінансових результатів суб'єктів фармацевтичного ринку).
9. Комп'ютерна програма Microsoft Office Excel, методи абстрактно-логічний; монографічний і системного аналізу, порівнянь, експертної оцінки, комп'ютерна техніка.
10. Розробка методичних підходів й інструментів управління потоковими процесами, які будуть циркулювати між учасниками інтегрованого фармацевтичного логістичного ланцюга, постачання біотехнологічних лікарських засобів взаємоузгодження та взаємозв'язку, всіх логістичних процесів між учасниками ланцюга для взаємовигідності спільного функціонування, досягнення стандартизації входів і виходів у всіх учасників ланцюга.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет, вул. Пушкінська, 53, м. Харків, 61002, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Посилкіна О.В. (0577718147), Посилкіна О.В. (0577718147), Хромих А.Г. (0577718147), Новицька Ю.Є. (0577718147).

Реєстр. № 181/1/14

- 1. КЕРІВНИЦТВО ПРОЦЕСУ СТВОРЕННЯ ХОЛОДОВОГО ЛАНЦЮГА НА СТАДІЇ СКЛАДУВАННЯ МЕДИЧНИХ ІМУНОБІОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ.**
2. НДР «Економічний механізм управління розвитком фармацевтичних підприємств в умовах запровадження менеджменту якості», 0108U009175, 2007-2015 рр.
3. Фармація.
4. 2+С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Обґрунтовано вимоги до процесу складування медичних імунобіологічних препаратів, документального оформлення цього процесу, обладнання холодового ланцюга на стадії складування медичних імунобіологічних препаратів. Розроблено керівництво процесу складування медичних імунобіологічних препаратів відповідного з вимогами належної практики. Визначено вимоги до персоналу, що бере участь у процесі складування медичних імунобіологічних препаратів. Розроблено план екстрених заходів щодо забезпечення стійкості холодового ланцюга на стадії складування в надзвичайних ситуаціях. Обґрунтовано параметри моніторингу процесу складування медичних імунобіологічних препаратів.
8. Очікуваний ефект: медичний (зменшення рівня захворюваності населення інфекційними хворобами), бюджетний (зниження витрат закладів охорони здоров'я з утримання хворих тощо), соціальний (своєчасність забезпечення населення якісними медичними імунобіологічними препаратами), економічний (зменшення втрат фармацевтичного підприємства-виробника і дистриб'юторських компаній внаслідок псування медичних імунобіологічних препаратів у процесі їх зберігання), екологічний (зменшення відходів медичних імунобіологічних препаратів).
9. Комп'ютерна техніка і комп'ютерні програми Microsoft Office Excel і Microsoft Visio, методи контент-аналізу, експертного опитування.
10. Удосконалення процесу організації холодового ланцюга на стадії складування медичних імунобіологічних препаратів.
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. Сагайдак-Нікітюк Р.В. (0577718147), Посилкіна О.В. (0577718147).

Реєстр. № 182/1/14

1. **КОМП'ЮТЕРНА ПРОГРАМА СТАТИСТИЧНОЇ ОБРОБКИ АНКЕТНИХ ДАНИХ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ГОМЕОПАТИЧНИМИ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ PSPPD (PROGRAM FOR STATISTICAL PROCESSING OF THE PERSONAL DATA) ТА АЛГОРИТМ ЇЇ ВИКОРИСТАННЯ.**
2. Організація фармацевтичної справи, менеджмент і маркетинг у фармацевції, 0114U000954, 2014 – 2018 рр.
3. Фармація.
4. 4.
5. Подано заявку на реєстрацію авторських прав на службовий твір.
6. Немає.
7. Розроблена комп'ютерна програма PSPPD та алгоритм її реалізації значно підвищить якість проведення наукових досліджень по вивченню ринка гомеопатичних ЛЗ та скоротить витрати часу на їх проведення.
8. Програма дає можливість отримати більш достовірні результати статистичної обробки анкетних даних, науково їх інтерпретувати і використовувати в подальших дослідженнях. На основі яких є можливість прийняття організаційно-управлінських рішень.
9. Windows версія: Windows XP Service Pack 3; Windows Vista; Windows 7 (32-розрядна і 64-розрядна версії); Windows 8*. Процесор: не менш 1 ГГц. Оперативна пам'ять: не менш 256 МБ, комп'ютерна техніка.
10. Комп'ютерна програма та запропонований алгоритм її використання розрахована на широке коло спеціалістів фармацевції, керівників аптечних закладів, науковців, докторантів, аспірантів, котрі мають відношення до забезпечення населення гомеопатичними ЛЗ. Будь-які дослідження, пов'язані з опитуваннями респондентів: соціологічні, маркетингові, соціально-психологічні, соціально-медичні, медіа-дослідження та інші.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет, вул. Пушкінська, 53, м. Харків, 61002, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Толочко В. М., Вакуленко Д.В. (0577327558).

Реєстр. № 183/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИХ РЕСУРСІВ У ФАРМАЦІЇ.**
2. НДР «Формування соціально-орієнтованої інноваційно-логістичної моделі розвитку фармацевтичної галузі України», 0114U000961, 2014 – 2018 рр.
3. Фармація.

4. 2+.
5. Немає.
6. Посилкіна О.В. Методичні підходи до оцінки інтелектуальних ресурсів у фармації: наук. метод. рек./ О. В. Посилкіна, О. В. Літвінова. – Х. : Вид-во НФаУ, 2014. – 34 с.
7. Запропоновано методичні підходи до оцінки інтелектуальних ресурсів у фармацевтичній галузі. Як елементи структури оцінки інтелектуальних ресурсів у фармації виділено: структурні, людські ресурси та ринкові активи. Запропонована методика оцінки інтелектуальних ресурсів у фармації включає систему індикаторів, які відбивають галузеву специфіку, та дозволяють проводити комплексну оцінку використання інтелектуальних ресурсів суб'єктами фармацевтичного ринку.
8. Очікуваний соціально-економічний ефект: створення умов для переходу фармацевтичної галузі України на інноваційну модель розвитку, забезпечення населення України вітчизняними інноваційними лікарськими засобами, реалізація програми імпортозаміщення в Україні. Запропоновані в роботі методичні положення дозволяють не тільки визначати наявний стан інтелектуальних ресурсів суб'єктів наукової та інноваційної діяльності у фармації, а й з урахуванням організаційно-економічних передумов розробляти стратегії активізації їх розвитку.
9. Комп'ютерні програми Statistics і Microsoft Office Excel, методи контент-аналізу, експертного опитування і парної кореляції, таксономічного методу, комп'ютерна техніка
10. Оцінка стану і розвитку інноваційного процесу в організаціях фармацевтичного профілю, що сприятиме більш обґрунтованому залученню наукових організацій до виконання державних наукових програм і проектів зі створення конкурентоспроможних вітчизняних лікарських засобів, дозволить більш об'єктивно розподіляти фінансові ресурси, спрямовані на проведення R & D в фармації.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет, вул. Пушкінська, 53, м. Харків, 61002, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Посилкіна О. В. (0577718147), Літвінова О.В. (0577718147).

Реєстр. № 184/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ОЦІНКИ СТАНУ ВНУТРІШНЬОЛОГІСТИЧНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ НА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ.**
2. НДР «Формування соціально-орієнтованої інноваційно-логістичної моделі розвитку фармацевтичної галузі України», 0114U000961, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+С.
5. Немає.
6. Немає.

7. Проаналізовано сучасний стан логістичної інтеграції у фармацевції. Запропоновано методичку проведення діагностики потенціалу інтеграції логістичних процесів на фармацевтичних підприємствах.
8. Збереження якості фармацевтичної продукції на всіх етапах її створення, виробництва та реалізації. Оптимізація логістичних витрат, пов'язаних із просуванням і розподілом фармацевтичної продукції. Вдосконалення логістичної діяльності фармацевтичного підприємства. Переваги: соціальні (забезпечення гарантії якості фармацевтичної продукції кінцевим споживачам, підвищення своєчасності і якості забезпечення лікарськими засобами населення); економічні (удосконалення організаційної побудови логістичної діяльності на фармацевтичному підприємстві, зниження логістичних витрат і підвищення прибутку фармацевтичного підприємства).
9. Комп'ютерні програми Statistics і Microsoft Office Excel, методи контент-аналізу, експертного опитування і парної кореляції, таксономічного методу, комп'ютерна техніка.
10. Аналіз факторів, які в найбільшій мірі сприяють та перешкоджають впровадженню інтегрованих логістичних систем у фармацевтичну галузь. Оцінка стану і визначення резервів внутрішньологістичної інтеграції процесів на фармацевтичних підприємствах з урахуванням вимог міжнародних стандартів якості ISO та належних практик GxP.
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), Хромих А. Г. (0577718147), Новицька Ю. Є. (0577718147).

Реєстр. № 185/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПОБУДОВИ ІНТЕГРОВАНИХ ЛОГІСТИЧНИХ СИСТЕМ У ФАРМАЦІЇ.**
2. НДР «Формування соціально-орієнтованої інноваційно-логістичної моделі розвитку фармацевтичної галузі України», 0114U000961, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+, С.
5. Свідоцтво Державної служби інтелектуальної власності України про реєстрацію авторського права на твір № 48436 від 22.03.2013 р.
6. Немає.

7. Сформульовано основні методичні принципи побудови інтегрованих логістичних систем у фармації і побудовано схеми макро- і мікрологістичних фармацевтичних систем. Визначено сутність і доведено переваги інтегрованого планування у межах створюваних інтегрованих фармацевтичних логістичних систем для підвищення повноти, якості і своєчасності лікарського забезпечення населення.
8. Переваги: соціальні (підвищити якість забезпечення лікарськими засобами населення); економічні (удосконалити побудову логістичної діяльності на мікро- та макрорівнях та ефективність використання ресурсів суб'єктів фармацевтичної галузі, підвищити прибуток суб'єктів фармацевтичного ринку).
9. Комп'ютерна програма Microsoft Office Excel, методи абстрактно-логічний; монографічний і системного аналізу, порівнянь, експертної оцінки, комп'ютерна техніка.
10. Визначення основних методичних принципів побудови інтегрованих фармацевтичних логістичних систем, побудова макро- і мікрологістичних систем у фармацевтичній галузі.
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. (057771 8147), Хромих А. Г. (0577718147).

Реєстр. № 186/1/14

1. **НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ ЗАХИСТУ ІНТЕГРОВАНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ЛОГІСТИЧНИХ ЛАНЦЮГІВ ВІД ФАЛЬСИФІКОВАНОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРОДУКЦІЇ.**
2. НДР «Формування соціально-орієнтованої інноваційно-логістичної моделі розвитку фармацевтичної галузі України», 0114U000961, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+С.
5. Свідоцтво Державної служби інтелектуальної власності України про реєстрацію авторського права на твір № 53753 від 18.02.2014 р.
6. Немає.
7. Проведено аналіз стану обігу фальсифікованих лікарських засобів на фармацевтичному ринку України та у світі. Обґрунтуванні найбільш доцільні технології захисту інтегрованих фармацевтичних логістичних ланцюгів від потрапляння фальсифікованих лікарських засобів.

8. Підвищення прозорості функціонування інтегрованих фармацевтичних логістичних ланцюгів та впевненість всіх його учасників в тому, що кінцевий споживач гарантовано отримає ефективні, безпечні, якісні та доступні за ціною лікарські засоби. Переваги: соціальні (забезпечення гарантії якості фармацевтичної продукції кінцевим споживачам, підвищення ефективності системи лікарського забезпечення населення, забезпечення збереження навколишнього середовища); економічні (підвищення фінансових результатів фармацевтичного підприємства).
9. Комп'ютерні програми Statistics і Microsoft Office Excel, методи наукового аналізу та синтезу, експертного опитування, комп'ютерна техніка.
10. Аналіз основних факторів, що впливають на обіг фальсифікованих лікарських засобів на сучасному етапі розвитку фармацевтичного ринку. Розробка науково-практичних підходів до впровадження й розвитку сучасних технологій та інструментів захисту фармацевтичної продукції від фальсифікації.
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), Хромих А.Г. (0577718147), Новицька Ю.Є. (0577718147).

Реєстр. № 187/1/14

- 1. ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ Й ЕФЕКТИВНОСТІ ЛОГІСТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ**
2. НДР «Формування соціально-орієнтованої інноваційно-логістичної моделі розвитку фармацевтичної галузі України», 0114U000961, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Обґрунтовано вимоги до фахівців у сфері фармацевтичної логістики згідно з Національною рамкою кваліфікації. Розроблено методику оцінки якості й ефективності організаційної побудови логістичної служби на фармацевтичних підприємствах.

8. Очікуваний ефект: соціальний (підвищити своєчасність і якість лікарського забезпечення населення, покращити умови роботи логістичного персоналу); економічний (удосконалити організаційну побудову логістичної діяльності фармацевтичного підприємства, що сприятиме оптимізації витрат на управління логістичною діяльністю, підвищити рівень прибутковості діяльності).
9. Комп'ютерна техніка і комп'ютерні програми Statistics і Microsoft Office Excel, методи контент-аналізу, експертного опитування і парної кореляції, таксономічний метод.
10. Здійснення оцінки якості й ефективності організаційної побудови логістичної служби 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. Посилкіна О.В. (0577718147), Сагайдак-Нікітюк Р.В. (0577718147), Новицька Ю.Є. (0577718147).

Реєстр. № 188/1/14

1. **ОЦІНКА ДІЯЛЬНОСТІ КОНТРАКТНО-ДОСЛІДНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ З НАДАННЯ ЛОГІСТИЧНИХ ПОСЛУГ У СФЕРІ КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.**
2. НДР «Формування соціально-орієнтованої інноваційно-логістичної моделі розвитку фармацевтичної галузі України», 0114U000961, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+С.
5. Свідоцтво Державної служби інтелектуальної власності України про реєстрацію авторського права на твір № 51300 від 18.09.2013 р.
6. Немає.
7. Досліджено види логістичних послуг, які традиційно надають контрактно-дослідні організації у сфері клінічних досліджень. Розроблено алгоритм управління логістичними ризиками у діяльності контрактно-дослідних організацій. Запропоновано методичні підходи щодо оцінки ефективності логістичної діяльності контрактно-дослідних організацій.

8. Сприяння більш зваженому вибору контрактно-дослідної організації з боку спонсора (організації замовника) клінічних досліджень і зниження рівня ризиків, пов'язаних з неякісним і не своєчасним наданням логістичних послуг у сфері клінічних досліджень.
9. Переваги: соціальні (забезпечити якість, ефективність і результативність проведення клінічних досліджень); економічні (більш раціональне розподілення фінансових ресурсів контрактно-дослідною організацією при здійсненні логістичної діяльності у сфері клінічних досліджень).
10. Комп'ютерні програми Statistics і Microsoft Office Excel, методи контент-аналізу, експертного опитування і парної кореляції, комп'ютерна техніка.
11. Оцінка діяльності контрактно-дослідних організацій з надання логістичних послуг у сфері клінічних досліджень, діагностування основних видів ризиків у сфері логістики клінічних досліджень.
12. Немає.
13. Немає.
14. Національний фармацевтичний університет, 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-30-71.
15. Державне підприємство «Державний експертний центр МОЗ України», 03151, м. Київ, вул. Ушинського, 40, тел. (044) 498-43-27.
16. Посилкіна О.В. (0577718147), Хромих А.Г. (0577718147), Морозов А.М. (0444986470), Ніколаєва В.В. (0444984327).

Реєстр. № 189/1/14

1. **СИСТЕМА ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УПРАВЛІННЯ ПОТОКАМИ ВІДХОДІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА.**
2. НДР «Формування соціально-орієнтованої інноваційно-логістичної моделі розвитку фармацевтичної галузі України», 0114U000961, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+С.
5. Пат. на корисну модель, UA 67416, МПК(2012.01)G05B 19/00.
6. Пат. на корисну модель, UA 67416, МПК(2012.01)G05B 19/00.
7. Побудована система управління потоками відходів фармацевтичного підприємства, яка відповідає європейським стандартам і належним практикам GxP. Розроблено систему інформаційного забезпечення управління потоками відходів фармацевтичного підприємства шляхом якісного та кількісного підбору її підсистем і блоків, що забезпечить прозорість поводження з відходами фармацевтичного підприємства, належне їх зберігання та знешкодження, автоматизацію управління відходами, створення постійно оновлюваних баз

даних про відходи фармацевтичного підприємства і електронного каталогу відходів, внаслідок чого досягається зниження негативного впливу відходів фармацевтичного підприємства на навколишнє природне середовище та здоров'я населення, мінімізація ризиків, які виникають внаслідок неналежного управління відходами фармацевтичного підприємства.

8. Очікуваний ефект: соціальний (покращення стану навколишнього природного середовища, покращення умов мешкання населення); економічний (зменшення розмірів штрафів фармацевтичних підприємств внаслідок порушення екологічного законодавства, підвищення прибутку фармацевтичних підприємств), екологічний (зменшення обсягів відходів фармацевтичної галузі).
9. Комп'ютерна програма Microsoft Visio, комп'ютерна техніка.
10. Розробка системи інформаційного забезпечення управління потоками відходів фармацевтичного підприємства.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет, 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057)706-30-71.
14. Немає.
15. Сагайдак-Нікітюк Р.В. (0577718147), Посилкіна О.В. (0577718147), Літвінова О.В. (0577718147).

Реєстр. № 190/1/14

1. **СКЛАД І ВИГОТОВЛЕННЯ ЕКСТЕМПОРАЛЬНОГО ПЕРОРАЛЬНОГО ЛІКАРСЬКОГО ПРЕПАРАТУ У ФОРМІ ГРАНУЛ НА ОСНОВІ ПРОДУКТІВ БДЖІЛЬНИЦТВА.**
2. НДР «Технологія одержання оригінальних та комбінованих фармацевтичних засобів у різних лікарських формах», 0108U009174, 2003-2013 рр.
3. Фармація.
4. 2+.
5. Патент на корисну модель № 5710/ЗУ/13 Україна А61К 9/16 (2006.01), А61К 31/198 (2006.01), А61К 35/64 (2006.01), А61Р 5/26 (2006.01), А61Р 13/08 (2006.01) Лікувально-профілактичний засіб у формі гранул андрогенної дії та

- простатопротекторної дії / Тихонов О.І., Бербек В.Л. - № у 2012 11900; заявл. 15.10.2012; опубл. 14.03.2013, Бюл. №. 13.
6. Патент на корисну модель № 5710/3У/13 Україна А61К 9/16 (2006.01), А61К 31/198 (2006.01), А61К 35/64 (2006.01), А61Р 5/26 (2006.01), А61Р 13/08 (2006.01) Лікувально-профілактичний засіб у формі гранул андрогенної дії та простатопротекторної дії / Тихонов О.І., Бербек В.Л. - № у 2012 11900; заявл. 15.10.2012; опубл. 14.03.2013, Бюл. №. 13.
 7. Гранули, що містять: L-аргінін, пергу, настойку прополісу, допоміжні речовини (аеросил, пектин яблучний)..
 8. Впровадження препарату в медичну практику дозволить розширити асортимент лікарських препаратів андрогенної дії, для застосування в терапії для лікування чоловіків, хворих на простатит, еректильну дисфункцію та безпліддя (в комплексному лікуванні) та забезпечить можливість якісного приготування лікарського препарату в умовах аптек. Рівень ціни, що прогнозується на запропоновані порошки, набагато нижчий за оптові ціни на пероральні лікарські засоби аналогічної дії промислового виробництва.
 9. Лікарські речовини (L-аргінін, перга, настойка прополісу), допоміжні речовини (аеросил, пектин яблучний), ступка фарфорова (№ 6), пестик, сита (№ 63), ВР-20, капсули паперові.
 10. Профілактика та лікування чоловіків, хворих на простатит, еректильну дисфункцію та безпліддя (в комплексному лікуванні).
 11. Немає.
 12. Для запобігання помилок необхідне чітке виконання наведеної технології гранул.
 13. Національний фармацевтичний університет, 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057)706-30-71, факс. (057)706-30-71.
 14. Немає.
 15. Тихонов О.І. (0572679182), Бербек В.Л. (0572679184).

Реєстр. № 191/1/14

1. **СКЛАД ТА ТЕХНОЛОГІЯ ПРИГОТУВАННЯ ДИТЯЧИХ СУПОЗИТОРІЇВ НА ОСНОВІ ПРИРОДНОЇ СИРОВИНИ В УМОВАХ АПТЕК.**
2. НДР «Розробка і удосконалення складу і технології екстемпоральних лікарських засобів», 0114U000947, 2014 – 2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель № 88526, Україна, МПК (2011) А 61 К 9/02, А 61 К 36/28, А 61 К 36/61, А 61 Р 29/00, А 61 Р 37/04. Фармацевтична композиція у формі ректальних супозиторіїв з імуноотропною дією / Ярних Т. Г. , Рухмакова О. А. ,

- Мельник Г. М., Яковлева Л. В., Кошова О. Ю. ; заявник та патентовласник НФаУ. – № у 2013 09927; заявл. 09.08.2013; опубл. 25.03.2014. – Бюл. № 6. – 8 с.
6. Пат. на корисну модель № 88529 Україна, МПК (2011) А 61 К 9/02, А 61 К 36/28, А 61 К 36/61, А 61 Р 29/00, А 61 Р 37/04. Фармацевтична композиція у формі ректальних супозиторіїв з імунотропною дією / Ярних Т. Г. , Рухмакова О. А. , Мельник Г. М., Яковлева Л. В., Кошова О. Ю. ; заявник та патентовласник НФаУ. – № у 2013 09927; заявл. 09.08.2013; опубл. 25.03.2014. – Бюл. № 6. – 8 с..
 7. Розробка складу та технології приготування дитячих супозиторіїв на основі природної сировини в умовах аптек.
 8. Впровадження технології препарату дозволить розширити асортимент і покращити якість супозиторіїв аптечного приготування, а також медикаментозне забезпечення хворих.
 9. Сухий екстракт солодкового кореня, олія чайного дерева, ефірна олія ромашки, твердий жир, твін-80, лецитин, вода очищена, фарфорова чашка, ступка з товкачиком, супозиторні форми.
 10. У складі комплексної терапії вірусних імунозалежних захворювань у дітей.
 11. Немає.
 12. Для запобігання помилок необхідне чітке виконання наведеної технології супозиторіїв
 13. Національний фармацевтичний університет, вул. Пушкінська, 53, м. Харків, 61002, тел. (057) 706-30-71.
 14. Немає.
 15. Ярних Т.Г. (0509543640), Мельник Г.М.

Реєстр. № 192/1/14

1. **СКЛАД ТА ТЕХНОЛОГІЯ ПРИГОТУВАННЯ СУПОЗИТОРІЇВ З ПРОСТАТОПРОТЕКТОРНОЮ ДІЄЮ В УМОВАХ АПТЕК.**
2. НДР «Розробка і удосконалення складу і технології екстемпоральних лікарських засобів», 0114U000947, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+, 4, С.
5. Патент на корисну модель № 64802 Україна МПК А 61 К 9/02, А 61 К 36/76, А 61 К 31/355, А 61 К 33/30, А 61 Р 13/08 Фармацевтична композиція у формі ректальних супозиторіїв для лікування простатиту / Ярних Т. Г., Толочко К. В., Чушенко В. М., Малоштан Л. М., Гладченко О. М., Манжура О. І.; заявник і патентовласник Національний фармацевтичний університет. – № у 2011 02647; заявл. 09.03.2011; опубл. 25.11.2011, Бюл. № 22.
6. Немає.
7. Склад і технологія в екстемпоральній рецептурі ректальних супозиторіїв з простатопротекторною дією.
8. Розширення асортименту екстемпоральних лікарських засобів та забезпечення якісного приготування лікарського препарату в умовах аптек.
9. Екстракт кори осики сухий, цинку сульфат гептагідрат α -токоферолу ацетат, пропіленгліколь, лецитин, твердий жир типу А, мильний спирт, фарфорова чашка, ступка з товкачиком, супозиторна форма, холодильник, «хусточки» з воцаного паперу, картонні коробки із перегородками, етикетки.
10. Тверді лікарські засоби, призначені для профілактики та лікування запальних захворювань передміхурової залози.
11. Можлива індивідуальна непереносимість компонентів супозиторіїв.
12. Для запобігання помилок необхідне чітке виконання наведеної технології супозиторіїв.

13. Національний фармацевтичний університет.
14. Немає.
15. Ярних Т.Г., Толочко К.В. (0572679182).

Реєстр. № 193/1/14

1. **ТЕРМІНОЛОГІЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ.**
2. Організація фармацевтичної справи, менеджмент і маркетинг у фармації, 0114U000954, 2014 – 2018 рр.
3. Фармація.
4. 4.
5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №56365 від 05.09.2014 р.
6. Немає.
7. Розроблений термін «соціальний захист спеціалістів фармації» дозволить правильно застосовувати це поняття на рівні фармацевтичної галузі з врахуванням галузевої специфіки і професійної конкретизації.
8. Очікується економічний і соціальний ефект. Очікується підвищення ефективності організації роботи уповноважених осіб з соціальних питань фармацевтичних установ та дозволить правильно застосовувати поняття «соціального захисту спеціалістів фармації» і на його основі створювати методики щодо його забезпечення у фармацевтичній галузі.
9. Комп'ютерна техніка і кадрове забезпечення (уповноважені особи з соціальних питань фармацевтичних установ).
10. Термін «соціальний захист спеціалістів фармації» може бути використаний керівниками фармацевтичних підприємств і аптечних закладів різних форм власності та спеціалістами фармації, які відповідають за соціальний захист на підприємствах, науковцями та фахівцями фармацевтичної галузі.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний фармацевтичний університет, вул. Пушкінська, 53, м. Харків, 61002, тел. (057) 706-35-81.
14. Немає.
15. Толочко В.М., Зарічкова М.В. (0577327558).

Реєстр. № 194/1/14

1. **ТЕХНОЛОГІЯ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ МАЗЕЙ З РИЦИНОВОЮ ОЛІЄЮ.**
2. НДР «Розробка і удосконалення складу і технології екстемпоральних лікарських засобів», 0114U000947, 2014-2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Удосконалення технології екстемпоральних мазей шляхом додавання стабілізаторів.
8. Впровадження технології препаратів дозволить покращити якість мазей аптечного приготування та медикаментозне забезпечення хворих.
9. Рицинова олія, сірка, дьоготь, кислота саліцилова, парафін, аеросил, вазелін, ланолін безводний, скляні стакани та палички, ступка з товкачиком, мазеві баночки, кришки.

10. М'які лікарські засоби, призначені для нанесення на уражені ділянки шкіри при лікуванні дерматологічних захворювань.
11. Індивідуальна непереносимість компонентів мазей.
12. Для запобігання помилок необхідне чітке виконання наведених технологій мазей.
13. Національний фармацевтичний університет. 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел/факс (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Орловецька Н.Ф., Данькевич О.С., Кисіль Є.В. (0660980551).

Реєстр. № 195/1/14

- 1. ТЕХНОЛОГІЯ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ МАЗЕЙ З РИЦИНОВОЮ ОЛІЄЮ.**
2. НДР «Розробка і удосконалення складу і технології екстемпоральних лікарських засобів», 0114U000947, 2014 – 2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Удосконалення технології екстемпоральних мазей шляхом додавання стабілізаторів.
8. Впровадження технології препаратів дозволить покращити якість мазей аптечного приготування та медикаментозне забезпечення хворих.
9. Рицинова олія, сірка, дьоготь, кислота саліцилова, парафін, аеросил, вазелін, ланолін безводний, скляні стакани та палички, ступка з товкачиком, мазеві баночки, кришки.
10. М'які лікарські засоби, призначені для нанесення на уражені ділянки шкіри при лікуванні дерматологічних захворювань.
11. Можлива індивідуальна непереносимість компонентів мазей
12. Для запобігання помилок необхідне чітке виконання наведеної технології мазей.
13. Національний фармацевтичний університет, вул. Пушкінська, 53, м. Харків, 61002, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Орловецька Н.Ф., Данькевич О.С. (0660980551), Кисіль Є.

Реєстр. № 196/1/14

- 1. ТЕХНОЛОГІЯ МАЗЕЙ ЗА УТРУДНЕНИМИ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИМИ ПРОПИСАМИ, ЩО МІСТЯТЬ DIMETHYLIS SULFOXIDUM.**
2. НДР «Розробка і удосконалення складу і технології екстемпоральних лікарських засобів», 0114U000947, 2014 – 2018 рр.
3. Фармація.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Удосконалення технології екстемпоральних мазей шляхом додавання стабілізаторів.
8. Впровадження технології препаратів дозволить покращити якість мазей аптечного приготування та медикаментозне забезпечення хворих.
9. Сірка, кислота саліцилова, кислота борна, стрептоцид, тальк, аеросил, вазелін, ланолін безводний, скляні стакани та палички, ступка з товкачиком, мазеві баночки, кришки.

10. М'які лікарські засоби, призначені для нанесення на уражені ділянки шкіри при лікуванні дерматологічних захворювань.
11. Можлива індивідуальна непереносимість компонентів мазей
12. Для запобігання помилок необхідне чітке виконання наведеної технології мазей.
13. Національний фармацевтичний університет, вул. Пушкінська, 53, м. Харків, 61002, тел. (057) 706-30-71.
14. Немає.
15. Орловецька Н.Ф., Данькевич О.С. (066-0980551), Кисіль Є.В.

Реєстр. № 197/1/14

1. **УПРАВЛІННЯ ВІДХОДАМИ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА В УМОВАХ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ НА ПІДСТАВІ ЛОГІСТИЧНОГО ПІДХОДУ.**
2. НДР «Економічний механізм управління розвитком фармацевтичних підприємств в умовах упровадження менеджменту якості», 0108U009175, 2007-2015 рр.
3. Фармація.
4. 2+, С.
5. Свідоцтво про авторське право на твір. Україна. «Брошура» № 50391, дата реєстрації 23.07.2013 р.
6. Немає.
7. Обґрунтовано специфічні особливості реверсивної логістики в умовах фармацевтичної галузі. Запропоновано класифікацію відходів з урахуванням специфіки фармацевтичної галузі. Розроблено модель управління обсягами відходів на фармацевтичному підприємстві. Побудовано комп'ютерну програму розрахунку припустимого обсягу відходів в умовах фармацевтичного підприємства.
8. Очікуваний ефект: економічний (підвищення ефективності функціонування підприємств фармацевтичної галузі, зменшення штрафів, що сплачують підприємства внаслідок невідповідного поводження з відходами, скорочення ступеню невідповідності діяльності з управління відходами, зменшення витрат внаслідок підвищення керованості процесу), екологічний (покращення стану довкілля), соціальний (поліпшення сфери існування людей), медичний (зменшення рівня захворюваності населення), бюджетний (зниження витрат закладів охорони здоров'я з утримання хворих тощо).
9. Комп'ютерна техніка і комп'ютерні програми Microsoft Office Excel і Microsoft Visio, методи контент-аналізу, експертного опитування, таксономічного методу.

10. Застосування обґрунтованої класифікації відходів фармацевтичної галузі. Поліпшення процесу управління фармацевтичними відходами. Визначення припустимих обсягів утворення і зберігання утворених відходів.
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. Сагайдак-Нікітюк Р.В. (0577718147), Посилкіна О.В. (0577718147), Оніщенко Я.Г. (0577718147).

Реєстр. № 198/1/14

1. **ВИЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМІВ ГЕНІВ CYP2E1 І GSTP1 ЯК ПРЕДИКТОРІВ ЕФЕКТИВНОСТІ ІНТЕРФЕРОНОТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С**
2. НДР «Розробка критеріїв ефективності і безпечності фармакотерапії хворих на туберкульоз і гепатити різної етіології на підставі фармакогенетичних досліджень», 0113U001634, 2013-2015 рр.
3. Клінічна фармакологія.
4. С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Розроблено новий спосіб предикції ефективності фармакотерапії хворих на хронічний гепатит С за схемою пегінтерферон+рибавірин на основі молекулярно генетичного дослідження поліморфізму гена CYP2E1 у 6 інtronі (CYP2E1*6) та A313G поліморфізму гена GSTP1.
8. Застосування способу дозволяє передбачити індивідуальну вірусологічну відповідь на терапію хронічного гепатиту С за схемою пегінтерферон+рибавірин до початку фармакотерапії за допомогою молекулярно-генетичного дослідження поліморфізму генів CYP2E1 та GSTP1. Запропонований метод дозволяє підібрати індивідуальну більш ефективну фармакотерапію хронічного гепатиту С, що дозволить знизити розвиток побічних реакцій та знизити вартість лікування.
9. Центрифуга (3000 обертів/хвилину), стандартній набір реактивів для виділення ДНК з венозної крові, ампліфікатор, стандартний набір реактивів для ПЛР.
10. Хронічний гепатит С.
11. Немає.
12. Немає.
13. Одеський національний медичний університет, 65082, м. Одеса, Валіховський провулок, 2.
14. Немає
15. Кресюн В.Й., Годован В.В., Остапчук К.В. (0965836079).

Реєстр. № 199/1/14

- 1. МЕТОД ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ЛІКАРСЬКОЇ СПОЛУКИ РИФАМПІЦИНУ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ПІД ЧАС ХІМІОТЕРАПІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ.**
- НДР «Розробка критеріїв ефективності і безпечності фармакотерапії хворих на туберкульоз і гепатити різної етіології на підставі фармакогенетичних досліджень», 0113U001634.
- Клінічна фармакологія.
- С.
- Патент 88002 № u201311707 ; 2014р.
- Немає.
- В основу поставлено вдосконалення способу визначення вмісту препарату рифампіцину у сироватці крові під час хіміотерапії туберкульозу шляхом розробки режиму екстракції, що включає введення додаткових елементів, а саме застосування додаткового об'єму дистильованої води, проведенням додаткового ретельного струшування протягом кількох хвилин після додавання 5 мл хлороформу і центрифугування протягом 10 хв за швидкості 3000 об/хв після додавання КОН, що дозволить покращити виділення та достовірність вимірювання концентрації рифампіцину.
- Впровадження даної наукової продукції, що передбачає застосування доступного обладнання і витратного матеріалу, має підвищити достовірність вимірювання концентрації рифампіцину, буде сприяти покращенню ефективності лікування хворих на туберкульоз, зменшенню тривалості лікування, збільшенню відсотка хворих, що одужали, зменшенню летальності та інвалідизації хворих на туберкульоз.
- Спектрофотометр, центрифуга (3000 обертів/хвилину), автоматичний дозатор, вакуумний відсмоктувач. Перелік реактивів: 0,1N розчин HCL, 0,1N розчин КОН, розчин хлороформу.
- Необхідність моніторингу вмісту рифампіцину в крові хворих під час лікування туберкульозу або інших захворювань.
- Не відмічено.
- Використання несертифікованого або неповіреного обладнання. Шляхи запобігання помилок: дотримання інструкції щодо обладнання.
- Одеський національний медичний університет, Валіховський пров. 2, м. Одеса, 65082
- Немає
- Кресюн В.Й., Годован В.В., Антоненко П.Б. (0487123103), Антоненко К.О.

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗКУЛЬТУРА І СПОРТИВНА МЕДИЦИНА

Реєстр. № 200/1/14

- 1. СПОСІБ ОЦІНКИ ЗАГАЛЬНОЇ АЕРОБНОЇ ФІЗИЧНОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ У МОЛОДИХ НЕТРЕНЕРОВАНИХ ЛЮДЕЙ.**
- НДР «Фізична підготовленість та якість життя молоді в залежності від маси тіла», №0112U001410, 2012-2014 рр.
- Лікувальна фізкультура і спортивна медицина, фізична реабілітація, кардіологія.
- 1++, А.
- Пат. на корисну модель № 84722 Україна, МПК А61В 5/00. Заявник та патентовласник НМУ імені ОО. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.10.2013, Бюл. 20/2013.

6. Немає.
7. Визначають фактичний рівень фізичної працездатності (ФП) за величиною PWC170 при велоергометричному тесті, що проводиться шляхом використання двох стандартних зростаючих за потужністю навантажень, які для молодих нетренованих осіб складають 50 і 100 Вт для чоловіків і 25 і 75 Вт для жінок. Крім визначення частоти серцевих скорочень (ЧСС), вимірюють артеріальний тиск (АТ) і визначають тип відповідної гемодинамічної реакції. За формулами розраховують фактичну величину PWC170 у Вт.
 При нормальній та гіпотонічній реакціях АТ:

$$PWC170 = W_1 + (W_2 - W_1) \times (170 - f_1) / (f_2 - f_1)$$
, де W_1 - потужність першого навантаження, Вт; W_2 - потужність другого навантаження, Вт; f_1 - ЧСС при першому навантаженні, уд/хв.; f_2 - ЧСС при другому навантаженні, уд/хв.
 При гіпертонічній реакції систолічного АТ:

$$PWC170 = 297,5 \times W_2 / ПД_2$$
, де W_2 - потужність другого навантаження, Вт; ПД₂- подвійний добуток(у.о.): ЧСС x систолічний АТ/100 при другому навантаженні.
 Реакцію артеріального тиску оцінюють, як гіпертонічну в тих випадках, коли відношення фактичного систолічного АТ до ЧСС при другому навантаженні перевищує відповідний належний показник більше, як на 15%. При визначенні належного відношення показників гемодинаміки величину нормального (належного) систолічного АТ, яка розраховується за формулою $82 + 1/2 \text{ ЧСС}$ при другому навантаженні, ділять на ЧСС при другому навантаженні.
 Фактичну величину PWC170 співставляють з установленими межами градацій і оцінюють її, як таку, що відповідає середньому рівню при знаходженні показника у чоловіків і жінок в межах відповідно 145-175Вт і 116-137Вт, вищому за середній - при значеннях 176-206Вт і 138-159Вт, високому – при значеннях 207Вт і більше та 160Вт і більше; значення величин PWC170 в межах 114-144Вт і 94-115 Вт відповідають рівню нижчому за середній, 83-113Вт і 72-93Вт низькому, нижче 83Вт та нижче 72Вт - дуже низькому рівню ФП.
 При всіх значеннях абсолютних величин PWC170, які є нижчими за нижню межу середнього рівня ФП розраховують функціональний біологічний вік за формулами: для чоловіків БВ = паспортний вік + (145 - PWC170 фактична): 2, для жінок БВ = паспортний вік + (116- PWC170 фактична): 2.
8. Переваги від використання корисної моделі будуть полягати у підвищенні точності і інформативності способу оцінки PWC170, ранньому виявленні зниження функціональних можливостей кардіо-респіраторної системи і кількісній характеристиці ступеня зниження ФП через оцінку функціонального біологічного віку, виявленні предикторів розвитку артеріальної гіпертензії, обмежень до професійної придатності людей, використанні раціональних підходів до корекції виявлених порушень з метою здійснення первинної профілактики серцево-судинних захворювань, оцінці ефективності реабілітаційних заходів.
9. Лікарі, які володіють методикою проведення проб з фізичними навантаженнями. Оснащення: тонометр, секундомір, велоергометр.
10. Розширення можливостей оцінки фізичної працездатності у здорових людей, виявлення осіб з предикторами артеріальної гіпертензії і передчасного старіння та здійснення адекватних підходів до призначення засобів фізичної реабілітації для корекції виявлених порушень і оцінка ефективності їх використання.
11. Захворювання серцево-судинної системи із стійким підвищенням артеріального тиску.
12. При умовах виконання запропонованої нами методики проба 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, 01601, м. Київ, бульвар Шевченка, 13.
14. Немає.
15. Халтагарова В.М., Шимеліс І.В., (044) 410-47-66

МІКРОБІОЛОГІЯ І ВІРУСОЛОГІЯ

Реєстр. № 201/1/14

1. СПОСІБ ПОТЕНЦІЮВАННЯ ДІЇ ПРОТИМІКРОБНИХ ЗАСОБІВ ІЗ ГРУПИ ФТОРХІНОЛОНІВ.
2. НДР «Експериментальне обґрунтування застосування хіміотерапевтичних препаратів при перитоніті, спричиненому *Escherichiacoli*».
3. Мікробіологія.
4. 2+, D.
5. Патент № 80884, UA, МПК А61К 31/00. Спосіб потенціювання дії антибактеріальних препаратів з групи фторхінолонів / Косілова О.Ю., Мінухін В.В., Габишева Л.С., Ткаченко В.Л., Коваленко Н.І. – Заявка № u 201300158, заявл. 03.01.2013; опубл. 10.06.2013, Бюл. № 11.
6. Розширення арсеналу способів лікування захворювань черевної порожнини шляхом потенціювання дії протимікробних засобів із групи фторхінолонів додаванням колі-протейного бактеріофагу (міжнародна непатентована назва). Підвищення ефективності лікування: зниження вираженості гемореологічних, дистрофічних змін у внутрішніх органах, а також гіперемії та набряку у парієтальних та вісцеральних листках очеревини.
7. Ефективність способу доведена експериментально на моделі перитоніту у мишей лінії BALB/сз масою 18-20 г, який викликали шляхом внутрішньочеревного введення 10% суспензії стерильних фекалій мишей з добовою культурою *E.coli* ATCC 25922 (5×10^8 мікробних тіл на мишу). Антибіотик вводили в дозі 0,25 мг/кг та колі-протейний бактеріофаг (міжнародна непатентована назва) – 0,03 мг/кг внутрішньочеревно один раз на добу, кожні 24 години, протягом 5 діб. Проведено дві серії дослідів: 1 серія – введення антибактеріального препарату групи фторхінолонів з діючою речовиною гатифлоксацин; 2 серія – поєднання діючої речовини гатифлоксацину з колі-протейним бактеріофагом (міжнародна непатентована назва). Затим тварин виводили з експерименту та виконували патологоанатомічні дослідження печінки та очеревини. Забір матеріалу для морфологічного дослідження отримували після виведення тварин з експерименту на 5 добу. Матеріалом для морфологічного дослідження були фрагменти черевної порожнини (парієтальний листок очеревини) та стінки товстого кишечника (вісцеральний листок) Крім того у експериментальних тварин забирали печінку. Патологоанатомічні дослідження довели перевагу застосування комбінації діючої речовини гатифлоксацину з колі-протейним бактеріофагом (міжнародна непатентована назва).
8. Медичні - скорочення термінів лікування. Соціальні - підвищення якості життя. Економічні - витрати за 15 днів лікування складають 8250 грн. у порівнянні з лікуванням антибактеріальними препаратами групи карбапенемів де вартість лікування за 15 діб складає 27000 грн.
9. Лікарські засоби.
10. Післяопераційні гнійно – запальні ускладнення черевної порожнини.
11. Немає.

12. Порухення технології призначення та виконання.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Мінухін В.В., Косілова О.Ю. (0994668734).

НАРКОЛОГІЯ. ПСИХІАТРІЯ

Реєстр. № 202/1/14

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ.
2. НДР «Розробка підходів до оцінки ефективності медико-психологічної реабілітаційної допомоги», 0114U001928, 2014-2016 рр.
3. Психотерапія.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Спосіб лікування психосоматичних розладів шляхом комбінованого психотерапевтичного впливу системою вербальних та візуальних стимулів, синхронізованих з темпоральними параметрами пацієнта, відрізняється тим, що використовують десять групових гіпнопсихотерапевтичних сеансів по 45 хвилин кожен з музичним супроводом (фонограма композиції Жана Мішеля Жара «Magnetic Fields») та штучно створеним монохроматичним фоном зеленого кольору. Кожен сеанс гіпнопсихотерапії складається з наступних етапів: підготовчого (20 хв) - ознайомлення хворих з фізіологією викликаного сну, виявлення сугестивності, вироблення установки на одужання, визначення функцій вегетативної нервової системи (визначення АТд та АТс, ЧСС, частоти подихів); гіпнотизації (20 хв); лікувальних навіювань (5 хв); лікувальної паузи; викликаного сну/відпочинку (15 хв); дегіпнотизації (5 хв). Після кожного сеансу проводять індивідуальні співбесіди з хворими для виявлення гіпнотичних феноменів, вироблення установки на одужання (5 хв). До та після кожного сеансу оцінюють вегетативний стан пацієнта та фіксують зміни вегетовісцеральних відносин шляхом розрахунку вегетативного індексу Кердо, дослідження МО крові непрямим способом Лільєштранда і Цандера, коефіцієнта Хільдебранта.
8. Застосування комбінованого психотерапевтичного впливу системою вербальних та візуальних стимулів з музичним супроводом та світловим фоном забезпечує нормалізацію психічного та соматичного стану пацієнтів, прискорення одужання. Впровадження даного способу дозволяє суттєво нормалізувати стан хворих, умовно-рефлекторно закріпити корекцію проявів психовегетосоматичних розладів, формувати у пацієнтів установку на одужання; сприяє скорішій соціальній адаптації хворих та поверненню їх до працездатного стану; призводить до скорочення перебування хворих на лікарняному листі, зменшення приймання фармакотерапевтичних препаратів.
9. Аудіопрогравач, фонограма композиції Жана Мішеля Жара «Magnetic Fields», тонометр, ендоскоп, 9 точкових монохромних джерел світла зеленого кольору, розташованих на рівномірній відстані одне від одного на стелі приміщення для гіпнопсихотерапії.
10. Психосоматичні розлади, для яких характерна наявність скарг з боку серцево-судинної системи, органів травлення, органів дихання, сечовивідної системи, але відсутні об'єктивні ознаки порушень органів і систем.
11. Немає.
12. Немає.

13. Державний заклад «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Панченко О.А., Березовський В.М., Пугач Є.О., Чумак Т.Є., Панченко Л.В., Гаража М.В. (0627225500).

Реєстр. № 203/1/14

1. **СПОСІБ ОПЕРАТИВНОЇ ОЦІНКИ ГОТОВНОСТІ ДО БЕЗПЕЧНОГО КЕРУВАННЯ ТРАНСПОРТНИМ ЗАСОБОМ ВОДІЇВ ПАСАЖИРСЬКОГО АВТОТРАНСПОРТУ.**
2. НДР «Розробка діагностичного комплексу психофізіологічної оцінки надійності професійної діяльності водіїв», 0112U001376, 2012-2014 рр.
3. Психіатрія. Медична психологія.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Відпрацьовано алгоритм та методологію оперативної оцінки готовності до безпечного керування транспортним засобом водіїв пасажирського автотранспорту, яка засновується на експрес-діагностиці базових компонентів структури діяльності водіїв. За допомогою комп'ютеризованих та апаратурних тестів визначаються наступні показники: час простої (ПЗМР) та складної (СЗМР) зорово-моторних реакцій, час зміни інформаційної основи діяльності (установки), час реакції на об'єкт, що рухається, тремор статичний, переключення уваги. Критерії норми, що встановлюють готовність до безпечного керування транспортним засобом: час ПЗМР – ≤ 230 мс, час СЗМР – ≤ 360 мс, час зміни інформаційної основи діяльності (установки) – ≤ 240 мс, час реакції на об'єкт, що рухається, – ≤ 100 мс, тремор статичний (отвір – 5 мм в діаметрі) – $\leq 0,45$ торкань за 1 с, переключення уваги – ≤ 240 с. Водії, у яких результати тестування хоча б за одним з показників не відповідають критеріям норми, проходять повторне тестування за тією методикою, де була виявлена невідповідність критерію норми. Якщо при повторному тестуванні критерій норми не досягнутий, водій визнається не готовим до безпечного керування транспортним засобом.
8. Оперативне виявлення водіїв пасажирського автотранспорту, не готових до безпечного керування транспортним засобом; підвищення ефективності профілактичних медичних передрейсових та післярейсових оглядів водіїв-перевізників пасажирів; зниження ризику впливу людського фактору на виникнення аварійних ситуацій; профілактика дорожньо-транспортних пригод (ДТП), попередження економічних збитків, психотравм серед учасників, свідків ДТП, родичів постраждалих.
9. Комп'ютеризовані тести: методика діагностики зорово-моторних реакцій, методика оцінки реакції на об'єкт, що рухається, червоно-чорна таблиця Горбова-Шульте. Апаратурні тести: треморометрія статична. Кадрові ресурси: практичний психолог, лікар-психолог.
10. Професійна діяльність, пов'язана з перевезенням пасажирів автотранспортом, профілактичні медичні передрейсові та післярейсові огляди водіїв.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.

15. Панченко О.А., Плохих В.В., Гаража М.В. (0627225500).

Реєстр. № 204/1/14

- 1. СПОСІБ ПСИХОДІАГНОСТИКИ ГОТОВНОСТІ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СЕСТЕР МЕДИЧНИХ.**
- НДР «Розробка психодіагностичного комплексу оцінки готовності до професійної діяльності працівників в системі «людина-людина»», 0114U001929, 2014-2016 рр.
- Психіатрія. Медична психологія.
- 2++,С.
- Немає.
- Немає.
- Відпрацьовано алгоритм та методологію оцінки готовності до професійної діяльності сестер медичних за допомогою психодіагностичного комплексу, що включає оцінку особистісних характеристик та особливостей пізнавальної сфери. Визначається рівень розвитку комунікативних та організаторських здібностей, комунікативної толерантності, емпатії, стресостійкості, локус-контролю, самооцінки особистості, короткочасної та довготривалої пам'яті, а також інтелекту. У осіб з низьким рівнем визначених характеристик діагностується недостатня готовність до професійної діяльності. Таким особам пропонується пройти курс психологічних тренінгів для підвищення рівня адаптивності та профілактики професійного стресу.
- Своєчасне встановлення осіб з низьким рівнем готовності до професійної діяльності; підвищення рівня професійної адаптації сестер медичних у закладах охорони здоров'я; профілактика професійного стресу; зниження плинності медичних кадрів; підвищення якості надання медичної допомоги населенню.
- Комплекс психодіагностичних методик: методика «КОЗ» (комунікативних та організаторських здібностей); методика діагностики стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге; методика «Діагностика рівня емпатії» І.М. Юсупова; методика «Локус-контроля» Дж. Роттера; 16-ти факторний особистісний опитувальник Кеттелла; опитувальник «Діагностика комунікативної толерантності» В.В. Бойко; методика «Запам'ятовування 10 слів» А.Р. Лурія; тест інтелекту «Прогресивні матриці Равена».
- Кадрові ресурси: практичний психолог, лікар-психолог.
- Праця у медичних закладах на посаді сестри медичної, професійний відбір, ризик виникнення професійного стресу.
- Немає.
- Немає.
- Державний заклад «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України».
- Немає.
- Панченко О.А., Панченко Л.В., Басараб І.Ю., Садчікова О.Г., Мінакова О.М., Станишевська Я.Ю. (0627225500).

Реєстр. № 205/1/14

- 1. КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ ШЛЯХОМ ПОЄДНАНОГО ВПЛИВУ ЕМОЦІЙНО-СТРЕСОВОЇ ТЕРАПІЇ З ФАРМПРЕПАРАТАМИ.**
- НДР «Коморбідні фактори патоморфозу при психічних розладах», 0114U000109, 2014-2017 рр.

3. Наркологія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Не відступаючи від класичної методики кодування, процедуру проводили в кілька етапів. На першому етапі скрупульозно, досить детально збирали анамнез, проводили анкетування, визначались із терміном кодування, за результатами обстеження оцінювали стан кожного пацієнта в плані безпечності проведення самої процедури. Другий етап, який можна поєднати з третім включає сугестивний вплив, що формує від'ємний умовний рефлекс з наступним натискуванням на точки Валле по верхній границі очного яблука трьохкратно 1-2 сек з інтервалом 1-2 сек, натискування на точки виходу великого потиличного нерва в тому ж діапазоні часу до больових відчуттів та вприскування хлоретилу в рот. Завершуємо цю процедуру введенням внутрішньом'язево 1 мл тетлонгу-250 (25% розчин дисульфіраму в комбінованому розчиннику).
8. Запропонований спосіб лікування дозволяє провести більш ефективне лікування розладів адаптації, ускладнених вживанням алкоголю, відновити та закріпити адаптаційні можливості, включити резервні можливості організму та відновити психічні та фізичні сили.
9. Лабораторне обладнання, різноманітні спеціальні тести, препарат тетлонг-250 (25% розчин дисульфіраму в комбінованому розчиннику).
10. Синдром алкогольної залежності, депресивні розлади при алкогольному абстинентному синдромі.
11. Наявність гострої соматичної патології, гострі інфекційні захворювання, захворювання крові.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032)2553129.
14. Немає.
15. Фітькало О.С. (0679499499).

Реєстр. № 206/1/14

1. **МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ПСИХО-СОЦІАЛЬНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ ПОСТШИЗОФРЕНІЧНОЇ ДЕПРЕСІЇ.**
2. НДР «Диференційні критерії оцінки стану соціального функціонування хворих на різні види психічної патології на етапі закінчення стаціонарного лікування», 0111U002805, 2011-2014 рр.
3. Психіатрія, медична психологія.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Суть нововведення полягає у розробці та застосуванні науково обґрунтованого методу комплексної терапії при різних типах постшизофренічної депресії при її первинном і повторних епізодах, що включає сполучення фармакотерапії та трикомпонентного психотерапевтичного втручання (короткострокової індивідуальної та сімної психотерапії) і психосоціального впливу (психоосвітній тренінг), а також виявленні безпосередньої ефективності і суттєвого віддаленого ефекту її використання внаслідок встановлення якісної ремісії захворювання у таких пацієнтів. Визначений суттєвий клінічний та економічний ефект використання комплексної терапії у порівняльному

- дослідженні з хворими, що отримували ізольовану фармакотерапію при різних типах постшизофренічної депресії при її первинном і повторних епізодах.
8. Застосування даної методики дозволяє покращити якість лікування та медико-соціальної реабілітації психічних розладів за рахунок комплексності терапевтичних заходів, скоротити витрати на відновлення пацієнтів після психотичного епізоду та підвищення рівня їх ресоціалізації. Це, в свою чергу, дає суттєвий клініко-економічний ефект у тривалому лікуванні та реабілітації хворих на шизофренію.
 9. Методика комплексної терапії при апато-адинамічного, тужливо-адинамічного, астено-фобічного, дисфоричного та астено-іпохондричного при первинному і повторних епізодах постшизофренічної депресії, що включає сполучення фармакотерапії та трикомпонентного психотерапевтичного втручання (короткострокової індивідуальної та сімєної психотерапії) і психосоціального впливу (психоосвітній тренінг); а також діагностичний (психометричний) інструментарій, що визначає динаміку психічного стану хворих і ефективність застосування запропонованого методу лікування. Відповідна кваліфікація лікарів.
 10. Методика комплексної терапії при різних типах постшизофренічної депресії може застосовуватися лікарями-психіатрами у мережі амбулаторних та стаціонарних психіатричних закладів охорони здоров'я.
 11. Відсутність відповідної кваліфікації та необхідних навичок діагностування та лікування психічного розладу у лікаря.
 12. Немає.
 13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
 14. Немає.
 15. Мішиєв В.Д., Пилягіна Г.Я., Гриневич Є.Г., Кушнір Ю.А. (044) 463-74-52.

Реєстр. № 207/1/14

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ МІШЕНЕЙ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ВПЛИВУ В ДИНАМІЦІ ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗОДУ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ.**
2. НДР «Диференційні критерії оцінки стану соціального функціонування хворих на різні види психічної патології на етапі закінчення стаціонарного лікування», 0111U002805, 2011-2014 рр.
3. Психіатрія, медична психологія.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Суть нововведення полягає в оптимізації лікування і реабілітації хворих на параноїдну шизофренію через застосування спеціальних діагностичних таблиць маркерів-мішеней терапевтичного і/або реабілітаційного впливу, а також оцінки клінічної динаміки психотичного епізоду впродовж терапії. В основу нововведення покладено результати рандомізованого дослідження, присвяченого аналізу інформативності й діагностичній цінності різноманітних методів дослідження, що застосовуються при обстеженні зазначеного контингенту. Визначено діагностичні коефіцієнти (ДК) і міри інформативності Кульбака (J) для окремих ознак (за кожним методом, що увійшли до комплексу обстеження). Наданий алгоритм визначення маркерів мішеней терапевтичного та реабілітаційного впливу, а також клінічної динаміки психічних та поведінкових розладів у хворих на параноїдну шизофренію впродовж лікування за допомогою послідовної процедури Вальда у

- модифікації Гублера (з рівнем достовірності розбіжностей, прийнятим у медичних дослідженнях – $p < 0,05$).
8. Застосування даної методики сприятиме наданню своєчасної адекватної лікувально-реабілітаційної допомоги пацієнтам із психічними розладами, у тому числі при параноїдній шизофренії, що сприятиме підвищенню якості їх життя, та призведе до відповідного економічного ефекту за рахунок скорочення строків терапії, зниження кількості ускладнень і рецидивів.
 9. Діагностичні таблиці маркерів-мішеней терапевтичного та реабілітаційного впливу при превалюванні продуктивно-психотичної та негативно-особистісної симптоматики у хворих на параноїдну шизофренію, відповідна кваліфікація лікарів.
 10. Параноїдна шизофренія, розлади шизофренічного кола. Ця методика визначення мішеней терапевтичного та реабілітаційного впливу в динаміці психотичного епізоду у хворих на параноїдну шизофренію може застосуватися у мережі амбулаторних та стаціонарних психіатричних закладів охорони здоров'я лікарями-психіатрами.
 11. Відсутність відповідної кваліфікації та необхідних навичок роботи з інструментарієм у лікаря.
 12. Надмірне / або недостатнє використання лікувально-реабілітаційних заходів для хворих на параноїдну шизофренію за умов відсутності відповідної кваліфікації та необхідних навичок роботи з інструментарієм у лікаря. Для запобігання цих недоліків пропонується проходження курсів інформації та стажування для підвищення кваліфікації лікарів-психіатрів, медичних психологів.
 13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
 14. Державний заклад «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України», м. Дніпропетровськ.
 15. Мішиєв В.Д., Гриневич Є.Г., Пилягіна Г.Я., Кушнір А.М. (044) 463-74-52.

Реєстр. № 208/1/14

1. **СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОДУКТИВНО-ПСИХОТИЧНОЇ ТА НЕГАТИВНО-ОСОБИСТІСНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ.**
2. НДР «Диференційні критерії оцінки стану соціального функціонування хворих на різні види психічної патології на етапі закінчення стаціонарного лікування», 0111U002805, 2011-2014 рр.
3. Психіатрія, медична психологія.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Суть нововведення полягає у прогнозуванні клінічної динаміки психотичного епізоду у хворих на параноїдну шизофренію, а також підвищення якості його діагностики за допомогою застосуванні спеціальних діагностичних таблиць маркерів превалювання продуктивно-психотичної та негативно-особистісної симптоматики у хворих на параноїдну шизофренію. В основу нововведення покладено результати рандомізованого дослідження, присвяченого аналізу інформативності й діагностичній цінності різноманітних методів дослідження, що застосовуються при обстеженні хворих на параноїдну шизофренію. Визначено діагностичні коефіцієнти (ДК) і міри інформативності Кульбака (J) для окремих ознак (за кожним методом, що увійшли до комплексу обстеження). Наданий алгоритм прогнозування та підтвердження діагнозу психічних та поведінкових розладів у хворих на параноїдну шизофренію за допомогою

- послідовної процедури Вальда у модифікації Гублера (з рівнем достовірності розбіжностей, прийнятим у медичних дослідженнях – $p < 0,05$).
8. Застосування даної методики дозволяє покращити якість діагностики психічних розладів за рахунок стандартизації діагностичної процедури, скоротити витрати часу на її проведення, а також надати прогноз їх клінічної динаміки. Це, в свою чергу, сприятиме своєчасній адекватній лікувально-реабілітаційній допомозі пацієнтам із психічними розладами, в тому числі при параноїдній шизофренії та надасть медичний, економічний та соціальний ефект.
 9. Діагностичні таблиці маркерів превалювання продуктивно-психотичної та негативно-особистісної симптоматики у хворих на параноїдну шизофренію, відповідна кваліфікація лікарів.
 10. Параноїдна шизофренія, розлади шизофренічного кола. Ця методика діагностики та прогнозу психічних розладів може застосовуватися у мережі амбулаторних та стаціонарних психіатричних закладів охорони здоров'я лікарями-психіатрами, медичними психологами.
 11. Відсутність відповідної кваліфікації та необхідних навичок роботи з інструментарієм у лікаря.
 12. Неналежна діагностика та прогноз продуктивної та негативної симптоматики у хворих на параноїдну шизофренію за умов відсутності відповідної кваліфікації та необхідних навичок роботи з інструментарієм у лікаря. Для запобігання цих недоліків пропонується проходження курсів інформації та стажування для підвищення кваліфікації лікарів-психіатрів, медичних психологів.
 13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
 14. Державний заклад «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України», м. Дніпропетровськ.
 15. Мішиєв В.Д., Гриневич Є.Г., Пилягіна Г.Я., Кушнір А.М. (044) 463-74-52.

Реєстр. № 209/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЗАТРИМКИ МОВНОГО РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Розлади адаптації дітей шкільного віку», 01108U00103, 2008-2010 рр.
3. Психіатрія, дитяча психіатрія.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 88246 Україна, МПК А61Р 25/18. Заявник та патентовласник Чуприков А.П., Таршинов І.В., Рожков В.С., Чорна Т.В., Зайцев Д.В., Чуприкова О.Г., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл 11.03.2014, Бюл. № 5/2014.
6. Немає.
7. Спосіб полягає в тому, що у традиційному лікуванні затримок мовного розвитку у дітей у вигляді транскраніальної мікрополяризації, використовується ЕЕГ контроль. Один з активних електродів постійно або періодично розміщується у роті, на язичку дитини. ЕЕГ контроль дозволяє контролювати силу струму та дію електродів на скальпі, або у роті дитини.
8. Підвищення ефективності застосування комплексного лікування дітей з затримками мовного розвитку.
9. Спосіб виконується у психоневрологічних лікарнях або амбулаторно у ПНД за допомогою розповсюджених медичних електростимуляторів.
10. Затримка мовного та психомовного розвитку, дитячий аутизм, розумова відсталість, органічні ураження головного мозку у дітей.
11. Епілепсія та епілептиформні стани.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

14. Немає.
15. Чуприков А.П., Мішиєв В.Д., Чуприкова О.Г., Чорна Т.В. (044) 463-74-52.

Реєстр. № 210/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЛІВОРУКИХ ДІТЕЙ З ВІДХИЛЕННЯМИ У РОЗВИТКУ ПСИХІКИ.**
2. НДР «Розлади адаптації дітей шкільного віку», 01108U00103, 2008-2010 рр.
3. Психіатрія, дитяча психіатрія.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 88246 Україна, МПК А61Р 25/18. Заявник та патентовласник Чуприков А.П., Таршинов І.В., Рожков В.С., Чорна Т.В., Зайцев Д.В., Чуприкова О.Г., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл 11.03.2014, Бюл. № 5/2014.
6. Немає.
7. Спосіб полягає у використанні в комплексному лікуванні ліворуких дітей електро-енцефалографічного дослідження. Ліворуких дітей у населенні стало більше і досягає 10-12%, а серед психічно хворих цей відсоток зростає. При наявності у ліворуких дітей епілептичних та епілептиформних вогнищ (без клінічних прояв судомних та інших пароксизмі), котрі у 90% локалізуються у лівій гемісфері, у фармакологічний комплекс обов'язково потрібно включати проти судомні препарати (вальпроати, ламотриджин, кеппра та інші).
8. Підвищення ефективності застосування комплексного лікування у розвитку психіки у дітей, запобігання побічних ускладнень.
9. Спосіб виконується у психоневрологічних лікарнях та амбулаторно у ПНД.
10. Дитячий аутизм, затримка психомовного розвитку, розумова відсталість, органічні ураження головного мозку, шизофренія у ліворуких дітей
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
14. Немає.
15. Чуприков А.П., Мішиєв В.Д., Чуприкова М.А. (044) 463-74-52.

Реєстр. № 211/1/14

1. **АЛГОРИТМ ПРИВЕДЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ В РАМКАХ ПОСМЕРТНОЇ КОМПЛЕКСНОЇ СУДОВОЇ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ОСОБАМ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ В ЦИВІЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ.**
2. НДР «Судово-психіатрична оцінка станів залежності від алкоголю в цивільному процесі, 0112U001233, 2012–2014 рр.
3. Психіатрія, судово-психіатрична експертиза, психологія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Вперше запропоновано алгоритм для комплексного підходу щодо оцінки обсягу дієздатності осіб із алкогольною залежністю. Використання запропонованого алгоритму проведення психологічного дослідження в рамках посмертної комплексної судової психолого-психіатричної експертизи (ПКСПЕ) особам із залежністю від алкоголю в цивільному процесі допоможе об'єктивно та всебічно вирішити експертні питання щодо обсягу дієздатності зазначених осіб у юридично значимий період.

7. Проведення ПКСППЕ ускладнюється відсутністю особи, відносно якої стоїть питання щодо обсягу дієздатності, недостатністю і суперечливістю об'єктивних даних про психічний стан на юридично значимий період. Ретроспективний аналіз матеріалів цивільної справи за відсутності медичної документації або встановленої вираженої психічної хвороби у підекспертного потребує залучення експертів-психологів для визначення можливого впливу властивостей особистості на її здатність повною мірою усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними в юридично значимій ситуації. В алгоритм ретроспективного експертного дослідження осіб із залежністю від алкоголю при проведенні ПКСППЕ, крім дослідження психічного стану підекспертного (клінічних психопатологічних синдромів, рівня розвитку інтелекту, характеру вживання алкоголю, типу патологічного потягу до спиртного тощо) та ситуаційних змін психіки на момент складання правочину (наявність абстинентного синдрому, стану алкогольного сп'яніння або відміни), обов'язково повинні бути включені дослідження та співставлення параметрів психосоціального функціонування протягом життя та у юридично значимий період.
8. Медичні - виявлення ранніх когнітивних, особистісних та психосоціальних змін у осіб із залежністю від алкоголю, їх вплив на життєдіяльність особи в цілому, зокрема у юридично значимий період; соціальні - підвищення якості проведення ПКСППЕ особам, які страждають на алкоголізм, з метою дотримання їх цивільних прав та адекватного визначення їх здатності усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними під час укладення юридичних угод; економічні - підвищення ефективності проведення судово-психіатричних експертиз призведе до зменшення кількості повторних експертиз, скорочення строків судового розгляду цивільних справ, і як наслідок – зменшення витрат державних коштів.
9. Відповідна підготовка психологів – судових експертів.
10. Психологічне дослідження матеріалів цивільної справи під час проведення ПКСППЕ особам, які зловживають алкоголем.
11. Наявність стійкого хронічного розладу психіки та психотичного стану у період укладення правочину; виразне інтелектуально-мнестичне зниження.
12. Можливі помилки: одностороннє вивчення медичної документації, відсутність узагальненого підходу до комплексної оцінки матеріалів цивільної справи. Шляхи запобігання: отримання додаткових матеріалів справи щодо особистісних, соціальних даних про під експертного в динаміці, їх детальний аналіз.
13. Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103.
14. Немає.
15. Ревенок ОА., Радзевілова О.В., Олійник О.П. (044) 468-34-61.

Реєстр. № 212/1/14

1. **АЛГОРИТМ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.**
2. НДР «Розробка скринінгового і моніторингового інструментарію діагностики психічних розладів у пацієнтів з хронічними захворюваннями на етапі первинної ланки медичної допомоги», 0113U001470, 2013-2015 рр.; НДР «Дослідити вплив медико-соціальних факторів на розвиток та перебіг серцево-судинної патології, ефективність профілактики і лікування», 0110U001088, 2013-2015 рр.

3. Психіатрія, медична психологія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Вперше розроблено і апробовано на українській популяції комплекс діагностичних шкал для виявлення непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної медичної допомоги. Вперше в Україні в структурі діагностичного алгоритму застосовувався самоопитувальник РНҚ.
7. Наукове повідомлення відноситься до сфери психіатрії та медичної психології та дозволяє швидко та ефективно діагностувати психічні розлади непсихотичного регістру у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної медичної допомоги.
8. Медичні - своєчасність виявлення і моніторинг ефективності терапії непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями; соціальні - підвищення якості життя пацієнтів даного профілю; економічні - скорочення часу діагностики на 15 %, зменшення питомої ваги вартісних інвазивних втручань та кількості консультацій додаткових спеціалістів на 10 %, зменшення тривалості непрацездатності на 8 % та кількості виходів на інвалідність на 4 %.
9. Відповідна кваліфікація спеціаліста, що проводить дослідження, алгоритм запропонованих методів психолого-психіатричного обстеження для діагностики непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями.
10. Наявність у пацієнта хронічного неінфекційного захворювання.
11. Наявність психотичних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями; відсутність у лікаря спеціалізації з психіатрії або медичної психології.
12. За недостатньої кваліфікації лікаря, який застосовує алгоритм, можливі випадки гіпер- або гіподіагностики непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями.
13. Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе 103.
14. Державна установа «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» Національної академії медичних наук, 03680, вул. Народного ополчення, 5.
15. Хаустова О.О., Корнацький В.М., Бушинська О.В., Прохорова О.В., Сахно С.Г., Мороз Д.М. (044) 275 76 77.

Реєстр. № 213/1/14

1. **ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНІ ТА ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАХОДИ НА РАННІХ ЕТАПАХ СПОЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН ПІДЛІТКАМИ.**
2. НДР «Розробка моделі та алгоритму надання медико-соціальної допомоги підліткам з адиктивною поведінкою, що вживають психоактивні речовини», 0113U001212, 2013-2015 рр.
3. Психіатрія, наркологія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Використання запропонованих діагностично-лікувальних та профілактичних заходів на ранніх етапах споживання психоактивних речовин підлітками

- відтворює засади та принципи організації сучасних діагностичних, лікувальних та профілактичних заходів щодо лікування та профілактики хімічних адикцій.
7. Наукове повідомлення відноситься до сфери психіатрії і наркології та має за мету своєчасне виявлення вживання ПАР підлітками, надання їм відповідної медичної та профілактичної допомоги.
 8. Медичні - удосконалення системи охорони здоров'я за рахунок науково-методичного забезпечення фахівців у галузі медико-соціальної допомоги підліткам, що вживають психоактивні речовини; соціальні - зменшення числа осіб серед підлітків та молоді з адиктивною поведінкою; економічні - раціоналізуванню економічних витрат на медико-соціальну допомогу даному контингенту у розмірі 23,7%.
 9. Відповідна кваліфікація спеціалістів. Метод психокорекції алкогольної адикції у підлітків.
 10. Група підвищеного ризику серед підлітків щодо формування алкогольної залежності.
 11. Відсутність у спеціаліста необхідного рівня кваліфікації.
 12. Не спостерігалось.
 13. Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103.
 14. Немає.
 15. Табачников С.І., Горбань А.Є., Харченко Є.М., Приб Г.А., Синіцька Т.В., Чепурна А.М., Хірман І.В., Кіосєва О.В., Вороніна О.В. (044) 468-32-15).

Реєстр. № 214/1/14

- 1. МЕТОД ПСИХОКОРЕКЦІЇ АЛКОГОЛЬНОЇ АДИКЦІЇ У ПІДЛІТКІВ.**
2. НДР «Розробка моделі та алгоритму надання медико-соціальної допомоги підліткам з адиктивною поведінкою, що вживають психоактивні речовини», 0113U001212, 2013-2018 рр.
3. Психіатрія, наркологія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Метод психокорекції алкогольної адикції у підлітків базується на поетапному і індивідуальному підході, включає індивідуальну та групову роботу з використанням когнітивно-біхевіоральних, психодинамічних та психотерапевтичних технік і має за мету підвищення самооцінки, самосвідомості підлітка, посилення контролю над імпульсами, а також збільшення стабільності міжособистісних відносин та покращення соціальної адаптації.
7. Наукове повідомлення відноситься до сфери психіатрії і наркології та дозволяє ефективно надавати психокорекційну допомогу підліткам з алкогольною адикцією.
8. Медичні - удосконалення системи охорони здоров'я за рахунок науково-методичного забезпечення фахівців у галузі медико-соціальної допомоги підліткам, що вживають психоактивні речовини; соціальні - зменшення числа осіб із алкогольною адикцією; економічні - раціоналізуванню економічних витрат на медико-соціальну допомогу даному контингенту у розмірі 23,7%.
9. Відповідна кваліфікація спеціалістів. Метод психокорекції алкогольної адикції у підлітків.
10. Група підвищеного ризику серед підлітків щодо формування алкогольної залежності.
11. Відсутність у спеціаліста необхідного рівня кваліфікації.
12. Не спостерігалось.

13. Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103.
14. Немає.
15. Табачников С.І., Горбань А.Є., Харченко Є.М., Приб Г.А., Синіцька Т.В., Чепурна А.М., Хірман І.В., Кіосєва О.В., Вороніна О.В. (044) 468-32-15).

Реєстр. № 215/1/14

1. **МЕТОД ПСИХОКОРЕКЦІЇ ТЮТЮНОВОЇ АДИКЦІЇ У ПІДЛІТКІВ.**
2. НДР «Розробка моделі та алгоритму надання медико-соціальної допомоги підліткам з адиктивною поведінкою, що вживають психоактивні речовини», 0113U001212, 2013-2015 рр.
3. Психіатрія, наркологія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Використання запропонованого методу психокорекції тютюнової адикції у підлітків базується на системному і поетапному використанні когнітивно-біхевіоральних, психодинамічних та психотерапевтичних технік.
7. Наукове повідомлення відноситься до сфери психіатрії і наркології та дозволяє ефективно надавати психокорекційну допомогу підліткам з тютюновою адикцією.
8. Медичні - удосконалення якості надання медико-соціальної допомоги підліткам, що вживають психоактивні речовини за рахунок науково-методичного забезпечення відповідних фахівців; соціальні - зменшення числа осіб із тютюновою адикцією; економічні - раціоналізування економічних витрат на медико-соціальну допомогу даному контингенту у розмірі 23,7%.
9. Відповідна кваліфікація спеціалістів. Метод психокорекції тютюнової адикції у підлітків.
10. Група підвищеного ризику серед підлітків щодо формування тютюнової залежності.
11. Відсутність у спеціаліста необхідного рівня кваліфікації.
12. Не спостерігалось.
13. Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103.
14. Немає.
15. Табачников С.І., Пінчук І.Я., Горбань А.Є., Харченко Є.М., Приб Г.А., Синіцька Т.В., Чепурна А.М., Хірман І.В., Кіосєва О.В., Вороніна О.В. (0444683215).

Реєстр. № 216/1/14

1. **СИСТЕМА ДІАГНОСТИКИ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ.**
2. НДР «Особливості непсихотичних психічних розладів у пацієнтів в умовах соціально-економічної трансформації та розробка моделі комплексної медичної та медико-психологічної допомоги», 0114U000991, 2014-2016 рр.
3. Психіатрія, психологія, реабілітологія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Вперше в Україні розроблено алгоритм діагностики для осіб з післятравматичним стресовим розладом, та заходи медико-соціальної

- реабілітації таких осіб, що забезпечить високий рівень надання професійної медичної допомоги зазначеному контингенту. Алгоритм дозволяє забезпечити не тільки короткотермінове антикризове втручання, але і подальше закріплення успішного результату в умовах санаторно-курортного лікування з подальшим моніторингом психологічного стану реабілітанта.
7. Запропоновані інноваційні підходи до діагностики післятравматичного стресового розладу, які включають в себе крім клінічних критеріїв за МКХ-10, ще спеціальні клінічні та психодіагностичні шкали і тести, що дозволяє більш детально і своєчасно виявити порушення психічного здоров'я стресорного характеру. Методичні підходи до психотерапії та психопрофілактики розладів психіки та поведінки у постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій дозволяють поетапно вести таких пацієнтів до відновного санаторно-курортного лікування.
 8. Медичні - запропонований діагностичний алгоритм дозволить скоротити час діагностики післятравматичного стресового розладу та своєчасно провести терапевтичну інтервенцію у вигляді комплексного поєднання психологічного; соціальні - своєчасне виявлення післятравматичного стресового розладу дозволить покращити якість життя постраждалих та сприятиме прискоренню їх соціальної адаптації; економічні - зменшення тривалості непрацездатності.
 9. Методичні рекомендації «Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги при післятравматичному стресовому розладі». Відповідна кваліфікація спеціаліста.
 10. Особи постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій з післятравматичним стресовим розладом.
 11. Недоступність продуктивному контакту з пацієнтом; відсутність у спеціаліста необхідного рівня підготовки.
 12. Кваліфікована психіатрична та терапевтична допомога мінімізує імовірність ускладнень або помилок.
 13. Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103.
 14. ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України»; ДП «Український науково-дослідний інститут медицини транспорту МОЗ України».
 15. Пінчук І.Я., Хаустова О.О., Бабов К.Д., Золотарьова Т.А., Шафран Л.М., Панів Б.В., Псядло Е.М. (044) 468-32-15.

Реєстр. № 217/1/14

1. **СПОСІБ ВИВЧЕННЯ АДИКТИВНОГО СТАТУСУ ПІДЛІТКІВ, ЩО ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ.**
2. НДР «Розробка моделі та алгоритму надання медико-соціальної допомоги підліткам з адиктивною поведінкою, що вживають психоактивні речовини», 0113U001212, 2013-2015 рр.
3. Психіатрія, наркологія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Використання запропонованого способу вивчення адиктивного статусу підлітків, що вживають психоактивні речовини базується на використанні експрес-методів діагностики залежних станів.
7. Наукове повідомлення відноситься до сфери психіатрії і наркології та дозволяє ефективно виявляти підлітків з адиктивною поведінкою.

8. Медичні - удосконалення якості надання медико-соціальної допомоги підліткам, які вживають психоактивні речовини за рахунок науково-методичного забезпечення діагностичним інструментарієм відповідних фахівців щодо виявлення осіб з адикціями; соціальні - своєчасне виявлення осіб із адитивною поведінкою та попередження розвитку залежних станів; економічні - раціоналізування економічних витрат на медико-соціальну допомогу даному контингенту у розмірі 35,7%.
9. Відповідна кваліфікація спеціалістів. Спосіб вивчення адиктивного статусу підлітків, що вживають психоактивні речовини.
10. Група підвищеного ризику серед підлітків щодо формування залежностей.
11. Відсутність у спеціаліста необхідного рівня кваліфікації.
12. Не спостерігалось.
13. Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103.
14. Немає.
15. Табачников С.І., Пінчук І.Я., Горбань А.Є., Харченко Є.М., Приб Г.А., Синіцька Т.В., Чепурна А.М., Хірман І.В., Кіосєва О.В., Вороніна О.В. (0444683215).

Реєстр. № 218/1/14

16. УНІФІКОВАНА КАРТА ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИМИ НЕЙРОКОГНІТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ.

17. НДР «Розробка комплексної моделі надання геронтопсихіатричної та паліативної допомоги», 0113U001470, 2014-2016 рр.
18. Психіатрія.
19. 2+, С.
20. Немає.
21. Використання запропонованої уніфікованої карти психолого-психіатричного обстеження допоможе своєчасно виявляти нейрокогнітивні розлади у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією.
22. Наукове повідомлення відноситься до сфери психіатрії та інфекційних хвороб і дозволяє швидко та ефективно діагностувати нейрокогнітивні розлади у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією.
23. Медичні – своєчасне виявлення легких когнітивних розладів у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією за допомогою уніфікованої карти психолого-психіатричного обстеження створить умови для лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів, що дозволить віддалити розвиток деменції; соціальні – своєчасне виявлення легких форм когнітивних розладів у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією дозволить створити умови для збереження якості життя та працездатності таких осіб; економічні – використання запропонованої уніфікованої карти психолого-психіатричного обстеження допоможе скоротити час діагностики на 15%, зменшити питому вагу вартісних інвазивних втручань та кількість консультацій додаткових спеціалістів на 10%.
24. Уніфікована карта психолого-психіатричного обстеження. Відповідна кваліфікація спеціаліста, що проводить дослідження.
25. Нейрокогнітивні розлади у ВІЛ-інфікованих осіб.
26. Недоступність продуктивному контакту з пацієнтом. Відсутність у спеціаліста необхідного рівня підготовки.
27. При недостатньому рівні продуктивності контакту з хворим на нейрокогнітивний розлад може бути ускладненим повне та адекватне обстеження.

28. Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103.
29. Немає.
30. Пінчук І.Я., Степанова Н.М., Ладик-Бризгалова А.К. (044) 468-32-15).

Реєстр. № 219/1/14

- 31. УНІФІКОВАНА КАРТА ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ДЕМЕНЦІЄЮ, ЯКИМ НАДАЄТЬСЯ ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА У ПОЗАЛІКАРНЯНИХ УМОВАХ.**
32. НДР «Розробка комплексної моделі надання геронтопсихіатричної та паліативної допомоги», 0113U001470, 2014-2016 рр.
33. Психіатрія.
34. 2+, С.
35. Немає.
36. Використання запропонованої уніфікованої карти психолого-психіатричного обстеження допоможе своєчасно виявляти когнітивні та супутні психічні розлади, проводити ранню діагностику болю при деменції, скоротити час діагностики, надасть змогу діагностувати когнітивні порушення у поза лікарняних умовах.
37. Наукове повідомлення відноситься до сфери психіатрії та дозволяє швидко і ефективно діагностувати когнітивні порушення (визначити їх ступінь тяжкості), психічні порушення (психотичні, депресивні, поведінкові розлади), що відзначаються у більшості пацієнтів з деменцією, які потребують соціальної та психіатричної допомоги.
38. Медичні – своєчасне виявлення когнітивних та супутніх психічних розладів, рання діагностика болю при деменції за допомогою уніфікованої карти психолого-психіатричного обстеження, перевагою якої є комплексність, динамічність та прогнозованість результатів; соціальні – своєчасне виявлення деменції та супутніх психічних і соматичних розладів дозволить покращити якість життя пацієнтів; економічні – використання запропонованої уніфікованої карти психолого-психіатричного обстеження допоможе скоротити час діагностики та надасть змогу діагностувати когнітивні порушення в поза лікарняних умовах.
39. Уніфікована карта психолого-психіатричного обстеження. Відповідна кваліфікація спеціаліста, що проводить дослідження.
40. Деменція у осіб похилого віку, які отримують позалікарняну допомогу.
41. Недоступність продуктивному контакту з пацієнтом. Відсутність у спеціаліста необхідного рівня кваліфікації.
42. При недостатньому рівні продуктивності контакту з хворим на деменцію може бути ускладненим повне та адекватне обстеження пацієнтів.
43. Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103.
44. Немає.
45. Пінчук І.Я., Степанова Н.М., Мишаківська О.М. (044) 468-32-15).

Реєстр. № 220/1/14

- 46. УНІФІКОВАНА КАРТА СОМАТИЧНОГО І ПСИХОПАТОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА ТЯЖКУ ДЕМЕНЦІЮ, ЯКИМ НАДАЄТЬСЯ ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА В УМОВАХ ПСИХІАТРИЧНОГО СТАЦІОНАРУ.**

47. НДР «Розробка комплексної моделі надання геронтопсихіатричної та паліативної допомоги», 0113U001470, 2014-2016 рр.
48. Психіатрія.
49. 2+, С.
50. Немає.
51. Використання запропонованої уніфікованої карти психолого-психіатричного обстеження допоможе своєчасно виявляти когнітивні та супутні психічні розлади, проводити ранню діагностику деменції, скоротити час діагностики, надасть змогу діагностувати когнітивні порушення у хворих, яким надається паліативна допомога в умовах психіатричного стаціонару.
52. Наукове повідомлення відноситься до сфери психіатрії, паліативної та hospice допомоги і дозволяє швидко та ефективно діагностувати когнітивні порушення (визначити їх ступінь тяжкості) у більшості пацієнтів з деменцією, яким надається паліативна допомога в умовах психіатричного стаціонару.
53. Медичні – своєчасність виявлення психопатологічних та соматичних розладів за допомогою уніфікованої карти, перевагою якої є комплексність та динамічність результатів; соціальні – своєчасне виявлення психопатологічних та соматичних розладів дозволить підвищити якість життя пацієнтів хворих на тяжку деменцію та зменшити емоційне і психологічне страждання оточуючих внаслідок догляду за пацієнтами даної категорії; економічні – використання запропонованої уніфікованої карти психопатологічного та соматичного обстеження допоможе скоротити час діагностики та зменшити кількість консультацій додаткових спеціалістів.
54. Уніфікована карта психолого-психіатричного обстеження. Відповідна кваліфікація спеціаліста, що проводить дослідження.
55. Деменція у осіб похилого віку, яким надається паліативна допомога в умовах психіатричного стаціонару.
56. Недоступність продуктивному контакту з пацієнтом. Відсутність у спеціаліста необхідного рівня підготовки.
57. При недостатньому рівні продуктивності контакту з хворим на деменцію може бути ускладненим повне та адекватне обстеження пацієнтів.
58. Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103.
59. Немає.
60. Пінчук І.Я., Степанова Н.М., Дудіна Ж.Г. О.М. (044) 468-32-15).

Реєстр. № 221/1/14

1. ШКАЛА ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ.

2. НДР «Особливості непсихотичних психічних розладів у пацієнтів в умовах соціально-економічної трансформації та розробка моделі комплексної медичної та медико-психологічної допомоги», 0114U000991, 2014-2016 рр.
3. Психіатрія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Використання шкали сприятиме об'єктивізації ефективності медикаментозного та психотерапевтичного лікування, підвищенню швидкості та якості діагностики, відбору більш ефективних схем лікування, що дозволить розробити програми по покращенню якості життя пацієнтів з непсихотичними психічними розладами.
7. Оцінка рівня якості життя, за допомогою «Шкали оцінки якості життя», в процесі лікування дозволить комплексно оцінити ефективність наданої допомоги: фізичні аспекти (енергійність, втома, фізичний дискомфорт, сон),

- психологічні аспекти (самооцінка, концентрація, позитивні емоції, негативні переживання, мислення, залежність від ліків та лікування) та соціальні аспекти (повсякденна активність, соціальні зв'язки, професіоналізм, суспільна значущість). Вищенаведене дозволить лікарю визначити оптимальну готовність пацієнта до виходу на роботу, врахувати суб'єктивне сприйняття ним свого стану здоров'я, що в свою чергу сприятиме попередженню рецидивів та повторних госпіталізацій. оцінки якості життя дозволить суттєво удосконалити ефективність та швидкість відслідковування в процесі лікування рівня якості життя пацієнта, що поліпшить його соціальну адаптацію в процесі лікування.
8. Соціальні - більш швидкий та оптимальний підбір ефективних схем терапії непсихотичних психічних розладів, направленість на соціальну активність пацієнта; економічні - зменшення тривалості непрацездатності (зменшення функціонування психіатричного ліжка та середньої тривалості перебування хворого в стаціонарі на 1-2 доби, що допоможе зменшити ліжковий фонд психіатричних закладів та підвищити оберт ліжка; зменшення витрат за листами непрацездатності державних та приватних підприємств). Зменшення прямих витрат на діагностику та лікування непсихотичних психічних розладів, завдяки підвищенню якості надання медико-психологічної допомоги, та зменшення непрямих витрат завдяки зниженню поширеності непсихотичних психічних розладів, внаслідок підвищення освіченості населення щодо профілактичних стратегій по відношенню до розвитку психічних непсихотичних розладів.
 9. Наявність бланку "Шкали оцінки якості життя" та необхідного рівня кваліфікації спеціаліста для комплексної оцінки результатів.
 10. Пацієнти з непсихотичними психічними розладами.
 11. Пацієнти в гострому психотичному стані; недоступні протуктивному контакту.
 12. Неправильна інтерпретація стверджень шкали може призвести до недостовірного результату. Для усунення помилок при використанні шкали, її потрібно заповнювати в присутності лікаря.
 13. Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103.
 14. Немає
 15. Чабан О.С., Жабенко О.Ю., Безшейко В.Г., Франкова І.О., Торгун Л.Ю. (0444069750).

Реєстр. № 222/1/14

- 1. СПОСІБ ІНТЕГРОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ГАШИШНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ**
2. НДР «Інтегровані підходи до діагностики, терапії, профілактики та реабілітації в сучасній наркології», 0114U 000515, 2014-2018 рр.
3. Наркологія.
4. 2+, С.
5. Сосін І.К., Горбань А.Є., Гончарова О.Ю., Волков О.С., Чуєв Ю.Ф., Шаповалова В.О., Петрюк П.Т., Закревський О.П., Шаповалов В.В., Шаповалов В.В., Кіосєв О.В., Скобелев В.О., Осипов О.А., Негрецький С.М., Суха М.Ю. Деклараційний патент на корисну модель № 93334. «Спосіб інтегрованої терапії гашишної залежності». Номер заявки u201404521. Дата подання заявки 28.04.2014. Дата, з якої є чинними права: 25.09.2014; (51) МПК (2014.01): А61К 31/00 Патент опубліковано 25.09.2014, бюл. № 18/2014.
6. Немає.
7. Поставлена задача вирішується в способі лікування гашишної залежності, в якому поєднані: 1) купірування синдрому відміни із застосуванням детоксикаційного мембранного плазмаферезу з ексфузією плазми від 800 до 1000

- мл, на курс від 2 до 3 процедур; 2) застосування гепатопротекторівного покоління - «Л'есфаль» по 5,0 мл внутрішньовенно, один раз на добу, на курс 5-10 ін'єкцій та «Антраль» перорально в таблетках по 0,2 г 3 рази на добу, курс 3 – 4 тижні; 3) антикревінговий метод біозворотньогоз'язку, з застосуванням інноваційної комп'ютерної ауотренінгової системи Biofeedback – психофізіологічне біоадаптивне регулювання систем - від 7 до 10 сеансів, на протязі яких пацієнт використовує спеціальні тренінгові рекомендації по саморегулюванню фізіологічних та патологічно змінених функцій організму та оволодіває навичками самостійного пригнічування потягу до куріння канабіноїдів; 4) процедурою психотерапевтичного опосередкування наявних візуальних ознак токсико-метаболічного (ксенобіотичного) забруднення плазми, видаленої та зібраної у процесі плазмаферезу з метою таргетноїантикревінгової когнітивної фрустрації респондента.
8. Застосування запропонованої інтегрованої лікувальної комбінації прискорює нормалізацію психічних та поведінкових порушень у хворих на гашишну залежність, сприяє зниженню вираженості потягу до прийому наркотику, суттєво поліпшує емоційний статус, знижає рівень депресії та тривожності, психоемоційної напруги, приводє до активації психічних функцій. Відзначена здатність даного способу стабілізувати ремісійний період в клініці гашишної залежності, що взагалі приводить до покращення якості життя даного контингенту хворих.
 9. Лікар-нарколог,апарат мембранного плазмаферезу, препарат «Л'есфаль», препарат «Антраль», апаратне забезпечення з ауотренінговою системою, реоенцефалограф.
 10. Синдром гашишної залежності.
 11. Немає.
 12. Не спостерігалось.
 13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, 61176, м.Харків, вул.Корчагінців, 58.
 14. КЗОЗ «Обласний наркологічний диспансер», м.Харків, вул. Очаківська,13.
 15. Сосін І.К. (0572526177), Горбань А.Є., Волков О.С., ГончароваО.Ю., ЧуєвЮ.Ф., ШаповаловаВ.О., ПетрюкП.Т., ЗакревськийО.П., ШаповаловВ.В., ШаповаловВ.В., КіосєвО.В., Скобєлев В.О., Осипов О.А., Негрецький С.М., Сухая М.Ю.

Реєстр. № 223/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ (ПИВНУ) ЗАЛЕЖНІСТЬ.**
2. НДР «Об'єктивізація діагностики і нові підходи до лікування і реабілітації патологічної залежності та коморбідних станів в наркології», 0108U002113, 2007-2012 рр.
3. Наркологія.
4. 2+ С.
5. Пат. 85018 Україна,МПК А61К 31/00; А61Р 1/16Спосіб лікування хворих на алкогольну (пивну) залежність /Винахідник: Сосін І.К., Чуєв Ю.Ф., Шаповалова В.О., Чуєва К.Ю., Гончарова О.Ю., Шаповалов В.В., Шаповалов В.В., Румянцев А.І. (UA) Власник: Харківська медична академія післядипломної освіти (UA).- №u201305059; заявл. 19.04.2013.; опубл. 11.11.2013, бюл. № 21.
6. Немає.

7. Спосіб лікування хворих на алкогольну (пивну) залежність включає призначення фармакологічної комплекс-тетради: гепатопротекторантраль 0,2 г на прийом тричі на день, курс 21-30 днів, діуретик трифас (діюча речовина торасемід) 1/25-1/2 табл. (0,25-5 мг) 1 раз на день, 2-3 дні, сорбент атоксіл (діюча речовина кремнію діоксид) добовою пероральною дозою 12 г, розчинений у 250 мл води, поділений на 3-4 прийоми на день, курс 3-5 днів, сенсibilізатор Колме щоденно 36-75 мг, тобто 12-25 крапель стандартного розчину, який приймають у 2 прийоми впродовж дня, курс 3-4 тижні та на фоні психотерапевтичного потенціювання, опосередкування і сугестії, а надалі протягом від 6 місяців до 1 року, у разі потреби стабілізації ремісійних станів, комбіновану терапію здійснюють шляхом періодичного і послідовного чергування терапевтичних курсів комбінування зазначених препаратів у тому ж дозуванні та тривалості курсів з 2-3-тижневими міжкурсовими інтервалами.
8. Розроблений спосіб дозволяє протягом 2-3 днів купірувати явища гострого потягу до алкоголю або пиву, стабілізувати стан хворого, нормалізувати емоційний статус, ліквідувати стан психічного дискомфорту з послідуною протирецидивною терапією препаратом Колме. Розроблена лікувальна програма істотно знижує ймовірність повернення до прийому алкогольних напоїв, що вкрай важливе для пацієнтів з нестійкою мотивацією, стимулює процеси соматичного оздоровлення, полегшує включення пацієнтів у програми лікування та реабілітації і в підсумку дозволяє досягти підвищення якості ремісії.
9. Препарати антраль, трифас, атоксіл, препарат Колме.
10. Синдром алкогольної (пивної) залежності.
11. Немає.
12. Не спостерігалося.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58.
14. Немає.
15. Сосін І. К., Чуєв Ю.Ф., Шаповалова В.О., Чуєва К.Ю., Гончарова О. Ю., Шаповалов В.В., Шаповалов В.В., Румянцев А.І. (0572526177).

Реєстр. № 224/1/14

1. **СПОСІБ ПРОЛОНГОВАНОЇ БЛОКУЮЧОЇ ПРОТИРЕЦИДИВНОЇ ТЕРАПІЇ ОПОЇДНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ**
2. НДР «Об'єктивізація діагностики і нові підходи до лікування і реабілітації патологічної залежності та коморбідних станів в наркології», 0108U002113, 2007-2012 рр.
3. Наркологія.
4. 2+, С.
5. Пат. 85749 Україна МПК А61М 1/36, А61К 31/00 Спосіб пролонгованої блокуючої проти рецидивної терапії опіоїдної залежності / Винахідник Сосін І.К., Місна О.А., Місний О. М., Гончарова О. Ю., Чуєв Ю.Ф., Дейнека Ф. М. (UA) Власник: Харківська медична академія післядипломної освіти (UA) №u201307985; заявл. 25.06.2013.; опубл. 25.11.2013, бюл. №22.
6. Немає.
7. В основі інноваційного підходу до блокуючої імплантаційної протидетоксикаційної терапії лежить ад'ювантне (синергетичне, потенціююче) об'єднання блокуючої

терапії з періодичним плазмаферезним деблокуванням рецепторів з метою підвищенням функціональної активності кровотворних, фагоцитарних, імунокомпетентних, детоксикаційних систем. Після проведеного детоксикаційного лікування призначається антаксон (діюча речовина налтрексон) 50 мг по 1 капсулі в день протягом 2 тижнів. Після проводиться підшкірна імплантація стерильної таблетки препарату прудетоксон (доза налтрексону – 1000 мг, доза триамцинолону – 100 мг) в області підшкірно-жирової клітковини передньої черевної стінки.

8. Розроблений спосіб істотно знижує ймовірність повернення до прийому наркотику, що вкрай важливе для пацієнтів з нестійкою антинаркотичною мотивацією, дозволяє поліпшити психічний стан хворих, прискорює спонтанну редукцію афективних, неврозоподібних, вегетативних, психопатоподібних порушень, стимулює процеси соматичного оздоровлення, сприяє зниженню вираженості потягу до прийому наркотику (медичні), полегшує включення пацієнтів у програми лікування та реабілітації (соціальні) і в підсумку дозволяє досягти підвищення якості ремісій (економічні).
9. Апарат мембранного плазмаферезу, препарати антаксон, препарат прудетоксон.
10. Синдром наркотичної (опіоїдної) залежності.
11. Немає.
12. Не спостерігалися.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, 61176, м. Харків, вул. Корчагинців, 58.
14. КЗОЗ «Обласний наркологічний диспансер», м. Харків, вул. Очаківська, 13.
15. Сосін І. К., Місна О. А., Місний О. М., Гончарова О. Ю Чуев Ю. Ф., Дейнека Ф. М., (0572526177.)

НЕВРОЛОГІЯ

Реєстр. № 225/1/14

1. **ОПТИМІЗАЦІЯ АНТИОКСИДАНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ВЕГЕТАТИВНУ ДИСТОНІЮ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.**
2. НДР «Принципи диференційованого лікування уражень нервової системи різної етіології з урахуванням особливостей їх патогенезу та психічних розладів, 0110U003081, 2010-2014 рр.
3. Неврологія. Кардіологія. Терапія.
4. 2++.
5. Деклараційний патент на корисну модель № 92326 Україна, МПК А61К 31/00. Спосіб корекції системи антиоксидантного захисту у хворих на вегетативну дистонію з артеріальною гіпертензією / Пашковський В.М., Васильєва Н.В., Кричун І.І.; Заявник Буковинський державний медичний університет. – № заявки u201402700 від 18.03.2014; опубл. 11.08.2014. Бюлетень № 15.
6. Немає.
7. В основу запропонованого методу поставлене завдання: підвищити ефективність лікування хворих на вегетативну дистонію з артеріальною гіпертензією. Запропоновано при лікуванні хворих на вегетативну дисфункцію з артеріальною

- гіпертензією застосовувати 5% розчин мексидолу по 2 мл в/м 1 раз на добу протягом 10 днів з подальшим переходом на прийом per os в дозі 0,125 г 3 рази на день протягом 6 тижнів. Мексидол має нейропротекторну, антигіпоксичну, антиоксидантну та антистресову дії, покращує мнестичні функції; зменшує токсичні ефекти алкоголю. При цьому препарат має властивості стабілізування мембрани клітин, сприяє підвищенню резистентності клітин мозку, міокарду, печінки до дефіциту кисню. Мексидол інгібує пероксидне окиснення внаслідок підвищення резервних можливостей системи антиоксидантного захисту, сприятливо впливає на ліпідний спектр крові та агрегаційну активність тромбоцитів, знижує збільшену гемостатичну активність та в'язкість крові.
8. Антиоксидантна, ангіопротекторна та адаптогенна дії мексидолу дозволяють зменшити тривалість лікування, підвищити його ефективність, уникнути поліпрагмазії.
 9. 5% розчин мексидолу в ампулах по 2 мл №10 та таблетована форма мексидолу по 0,125 г № 135.
 10. Вегетативна дистонія з артеріальною гіпертензією.
 11. Виражені порушення функцій печінки і нирок, наявність алергії до піридоксину, дитячий вік, вагітність, період годування груддю.
 12. Виникнення ускладнень не прогнозується.
 13. Буковинський державний медичний університет.
 14. Немає.
 15. Пашковський В.М., Кричун І.І., Васильєва Н.В. (0668411776).

Реєстр. № 226/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ.**
2. НДР «Оптимізація та патогенетичне обґрунтування методів діагностики і лікування судинних та нейродегенеративних захворювань нервової системи з урахуванням клініко-гемодинамічних, гормональних, метаболічних та імунізапальних чинників», 0111U006303, 2011-2015 рр.
3. Неврологія.
4. 2+, С.
5. Деклараційний патент України №73953 МПК 51 А61К 33/00 G01N 33/48 Спосіб лікування гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії /Литвиненко Н.В., Кривчун А.М., Паленка О.Є. ; заявник та власник патенту ВДНЗУ «УМСА».- № u201204383; заявл. 09.04.2012; опубл. 10.10.2012. Бюл. №19.
6. Литвиненко Н.В., Кривчун А.М. Ефективність кандесартану в комплексній терапії гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії в залежності від поліморфізму гена рецептора ангіотензину II першого типу//Український медичний альманах. – 2010. – Том 13, № 5. – С.25-29.
7. Нововведення надає можливість використовувати в лікуванні гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії препарат кандесартан в залежності від поліморфізму генів рецепторів ангіотензину II першого типу. Кандесартан селективно блокує рецептори ангіотензину II першого типу, має гіпотензивну, органопротективну дію. Препарат доцільно призначати хворим з генотипом СС.
8. Спосіб ґрунтується на лікуванні гіпертонічної гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії з урахуванням генетичної варіації (поліморфізму) генів рецепторів ангіотензину II першого типу, що включає застосування препарату кандесартан для блокування рецептора ангіотензину II першого типу, який відрізняється тим, що для раціонального призначення терапії попередньо визначають поліморфізм

- гена рецептора ангіотензину II першого типу і призначають препарат носіям генотипу СС.
9. Для впровадження способу необхідне: 2 мл крові з ліктьової вени для визначення генотипу поліморфної ділянки (A1166C) гена судинного рецептора АТІР, у ролі стабілізатора використовується гепарин; виділення геномної ДНК методом фенол-хлороформної екстракції; ампліфікатор для ампліфікації поліморфної ділянки гена рецептора АТІР методом полімеразної ланцюгової реакції. Поліморфні варіанти ідентифікують подальшим рестрикційним аналізом. У ролі маркера молекулярної ваги ДНК використовують ДНК лямбда-фаге, розрізану рестриктазою Bst 1. Продукти розщеплення розділяються за допомогою електрофорезу в 6% поліакриламідному гелі. Гель фарбується етидіумом бромідом із подальшою візуалізацією результатів в УФ-світлі; тонометр; неврологічний молоточок; препарат кандесартан.
 10. Спосіб може використовуватися в лікуванні хворих на гіпертонічну дисциркуляторну енцефалопатію з генотипом СС, які є більш чутливими до кандесартану.
 11. Гіперчутливість до кандесартану циклексетилу. Тяжка печінкова недостатність та/або застій жовчі (холестаза).
 12. При використанні способу можлива алергічна реакція, артеріальна гіпотензія, головний біль, запаморочення, порушення функції печінки і нирок.
 13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
 14. Немає.
 15. Литвиненко Н.В., Кривчун А.М. (0532224905), Паленка О.Є.

Реєстр. № 227/1/14

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ.**
2. НДР «Оптимізація та патогенетичне обґрунтування методів діагностики і лікування судинних та нейродегенеративних захворювань нервової системи з урахуванням клініко-гемодинамічних, гормональних, метаболічних та імунзапальних чинників», 0111U006303, 2011-2015 рр.
3. Неврологія.
4. 2+, С.
5. Деклараційний патент України №86273 МПК 51 А61К 35/00 Спосіб профілактики гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії /Литвиненко Н.В., Кривчун А.М., Пінчук В.А., Силенко Г.Я.; заявник та власник патенту ВДНЗУ «УМСА».- № u201307389; заявл. 11.06.2013; опубл. 25.12.2013, Бюл. № 24.
6. Кривчун А.М. Особливості перебігу гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії залежно від поліморфізму гена рецептора ангіотензину II першого типу / А.М. Кривчун, Н.М. Грицай, І.П. Кайдашев, О.А. Шликова // Міжнародний неврологічний журнал. – 2008. – №4 (20). – С.10-15.
7. Нововведення надає можливість з метою профілактики розвитку гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії визначати поліморфні варіанти генів рецепторів ангіотензину II першого типу та призначати лікувальний засіб, відповідно до визначеного генотипу. З метою забезпечення підвищення ступеню ефективності профілактики ускладнень гіпертонічної хвороби та підвищення якості життя пацієнтів застосовувати в лікуванні хворих на гіпертонічну хворобу препарат кандесартан в залежності від поліморфізму генів рецепторів ангіотензину II першого типу. Препарат доцільно призначати хворим з генотипом СС.

8. Спосіб ґрунтується на профілактиці гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії. Включає виявлення факторів ризику розвитку гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії, клініко-діагностичні обстеження, визначення поліморфізму генів рецепторів ангіотензину II першого типу і наступним призначенням блокатора рецепторів ангіотензину- II першого типу- кандесартану в початковій дозі, адекватній визначеному генотипу
9. Для впровадження способу необхідно: взяти 2 мл крові з ліктьової вени для визначення генотипу поліморфної ділянки (A1166C) гена судинного рецептора АТІР береться, у ролі стабілізатора використовується гепарин; виділення геномної ДНК методом фенол-хлороформної екстракції; ампліфікатор «Терцик» для ампліфікації поліморфної ділянки гена рецептора АТІР методом полімеразної ланцюгової реакції. Поліморфні варіанти ідентифікують подальшим рестрикційним аналізом. У ролі маркера молекулярної ваги ДНК використовують ДНК лямбда-фагу, розрізану рестриктазою Bst 1. Продукти розщеплення розділяються за допомогою електрофорезу в 6% поліакриламідному гелі. Гель фарбується етидіумом бромідом із подальшою візуалізацією результатів в УФ-світлі; тонометр; неврологічний молоточок; препарат кандесартан.
10. Спосіб може використовуватись для профілактики розвитку гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії у хворих на гіпертонічну хворобу з генотипом СС, які є більш чутливими до кандесартану.
11. Гіперчутливість до кандесартану циклексетилу. Тяжка печінкова недостатність та/або застій жовчі (холестаза).
12. При використанні способу можлива алергічна реакція, артеріальна гіпотензія, головний біль, запаморочення, порушення функції печінки і нирок.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36024.
14. Немає.
15. Литвиненко Н.В., Кривчун А.М. (0532224905), Пінчук В.А., Силенко Г.Я.

Реєстр. № 228/1/14

- 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ НАСЛІДКІВ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ.**
2. НДР «Вивчити причини інвалідностінаслідокзахворюваньнервовоїсистеми у осіб молодого віку тарозробитирекомендації по медико-соціальноїекспертизі та реабілітаціїінвалідів», 0110U006381, 2010-2012 рр.
3. Неврологія.
4. 2++ В.
5. Патент на корисну модель № 73948 від10.10.2012, Бюлетень № 19.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування наслідків ішемічного інсульту включає визначення ліпідного спектра крові, МРТ, КТ, доплерехокардіографію, який відрізняється тим, що при виявленні відкритого овального вікна і аневризми міжпередсердної перетинки прогнозують ризик повторного інсульту.
8. Спосіб дозволяє виявити відкрите овальне вікно та аневризму міжпередсердної перетинки і таким чином підвищити ефективність діагностики.
9. Доплерехокардіограф.
10. Обстеженняхворих з гостримпорушеннямозкового кровотоку.
11. Немає.
12. Немає.

13. НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова.
14. Немає.
15. Безсмертна Г.В. (0432511271).

Реєстр. № 229/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ НАСЛІДКІВ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ.**
2. НДР «Вивчити причини інвалідності внаслідок захворювань нервової системи у осіб молодого віку та розробити рекомендації по медико-соціалній експертизі та реабілітації інвалідів», 0110U006381, 2010-2012 рр.
3. Неврологія.
4. 2++ В.
5. Патент на корисну модель № 73947 від 10.10.2012, Бюлетень № 19.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування наслідків ішемічного інсульту включає визначення ліпідного спектра крові, доплерографію, комп'ютерну томографію, дифузійно-виважену магнітно-резонансну томографію, який відрізняється тим, що при виявленні при першому дослідженні каротидного стенозу більше 50% діаметра і множинних вогнищ ураження головного мозку прогнозують повторний інсульт.
8. Переваги запропонованого способу полягають в більш точному прогнозуванні повторного інсульту.
9. Доплерехокардіограф.
10. Обстеження хворих з гострим порушенням мозкового кровотоку.
11. Немає.
12. Немає.
13. НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова.
14. Немає.
15. Безсмертна Г.В. (0432511271).

Реєстр. № 230/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ НАСЛІДКІВ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ.**
2. НДР «Вивчити причини інвалідності внаслідок захворювань нервової системи у осіб молодого віку та розробити рекомендації по медико-соціалній експертизі та реабілітації інвалідів», 0110U006381, 2010-2012 рр.
3. Неврологія.
4. 2++ В.
5. Патент на корисну модель № 81152 від 25.06.2013, Бюлетень № 12.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування наслідків ішемічного інсульту включає доплерографію, магнітно-резонансну томографію, комп'ютерну томографію, виявлення оклюзії середньої мозкової артерії, визначення рівня цукру в крові, який відрізняється тим, що при рівні цукру >13-16 ммоль/мл прогнозують виражені когнітивні порушення в віддаленому періоді.
8. Перевагою запропонованого способу є можливість прогнозування когнітивних порушень у віддаленому періоді інсульту.
9. Глюкометр.
10. Обстеження хворих неврологічного профілю.
11. Немає.
12. Немає.

13. НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова.
14. Немає.
15. Безсмертна Г.В. (0432511271).

Реєстр. № 231/1/14

- 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ НАСЛІДКІВ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ.**
2. НДР «Вивчити причини інвалідності внаслідок захворювань нервової системи у осіб молодого віку та розробити рекомендації по медико-соціальній експертизі та реабілітації інвалідів», 0110U006381, 2010-2012 рр.
3. Неврологія.
4. 2++ В.
5. Патент на корисну модель № 79954 від 13.05.2013, Бюлетень № 9.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування наслідків ішемічного інсульту включає доплерографію, магнітно-резонансну томографію, комп'ютерну томографію, визначення ліпідного спектру крові, холтерівське моніторування, який відрізняється тим, що при виявленні в постінсультному періоді шлуночкових аритмій з пароксизмами шлуночкової тахікардії та безбольової ішемії міокарда прогнозують негативний наслідок.
8. Застосування способу в постінсультному періоді дозволяє прогнозувати можливий негативний наслідок і проводити більш активну терапію.
9. Холтерівський монітор ЕКГ.
10. Обстеження хворих неврологічного профілю.
11. Немає.
12. Немає.
13. НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова.
14. Немає.
15. Безсмертна Г.В. (0432511271).

Реєстр. № 232/1/14

- 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ.**
2. НДР «Вивчити причини інвалідності внаслідок захворювань нервової системи у осіб молодого віку та розробити рекомендації по медико-соціальній експертизі та реабілітації інвалідів», 0110U006381, 2010-2012 рр.
3. Неврологія.
4. 2++ В.
5. Патент на корисну модель № 79952 від 13.05.2013, Бюлетень № 9, Бюлетень № 19.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування перебігу ішемічного інсульту включає доплерографію, магнітно-резонансну томографію, комп'ютерну томографію, визначення ліпідного спектра крові, імуноферментне дослідження сироватки крові в першу добу, який відрізняється тим, що в сироватці крові визначають рівень антитіл до основного білка мієліну і при його підвищенні $> 0,1$ од. оптичної щільності прогнозують несприятливий наслідок.
8. Застосування способу дозволяє вже в першу добу визначити тяжкий перебіг інсульту.
9. Імуноферментний аналізатор.

10. Обстеження хворих з гострим порушенням мозкового кровотоку.
11. Немає.
12. Немає.
13. НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова.
14. Немає.
15. Безсмертна Г.В. (0432511271).

Реєстр. № 233/1/14

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПОВТОРНОГО ГЕМОРАГІЧНОГО ІНСУЛЬТУ.

2. НДР «Вивчити причини інвалідності внаслідок захворювань нервової системи у осіб молодого віку та розробити рекомендації по медико-соціальній експертизі та реабілітації інвалідів», 0110U006381, 2010-2012 рр.
3. Неврологія.
4. 2++ В.
5. Патент на корисну модель № 81149 від 25.06.2013, Бюлетень № 12.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування повторного геморагічного інсульту включає визначення стану системи гемостазу, доплерографію, магнітно-резонансну томографію, комп'ютерну томографію, який відрізняється тим, що при виявленні на комп'ютерній томографії гіпоінтенсивного сигналу від задніх відділів головного мозку прогнозують повторний геморагічний інсульт.
8. Переваги запропонованого способу полягають в можливості прогнозування повторного геморагічного інсульту.
9. Комп'ютерний томограф.
10. Обстеження хворих неврологічного профілю.
11. Немає.
12. Немає.
13. НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова.
14. Немає.
15. Безсмертна Г.В. (0432511271).

Реєстр. № 234/1/14

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ.

2. НДР «Вивчити причини інвалідності внаслідок захворювань нервової системи у осіб молодого віку та розробити рекомендації по медико-соціальній експертизі та реабілітації інвалідів», 0110U006381, 2010-2012 рр.
3. Неврологія.
4. 2++ В.
5. Патент на корисну модель № 81143 від 25.06.2013, бюлетень № 12.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування ризику розвитку гострого порушення мозкового кровообігу включає доплерографію, комп'ютерну томографію, магнітно-резонансну томографію, визначення ліпідного спектру крові, який відрізняється тим, що проводять визначення концентрації ендотеліну-1 і при його рівні 0,48-0,96 фмоль/мл прогнозують ризик розвитку гострого порушення мозкового кровообігу.

8. Застосування способу дозволяє прогнозувати можливість виникнення гострого порушення мозкового кровотоку і проводити більш активну терапію.
9. Імуноферментний аналізатор.
10. Обстеження хворих неврологічного профілю.
11. Немає.
12. Немає.
13. НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова.
14. Немає.
15. Безсмертна Г.В. (0432511271).

Реєстр. № 235/1/14

- 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ІШЕМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВОТОКУ.**
2. НДР «Вивчити причини інвалідності внаслідок захворювань нервової системи у осіб молодого віку та розробити рекомендації по медико-соціальній експертизі та реабілітації інвалідів», 0110U006381, 2010-2012 рр.
3. Неврологія.
4. 2++ В.
5. Патент на корисну модель № 81144 від 25.06.2013, Бюлетень № 12.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування ризику розвитку ішемічних порушень мозкового кровотоку включає клінічне обстеження, визначення ліпідного спектру крові, магнітно-резонансну томографію, комп'ютерну томографію, транскраніальну доплерографію, який відрізняється тим, що при виявленні на доплерографії сигналів мікроемболії в середній мозковій артерії прогнозують ризик розвитку ішемічних порушень.
8. Застосування способу дозволяє прогнозувати можливість виникнення гострого порушення мозкового кровотоку і проводити більш активну терапію.
9. Доплерехокардіограф.
10. Обстеження хворих неврологічного профілю.
11. Немає.
12. Немає.
13. НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова.
14. Немає.
15. Безсмертна Г.В. (0432511271).

Реєстр. № 236/1/14

- 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ.**
2. НДР «Хірургічна корекція порушень кровоплину в комплексному лікуванні захворювань магістральних судин», 0112U001559, 2011-2015 рр.
3. Неврологія.
4. 2++, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Спосіб діагностики гострого ішемічного інсульту полягає у визначенні у крові пацієнтів вмісту гомоцистеїну методом імуноферментного аналізу. При обстеженні 120 хворих на атеротромботичний ішемічний інсульт, показники плазмового гомоцистеїну зростають до $18,17 \pm 0,62$ мкмоль/л (при

нормальній концентрації плазмового гомоцистеїну в межах (5-10 ммоль/л), це пояснюється тим фактом, що гомоцистеїн є предиктором розвитку атеросклерозу.

8. Оптимізація та покращення діагностики гострих ішемічних інсультів, зокрема атеротромботичного генезу.
9. Набір реактивів для визначення плазмового гомоцистеїну.
10. Хворі на гострий атеротромботичний ішемічний інсульт.
11. У зразках крові пацієнтів, що приймають метотрексат, карбамазепін, фенітоїн, закис азоту, протисудомні засоби, може бути підвищений рівень гомоцистеїну в зв'язку з впливом даних препаратів на метаболізм гомоцистеїну.
12. Якщо використовується автоматичне піпетування, потрібна ретельна промивка пробірок після додавання синього кольору розчину G (ферментного кон'югату). Промивання потрібно проводити розведеною кислотою, а потім водою. Процедура промивання має вирішальне значення для отримання результату аналізу високої точності. Необхідно уникати дії впливу температури, що перевищує 37 °C на набір реактивів, оскільки це може призвести до денатурації ферментів.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
14. Немає.
15. Герасимчук Р.Д., Михалойко О.Я. (0978905551).

Реєстр. № 237/1/14

1. **НОВИЙ МЕТОД КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ГРИЖ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.**
2. НДР «Оптимізація обрання лікувальної тактики вертеброгенних уражень нервової системи та розробка мініінвазивних методів їх хірургічного лікування та післяопераційної реабілітації», 0101U002006.
3. Нервові хвороби та нейрохірургія.
4. 2+, С.
5. Патент на винахід № 37907 “Спосіб комбінованого консервативного лікування гриж міжхребцевих дисків попереково-крижового відділу хребта” МКВ-6 А61Н1/00, 23/00, опубл. 15.08.2003, бюл. № 8. Шульга Олександр Миколайович, Дзяк Людмила Антонівна, Шульга Олександра Олександрівна.
6. Немає.
7. Спосіб консервативного лікування гриж міжхребцевих дисків попереково-крижового відділу хребта включає вібровплив та мануальну декомпресію хребта. Вібротракційний вплив здійснюють по черзі на кожну м'язову групу нижніх кінцівок та уздовж осі хребта частотою 23-26 Гц та амплітудою коливань 4 мм, одночасно з цим проводять заходи мануальної терапії уздовж осі хребта, при цьому процедури вібровпливу та мануальної терапії поєднують з дискретним введенням розчину дипроспану 1 мл та 20 мл 0,5% розчину новокаїну під міжкостисту зв'язку ураженого хребетно-рухового сегменту на 1, 5 та 10 сеанси. На перший курс лікування потрібно провести 10-12 сеансів. Далі робиться перерва на 10-14 днів. Другий курс включає 5-7 сеансів. Далі знову робиться перерва на 2 тижні, після цього проводиться третій курс, який включає 3-5 сеансів.
8. Запропонований новий спосіб лікування дозволяє швидко зняти рефлекторну м'язово-тонічну та радикалярну симптоматику, зменшити больовий синдром в області поперека та нижніх кінцівок і відновити статико-динамічну функцію хребта. У 94,8% хворих з грижовими випинаннями від 5 мм до 15 мм, які були

- проліковані по цій методиці, через 1-2 місяці спостерігалось повне видужання. Термін тимчасової непрацездатності пацієнтів при впровадженні даної методики зменшився на 45,7%, первинний вихід на інвалідність скоротився на 22,1%.
9. Для того, щоб запровадити запропонований метод лікування у лікувальних закладах необхідне приміщення до 10 кв.м., повинен бути лікар–невролог або лікар-травматолог, що володіє мануальною терапією, оглядова кушетка, тренажер-стимулятор біомеханічний для м'язів нижніх кінцівок та живота та підставка під нього.
 10. Вертеброгенні радикулопатії, що виникли внаслідок гриж міжхребцевих дисків попереково-крижового відділу хребта розміром від 5 до 15 мм. Також по запропонованій методиці можна лікувати рефлекторні прояви остеохондрозу міжхребцевих дисків, спондиліозу та спондилоартрозу попереково-крижового відділу хребта (люмбалгії, люмбаго, люмбоішіалгії).
 11. Абсолютні протипоказання при даному способі лікування: онкологічні захворювання; захворювання внутрішніх органів, серцево-судинної, дихальної, ендокринної, нервової систем та психіки у стані декомпенсації; неспецифічні та інфекційні захворювання хребта; цукровий діабет I типу; стан після оперативних втручань на спинному та головному мозку, на судинах; остеопороз хребта; природжені аномалії хребта з патологічними проявами декомпенсації; стан після ламінектомії; гострі та підгострі запальні захворювання головного та спинного мозку та їх оболонки; переломи (в тому числі застарілі) тіл хребців та їх відростків; виразка шлунку та дванадцятипалої кишки, жовчокам'яна та нирковокам'яна хвороба у стадії загострення; ослаблене харчування з дефіцитом у вазі більш 15 кг. Відносні протипоказання: соматичні та психічні захворювання у стадії ремісії; грижі дисків з секвестраціями, які супроводжуються клінічними проявами радикулоїшемії та каудопатії; виразка шлунку та дванадцятипалої кишки у стадії ремісії; ослаблене харчування з дефіцитом у вазі до 15 кг; хронічні запальні захворювання оболонки головного та спинного мозку у стадії стійкої ремісії; цукровий діабет II типу.
 12. Неправильне введення лікарських препаратів може суттєво зменшити ефективність лікування, тому від фахівця потребується володіння методиками проведення лікувальних блокад. Для того, щоб під час процедури вібротракційного впливу додатково не травмувались напружені зв'язки та м'язи, лікар попередньо повинен обов'язково пройти курси підготовки по роботі з біомеханічним стимулятором для м'язів нижніх кінцівок та живота.
 13. ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України».
 14. КЗ ДЦПМСД № 8 м. Дніпропетровська.
 15. Дзяк Л.А. (0675603399), Шульга О.М. (0504531170), Шульга О.О. (0504531172).

Реєстр. № 238/1/14

1. **ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З НЕВРОЛОГІЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ОСТЕОХОНДРОЗУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МЕТОДІВ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ ТА ГОМЕОПАТІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних підходів до оптимізації профілактичних напрямків на первинному рівні надання медичної допомоги», № 0107U009820.
3. Неврологія, рефлексотерапія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.

7. Обґрунтовано якісно оптимізовану комплексну систему лікування та реабілітації хворих з неврологічними ускладненнями остеохондрозу із застосуванням методів рефлексотерапії та гомеопатії.
8. Підвищення ефективності медичної допомоги хворим з неврологічними ускладненнями остеохондрозу хребта шляхом включення в комплексні заходи методів рефлексотерапії, що, окрім медико-соціального, має і економічний ефект.
9. Засоби рефлексотерапії, гомеопатичні препарати.
10. Неврологічні ускладнення остеохондрозу.
11. Гострі стани, що потребують невідкладної допомоги.
12. Вегетативні реакції. Запобігання – стимуляція має бути адекватною стану хворого. Усунення – спокій, припинення або послаблення рефлексотерапевтичного впливу.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. ПВНЗ «Київський медичний університет Української асоціації народної медицини».
15. Коваленко О.Є., Коркушко О.О. (0505015143).

Реєстр. № 239/1/14

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ГЕНЕТИЧНОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО ВИНИКНЕННЯ ІШЕМІЧНИХ ІНСУЛЬТІВ (II) У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Клінічна та молекулярно-генетична характеристика інсультів у дітей», РК 0112U002955.
3. Неврологія.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 94298 Україна, МПК А61В 5/00. Заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл 10.11.2014, Бюл. № 21/2014.
6. Немає.
7. За даних літератури існує більш ніж 100 факторів ризику, які призводять до розвитку інсультів у дітей, досить важливою є генетична схильність, а саме наявність у дитини певного генотипу, який призводить до розвитку тромботичного стану (тромбофілії), та характеризується спадковим або набутим порушенням в системі згортання крові, що підвищує ризик розвитку тромбозу, наявність якого становить від 10 до 50% від усіх можливих причин II у дитячому віці. Поліморфний варіант гену МТНFR С677Т разом з іншим варіантом МТНFR гену - А1298С та геном МТRR А66G відіграють велику роль у фолатному циклі, наявність поліморфізму та/або мутації саме в цих генах одночасно у одної дитини можуть посилювати дію один одного та погіршувати перебіг захворювання. Мутація гену АСЕ I/D призводить до підвищення тонуусу гладкої мускулатури судин та підвищеної схильності до гострої ішемії і впливати на виникнення спазму судин. Дітям з II раніше по даних міжнародної літератури було рекомендоване проводити обстеження поліморфізму генів МТНFR С677Т, Factor II G20210A, Factor V G1691A. Ми рекомендуємо обстежувати поліморфізм генів: МТНFR С677Т, МТНFR А1298С, МТRR А66G, АСЕ I/D. В Україні раніше не проводилося визначення генетичної схильності до II у дитячому віці.
8. Проведення молекулярно-генетичного генів МТНFR С677Т, МТНFR А1298С, МТRR А66G, АСЕ I/D з вивченням їх поліморфізму у дітей з гостро розвинутими ішемічними інсультами дозволяє в повному обсязі виявити

- генетичну схильність до розвитку ішемічного інсульту у дитячому віці та при наявності виявлених змін проводити корекцію життя дитини для попередження виникнення повторних випадків.
9. Обладнання та реактиви для проведення полімеразної ланцюгової реакції та поліморфізму довжини рестрикційних фрагментів.
 10. Обстеження дітей з ішемічними інсультами.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.
 14. Міська дитяча клінічна лікарня №1, м. Київ.
 15. Горovenko Н.Г., Зозуля І.С., Смульська Н.О. (044) 412-53-59.

Реєстр. № 240/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ПОРУШЕНЬ КРОВООБІГУ У ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОМУ СУДИННОМУ БАСЕЙНІ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ДЕГЕНЕРАТИВНИМИ ЗМІНАМИ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.**
2. НДР «Наукове обґрунтування сучасних підходів до оптимізації профілактичних напрямків на первинному рівні надання медичної допомоги», № 0107U009820.
3. Неврологія, рефлексотерапія.
4. 2+, С.
5. Деклараційний пат. на корисну модель № 11374 Україна, МПК А61Н 39/00. Заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 15.12.2005, Бюл. № 12/2005.
6. Немає.
7. Враховуючи актуальність проблеми – поширеність цереброваскулярних розладів та патології хребта серед населення, які знижують працездатність та якість життя, характеризуються прогресуючим перебігом, оптимізація надання медичної допомоги хворим з хронічними порушеннями кровообігу в вертебро-базиллярному судинному басейні, пов'язаними з дегенеративними змінами шийного відділу хребта, зокрема з використанням немедикаментозних методів, є вкрай необхідною. На користь вирішення цього питання автором обґрунтовано і розроблено якісно нову комплексну систему лікування хворих з хронічною вертебро-базиллярною судинною недостатністю, пов'язаною з дегенеративними змінами шийного відділу хребта, із застосуванням методів рефлексотерапії.
8. Буде підвищена ефективність медичної допомоги хворим з поширеною взаємозалежною патологією: хронічними порушеннями мозкового кровообігу в вертебро-базиллярному судинному басейні, пов'язаними з дегенеративними змінами шийного відділу хребта, зокрема, на первинній ланці МД, за рахунок включення в комплексну МД немедикаментозних методів (рефлексотерапії), активного залучення до виконання прийомів самопомоги самих хворих. Враховуючи низьку вартість немедикаментозної терапії, буде отриманий і економічний ефект.
9. Лікар-рефлексотерапевт або лікар за однією зі спеціальностей «лікувальної справи», що набув удосконалення з одного з методів рефлексотерапії, засоби рефлексотерапії.
10. Хронічні порушення мозкового кровообігу в вертебро-базиллярному судинному басейні, пов'язані з дегенеративними змінами шийного відділу хребта.
11. Внутрішньочерепні геморагії, гострі стани, що потребують невідкладної допомоги

12. У разі виконання всіх вимог (кадрових, технічних) ускладнення відсутні. У разі недотримання всіх вимог можливі вегетативні реакції, біль у голові та шиї. Дотримання всіх вимог (кадрових, технічних) запобігає ускладнень Помилками можуть бути недооцінка стану хворого й застосування більш виразних способів стимуляції в рефлексотерапії. Усунення помилки – використання заспокійливих методик РТ.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Коваленко О.Є. (0505015143).

Реєстр. № 241/1/14

- 1. ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ МАГНІТНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ В ГОСТРОМУ ТА РАНЬОМУ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ ПЕРІОДАХ З ДІАГНОСТИЧНОЮ МЕТОЮ.**
2. НДР «Розробити додаткові критерії для оцінки реабілітаційного прогнозу хворих з ураженнями центральної та периферичної нервової системи», 0112U001416, 2012-2014 рр.
3. Неврологія.
4. 1+, А.
5. Немає.
6. Немає.
7. Розроблено методику транскраніальної магнітної стимуляції моторних центрів кори мозку у хворих із ішемічними інсультом у гострому та ранньому відновлювальному періодах при одночасній реєстрації моторних викликаних потенціалів у відповідних групах м'язів. При цьому покращено ранню діагностику об'єму уражень низхідних провідних шляхів у центральній нервовій системі та оцінку реабілітаційного потенціалу у даної категорії хворих.
8. Покращується рання діагностика об'єму та глибини уражень низхідних провідних шляхів у центральній нервовій системі хворих на ішемічний інсульт та при інших ураженнях центральної нервової системи.
9. Спеціалізований магнітний стимулятор, який забезпечує генерацію коротких (250 мкс. і менше) магнітних імпульсів з максимальною індукцією 2 - 2,5 Тл. Лікарі, підготовлені для роботи на даному обладнанні.
10. Діагностика порушень кортико-мускулярних шляхів при захворюваннях центральної і периферичної нервової системи; оцінка ефективності відновлення порушених функцій після інсультів, черепно-мозкових, спінальних травм, патології периферичної нервової системи; для лікування резистентних форм депресій та епілепсії, оцінки стану функції центральної нервової системи при психіатричній патології; для інтраопераційного моніторингу нейрохірургічних втручань.
11. Вагітність, наявність у хворого імплантованого водія ритму серця, або інших електронних пристроїв, які керують фізіологічними функціями організму; металевих предметів, які можуть нагріватись або зрушуватись; гострі порушення мозкового кровообігу чи інші захворювання, які супроводжуються нестабільністю вітальних функцій, гіпертермією тощо.
12. Головний біль, локальні судоми.
13. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра неврології та реабілітаційної медицини, 252180, м. Київ, пр. Комарова 3, лікарня «Медмістечко», к. 5.
14. Немає.

15. Лисенюк В.П., Балицький О.П., Засуха В.О., Фадєєв В.О. (0674785959).

Реєстр. № 242/1/14

1. **ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ МАГНІТНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ В ГОСТРОМУ ТА РАНЬОМУ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ ПЕРІОДАХ З ЛІКУВАЛЬНОЮ МЕТОЮ.**
2. НДР «Розробити додаткові критерії для оцінки реабілітаційного прогнозу хворих з ураженнями центральної та периферичної нервової системи», 0112U001416, 2012-2014 рр.
3. Неврологія.
4. 1+, А.
5. Пат. на корисну модель № 67363 Україна, МПК А61N 2/00. Заявник та патентовласник Лисенюк В.П., Балицький О.П., Самосюк Н.І., Засуха В.О., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.02.2012, Бюл. № 3/2012.
6. Немає.
7. Розроблено методику транскраніальної магнітної стимуляції моторних центрів кори мозку у хворих із ішемічними інсультом у гострому та ранньому відновлювальному періодах при одночасній реєстрації моторних викликаних потенціалів у відповідних групах м'язів. Методику застосовано для транскраніальної магнітної стимуляції моторних зон кори іпси- та гетеролатерально до зони ураження з терапевтичною метою, що суттєво покращує ефективність лікування та реабілітації у даної категорії хворих.
8. Покращується ефективність лікування хворих на ішемічний інсульт за рахунок активізації реституційних та компенсаторних механізмів, що призводить до суттєвого підвищення результативності лікування, збільшення рухової активності, м'язової сили в паретичних кінцівках, зменшення спастичності.
9. Спеціалізований магнітний стимулятор, який забезпечує генерацію коротких (250 мкс. і менше) магнітних імпульсів з максимальною індукцією 2-2,5 Тл. Лікарі, підготовлені для роботи на даному обладнанні.
10. Діагностика порушень кортико-мускулярних шляхів при захворюваннях центральної і периферичної нервової системи; оцінка ефективності відновлення порушених функцій після інсультів, черепно-мозкових, спінальних травм, патології периферичної нервової системи; для лікування резистентних форм депресій та епілепсії, оцінки стану функції центральної нервової системи при психіатричній патології; для інтраопераційного моніторингу нейрохірургічних втручань.
11. Вагітність, наявність у хворого імплантованого водія ритму серця, або інших електронних пристроїв, які керують фізіологічними функціями організму; металевих предметів, які можуть нагріватись або зрушуватись; гострі порушення мозкового кровообігу чи інші захворювання, які супроводжуються нестабільністю вітальних функцій, гіпертермією тощо.
12. При проведенні транскраніальної магнітної стимуляції у деяких хворих може виникати головний біль, локальні судоми.
13. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра неврології та реабілітаційної медицини, 252180, м. Київ, пр. Комарова 3, лікарня «Медмістечко», к. 5.
14. Немає.
15. Лисенюк В.П., Балицький О.П., Засуха В.О., Фадєєв В.О. (0674785959).

Реєстр. № 243/1/14

1. **ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОГНОЗУВАННЯ НАСЛІДКІВ ІШЕМІЧНИХ ІНСУЛЬТІВ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОГО БАСЕЙНУ.**
2. НДР «Вивчити ступінь функціонального відновлення та якість життя у хворих після розвитку мозкового інсульту за різних терапевтичних схем лікування», 0111U000660, 2011-2013 рр.
3. Неврологія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Вираженість неврологічного дефіциту за шкалами NIHSS (з пороговим рівнем ≥ 9 балів) та В. Hoffenberth та співавт. (з пороговим рівнем ≥ 16 балів), ступінь порушення свідомості за шкалою ком Глазго (з пороговим рівнем ≤ 14 балів), наявність миготливої аритмії, кардіоеMBOLІчний підтип інсульту, поєднане ураження структур вертебрально-базиллярного басейну негативно впливає на функціональний вихід хворих.
8. Прогнозування наслідків ішемічних інсультів вертебрально-базиллярного басейну залишається складним і суперечливим питанням. В літературі можна зустріти повідомлення про такі предиктори, як вік та вогнищеве ураження дистальної території басейну задньої циркуляції; патологія основної артерії, кардіоеMBOLІчний підтип інсульту, поєднане ураження структур задньоциркулярного басейну; рівень порушення свідомості на момент госпіталізації, поєднане ураження середньої та дистальної судинних територій, вираженість неврологічного дефіциту. Однак чітких критеріїв несприятливого прогнозу саме для інсультів вертебрально-базиллярного басейну на сьогоднішній день не існує.
9. Шкала NIHSS, шкала В. Hoffenberth та співавт., шкала ком Глазго, електрокардіограф, можливість проведення пацієнту магнітно-резонансної томографії головного мозку, ультразвукового сканування судин.
10. Прогнозування наслідків ішемічних інсультів вертебрально-базиллярного басейну.
11. Немає.
12. Можливі негативні результати у разі розвитку повторного інсульту, наявних супутніх захворювань.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра неврології.
14. Немає.
15. Соколова Л.І., Антоненко К.В. (068-127-24-20).

Реєстр. № 244/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОГО БАСЕЙНУ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ.**
2. НДР «Вивчити ступінь функціонального відновлення та якість життя у хворих після розвитку мозкового інсульту за різних терапевтичних схем лікування», 0111U000660, 2011-2013 рр.
3. Неврологія.
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель № 74909 Україна, МПК А61В 5/00. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 12.11.2012, Бюл. №21, с. 4.21–4.22.
6. Немає.

7. Удосконалена шкала діагностики інсульту вертебрально-базиллярного басейну FAST–AV враховує симетричність обличчя, симетричність утримування рук, мову, а також наявність динамічної та/або статичної атаксії і зорових розладів.
8. При застосуванні шкали FAST-AV на противагу до шкали FAST підвищується точність розпізнавання симптомів інсульту вертебрально-базиллярного басейну, а більш рання госпіталізація хворих до спеціалізованого неврологічного або нейрохірургічного відділення дає можливість розпочати специфічну терапію в межах терапевтичного вікна, що сприятиме кращому клінічному виходу таких пацієнтів.
9. Шкала FAST-AV.
10. Спосіб діагностики ішемічного інсульту вертебрально-базиллярного басейну на догоспітальному етапі.
11. Немає.
12. Можливі негативні результати у разі наявності у хворого лакунарного вогнища в басейні задньої циркуляції. Всім хворим з попереднім діагнозом ішемічного інсульту рекомендовано проводити магнітно-резонансну томографію головного мозку.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра неврології.
14. Немає.
15. Соколова Л.І., Антоненко К.В. (068-127-24-20).

Реєстр. № 245/1/14

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЕПАДОЛУ ПРИ ГІПОТИРЕОЇДНІЙ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ ТА ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ.**
2. НДР «Морфо-функціональні особливості де- та регенерації в периферичній нервовій системі за умов дефіциту гормонів щитоподібної залози та можливість їх фармакологічної стимуляції», 0112U001769, 2012-2014 рр.
3. Неврологія, ендокринологія.
4. 2++, С.
5. Пат. на корисну модель № 68902 Україна, МПК G01N 33/68. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.04.2012, Бюл. № 7/2012.
6. Немає.
7. Спосіб оцінки ефективності використання епадолу при гіпотиреоїдній полінейропатії та енцефалопатії передбачає дослідження жирно кислотного складу тканин головного мозку та плазми крові при ішемічному процесі. Визначають жирнокислотний склад ліпідів тканин головного мозку та сидничного нерва за допомогою газорідної хроматографії, виявляють зміни сум насичених та поліненасичених жирних кислот, розраховують їх вміст до і після лікування, порівнюють з контролем і при нормалізації ліпідних показників оцінюють ефективність лікування.
8. Чутливість газорідної хроматографії 10^{-8} А, висока ефективність, зручність у використанні. За допомогою цього способу можливо прогнозувати ефективність використання антиоксидантної терапії, контролювати загальний стан з метою оцінки порушень ліпідного метаболізму.
9. Газорідний хроматограф, лікарський препарат епадол.
10. Гіпотиреоїдній полінейропатії та енцефалопатії.
11. Немає.
12. Немає.
13. Інститут проблем патології Національного медичного університету імені О.О.Богомольця.

14. Немає.
15. Петренко В.А., Рудюк Т.Я., Серета П.І., Чухрай С.М., Куфтирева Т.П., Довгань Р.С. (044) 454-49-17.

Реєстр. № 246/1/14

- 1. РАННЯ ДІАГНОСТИКА КОМОРБІДНИХ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ ТА ГІПОТИРЕОЗУ.**
2. НДР «Удосконалення надання медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію з супутньою патологією на амбулаторно-поліклінічному етапі», 0109U006606.
3. Неврологія.
4. 2++, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. При виявленні у хворого прискореного прогресування гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії та невідповідності клінічних неврологічних проявів до важкості основного захворювання (артеріальної гіпертензії), а саме скарг хворого мнестичного, церебрастенічного, тривожно-депресивного характеру та органічної неврологічної симптоматики, об'єктивних гемодинамічних показників у вигляді зниження церебральної реактивності в загальній сонній та хребцевих артеріях, слід запідозрити супутню гіпофункцію щитоподібної залози та спрямувати на консультацію до ендокринолога з метою дообстеження та оптимізації лікувально-реабілітаційних заходів.
8. Було проведено клініко-неврологічне обстеження 127 хворих на гіпертонічну дисциркуляторну енцефалопатію, з них 60 осіб мали супутню патологію щитовидної залози у вигляді гіпотиреозу. Внаслідок обстеження було виявлено прискорене прогресування неврологічного дефіциту, що випереджає прогресування основного захворювання - артеріальної гіпертензії у вигляді: когнітивних розладів (за шкалою MMSE); тривожно-депресивних розладів (за шкалою депресії Бека, шкалою тривожності Спілбергера-Ханіні); церебрастенічного синдрому; органічної симптоматики – вестибуло-координаторних, атактичних; гемодинамічних змін за даними УЗДГ (зниження церебральної реактивності в загальній сонній та хребцевих артеріях). Це може бути основними непрямими клінічними критеріями, що дозволяють неврологу та/або сімейному лікарю запідозрити наявність супутньої гіпофункції щитовидної залози та спрямувати хворого до суміжного спеціаліста – ендокринолога.
9. Шкала MMSE, шкала депресії Бека, шкала тривожності Спілбергера-Ханіні, УЗДГ.
10. Дослідження питання особливостей перебігу гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії в умовах гіпотиреозу для ранньої клінічної діагностики та подальшої розробки відповідних профілактичних та лікувально-реабілітаційних заходів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
14. Немає.
15. Коваленко О.Є., Кравченко А.М., Литвин О.В.

Реєстр. № 247/1/14

- 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВЕСТИБУЛЯРНИХ ДИСФУНКЦІЙ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ.**
- НДР «Стан і корекція дисфункцій вегетативної нервової системи на різних рівнях її організації при церебро-васкулярній патології», 0105U008877, 2015 р.
- Неврологія.
- С.
- Позитивне рішення на видачу Патента по заявці № 2013 13837 від 05.02.2014 р.
- Немає.
- Використовуються вертикалізована вестибулоадаптаційна терапія, вправи із фіксацією погляду на трьох наданих мішенях на рівні очей, вправ з обертанням голови, що покращують можливості реабілітації статолокомоторних розладів, а також комплексний вплив судиннотонізуючої, знеболюючої та електрофармакологічної нейротрансмітерної терапії.
- Спосіб дозволяє благодійно впливати на хронічну ішемічну недостатність мозку, прояви шийного остеохондрозу, стан вестибулярного аналізатора, нейровегетативні складові локомоційної моторики та основні патогенетичні ланки її порушень, що, в свою чергу, поліпшує соматичний стан хворого, знижує кількість рецидивів, кількості днів непрацездатності, інвалідизації, соматичних ускладнень та покращує якість життя.
- Традиційна фізіотерапевтична апаратура.
- Хронічна ішемія мозку, обумовлена вертебрально-базиллярною недостатністю на тлі шийного остеохондрозу
- Відомі протипоказання застосування електрострумів, алергічні реакції на запропоновані ліки.
- Для запобігання помилок при використанні пристрою треба виконувати рекомендації авторів та державні стандарти щодо експлуатації фізіотерапевтичної апаратури.
- Одеський національний медичний університет, Валіховський пров.,2, м. Одеса, 65026.
- Немає.
- Стоянов О.М., Сон А.С., Бакуменко І.К., Ісайкова О.І., Вастьянов Р.С., Бурля О.К., Павлішина Н.М., Левіщенко В.С., Дрибіна С.І.

Реєстр. № 248/1/14

- 1. ОПТИМІЗАЦІЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПЕРЕБІГУ ГОЛОВНОГО БОЛЮ НАПРУЖЕННЯ У ПІДЛІТКІВ.**
- НДР «Головний біль напруження у підлітків: механізми формування, перебіг, терапія, прогноз», 0112U000037, 2012-2015 рр.; «Патогенетичні та саногенетичні механізми в діагностиці, лікуванні та реабілітації хворих з больовими та іншими пароксизмальними порушеннями при ураженнях периферичної та центральної нервової системи», 0114U000519, 2014-2019 рр.
- Неврологія.
- 2+, С.
- Патент на корисну модель №85237 «Спосіб диференційної діагностики перебігу головного болю напруження у підлітків». (21) Номер заявки u201307020; (22) Дата подання заявки 04.06.2013; (24) Дата з якої є чинними права на корисну модель 11.11.2013; (46) Дата публікації відомостей про видачу патенту та номер бюлетеня: 11.11.2013, бюл. № 21; (71) Заявник – Харківська медична академія післядипломної освіти; (51) МПК А61В5/0488 (2006.01), А61В5/02, (2006.01).

6. Немає.
7. Оптимізація диференційної діагностики перебігу головного болю напруження у підлітків, що включає аналіз скарг, анамнестичних даних підлітка, пальпацію перикраніальної та шийної мускулатури, який відрізняється тим, що додатково проводять аналіз показників варіабельності серцевого ритму (BCP) і, зі збільшенням частоти епізодів головного болю напруження, визначають зміну оптимальних типів регуляції серцевого ритму на дизрегуляторні, зниження значення сумарної потужності спектру (TP), збільшення абсолютного і відносного значення компонента VLF спектру при епізодичних формах та наступне критичне зниження цього показника при хронічних формах головного болю напруження, наростання показника стрес-індексу (індексу напруги регуляторних систем - SI), що відображає переважання активності центральних механізмів регуляції над автономними; при збільшенні потужності VLF хвиль у відповідь на інтелектуальне навантаження можна говорити про гіперадаптивну реакцію, що більш характерно для епізодичних форм головного болю напруження, при зниженні потужності VLF хвиль - про енергодефіцит після навантаження, що вказує на хронізацію головного болю напруження.
8. Розроблений спосіб, у порівнянні з аналогом, дозволяє удосконалити діагностику головного болю напруження у підлітків та отримати об'єктивний критерій ефективності проведеного лікування. Отже, застосування заявленого способу дозволяє отримати інструментальне підтвердження діагнозу головного болю напруження, визначитися зі ступенем порушень функцій антиноцицептивної системи, що мають місце у конкретному випадку, та орієнтуватися у правильності вибраного лікувального заходу.
9. Комп'ютерний електрокардіограф з програмою для аналізу варіабельності ритму серця.
10. Головний біль напруження.
11. Немає.
12. Не спостерігалися.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58.
14. Немає.
15. Дубенко О.С. (0577117497), Міхайлова Е.А. (0573494401), Степанченко К. А. (0573494401).

Реєстр. № 249/1/14

1. **ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ГОЛОВНОГО БОЛЮ НАПРУЖЕННЯ У ПІДЛІТКІВ НА ОСНОВІ АНАЛІЗУ НЕЛІНІЙНО-ДИНАМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЕЕГ.**
2. НДР «Головний біль напруження у підлітків: механізми формування, перебіг, терапія, прогноз», 0112U000037, 2012-2015 рр.; «Патогенетичні та саногенетичні механізми в діагностиці, лікуванні та реабілітації хворих з больовими та іншими пароксизмальними порушеннями при ураженнях периферичної та центральної нервової системи», 0114U000519, 2014-2019 рр.
3. Неврологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель №85236 «Спосіб діагностики головного болю напруження у підлітків». (21) Номер заявки u201307019; (22) Дата подання заявки 04.06.2013; (24) Дата з якої є чинними права на корисну модель 11.11.2013; (46) Дата публікації відомостей про видачу патенту та номер

- бюлетеня: 11.11.2013, бюл. № 21; (71) Заявник – Харківська медична академія післядипломної освіти; (51) МПК А61В5/0476 (2006.01).
6. Немає.
 7. Спосіб діагностики головного болю напруження у підлітків, що включає аналіз скарг, анамнестичних даних дитини, пальпацію перикраніальної та шийної мускулатури, який відрізняється тим, що додатково проводять аналіз нелінійно-динамічних показників ЕЕГ, для підлітків з епізодичним головним болем напруження характерні високі значення показника ентропії Колмогорова-Сіная в центрально-скроневих та префронтальних відведеннях з акцентом справа в стані спокою, при інтелектуальному навантаженні відсутнє суттєве підвищення цього показника, зі збільшенням частоти епізодів головного болю напруження, тобто переходу захворювання в хронічну форму, спостерігаються низькі значення ентропії Колмогорова-Сіная в префронтальних і скроневих відведеннях з акцентом справа в стані спокою та зниження цього показника при інтелектуальному навантаженні в центрально-скроневих та префронтальних відведеннях.
 8. Розроблений спосіб, у порівнянні з найближчим аналогом, дозволяє удосконалити діагностику головного болю у дітей та отримати об'єктивний критерій ефективності проведеного лікування. Застосування заявленого способу дозволяє отримати інструментальне підтвердження діагнозу головного болю напруження, визначитися зі ступенем порушень функцій антиноцицептивної системи, що мають місце у конкретному випадку, та орієнтуватися у правильності обраного лікувального заходу.
 9. Система комп'ютерної ЕЕГ: 24-х каналний електроенцефалограф та програмне забезпечення з модулем для розрахунку нелінійного багаторозмірного аналізу (ентропії Колмогорова-Сіная) ЕЕГ.
 10. Головний біль напруження.
 11. Немає.
 12. Не спостерігалися.
 13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58.
 14. Немає.
 15. Майоров О.Ю. (0577118032), Степанченко К.А. (0573494401).

Реєстр. № 250/1/14

1. **ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ЕНТЕРОБІОЗУ З УРАХУВАННЯМ ОЦІНКИ НЕВРОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ.**
2. НДР «Клініко-патогенетичні особливості паразитарних хвороб, як основа діагностики та лікування», 0101U001866, 2010-2015 рр.
3. Неврологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель №85238 «Спосіб диференційної діагностики неврологічних проявів ентеробіозу у дорослих в залежності від давнини зараження». (21) Номер заявки u201307021; (22) Дата подання заявки 04.06.2013; (24) Дата з якої є чинними права на корисну модель 11.11.2013; (46) Дата публікації відомостей про видачу патенту та номер бюлетеня: 11.11.2013, бюл. № 21; (71) Заявник – Харківська медична академія післядипломної освіти; (51) МПК А61В5/00, G01N33/48, (2006.01).
6. Немає.
7. Оптимізація діагностики ентеробіозу з урахуванням оцінки неврологічних порушень, який відрізняється тим, що додатково проводять

електроенцефалографію, реоенцефалографію, дослідження варіабельності серцевого ритму по визначених програмах, оцінку показників імунного статусу, при цьому показники імунограм при первинній ентеробіозній інвазії знаходяться в межах референтних значень норми, превалює парасимпатикотонія, недостатня вегетативна реактивність і надлишкове вегетативне забезпечення діяльності, зниження пам'яті на фоні нестійкості уваги; ознаки порушення кірково-стовбурових взаємин за рахунок дисфункції неспецифічних систем за даними електроенцефалографії; реоенцефалографічні ознаки підвищення тону артерій і венозного повнокров'я, перевага парасимпатичної регуляції в модуляції ритму серця за показниками варіабельності серцевого ритму, а також відзначається виражений регрес суб'єктивної й об'єктивної симптоматики після проведення курсу специфічної терапії; для хворих з повторною інвазією характерне зменшення кількості Т-лімфоцитів (CD3+), Т-хелперів/індукторів (CD4+), збільшення вмісту Т-супресорів/цитотоксичних (CD8+) і недиференційованих форм лімфоцитів (0-кліток) на фоні зниження Ig M, активації поглинальної і пригніченні перетравлюючої функцій фагоцитуючих нейтрофілів крові, характерним є недостатня і збочена вегетативна реактивність, недостатнє вегетативне забезпечення діяльності, зниження пам'яті на фоні вираженої стомлюваності і виснажливості психічних процесів, зниження концентрації уваги, більш високий індекс пароксизмальної активності за даними електроенцефалографії, реоенцефалографічні ознаки зниження рівня пульсового кровонаповнення, поряд з підвищенням тону артерій і венозним повнокров'ям, явища надлишкової централізації керуванням серцевим ритмом за рахунок порушення взаємодії надсегментарного і сегментарного відділів вегетативної нервової системи за показниками варіабельності серцевого ритму, у пацієнтів з повторною ентеробіозною інвазією після проведення курсу специфічної терапії спостерігається тільки тенденція до нормалізації клініко-неврологічних, нейропсихологічних і електрофізіологічних показників.

8. Використання запропонованих критеріїв дозволяє підвищити інформативність обстеження та ефективність лікування хворих на ентеробіоз шляхом визначення опорних критеріїв, які характеризують адаптаційно-компенсаторні можливості організму, стан його нервової системи. Знання про основні клінічні синдроми, стан біоелектричної активності мозку, церебральної гемодинаміки, показники варіабельності серцевого ритму, психофізіологічних процесів, імунологічного статусу у дорослих хворих на ентеробіоз мають значення для більш ранньої діагностики захворювання у пацієнтів із клінічними проявами ураження нервової системи. Вчасно проведена в амбулаторних умовах запропонована диференційована корекція неврологічних порушень ентеробіозної інвазії, дозволить знизити ймовірність розгорнутих клінічних форм патології. Таким чином, запропонований спосіб діагностики може бути використаний лікарями як досяжний алгоритм, що базується на загальнозживаних доступних методах і не потребує значних матеріальних витрат.
9. Дослідження стану вегетативної нервової системи проводиться в стані спокою (фонові показники), при впливі на рефлексогенні зони (вегетативна реактивність) і при проведенні фізичного навантаження (вегетативне забезпечення діяльності), використовують запитальник і схему дослідження для виявлення прихованих вегетативних порушень. Вегетативний тонус визначається за допомогою вегетативного індексу Кердо, хвилинного об'єму крові (непрямі способи Лільє-Штрандера і Цандера). Вегетативна реактивність визначається за допомогою проби Даньїні-Ашнера, солярного рефлексу (Тома, Ру). Вегетативне забезпечення діяльності - орто- і кліностаціонарними пробами. Нейропсихологічне дослідження спрямовано на виявлення порушень вищих

інтегративних функцій головного мозку, включає вивчення уваги та сенсомоторних реакцій за допомогою коректурної проби та методики віднімання; дослідження пам'яті за методом запам'ятовування серії з 10 слів. Клініко-інструментальне дослідження включає: електроенцефалографію, реоенцефалографію, дослідження варіабельності серцевого ритму по визначених програмах. Вивчаються показники імунного статусу: основні популяції і субпопуляції лімфоцитів периферичної крові (CD3+; CD4+; CD8+; CD19+) визначають з використанням панелі моноклональних антитіл методом непрямой реакції поверхневої імуофлюоресценції, відносну кількість 0-лімфоцитів підраховують за формулою: $\% \text{ 0-лімфоцитів} = 100 - (\% \text{ CD3+} + \% \text{ CD19+})$, рівень циркулюючих імунних комплексів у сироватці периферичної крові визначають спектрофотометричним методом, концентрацію імуноглобулінів основних класів (А, G і М) - методом простої радіальної імунодифузії. При дослідженні фагоцитарної функції нейтрофілів проводять облік показників, які характеризують поглинальну (фагоцитарний індекс і фагоцитарне число) і перетравлюючу (індекс завершеності фагоцитозу) здатність нейтрофілів периферичної крові. Діагноз ентеробіоз виставляється у випадку хоча б одного позитивного результату при триразовому обстеженні методом липкої стрічки (метод Грехема).

10. Хворі на ентеробіоз.
11. Немає.
12. Не спостерігалися.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58.
14. Немає.
15. Марченко В.Г. (0577113556), Степанченко К.А. (0573494401).

Реєстр. № 251/1/14

1. **ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ГОЛОВНОГО БОЛЮ НАПРУЖЕННЯ У ПІДЛІТКІВ.**
2. НДР «Головний біль напруження у підлітків: механізми формування, перебіг, терапія, прогноз», 0112U000037, 2012-2015 рр.; «Патогенетичні та саногенетичні механізми в діагностиці, лікуванні та реабілітації хворих з больовими та іншими пароксизмальними порушеннями при ураженнях периферичної та центральної нервової системи», 0114U000519, 2014-2019 рр.
3. Неврологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель №85677 «Спосіб немедикаментозного лікування головного болю напруження у підлітків». (21) Номер заявки u201307236; (22) Дата подання заявки 07.06.2013; (24) Дата з якої є чинними права на корисну модель 25.11.2013; (46) Дата публікації відомостей про видачу патенту та номер бюлетеня: 25.11.2013, бюл. № 22; (71) Заявник – Харківська медична академія післядипломної освіти; (51) МПК А61В5/04 (2006.01).
6. Немає.
7. Оптимізація лікування головного болю напруження у підлітків, відрізняється тим, що лікування призначають на підставі аналізу кардіоінтервалограми з автоматичним розрахунком індивідуальної програми дихання та тренування навиків керованої релаксації в режимі біологічного зворотного зв'язку з використанням мобільного програмно-апаратного електрокардіографічного комплексу.

8. Розроблений спосіб, у порівнянні з найближчим аналогом, дозволяє удосконалити лікування головного болю у підлітків на підставі аналізу кардіоінтервалограми з автоматичним розрахунком індивідуальної програми дихання та тренування навиків керованої релаксації в режимі біологічного зворотного зв'язку з використанням мобільного програмно-апаратного електрокардіографічного комплексу, дозволяє значно покращити показники варіабельності серцевого ритму, за рахунок чого відбувається покращення стану пацієнта. Впровадження немедикаментозного розробленого способу корекції головного болю напруження вирішує проблему вікового обмеження фармакотерапії у дітей, наявність індивідуальної нестерпності, алергічні реакції, звикання до психотропних препаратів і анальгетиків.
9. Програмно-апаратний комплекс на підставі аналізу кардіоінтервалограми з автоматичним розрахунком індивідуальної програми дихання та тренування навиків керованої релаксації в режимі біологічного зворотного зв'язку.
10. Головний біль напруження.
11. Абсолютних протипоказань не виявлено. До відносних протипоказань відносяться: недостатнє збереження інтелекту і емоційно-вольової сфери, важкі супутні захворювання (гострі інфекційні та неінфекційні, системні і хронічні в стадії загострення, злоякісні пухлини, травми).
12. Не спостерігалися.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58.
14. Немає.
15. Степанченко К.А. (0573494401).

Реєстр. № 252/1/14

1. **ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ МІОФАСЦІАЛЬНИХ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ У ПІДЛІТКІВ З ГОЛОВНИМ БОЛЕМ НАПРУЖЕННЯ.**
2. НДР «Головний біль напруження у підлітків: механізми формування, перебіг, терапія, прогноз», 0112U000037, 2012-2015 рр.; «Патогенетичні та саногенетичні механізми в діагностиці, лікуванні та реабілітації хворих з больовими та іншими пароксизмальними порушеннями при ураженнях периферичної та центральної нервової системи», 0114U000519, 2014-2019 рр.
3. Неврологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель №85676 «Спосіб лікування міофасціальних больових синдромів у підлітків з головним болем напруження». (21) Номер заявки u201307235; (22) Дата подання заявки 07.06.2013; (24) Дата з якої є чинними права на корисну модель 25.11.2013; (46) Дата публікації відомостей про видачу патенту та номер бюлетеня: 25.11.2013, бюл. № 22; (71) Заявник – Харківська медична академія післядипломної освіти; (51) МПК (2013.01) А61Н39/00, А61К31/00.
6. Немає.
7. Оптимізація лікування міофасціального больових синдромів у підлітків з головним болем напруження, яке відрізняється тим, що застосовують комплекс технік ізометричного м'язової аутокорекції (ІМАК), який складається з 11 технік, повторюваних в трьох серіях. При цьому першу і другу серії виконують з рахунком (із затримкою дихання на 6-8 с), третя серія без рахунку (без затримки дихання), тривалість всього комплексу ІМАК 10-15 хвилин, комплекс технік ІМАК повторюється 4-5 разів на день на протязі 2 тижнів.

8. Розроблений спосіб, у порівнянні з найближчим аналогом, дозволяє удосконалити лікування головного болю у підлітків на підставі зняття хронічного м'язового напруження, нормалізації м'язового тону сийно-комірцевої зони, усунення больового м'язового компонента головного болю напруження шляхом застосування комплексу технік ізометричного м'язової аутокорекції. Впровадження немедикаментозного розробленого способу корекції головного болю напруження вирішує проблему вікового обмеження фармакотерапії у дітей, наявність індивідуальної нестерпності, алергічні реакції, звикання до психотропних препаратів і анальгетиків.
9. Немає.
10. Головний біль напруження.
11. Немає.
12. Не спостерігалися.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58.
14. Немає.
15. Степанченко К.А. (0573494401.)

НЕЙРОХІРУРГІЯ

Реєстр. № 253/1/14

1. **СПОСІБ ВСТАНОВЛЕННЯ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ДАТЧИКА ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНОГО ТИСКУ.**
2. НДР «Комплексне лікування множинних і поєднаних ушкоджень та їх наслідків», 0111U005858.
3. Нейрохірургія.
4. 1+, А.
5. Патент на корисну модель №79484 МПК (2013.01) А61В 17/00 Спосіб встановлення паренхиматозного датчика внутрішньочерепного тиску // Промислова власність. – 2013. - № 8.
6. Немає.
7. Інвазивний контроль внутрішньо-черепного тиску при тяжкій черепно-мозковій травмі здійснюється шляхом проведення трепанації черепа та занурення мікродатчика в паренхіму мозку за допомогою канюлі для вентрикулопункції.
8. Зменшується травматизація кори головного мозку та коркових судин в зоні пункції, шляхом застосування обмеженого розтину ТМО та візуального контролю місця пункції мозкової звивини. Контролюється напрямок та глибина розташування мікродатчика, шляхом його фіксації в канюлі для пункції мозку, яка зовні має сантиметрове маркування. Виключається можливість субдурального розташування мікродатчика та отримання хибних даних рівня ВЧТ.
9. Комплект обладнання для вимірювання внутрішньочерепного тиску, нейрохірургічний операційний інструмент, канюля для вентрикулопункції.
10. Контроль внутрішньо-черепного тиску інвазивним методом у хворих із тяжкою закритою ЧМТ
11. Інфекційні запалення ЦНС, коагулопатія
12. Запальні ускладнення; дотримання умов асептики та антисептики.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.
15. Івахненко Д.С. (0679013701), Перцов В.І. (0504542332).

Реєстр. № 254/1/14

- 1. МЕТОДИКА ПОКРАЩЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ГПМК, ЩО НЕ БУЛИ ГОСПІТАЛІЗОВАНІ.**
- НДР «Медико-соціальне обґрунтування якісно нової системи спеціалізованої допомоги хворим з судинною патологією головного мозку», РК 0113U002642.
- Нейрохірургія.
- 2+, Д.
- Немає.
- Немає.
- Пропонується при відмові від госпіталізації хворих з підозрою на ГПМК, спеціалістам ЕМД надсилати телефонні повідомлення до реєстратур територіальних лікувально-профілактичних закладів, що пришвидшить обслуговування лікарям загальної практики – сімейним лікарям (ЛЗПСЛ), таких пацієнтів. Лікарі ЗПСЛ при отриманні такого повідомлення, повинен обслужити виклик першочергово. При виявленні хворих з підозрою на мозковий інсульт ЛЗПСЛ повинен терміново надати телефонні повідомлення до реєстратури лікувального закладу для запису виклику невролога «на дім». При категоричній відмові пацієнта до госпіталізації лікувальний заклад повинен забезпечити організацію стаціонару вдома та послуги дільничної медсестри.
- Впровадження вказаних рекомендацій у практику роботи в міських, районних поліклініках, центрах сімейної медицини, амбулаторіях сімейної медицини, станціях ЕМД та інших закладах охорони здоров'я, що надають невідкладну та первинну медичну допомогу хворим з ГПМК, дозволить оптимізувати надання медичної допомоги вказаній групі пацієнтів.
- Немає.
- Надання медичної допомоги хворим з ГПМК на дому.
- Немає.
- Немає.
- Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
- Немає.
- Зозуля І.С., Лисенко Г.І., Зозуля А.І., Латоха І.О. (044) 456-80-50.

Реєстр. № 255/1/14

- 1. ОПТИМІЗОВАНА СИСТЕМА ДІАГНОСТИКИ ГЕМОРАГІЧНОГО ІНСУЛЬТУ.**
- НДР «Медико-соціальне обґрунтування якісно нової системи спеціалізованої допомоги хворим з судинною патологією головного мозку», РК 0113U002642.
- Нейрохірургія.
- 2++, С.
- Немає.
- Немає.
- «Золотим стандартом» інструментальної діагностики внутрішньочерепних крововиливів є спіральна комп'ютерна томографія з контрастуванням, церебральна ангіографія. МРТ більше ціниться при підгострих і хронічних гематомах. КТ і МРТ обстеженнях характер зображення залежить від стадії інволюції гемоглобіну. Дається характеристика ознак крововилива в залежності від стадії: найгостріша (перші 6 годин), 2 - гостра (37 год. до 3 діб), 3 – рання підгостра (від 4 до 7 діб). Дається характеристика змін комп'ютерної томографії та алгоритм діагностики (клінічно) внутрішньочерепної гематоми: раптової

- початок, частіше вдень, під час фізичного чи емоційного навантаження, без передвісників, різкий головний біль, багаторазове блювання, іноді з домішками крові, гіперемія обличчя, пульсація судин на шиї, психомоторне збудження, менингеальні симптоми, епілептичні напади, розлади свідомості від оглушення до коми.
8. Впровадження в практику роботи територіальних центрів ЕМД та МК інших лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я дозволить оптимізувати діагностичний процес ГПМК на ранньому госпітальному етапі.
 9. Апарат для вимірювання артеріального тиску, неврологічний молоток, голка для спинномозкової пункції.
 10. Гострі порушення мозкового кровообігу.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
 14. Немає.
 15. Зозуля А.І., Кіт І.В. (044) 456-80-50.

Реєстр. № 256/1/14

1. **ОПТИМІЗОВАНА СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ СУДИННІЙ ПАТОЛОГІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ.**
2. НДР «Медико-соціальне обґрунтування якісно нової системи спеціалізованої допомоги хворим з судинною патологією головного мозку», РК 0113U002642.
3. Нейрохірургія.
4. 2+, Д.
5. Немає.
6. Немає.
7. Структура організації комплексної медичної допомоги при судинній патології головного мозку, визначена розробленою концептуальною моделлю, передбачає взаємодію всіх рівнів та етапів надання медичної допомоги первинної медико-санітарної (ПМСД), екстреної медичної допомоги (ЕМД), вторинної та третинної (як стаціонарної і амбулаторно-поліклінічної допомоги, відновного лікування). Сьогодні система охорони здоров'я потребує послідовних і глибоких інституціональних та структурних перетворень, спрямованих на поліпшення здоров'я населення та задоволення його потреб у медичній допомозі. Головним завданням системи є створення судинних центрів у багатопрофільних лікарнях з використанням мультидисциплінарних бригад у відділенні невідкладних станів та в стаціонарах, наявність блоків (відділень) інтенсивного лікування, нейрохірургічних відділень, відділень цілодобового нейровізуалізаційного дослідження, відділень відновного лікування. Запровадження Реєстру ГПМК.
8. Використання запропонованої системи дозволить при оптимальних затратах усунути негативні фактори та ризики в системі комплексної медичної допомоги при судинній патології головного мозку та підвищити доступність, якість та ефективність усіх її складових: профілактичної, діагностичної, лікувальної, екстреної медичної допомоги, відновного лікування, має соціальний і економічний ефект.
9. Використання інформаційно-аналітичного, бібліосемантичного методів, а також метода системного підходу.
10. Гостра цереброваскулярна патологія (інсульт).
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика.

14. Немає.
15. Зозуля А.І. (044) 456-80-50.

Реєстр. № 257/1/14

1. **СПОСІБ НАДАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ СУДИННІЙ ПАТОЛОГІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ.**
2. НДР «Медико-соціальне обґрунтування якісно нової системи спеціалізованої допомоги хворим з судинною патологією головного мозку», РК 0113U002642.
3. Нейрохірургія.
4. 2+, Д.
5. Пат. на корисну модель № 81995 Україна, МПК А61В 5/00. Заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл 10.07.2013, Бюл. № 13/2013.
6. Немає.
7. Розроблено якісно нову систему спеціалізованої медичної допомоги при цереброваскулярних хворобах, яка базується на первинній і вторинній профілактиці, визначає її етапність та наступність, будується на міжсекторальному підході і забезпечує впровадження сучасних організаційних та клінічних технологій шляхом запровадження локальних клінічних протоколів для визначеної території. Центральним елементом системи є її структура перебудова із залученням в процес первинної медико-санітарної допомоги, створенням нейросудинних центрів, спеціалізованих відділень відновного лікування та міжсекторальних бригад для надання медичної допомоги на дому з визначенням кожного функцій, які базуються на застосуванні даних з доведеною ефективністю та індикаторів оцінки результативності, інтеграція яких з раніше існуючими та функціонально існуючими елементами, забезпечила надання комплексної, етапної медичної допомоги при ЦВХ та їх ускладненнях.
8. Результати впровадження окремих елементів запропонованої системи довели її медичну, соціальну та економічну ефективність.
9. Застосовано системний підхід: системний аналіз, бібліосемантичний, статистичний, соціологічний, експертних оцінок.
10. Цереброваскулярні хвороби.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
14. Немає.
15. Зозуля А.І. (044) 456-80-50.

Реєстр. № 258/1/14

1. **ХАРАКТЕРИСТИКА ОПТИМІЗОВАНОЇ СИСТЕМИ КОМПЛЕКСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ СУДИННІЙ ПАТОЛОГІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ.**
2. НДР «Медико-соціальне обґрунтування якісно нової системи спеціалізованої допомоги хворим з судинною патологією головного мозку», РК 0113U002642.
3. Нейрохірургія.
4. 2+, Д.
5. Немає.
6. Немає.

7. Складовою концептуальної моделі оптимізації комплексної медичної допомоги при судинній патології головного мозку стали запропоновані шляхи досягнення визначеної мети та поставленого завдання. Первинна та вторинна профілактика судинної патології головного мозку; своєчасна діагностика захворювань; ефективна первинна та невідкладна допомога; своєчасне та ефективне комплексне стаціонарне лікування; своєчасне та ефективне відновлення лікування з метою реалізації мети та виконання поставленого завдання в складі концептуальної моделі визначено її основні функції: впровадження системи контролю якості ISO 9001-2008; безперервне підвищення професійної майстерності та мотивація медичних працівників; створення оптимальних умов медичним працівникам для виконання своїх професійних обов'язків при наданні всіх видів медичної допомоги в межах галузевих стандартів; наукове забезпечення процесу організації медичної допомоги. Стратегія оптимізації медичної допомоги при судинній патології головного мозку має 5 складових: структурна перебудова системи медичної допомоги, управління нею, удосконалення кадрового забезпечення, безперервне підвищення якості комплексної медичної допомоги, матеріально-технічне забезпечення процесу організації надання медичної допомоги.
8. Використання запропонованої системи дозволить при оптимальних затратах усунути негативні фактори та ризики в системі комплексної медичної допомоги при судинній патології головного мозку та підвищити доступність, якість та ефективність усіх її складових: профілактичної, діагностичної, лікувальної, екстреної медичної допомоги, відновного лікування, має соціальний і економічний ефект.
9. Використання інформаційно-аналітичного, бібліосемантичного методів, а також метода системного підходу.
10. Гостра цереброваскулярна патологія (інсульт).
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
14. Немає.
15. Зозуля А.І. (044) 456-80-50.

Реєстр. № 259/1/14

1. **МОНОТЕРАПІЯ РАДИКУЛЯРНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНОМУ УРАЖЕННІ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.**
2. НДР «Удосконалення малоінвазивного хірургічного лікування та знеболення при захворюваннях черевної стінки, кишечника, жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, нирок та сечовивідних шляхів, матки, вен, хребта та органу слуху в умовах хірургічного стаціонару короткострокового перебування», 0109U006608.
3. Нейрохірургія.
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель № 67511 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини «Державного управління справами», зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.02.2012, Бюл. № 4/2012.
6. Немає.
7. Нововведення стосується лікування радикулярного больового синдрому при дегенеративному ураженні поперекового відділу хребта. Суть запропонованого

- нововведення полягає у проведенні монотерапії у вигляді одноразового чи дворазового введення стероїдного препарату в епідуральний простір.
8. Внаслідок нововведення зменшаться ризики післяопераційних ускладнень та скоротяться терміни лікування, а також покращиться ефективність лікування хворих з остеохондрозом хребта.
 9. Голка для люмбальної пункції, дїпрспан.
 10. Епідуральні стероїдні ін'єкції показані при грижах м/хребцевих дисків, спондилоартрозах, стенозах спинномозкового каналу, спонділолістезах.
 11. Наявність інфекційно-запальних процесів в ділянці проведення стероїдної ін'єкції.
 12. Немає.
 13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
 14. Немає.
 15. Квасніцький М.В. (044) 360-80-63.

Реєстр. № 260/1/14

1. **МОНОТЕРАПІЯ ХРОНІЧНОГО ПОПЕРЕКОВОГО БОЛЮ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНОМУ УРАЖЕННІ ХРЕБТА.**
2. НДР «Удосконалення малоінвазивного хірургічного лікування та знеболення при захворюваннях черевної стінки, кишечника, жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, нирок та сечовивідних шляхів, матки, вен, хребта та органу слуху в умовах хірургічного стаціонару короткострокового перебування», 0109U006608.
3. Нейрохірургія
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель № 67275 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини «Державного управління справами», зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.02.2012, Бюл. № 3/2012.
6. Немає.
7. Нововведення стосується лікування хронічного больового синдрому при дегенеративному ураженні поперекового відділу хребта. Суть запропонованого нововведення полягає у проведенні монотерапії у вигляді одноразового чи дворазового введення стероїдного препарату в епідуральний простір.
8. Внаслідок нововведення зменшаться ризики післяопераційних ускладнень та скоротяться терміни лікування, а також покращиться ефективність лікування хворих з остеохондрозом хребта.
9. Голка для люмбальної пункції, дїпрспан.
10. Епідуральні стероїдні ін'єкції показані при грижах м/хребцевих дисків, спондилоартрозах, стенозах спинномозкового каналу, спонділолістезах.
11. Наявність інфекційно-запальних процесів в ділянці проведення стероїдної ін'єкції.
12. Немає.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
14. Немає.
15. Квасніцький М.В. (044) 360-80-63.

НЕФРОЛОГІЯ

Реєстр. № 261/1/14

- 1. СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ УРАЖЕНЬ НИРОК У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ**
- НДР «Генетичні, метаболічні аспекти, запалення, дисфункція ендотелію та лікування при поєднаній патології внутрішніх органів», 0112U003546, 2012-2016 рр.
- Нефрологія.
- 3, D.
- Отримано Патент на корисну модель №85183, МПК G01N33/48 (2006.01). Спосіб ранньої діагностики уражень нирок у хворих на ревматоїдний артрит / Л.О.Зуб, В.Т.Кулачек; заявник та патентовласник БДМУ (UA).- № u201306549; заявл. 27.05.2013; опубл. 11.11.2013, Бюл №21.
- Немає.
- Виявлено вірогідне підвищення рівня ТФР- β_1 крові в пацієнтів з ХХН відповідно до її стадії. Вміст ТФР- β_1 в крові хворих на РА >120 пг/мл свідчить про прогресування процесів склерозування, що вказує на прогресування ХХН. Визначення β_2 -мікроглобуліну крові та сечі та ТФР- β_1 є важливими біомаркерами ураження нирок у хворих на РА.
- Підвищення ефективності діагностики уражень нирок у хворих на ревматоїдний артрит. Медична ефективність: покращання виявлення патології нирок на ранніх стадіях її виникнення та прогресування, що в подальшому дозволить вчасно призначити адекватні терапевтичні заходи та попередити виникнення ускладнень з боку нирок у хворих на РА. Соціальна ефективність: зниження рівня подальшого розвитку патології нирок. Запропонований метод малоінвазивний та зручний, забезпечуючи достатній комплаєнс пацієнта. Економічна ефективність: зменшення витрат держави на забезпечення перебування хворих на РА з ренальною патологією на стаціонарному лікуванні шляхом раннього її виявлення для подальшої адекватної корекції стану.
- Для визначення ТФР- β_1 у сироватці крові та β_2 -мікроглобуліну у сироватках крові та сечі за допомогою імуноферментного аналізу необхідні тест-системи DRG та імуноферментний аналізатор. Визначення базується на принципі твердофазового ферментнозв'язаного імуносорбентного тесту.
- Ревматоїдний артрит та ревматоїдний артрит з ураженням нирок (хронічною хворобою нирок).
- Немає.
- Немає.
- Буковинський державний медичний університет, 58002, м.Чернівці, Театральна площа, 2, тел.(0372)55-37-54.
- Немає.
- Зуб Л.О., Кулачек В.Т. (0508036663).

ОНКОЛОГІЯ

Реєстр. № 262/1/14

- 1. СПОСІБ УШИВАННЯ ДЕФЕКТУ ГОРТАННОЇ ЧАСТИНИ ГЛОТКИ ПІД ЧАС ЛАРИНГЕКТОМІЇ У ЧОЛОВІКІВ З УРАХУВАННЯМ КОНСТИТУЦІЙНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ БУДОВИ ШИЇ.**
- НДР «Структурні зміни в органах травної та сечостатевої систем після проведення оперативних втручань», 0114U003688, 2014 – 2019 рр.
- Онкологія.

4. 2++, С.
5. Пат. на корисну модель №90046, МПК А 61В 17/00, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України на корисні моделі 12.05.2014, Бюл. № 9.
6. Немає.
7. Спосіб ушивання дефекта гортанної частини глотки під час ларингектомії у чоловіків з урахуванням конституційних особливостей будови шиї досягається тим, що ушивання дефекта гортанної частини глотки проводять вузловими швами, ушиваючи дефект в два ряди з допомогою прецизійних швів, накладених на адвентицію і слизову Т-подібно, при чому у чоловіків з доліхоморфною конституцією з вузькою і довгою гортанною частиною глотки при Т-подібному ушиванні переважає поперечна, горизонтальна, частина лінії швів, а у чоловіків з брахіморфною конституцією з широкою і короткою гортанною частиною глотки, переважає поздовжня, вертикальна, частина шва.
8. Медичні - запобігає виникненню післяопераційних ускладнень, запобігає звуженню глотки в післяопераційному періоді у чоловіків з доліхоморфною конституцією та супроводжується швидшим загоєнням післяопераційної рани; соціальні - вкорочення періоду стаціонарного лікування; економічні – скорочення витрат на лікування дисфагії.
9. Набір хірургічних інструментів, лінійка вимірювальна металева.
10. Ларингектомія з приводу раку гортані у чоловіків.
11. Немає.
12. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова 56.
13. Немає.
14. Феджага І.П., (0432535455).

Реєстр. № 263/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НЕДРІБНОКЛІТИННОГО РАКУ ЛЕГЕНІ ІІІА-ІІІБ СТАДІЙ.**
2. НДР «Оптимізація консервативного лікування хворих на недрібноклітинний рак легені ІІІ–ІІІІ стадій шляхом застосування високодозової тамоксифенотерапії», 01080005118.
3. Онкологія.
4. 2++, В.
5. Патент України № 84084, МПК (2013.01) А61К 31/00. Спосіб лікування недрібноклітинного раку легені ІІІА-ІІІБ стадій // Бюлетень промислової власності. – 2013. - №19. Розробники: Каджоян А.В., Шевченко А.І.
6. Немає.
7. Хворому призначають платиновмісну хіміотерапію, а також тамоксифен у дозі 100-120 мг на добу; його прийом розпочинають за 3 доби до проведення хіміотерапії, продовжують протягом хіміотерапії, приймають ще 3 дні після її закінчення та додатково призначають променеву терапію за стандартною методикою по закінченні або впродовж хіміотерапії.
8. Покращення безпосереднього лікувального ефекту, загальної виживаності, а також якості життя хворих на недрібноклітинний рак легені ІІІА-ІІІБ стадій.
9. Платиновмісна хіміотерапія, променева терапія, тамоксифен.
10. Недрібноклітинний рак легені ІІІА-ІІІБ стадій.
11. Алергічні реакції на препарати, тромбози крупних судин в анамнезі.
12. Алергічні реакції на препарати (десенсибілізуюча терапія), тромбози крупних судин (лікування низькомолекулярними гепаринами).

13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.
15. Каджоян А.В. (0979292758), Шевченко А.І. (0957451061).

Реєстр. № 264/1/14

1. **МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ОБ'ЄМУ ФУНКЦІОНУЮЧОЇ НИРКИ ПРИ НИРКОВО-КЛІТИННОМУ РАКУ.**
2. НДР «Вдосконалити показання та методики органозберігаючих оперативних втручань при нирково-клітинному раку на основі вивчення морфофункціональних змін в нирках», 0112U000019, 2012–2014 рр.
3. Онкологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 71491 Україна, МПК А61В 6/03. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.07.2012, Бюл. № 13/2012.
6. Немає.
7. Визначення об'єму функціонуючої нирки за лінійними розмірами нирки та пухлинного ураження нирки, отриманих на основі проведення комп'ютерної томографії.
8. Оптимізація показань до оперативних втручань при нирково-клітинному раку на основі удосконалення діагностичних методів.
9. Комп'ютерний томограф.
10. Хворі на нирково-клітинний рак.
11. Вагітність, загальний важкий стан.
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., Стаховський О.Е., Бойко І.І. (044) 257-43-19.

Реєстр. № 265/1/14

1. **МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ОБСЯГУ РЕЗЕКЦІЇ ПОРТАЛЬНОЇ ВЕНИ ПРИ ДИСТАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Розробити методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів черевної порожнини», 0112U000017, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, хірургія.
4. 2+.
5. Немає.
6. Немає.
7. Мобілізація органокomплексу при дистальній резекції підшлункової залози для виконання інтраопераційного ультразвукового дослідження зони пухлинної інвазії у верхньобрижову вену.
8. Зменшення об'єму резекції верхньобрижової вени.
9. Стандартне обладнання операційної та ультразвукова діагностична установка.
10. Хворі на новоутворення тіла та хвоста підшлункової залози.
11. Декомпенсація супутньої патології.
12. Рідинні відмежування в черевній порожнині.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.

15. Щепотін І.Б., Лукашенко А.В., Колесник О.О., Приймак В.В., Бурлака А.А., Жуков Ю.О. (044) 259-01-75.

Реєстр. № 266/1/14

1. **МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ОБСЯГУ РЕЗЕКЦІЇ ПОРТАЛЬНОЇ ВЕНИ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ.**
2. НДР «Розробити методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів черевної порожнини», 0112U000017, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, хірургія.
4. 2+.
5. Немає.
6. Немає.
7. Мобілізація органокomплексу при панкреатодуоденальній резекції для виконання інтраопераційного ультразвукового дослідження зони пухлинної інвазії у верхньобрижову вену.
8. Зменшення об'єму резекції верхньобрижової вени.
9. Стандартне обладнання операційної та ультразвукова діагностична установка.
10. Хворі на новоутворення тіла та хвоста підшлункової залози.
11. Декомпенсація супутньої патології.
12. Рідинні відмежування в черевній порожнині.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
15. Щепотін І.Б., Лукашенко А.В., Колесник О.О., Приймак В.В., Бурлака А.А., Жуков Ю.О. (044) 259-01-75.

Реєстр. № 267/1/14

1. **МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗАНЬ ДО РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ ПРИ НИРКОВО-КЛІТИННОМУ РАКУ.**
2. НДР «Вдосконалити показання та методики органозберігаючих оперативних втручань при нирково-клітинному раку на основі вивчення морфофункціональних змін в нирках», 0112U000019, 2012–2014 рр.
3. Онкологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 86311 Україна, МПК А61В 6/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.12.2013, Бюл. № 24/2013.
6. Немає.
7. Визначення показань до резекції нирки на основі математичного обчислення об'єму збереженої функціонуючої нирки, який повинен бути більше 55 %.
8. Оптимізація показань до оперативних втручань при нирково-клітинному раку на основі удосконалення діагностичних методів.
9. Комп'ютерний томограф.
10. Хворі на нирково-клітинний рак.
11. Вагітність, загальний важкий стан.
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., Стаховський О.Е. (044) 257-43-19.

Реєстр. № 268/1/14

- 1. МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗАНЬ ДО РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ ПРИ НИРКОВО-КЛІТИННОМУ РАКУ НА ОСНОВІ НЕФРОМЕТРІЇ.**
- НДР «Вдосконалити показання та методики органозберігаючих оперативних втручань при нирково-клітинному раку на основі вивчення морфо функціональних змін в нирках», 0112U000019, 2012–2014 рр.
- Онкологія.
- 2+.
- Пат. на корисну модель № 88429 Україна, МПК А61В 6/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 11.03.2014, Бюл. № 5/2014.
- Немає.
- Визначення показань до резекції нирки на основі локалізації пухлини у верхньому, нижньому, латеральному, медіальному сегментах нирки та математичного обчислення об'єму збереженої функціонуючої нирки.
- Оптимізація показань до резекції нирки при нирково-клітинному раку на основі удосконалення діагностичних методів.
- Комп'ютерний томограф.
- Хворі на нирково-клітинний рак.
- Немає.
- Немає.
- Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
- Немає.
- Стаховський Е.О., Вітрук Ю.В., Стаховський О.Е., Войленко О.А. (044) 2574319.

Реєстр. № 269/1/14

- 1. МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ПРОГНОЗУ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ПІЗНІ СТАДІЇ ЛІМФОМИ ХОДЖКІНА ГРУПИ ВИСОКОГО СТУПЕНЯ РИЗИКУ.**
- НДР «Оптимізувати лікування хворих на рецидивні і рефрактерні форми злоякісних лімфом та множинної мієломи (мультицентрове дослідження)», 0112U004849, 2012–2014 рр.
- Онкологія, онкогематологія, імунологія.
- 2+.
- Пат. на корисну модель № 70508 Україна, МПК G01N 33/49. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 11.06.2012, Бюл. № 11/2012.
- Немає.
- Визначення факторів ризику за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) в периферичній крові хворих на лімфому Ходжкіна з пізніми стадіями.
- Визначення групи високого та надзвичайно високого ризику хворих на лімфоми Ходжкіна з пізніми стадіями та можливість ранньої інтенсифікації лікування з метою зменшення частоти рецидивів захворювання.
- Апарат для проведення ПЛР.
- Хворі на лімфоми Ходжкіна.
- Немає.
- Немає.
- Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
- Немає.

15. Крячок І.А., Новосад О.І., Свергун Н.М., Храновська Н.М., Титоренко І.Б., Мартинчик А.В. (044) 257-21-56.

Реєстр. № 270/1/14

1. **МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНУЮЧОЇ ПАРАНХИМИ НИРКИ ПРИ НИРКОВО-КЛІТИННОМУ РАКУ.**
2. НДР «Вдосконалити показання та методики органозберігаючих оперативних втручань при нирково-клітинному раку на основі вивчення морфофункціональних змін в нирках», 0112U000019, 2012–2014 рр.
3. Онкологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 86356. Україна 9 МПК А 61 В 6/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.12.2013, Бюл. № 24/2013.
6. Немає.
7. Визначення об'єму функціонуючої нирки за лінійними розмірами нирки та пухлинного ураження нирки, отриманих на основі проведення комп'ютерної томографії, без урахування об'єму порожнистої системи нирки.
8. Оптимізація показань до оперативних втручань при нирково-клітинному раку на основі удосконалення діагностичних методів.
9. Комп'ютерний томограф.
10. Хворі на нирково-клітинний рак.
11. Вагітність, загальний важкий стан.
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., Стаховський О.Е. (044) 257-43-19.

Реєстр. № 271/1/14

1. **МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ ДИСТАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ІЗ ЗБЕРЕЖЕННЯМ СЕЛЕЗІНКИ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Розробити методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів черевної порожнини», 0112U000017, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, хірургія.
4. 2+.
5. Немає.
6. Немає.
7. Ретельне збереження селезінкових судин у їх гирла підчас дистальної резекції підшлункової залози.
8. Органозберігаюча операція у дітей.
9. Стандартне обладнання операційної.
10. Діти із новоутворенням тіла та хвоста підшлункової залози.
11. Цукровий діабет, важкий перебіг.
12. Рідинні відмежування в черевній порожнині, гастростаз.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
15. Щепотін І.Б., Лукашенко А.В., Колесник О.О., Приймак В.В., Бурлака А.А., Жуков Ю.О. (044) 259-01-75.

Реєстр. № 272/1/14

- 1. МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ ДИСТАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ІЗ ЗБЕРЕЖЕННЯМ СЕЛЕЗІНКИ У ДІТЕЙ.**
- НДР «Розробити методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів черевної порожнини», 0112U000017, 2012–2014 рр.
- Онкологія, хірургія.
- 2+.
- Немає.
- Немає.
- Ретельне збереження селезінкових судин у їх гирла та тимчасове перетискання селезінкової вени та артерії до ліквідації кровотечі при дистальній резекції підшлункової залози.
- Збереження селезінки та зменшення об'єму інтраопераційної крововтрати у дітей.
- Стандартне обладнання операційної.
- Діти із новоутворенням тіла та хвоста підшлункової залози.
- Цукровий діабет, важкий перебіг.
- Рідинні відмежування в черевній порожнині, гастростаз.
- Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
- Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
- Щепотін І.Б., Лукашенко А.В., Колесник О.О., Климнюк Г.І., Приймак В.В., Бурлака А.А., Жуков Ю.О. (044) 259-01-75.

Реєстр. № 273/1/14

- 1. МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ КОМБІНОВАНИХ РОЗШИРЕНИХ ГІМГЕПАТЕКТОМІЙ У ХВОРИХ НА СИНХРОННИЙ МЕТАСТАТИЧНИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК.**
- НДР «Розробити методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів черевної порожнини», 0112U000017, 2012–2014 рр.
- Онкологія, хірургія.
- 2+.
- Немає.
- Немає.
- Комбінована розширена гемігепатектомія із перев'язкою гілки порталльної вени до ураженої долі печінки із подальшим повним пересіченням паренхіми печінки.
- Прискорена гіпертрофія залишкової культури печінки.
- Стандартне обладнання операційної.
- Хворі на колоректальний рак із білобарним ураженням печінки відділеними метастазами.
- Гостра печінкова недостатність та декомпенсація супутньої патології.
- Рідинні відмежування в черевній порожнині.
- Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
- Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
- Щепотін І.Б., Бурлака А.А., Колесник О.О., Лукашенко А.В., Приймак В.В., Жуков Ю.О. (044) 259-01-75.

Реєстр. № 274/1/14

- 1. МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ КОМБІНОВАНОЇ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ.**

2. НДР «Розробити методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів черевної порожнини», 0112U000017, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, хірургія.
4. 2+.
5. Немає.
6. Немає.
7. Комбінована панкреатодуоденальна резекція із заведенням гумових тримачів за судини селезінки з подальшим проведенням інтраопераційного ультразвукового дослідження для виявлення всіх пухлинних вогнищ в тілі та хвості залози з метою виключення інвазії останніх в судині.
8. Покращання інтраопераційної діагностики та збільшення відсотка радикально прооперованих хворих.
9. Стандартне обладнання операційної та ультразвукова діагностична установка.
10. Хворі на новоутворення голівки підшлункової залози, 12-палої кишки, дистальних відділів холедуха.
11. Декомпенсація супутньої патології.
12. Цукровий діабет.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
15. Щепотін І.Б., Лукашенко А.В., Колесник О.О., Приймак В.В., Бурлака А.А., Жуков Ю.О. (044) 259-01-75.

Реєстр. № 275/1/14

1. **МЕТОДИКА ВИКОНАННЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Розробити методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів черевної порожнини», 0112U000017, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, хірургія.
4. 2+.
5. Немає.
6. Немає.
7. Панкреатодуоденальна резекція із формуванням мікрогастростомії.
8. Раннє ентеральне харчування.
9. Стандартне обладнання операційної, назогастральний зонд із діаметром 5 мм.
10. Діти із новоутвореннями голівки підшлункової залози, 12-палої кишки, дистальних відділів холедуха.
11. Важкий стан пацієнта.
12. Немає.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
15. Щепотін І.Б., Лукашенко А.В., Колесник О.О., Приймак В.В., Бурлака А.А., Жуков Ю.О. (044) 259-01-75.

Реєстр. № 276/1/14

1. **МЕТОДИКА ВИЯВЛЕННЯ ЯДЕРЦЕВИХ ОРГАНІЗАТОРІВ.**
2. НДР «Об'єктивізація морфологічної верифікації злоякісності новоутворень шляхом визначення їхнього клітинного субпопуляційного складу за ключовими ознаками багатофакторного морфо-функціонального аналізу», 0111U000379, 2011-2013 рр.
3. Онкологія, патологічна анатомія, гістологія та ембріологія.

4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 80458 Україна, МПК А61В. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.05.2013, Бюл. №10/2013.
6. Немає.
7. В розчин барвника (50 % AgNO_3) додають желатин-кислотний розчин, який одержують змішуванням рівних об'ємів 4 % розчину желатину та розчину з мурашиної кислоти (ЧДА) – 1,5 мл. лимонної кислоти – 0,5 г. глюкози – 4 г. гліцерину – 6 мл. води дистильованої до 100 мл. а гістологічний зріз попередньо оброблюють розчином з мурашиної кислоти (ЧДА) – 0,75 мл. лимонної кислоти – 0,25 г. води дистильованої до 100 мл. забарвлюють препарат модифікованим розчином барвника з наступним підсиленням контрастності забарвлення за допомогою 0,05 % розчину хлорного золота.
8. Відсутність артефактів забарвлення, чітке контрастування ядерцевих організаторів та підвищення точності морфометричної оцінки гістологічних препаратів.
9. Стандартне обладнання для патогістологічної лабораторії, розчини реактивів желатину, мурашиної кислоти (ЧДА), лимонної кислоти, глюкози, гліцерину, дистильована вода.
10. Хворі на злоякісні новоутворення.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Грабовий О.М., Іващенко Л.М. (044) 257-51-59.

Реєстр. № 277/1/14

31. МЕТОДИКА ЗАБАРВЛЕННЯ ГІСТОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ.

32. НДР «Об'єктивізація морфологічної верифікації злоякісності новоутворень шляхом визначення їхнього клітинного субпопуляційного складу за ключовими ознаками багатофакторного морфо-функціонального аналізу», 0111U000379, 2011-2013 рр.
33. Онкологія, патологічна анатомія, гістологія та ембріологія.
34. 2+.
35. Пат. корисну модель № 80457 Україна, МПК А61В 10/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.05.2013, Бюл. № 10/2013.
36. Немає.
37. Гістологічний препарат інкубують при кімнатній температурі протягом 5 хв. у розчині з 8 мл. 0,1 М тарію ацетату, 2 мл. 0,1 М розчину оцтової кислоти, доводять об'єм до 100 мл. дистильованою водою, а подальше забарвлення препарату проводять в модифікованому розчині азур II-еозину, що складається з розчину азуру II 0,1 % – 10 мл. розчину еозину (натрієва сіль) 0,1 % – 6 мл. розчину натрію ацетату 0,1 М – 8 мл. розчину оцтової кислоти 0,1 М – 2 мл. дистильованої води до 100 мл. з доведенням рН розчину до 5,2.
38. Підвищення ефективності патогістологічної діагностики з можливістю екстраполяції результатів імуногістохімічної реакції на загальну мікроморфологічну будову зразків пухлинної тканини.
39. Набір для проведення імуногістохімічних реакцій, стандартне обладнання для патогістологічної лабораторії, розчини реактивів азуру II, еозину (натрієва сіль), натрію ацетату, оцтової кислоти, дистильована вода.

40. Хворі на злоякісні новоутворення.
41. Немає.
42. Немає.
43. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
44. Немає.
45. Грабовий О.М., Яременко Л.М., Івашенко Л.М., тел.: (044) 257-51-59.

Реєстр. № 278/1/14

1. **МЕТОДИКА ЗБЕРЕЖЕННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ У ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ.**
2. НДР «Розробити та вдосконалити патогенетично обґрунтовані методи комплексної терапії злоякісних пухлин матки, спрямовані на покращання медико-соціальної реабілітації хворих», 0112U000018, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, онкогінекологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 85634 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, ТОВ «Інститут клітинної терапії», зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.11.2013, Бюл. № 22/2013.
6. Немає.
7. Для подальшої відстроченої реалізації репродуктивної функції проводять забір неуразженої тканини яєчника та зберігають її методом кріоконсервації.
8. Збереження власного генетичного матеріалу хворої для реалізації репродуктивної функції.
9. Стандартне операційне обладнання, контейнер для збереження тканини.
10. Хворі на злоякісні новоутворення жіночих статевих органів репродуктивного віку.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. ТОВ «Інститут клітинної терапії».
15. Воробйова Л.І., Неспрядько С.В., Гончарук І.В., Немтінов П.І., Шаблій В.А. (044) 259-01-73.

Реєстр. № 279/1/14

1. **МЕТОДИКА ЗОВНІШНЬОГО ДРЕНУВАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПАНКРЕАТИЧНОЇ ПРОТОКИ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ.**
2. НДР «Розробити методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів черевної порожнини», 0112U000017, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, хірургія.
4. 2+.
5. Немає.
6. Немає.
7. Панкреатодуоденальна резекція з формуванням панкреатоєюноанастомозу із заведенням металевго зонду діаметром 3 мм. у відвідну тонку кішку у дистальному напрямку з метою заведення дренажу для загальної панкреатичної протоки.
8. Зменшення кількості випадків недостатності швів панкреатоєюноанастомозу.
9. Стандартне обладнання операційної, металевий зонд діаметром 3 мм.

10. Хворі на новоутворення голівки підшлункової залози, 12-палої кишки, дистальних відділів холедуха.
11. Декомпенсація супутньої патології.
12. Рідинні відмежування в черевній порожнині.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
15. Щепотін І.Б., Лукашенко А.В., Колесник О.О., Приймак В.В., Бурлака А.А., Жуков Ю.О., тел.: (044) 2590175.

Реєстр. № 280/1/14

1. **МЕТОДИКА ЗОВНІШНЬОГО ДРЕНУВАННЯ ПЕЧІНКОВОЇ ПРОТОКИ ПРИ ВИКОНАННІ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Розробити методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів черевної порожнини», 0112U000017, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, хірургія.
4. 2+.
5. Немає.
6. Немає.
7. Видалення жовчного міхура із збереженням міхурової протоки, верхньої третини холедуха та дрениванням через міхурову протоку катетером 12G за Холстедом-Піковським.
8. Зниження рівня післяопераційних ускладнень.
9. Стандартне обладнання операційної, катетер 12G.
10. Хворі на новоутворення голівки підшлункової залози, 12-палої кишки, дистальних відділів холедуха.
11. Декомпенсований перебіг супутньої патології.
12. Немає.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
15. Щепотін І.Б., Лукашенко А.В., Колесник О.О., Клименюк Г.І., Приймак В.В., Бурлака А.А., Жуков Ю.О. (044) 259-01-75.

Реєстр. № 281/1/14

1. **МЕТОДИКА КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ.**
2. НДР «Розробити методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів черевної порожнини», 0112U000017, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, променева терапія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 94105 Україна, МПК А61В 6/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.10.2014, Бюл. № 20/2014.
6. Немає.
7. Проведення 15 сеансів неоад'ювантної променевої терапії СОД 30 Гр. з разовою осередковою дозою 2 Гр. з наступним оперативним втручанням не раніше ніж через 21 добу після опромінення.
8. Зменшення кількості інвалідизуючих операцій, збільшення загальної та безрецидивної виживаності.
9. Гамматерапевтична установка, стандартне обладнання операційної.
10. Хворі на рак прямої кишки.

11. Загальні протипокази до комбінованого лікування..
12. Постпроменеві та хірургічні ускладнення.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Щепотін І.Б., Колесник О.О., Івнкова В.С., Столярова У.Ю., Безносенко А.П., Карач І.П., Висоцький О.В., Пішак Д.М., Єрко І.П., Балабушко С.Б. (044) 259-01-75.

Реєстр. № 282/1/14

1. **МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З НАБРЯКОВИМИ ФОРМАМИ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Розробити алгоритм комплексного лікування хворих на місцево поширений рак грудної залози», 0112U000021, 2012–2014 рр.
3. Онкологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 75641 Україна, МПК А61N 1/40. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.12.2012, Бюл. № 23/2012.
6. Немає.
7. Безпосередньо після неoad'ювантного внутрішньовенного введення протипухлинних препаратів проводять сеанс радіочастотної гіпертермії на уражену грудну залозу.
8. Зменшення набряку грудної залози і розміру пухлини та переведення первинно неоперабельної набрякової форми раку грудної залози в операбельну.
9. Апарат для короткохвильової магнітотермії, система для внутрішньовенного введення.
10. Хворі з набряковими формами раку грудної залози.
11. Гострі запальні процеси; наявність в тканинах, що підлягають дії, металевих чужорідних тіл; аневризма серця і судин.
12. Лейкопенія, анемія, тромбоцитопенія, нудота.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Смоланка І.І., Орел В.Е., Досенко І.В., Крахмальова Л.П., Ляшенко А.О., Черниш В.О. (044) 257-10-52.

Реєстр. № 283/1/14

1. **МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МІСЦЕВО ПОШИРЕНИЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Розробити алгоритм комплексного лікування хворих на місцево поширений рак грудної залози», 0112U000021, 2012–2014 рр.
3. Онкологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 75642 Україна, МПК А61N 1/40. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.12.2012, Бюл. № 23/2012.
6. Немає.
7. Безпосередньо після неoad'ювантного внутрішньовенного введення протипухлинних препаратів за схемою FAS проводять сеанс радіочастотної гіпертермії на уражені, регіонарні лімфатичні вузли.

8. Зменшення розмірів метастатично уражених регіонарних лімфатичних вузлів з подальшим проведенням органозберігаючого лікування.
9. Апарат для короткохвильової магнітотермії, система для внутрішньовенного введення.
10. Хворі на місцево поширений рак грудної залози.
11. Гострі запальні процеси; наявність в тканинах, що підлягають дії, металевих чужорідних тіл; аневризми серця і судин.
12. Лейкопенія, анемія, тромбоцитопенія, нудота.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Смоланка І.І., Орел В.Е., Досенко І.В., Крахмальова Л.П., Лобода А.Д., Данцкер Г.Б., Ляшенко А.О. (044) 257-10-52.

Реєстр. № 284/1/14

1. **МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МІСЦЕВО ПОШИРЕНИЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Розробити алгоритм комплексного лікування хворих на місцево поширений рак грудної залози», 0112U000021, 2012–2014 рр.
3. Онкологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 91638. Україна 9 МПК А61М 5/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.07.2014, Бюл. № 13/2014.
6. Немає.
7. Хіміотерапевтичне лікування раку грудної залози системно-селективним введенням препаратів та встановленням внутрішньоартеріального катетера через акселярну артерію з боку ураження.
8. Суттєве зниження ризику тромбоемболії, неврологічних порушень та активізація пацієнта.
9. Ангіографічний апарат, катетер F-5 JR з інтрод'юсером F-5.
10. Хворі на місцево поширений рак грудної залози.
11. Гострі запальні процеси, аневризми серця і судин, декомпенсовані порушення функції печінки, нирок, підшлункової залози.
12. Лейкопенія, анемія, тромбоцитопенія, нудота.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Смоланка І.І., Досенко І.В., Югрінов О.Г., Супруненко О.А., Лигирда О.Ф., Ляшенко А.О., Лобода А.Д., Іванкова О.М. (044) 257-10-52.

Реєстр. № 285/1/14

1. **МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ ТОКСИЧНОСТІ ХІМІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Розробити терапію супроводу хіміотерапевтичного лікування хворих на злоякісні пухлини молочної залози з урахуванням клініко-лабораторних факторів прогнозу токсичності», 0111U000377, 2011–2013 рр.
3. Онкологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 88089 Україна, МПК G01N 33/53. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.02.2014, Бюл. № 4/2014.

6. Немає.
7. Перед проведенням хіміотерапії визначають поліморфізм гена глутатіон-S трансферази P1 і при наявності гомозиготного типу успадкування мутантного алелю гена глутатіон-S трансферази P1 (генотип G313G) передбачають високий ризик розвитку токсичності хіміотерапії, а при гетерозиготному типі успадкування дикого алелю гена глутатіон-S трансферази P1 (генотип A313A та A313G) – низький.
8. Призначення адекватної терапії супроводу хіміотерапевтичного лікування залежно від поліморфізму гена глутатіон-S трансферази P1.
9. Проточний цитофлюориметр, стандартне обладнання для імунологічної лабораторії.
10. Хворі на рак грудної залози.
11. Важкий загальний стан хворого.
12. Немає.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Сивак Л.А., Майданевич Н.М., Губарева Г.О., Лялькін С.А., Храновська Н.М., Аскольський А.В., Свергун Н.М. (044) 257-93-64.

Реєстр. № 286/1/14

1. **МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ РАКУ СТРАВОХОДУ.**
2. НДР «Удосконалити методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів грудної порожнини», 0112U000023, 2012–2014 рр.
3. Онкологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 88004 Україна, МПК А61М 5/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.02.2014, Бюл. № 4/2014.
6. Немає.
7. Одночасне проведення одного курсу передопераційної променевої та хіміотерапії із введенням цисплатину внутрішньоартеріально.
8. Підвищення ступеню регресії пухлини, резектабельність, подовження тривалості життя пацієнта.
9. Апарат для проведення променевої терапії, рентген апарат та катетер для внутрішньартеріального введення цитостатиків.
10. Хворі на рак стравоходу.
11. Гострі інфекційні захворювання, інфаркт міокарда, тромбоемболія легеневої артерії, лейкопенія та тромбоцитопенія.
12. Токсичні прояви хіміотерапії, анемія.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Кіркільевський С.І., Крахмальов П.С., Фридель Р.І. (044) 257-51-30.

Реєстр. № 287/1/14

1. **МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЛІМФОМУ ХОДЖКІНА ГРУПИ ВИСОКОГО РИЗИКУ.**
2. НДР «Оптимізувати лікування хворих на рецидивні і рефрактерні форми злоякісних лімфом та множинної мієломи (мультицентрове дослідження)», 0112U004849, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, онкогематологія, хіміотерапія.

4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 82393 Україна, МПК А61К 38/34. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.07.2013, Бюл. № 14/2013.
6. Немає.
7. Використання інтенсивних схем хіміотерапії при первинно встановленому діагнозі лімфоми Ходжкіна (ВЕАСОРР-esc, ВЕАСОРР-14).
8. Зменшення частоти ранніх рецидивів у хворих з лімфомою Ходжкіна групи високого ризику, збільшення рівня безрецидивної та загальної виживаності.
9. Хіміотерапевтичні препарати відповідних схем лікування, терапія супроводу.
10. Хворі на лімфому Ходжкіна групи високого ризику.
11. Загальний соматичний статус.
12. Постцитостатична мієлосупресія, яка потребує терапії супроводу з профілактичною метою.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Крячок І.А., Титоренко І.Б., Новосад О.І., Мартинчик А.В. (044) 257-21-56.

Реєстр. № 288/1/14

1. **МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МІСЦЕВОПОШИРЕНИЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Розробити алгоритм комплексного лікування хворих на місцево поширений рак грудної залози», 0112U000021, 2012–2014 рр.
3. Онкологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 82579 Україна, МПК А61М 5/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 12.08.2013, Бюл. № 15/2013.
6. Немає.
7. Регіонарне внутрішньоартеріальне таргентне суперселективне введення протипухлинних препаратів через катетер, встановлений під рентгенологічним контролем з використанням контрастної речовини.
8. Підведення протипухлинного препарату безпосередньо до пухлини посилює девіталізацію пухлинних клітин, сприяє профілактиці гематогенного та лімфогенного метастазування.
9. Ангіографічний апарат, катетер F-5 JR з інтрод'юсером F-5.
10. Хворі на місцевопоширений рак грудної залози.
11. Гострі запальні процеси, аневризми серця і судин, декомпенсовані порушення функції печінки, нирок, підшлункової залози.
12. Лейкопенія, анемія, тромбоцитопенія, нудота.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Югрінов О.Г., Смоланка І.І., Супруненко О.А., Досенко І.В., Ляшенко А.О. (044) 257-10-52.

Реєстр. № 289/1/14

1. **МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРИФЕРИЧНИЙ РАК ЛЕГЕНІ З МЕТАСТАЗАМИ В ПЛЕВРУ.**
2. НДР «Удосконалити методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів грудної порожнини», 0112U000023, 2012–2014 рр.

3. Онкологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 84153 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.10.2013, Бюл. № 19/2013.
6. Немає.
7. Проведення циторедуктивного оперативного втручання та внутрішньоплевральної перфузійної хіміогіпертермії кількома курсами в ранньому післяопераційному періоді з внутрішньовенним введенням цитостатиків під час процедури.
8. Посилення протипухлинної дії цитостатичних препаратів та покращання результатів лікування хворих.
9. Стандартне обладнання операційної, апарат для внутрішньо плевральної перфузійної хіміогіпертермії.
10. Хворі на рак легені з метастазами в плевру.
11. Гострі інфекційні захворювання, інфаркт міокарда, тромбоемболія легеневої артерії, лейкопенія та тромбоцитопенія.
12. Пневмонія, токсичні прояви хіміотерапії, анемія.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Шевченко А.І., Ганул В.Л., Ганул А.В., Борисюк Б.О., Совенко В.М. (044) 257-51-30.

Реєстр. № 290/1/14

1. **МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Розробити алгоритм комплексного лікування хворих на місцево поширений рак грудної залози», 0112U000021, 2012–2014 рр.
3. Онкологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 86312 Україна, МПК А61М 5/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.12.2013, Бюл. № 24/2013.
6. Немає.
7. Регіонарне внутрішньоартеріальне суперселективне введення протипухлинних препаратів через катетер, що встановлений через стегову артерію до тангентної судини пухлини під рентгенологічним контролем з використанням контрастної речовини.
8. Підведення протипухлинного препарату безпосередньо до пухлини посилює девіталізацію пухлинних клітин, сприяє профілактиці гематогенного та лімфогенного метастазування і виключає можливість інфікування пухлини та оточуючих тканин.
9. Ангіографічний апарат, катетер F-5 JR з інтрод'юсером F-5.
10. Хворі на рак грудної залози.
11. Гострі запальні процеси, аневризма серця і судин, декомпенсовані порушення функції печінки, нирок, підшлункової залози.
12. Лейкопенія, анемія, тромбоцитопенія, нудота.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Югрінов О.Г., Смоланка І.І., Супруненко О.А., Досенко І.В., Яшенко А.О. (044) 257-10-52.

Реєстр. № 291/1/14

- 1. МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РЕФРАКТЕРНІ ТА РЕЦИДИВНІ ФОРМИ НЕХОДЖКІНСЬКИХ ЛІМФОМ ТА ЛІМФОМ ХОДЖКІНА.**
- НДР «Оптимізувати лікування хворих на рецидивні і рефрактерні форми злоякісних лімфом та множинної мієломи (мультицентрове дослідження)», 0112U004849, 2012–2014 рр.
- Онкологія, онкогематологія, хіміотерапія.
- 2+.
- Немає.
- Немає.
- Використання схем хіміотерапії на основі цисплатину з оцінкою ефективності проведеної терапії, та при негативній відповіді – гемцитабін-вмісні режими.
- Своєчасна зміна схеми хіміотерапії, вибір більш адекватного лікування та підвищення його ефективності.
- Хіміотерапевтичні препарати відповідних схем лікування, терапія супроводу.
- Хворі на лімфоми.
- Загальний соматичний статус.
- Постцитостатична мієлосупресія, яка потребує терапії супроводу з профілактичною метою.
- Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
- Немає.
- Крячок І.А., Титоренко І.Б., Новосад О.І. (044) 257-21-56.

Реєстр. № 292/1/14

- 1. МЕТОДИКА ЛОКАЛЬНОЇ ІШЕМІЇ ПРИ РЕЗЕКЦІЇ НИРКИ ЗА СТАХОВСЬКИМ.**
- НДР «Вдосконалити показання та методики органозберігаючих оперативних втручань при нирково-клітинному раку на основі вивчення морфо функціональних змін в нирках», 0112U000019, 2012–2014 рр.
- Онкологія, урологія.
- 2+
- Пат. на корисну модель № 88088 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України Опубл. 25.02.14, Бюл. № 4/2014.
- Немає.
- Проведення тимчасової локальної ішемії нирки за допомогою накладання вікрілових лігатур на паренхіму нирки, що прилягає до пухлини.
- Зменшення об'єму інтраопераційної крововтрати без виконання центральної ішемії.
- Стандартне обладнання операційної.
- Хворі на нирково-клітинний рак, кісти нирок, доброякісні пухлини.
- Немає.
- Інтра- та післяопераційні кровотечі.
- Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
- Немає.
- Стаховський Е.О., Вітрук Ю.В., Стаховський О.Е., Войленко О.А. (044) 257-43-19.

Реєстр. № 293/1/14

1. **МЕТОДИКА НЕПРЯМОГО ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ДНК У ЯДРАХ ЕПІТЕЛІАЛЬНИХ ПУХЛИН ТОВСТОЇ КИШКИ.**
2. НДР «Об'єктивізація морфологічної верифікації злоякісності новоутворень шляхом визначення їхнього клітинного субпопуляційного складу за ключовими ознаками багатофакторного морфо-функціонального аналізу», 0111U000379, 2011-2013 рр.
3. Онкологія, патологічна анатомія, гістологія та ембріологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 85714 Україна, МПК А61В 10/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.11.2013, Бюл. № 22/2013.
6. Немає.
7. Вміст ДНК у ядрах клітин епітеліальних пухлин товстої кишки вираховують за формулою $DNA = 0,0017S^2 \times 0,012S$, де DNA – кількість ДНК у ядрі клітини кратне диплоїдному (2с), S – площа перетину ядра клітини на гістологічному препараті.
8. Об'єктивізація гістологічного діагнозу епітеліальних пухлинних захворювань товстої кишки.
9. Мікроскоп з цифровою камерою, морфометричні програми, готові предметні скельця з препаратами.
10. Хворі з епітеліальними пухлинами товстої кишки.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Грабовий О.М., Антонюк С.А., Воробей Є.А. (044) 257-51-59.

Реєстр. № 294/1/14

1. **МЕТОДИКА НЕПРЯМОГО ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ДНК У ЯДРАХ КЛІТИН НЕЙРОБЛАСТОМ.**
2. НДР «Об'єктивізація морфологічної верифікації злоякісності новоутворень шляхом визначення їхнього клітинного субпопуляційного складу за ключовими ознаками багатофакторного морфо-функціонального аналізу», 0111U000379, 2011-2013 рр.
3. Онкологія, патологічна анатомія, гістологія та ембріологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 86313 Україна, МПК А61В 10/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.12.2013, Бюл. № 24/2013.
6. Немає.
7. Вміст ДНК у ядрах клітин нейробластоми обчислюють за формулою $DNA = S \cdot (0,0482 \cdot \ln S - k)$, де DNA – кількість ДНК у ядрі клітини кратна диплоїдному (2с), S – площа перетину ядра клітини на гістологічному препараті, k – гангліоневроми = 0,11; гангліонейробластоми = 0,1; нейробластоми (власне) = 0,0703.
8. Об'єктивізація гістологічного діагнозу нейробластоми.
9. Мікроскоп з цифровою камерою, морфометричні програми, готові предметні скельця з препаратами.
10. Хворі на нейробластомі.
11. Немає.
12. Немає.

13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Грабовий О.М., Зарецький М.Б., Василюшин О.І. (044) 257-51-59.

Реєстр. № 2951/14

1. **МЕТОДИКА ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПУ ДО ПРАВОЇ ПОЛОВИНИ ОБОДОВОЇ КИШКИ.**
2. НДР «Розробити методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів черевної порожнини», 0112U000017, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, хірургія.
4. 2+.
5. Немає.
6. Немає.
7. Малотравматичне оперативне втручання з правої половини передньої черевної стінки без перетинання правого прямого м'яза живота.
8. Збереження неушкодженими волокон правого прямого м'яза живота, зменшення інтенсивності післяопераційного больового синдрому, краща експозиція операційного поля.
9. Стандартне обладнання операційної, ранорозширювач, системи Kirschner.
10. Хворі на рак сліпої, висхідної, правого вигину, правої половини поперечної ободової кишки.
11. Загальний важкий стан.
12. Післяопераційна раньова інфекція, післяопераційна вентральна кила.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Щепотін І.Б., Колесник О.О., Лукашенко А.В., Махмудов Д.Е., Бурлака А.А., Волк М.О. (044) 259-01-75.

Реєстр. № 296/14

1. **МЕТОДИКА ПАЛІАТИВНОГО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ З МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧІНКУ.**
2. НДР «Розробити терапію супроводу хіміотерапевтичного лікування хворих на злоякісні пухлини молочної залози з урахуванням клініко-лабораторних факторів прогнозу токсичності», 0111U000377, 2011–2013 рр.
3. Онкологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 81326 Україна, МПК А61Р 35/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.06.2013, Бюл. № 12/2013.
6. Немає.
7. Магнітотермію з просторово неоднорідною елективною та магнітною компонентами поля більше 15 % проводять через 30 хв після введення цитостатиків, а з наступної доби призначають препарат «Біциклол» per os щоденно, упродовж 18 днів.
8. Зменшення проявів гепатотоксичності хіміотерапії у хворих на рак грудної залози з метастазами в печінку.
9. Апарат короткохвильової магнітотермії, цитостатики, препарат «Біциклол».
10. Хворі на рак грудної залози з метастазами в печінку.
11. Вік більше 70 років, температура тіла більше 38⁰С, наявність серцевої аритмії та виражений больовий синдром.

12. Гіперемія шкіри у ділянці опромінення.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Сивак Л.А., Кліманов М.Ю., Орел В.Е. (044) 257-93-64.

Реєстр. № 297/1/14

1. **МЕТОДИКА ПРОГНОЗУВАННЯ ВИЖИВАНOSTI У ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКА.**
2. НДР «Розробити та вдосконалити патогенетично обґрунтовані методи комплексної терапії злоякісних пухлин матки, спрямовані на покращання медико-соціальної реабілітації хворих», 0112U000018, 2012–2014 рр.
3. Онкологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 86354 Україна, МПК А61В 10/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.12.2013, Бюл. № 24/2013.
6. Немає.
7. Наявність супутньої комплексної неатипової гіперплазії ендометрія у хворих на рак яєчника є фактором більш сприятливого перебігу захворювання.
8. Визначення прогнозу захворювання та можливість призначення адекватної терапії.
9. Обладнання гістологічної лабораторії.
10. Хворі на рак яєчника.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Воробйова Л.І., Ткаля Ю.Г. (044) 259-01-73.

Реєстр. № 298/1/14

1. **МЕТОДИКА ПРОГНОЗУВАННЯ ВИЖИВАНOSTI ХВОРИХ НА РАК ПУХЛИНИ СТРОМИ СТАТЕВОГО ТЯЖА ЯЄЧНИКА.**
2. НДР «Розробити та вдосконалити патогенетично обґрунтовані методи комплексної терапії злоякісних пухлин матки, спрямовані на покращання медико-соціальної реабілітації хворих», 0112U000018, 2012–2014 рр.
3. Онкологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 90421 Україна, МПК А61В 10/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, Інституту експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 26.05.2014, Бюл. № 10/2014.
6. Немає.
7. Імуногістохімічне визначення гормонального рецепторного статусу (експресії рецепторів до естрогенів, прогестерону і тестостерону) пухлин яєчника та визначення прогнозу захворювання.
8. Визначення тактики консервативної терапії.
9. Обладнання гістологічної лабораторії для проведення імуногістохімічного дослідження.
10. Хворі на злоякісні пухлини яєчника.

11. Немає.
12. Немає.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Інституту експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.С. Кавецького НАН України.
15. Ткаля Ю.Г., Воробйова Л.І., Свінціцький В.С., Гончарук І.В., Лук'янова Н.Ю., Чехун В.Ф. (044) 259-01-73.

Реєстр. № 299/1/14

1. **МЕТОДИКА ПРОГНОЗУВАННЯ ВИЖИВАНOSTІ ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКА.**
2. НДР «Розробити та вдосконалити патогенетично обґрунтовані методи комплексної терапії злоякісних пухлин матки, спрямовані на покращання медико-соціальної реабілітації хворих», 0112U000018, 2012–2014 рр.
3. Онкологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 90064 Україна, МПК А61В 10/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.С. Кавецького НАН України, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 12.05.2014, Бюл. № 9/2014.
6. Немає.
7. Імуногістохімічне визначення гормонального рецепторного статусу (експресії рецепторів до естрогенів, прогестерону і тестостерону) пухлин яєчника.
8. Визначення прогнозу захворювання і тактики індивідуальної консервативної терапії в комплексному лікуванні хворих на рак яєчника.
9. Обладнання гістологічної лабораторії для проведення імуногістохімічного дослідження.
10. Хворі на рак яєчника.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Інституту експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.С. Кавецького НАН України.
15. Ткаля Ю.Г., Воробйова Л.І., Свінціцький В.С., Лук'янова Н.Ю., Чехун В.Ф. (0442590173).

Реєстр. № 300/1/14

1. **МЕТОДИКА ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ НА НЕХОДЖІНСЬКІ В-КЛІТИННІ ЛІМФОМИ.**
2. НДР «Оптимізувати лікування хворих на рецидивні і рефрактерні форми злоякісних лімфом та множинної мієломи (мультицентрове дослідження)», 0112U004849, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, онкогематологія, патогістологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 85576 Україна, МПК А61В 10/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.11.2013, Бюл. № 22/2013.
6. Немає..

7. Зменшення рівня безрецидивної виживаності при визначенні експресії специфічних імуногістохімічних маркерів на біопсійному матеріалі хворих з лімфомами.
8. При низькому рівні цитоплазматичної експресії CD10 в менш ніж 70 % пухлинних клітин та високому рівні ядерної експресії MUM1 та Bcl6b в більш ніж 80 % пухлинних клітин прогнозують несприятливий перебіг захворювання.
9. Наявність імуногістохімічних маркерів CD10, MUM1 та Bcl6b.
10. Хворі на лімфоми.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Крячок І.А., Мартинчик А.В., Титоренко І.Б., Новосад О.І. (044) 257-21-56.

Реєстр. № 301/1/14

1. **МЕТОДИКА ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ З ПІЗНИМИ СТАДІЯМИ ЛІМФОМИ ХОДЖКІНА ГРУПИ ВИСОКОГО СТУПЕНЯ РИЗИКУ.**
2. НДР «Оптимізувати лікування хворих на рецидивні і рефрактерні форми злюкисних лімфом та множинної мієломи (мультицентрове дослідження)», 0112U004849, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, онкогематологія, патогістологія.
4. 2+.
5. Патент на корисну модель № 94106 Україна, МПК А61В 10/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.10.2014, Бюл. № 20/2014.
6. Немає.
7. Визначення факторів ризику за допомогою використання методу імуногістохімії на біопсійних блоках ураженої ділянки хворих на лімфому Ходжкіна з пізніми стадіями.
8. Визначення групи високого та надзвичайно високого ризику хворих на лімфоми Ходжкіна з пізніми стадіями та можливість ранньої інтенсифікації лікування з метою зменшення частоти рецидивів захворювання.
9. Наявність монокланальних антитіл для постановки імуногістохімічних реакцій (Ki-67).
10. Хворі на лімфому Ходжкіна з пізніми стадіями.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Крячок І.А., Новосад О.І., Грабовий О.М., Антонюк С.А. (044) 257-21-56.

Реєстр. № 302/1/14

1. **МЕТОДИКА ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ З ПІЗНИМИ СТАДІЯМИ ЛІМФОМИ ХОДЖКІНА ГРУПИ ВИСОКОГО СТУПЕНЯ РИЗИКУ.**
2. НДР «Оптимізувати лікування хворих на рецидивні і рефрактерні форми злюкисних лімфом та множинної мієломи (мультицентрове дослідження)», 0112U004849, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, онкогематологія, патогістологія.

4. 2+.
5. Немає.
6. Немає.
7. Визначення факторів ризику за допомогою використання методу імуногістохімії на біопсійних блоках ураженої ділянки хворих на лімфому Ходжкіна з пізніми стадіями.
8. Визначення групи високого та надзвичайно високого ризику хворих на лімфому Ходжкіна з пізніми стадіями та можливість ранньої інтенсифікації лікування з метою зменшення частоти рецидивів захворювання.
9. Наявність монокланальних антитіл для постановки імуногістохімічних реакцій (LMP).
10. Хворі на лімфому Ходжкіна з пізніми стадіями.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Крячок І.А., Новосад О.І., Грабовий О.М., Антонюк С.А. (044) 257-21-56.

Реєстр. № 303/1/14

1. **МЕТОДИКА ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ ТОКСИЧНОСТІ ХІМІОТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З РАКОМ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Розробити терапію супроводу хіміотерапевтичного лікування хворих на злоякісні пухлини молочної залози з урахуванням клініко-лабораторних факторів прогнозу токсичності», 0111U000377, 2011–2013 рр.
3. Онкологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 81204 Україна, МПК А61В 10/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.06.2013, Бюл № 12/2013.
6. Немає.
7. Додаткове дослідження поліморфізму гена глутатіон S-трансферази P1 і при виявленні генотипу гена G313G прогнозування високого ризику розвитку гастроінтестинальної токсичності хіміотерапії.
8. Визначення групи хворих високого ризику розвитку токсичності з наступним застосуванням алгоритму терапії супроводу хіміотерапевтичного лікування дасть змогу покращити якість життя хворих та ефективність лікування, провести хіміотерапевтичне лікування в заплановані терміни.
9. Проточний цитофлюориметр, стандартне обладнання для імунологічної лабораторії.
10. Хворі на рак грудної залози.
11. Важкий загальний стан хворого.
12. Немає.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Сивак Л.А., Храновська Н.М., Свергун Н.М., Губарева Г.О., Лялькін С.А., Майданевич Н.М. (044) 257-93-64.

Реєстр. № 304/1/14

1. **МЕТОДИКА ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З РАКОМ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Розробити терапію супроводу хіміотерапевтичного лікування хворих на злоякісні пухлини молочної залози з урахуванням клініко-лабораторних факторів прогнозу токсичності», 0111U000377, 2011–2013 рр.
3. Онкологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 86358 Україна, МПК G01N 33/49. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.12.2013, Бюл. № 24/2013.
6. Немає.
7. Додатково досліджують C677T поліморфізм гена метилентетрагідрофолатредуктази у пацієнтів, які не входять до групи ризику, що дозволяє виявити пацієнтів високого ступеня ризику розвитку кардіотоксичності при проведенні хіміотерапії для своєчасного призначення адекватного алгоритму терапії супроводу.
8. Виявлення пацієнтів високого ступеня ризику розвитку серцево-судинних ускладнень хіміотерапії та можливість своєчасного призначення алгоритму терапії супроводу дасть змогу покращати якість життя хворих та ефективність лікування, провести хіміотерапевтичне лікування в заплановані терміни.
9. Проточний цитофлюориметр, стандартне обладнання для імунологічної лабораторії.
10. Хворі на рак грудної залози.
11. Важкий загальний стан хворого.
12. Немає.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Сивак Л.А., Свергун Н.М., Храновська Н.М., Губарева Г.О., Лялькін С.А., Аскольський А.В., Майданевич Н.М. (044) 257-93-64.

Реєстр. № 305/1/14

1. **МЕТОДИКА ПРОФІЛАКТИКИ ПІЗНІХ ПРОЯВІВ ПОСТВАРІЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА РАК ЕНДОМЕТРІЯ.**
2. НДР «Розробити та вдосконалити патогенетично обґрунтовані методи комплексної терапії злоякісних пухлин матки, спрямовані на покращання медико-соціальної реабілітації хворих», 0112U000018, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, онкогінекологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 82407 Україна, МПК A61P 5/30. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.07.2013, Бюл. № 14/2013.
6. Немає.
7. Хворим на рак ендометрія після радикального хірургічного лікування призначають замісну гормональну терапію препаратом Естрамон (3–6 місяців), потім Лівіал (Тіболон 2,5 мг) – по одній таблетці в день до 5 років та «Кальцій-Д₃ Нікомед» по 1 таблетці двічі на день протягом 30 днів.
8. Профілактика розвитку постваріоектомічного синдрому, покращання якості життя.
9. Стандартне обладнання операційної, гормональні препарати Естрамон, Лівіал (Тіболон 2,5 мг) та «Кальцій-Д₃ Нікомед».

10. Хворі на рак ендометрія.
11. Важка форма цукрового діабету, наявність естрогензалежних пухлин, тромбоемболія, порушення мозкового кровообігу, туберкульоз, печінкова недостатність.
12. Індивідуальна чутливість до препарату.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Воробйова Л.І., Гончарук І.В., Неспрядько С.В. (044) 259-01-73.

Реєстр. № 306/1/14

1. **МЕТОДИКА ПРОФІЛАКТИКИ ПІЗНІХ ПРОЯВІВ ПОСТВАРІЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ.**
2. НДР «Розробити та вдосконалити патогенетично обґрунтовані методи комплексної терапії злоякісних пухлин матки, спрямовані на покращання медико-соціальної реабілітації хворих», 0112U000018, 2012–2014 рр.
3. Онкогінекологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 82366 Україна, МПК А61Р 5/30. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.07.2013, Бюл. № 14/2013.
6. Немає..
7. Хворим на рак шийки матки після радикального хірургічного лікування призначають замісну гормональну терапію препаратом Естрамон (3–6 місяців), потім Лівіал (Тіболон 2,5 мг) – по одній таблетці в день до 5 років та «Кальцій-Д₃ Нікомед» по 1 таблетці двічі на день протягом 30 днів.
8. Профілактика розвитку постваріоектомічного синдрому, покращання якості життя.
9. Стандартне обладнання операційної, гормональні препарати Естрамон, Лівіал (Тіболон 2,5 мг) та «Кальцій-Д₃ Нікомед».
10. Хворі на рак шийки матки.
11. Важка форма цукрового діабету, наявність естрогензалежних пухлин, тромбоемболія, порушення мозкового кровообігу, туберкульоз, печінкова недостатність.
12. Індивідуальна чутливість до препарату.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Воробйова Л.І., Гончарук І.В., Неспрядько С.В. (044) 259-01-73.

Реєстр. № 307/1/14

1. **МЕТОДИКА ПРОФІЛАКТИКИ РАННІХ ПРОЯВІВ ПОСТВАРІЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА РАК ЕНДОМЕТРІЯ.**
2. НДР «Розробити та вдосконалити патогенетично обґрунтовані методи комплексної терапії злоякісних пухлин матки, спрямовані на покращання медико-соціальної реабілітації хворих», 0112U000018, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, онкогінекологія.
4. 2+.

5. Пат. на корисну модель № 83957 Україна, МПК А61К 9/22. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.10.2013, Бюл. № 19/2013.
6. Немає.
7. Хворим на рак ендометрія після радикального хірургічного лікування призначають замісну гормональну терапію препаратом Естрамон.
8. Профілактика розвитку постваріоектомічного синдрому, покращання якості життя
9. Стандартне обладнання операційної, гормональний препарат Естрамон.
10. Хворі на рак ендометрія.
11. Важка форма цукрового діабету, наявність естрогензалежних пухлин, тромбоемболія, порушення мозкового кровообігу, туберкульоз, печінкова недостатність.
12. Індивідуальна чутливість до препарату.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Воробйова Л.І., Гончарук І.В., Неспрядько С.В. (044) 259-01-73.

Реєстр. № 308/1/14

1. **МЕТОДИКА ПРОФІЛАКТИКИ РАННІХ ПРОЯВІВ ПОСТВАРІЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ.**
2. НДР «Розробити та вдосконалити патогенетично обґрунтовані методи комплексної терапії злоякісних пухлин матки, спрямовані на покращання медико-соціальної реабілітації хворих», 0112U000018, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, онкогінекологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 81961 Україна, МПК А61К 9/22. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.07.2013, Бюл. № 13/2013.
6. Немає.
7. Хворим на рак матки після радикального хірургічного лікування призначають замісну гормональну терапію препаратом Естрамон.
8. Профілактика розвитку постваріоектомічного синдрому, покращання якості життя.
9. Стандартне обладнання операційної, гормональний препарат Естрамон.
10. Хворі на рак шийки матки.
11. Важка форма цукрового діабету, наявність естрогензалежних пухлин, тромбоемболія, порушення мозкового кровообігу, туберкульоз, печінкова недостатність.
12. Індивідуальна чутливість до препарату.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Воробйова Л.І., Гончарук І.В., Неспрядько С.В. (044) 259-01-73.

Реєстр. № 309/1/14

1. **МЕТОДИКА ПРОФІЛАКТИКИ УТВОРЕННЯ ЛІМФОКІСТ У ХВОРИХ НА РАК МАТКИ.**
2. НДР «Розробити та вдосконалити патогенетично обґрунтовані методи комплексної терапії злоякісних пухлин матки, спрямовані на покращання медико-соціальної реабілітації хворих», 0112U000018, 2012–2014 рр.

3. Онкологія, онкогінекологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 90044 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 12.05.2014, Бюл. № 9/2014.
6. Немає.
7. Радикальне хірургічне втручання з лімфодесекцією та встановлення в зону дисекції адгезивного гемостатика.
8. Запобігання утворенню лімфокіст та зменшення лімфореї.
9. Стандартне обладнання операційної, гемостатики типу «Гемостатична губка» або «Гела-спон».
10. Хворі на рак матки.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає..
15. Воробйова Л.І., Турчак О.В., Гончарук І.В., Неспрядько С.В. (044) 259-01-73.

Реєстр. № 310/1/14

1. **МЕТОДИКА РЕКОНСТРУКЦІЇ ШЛУНКОВО КИШКОВОГО ТРАКТУ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ.**
2. НДР «Розробити методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів черевної порожнини», 0112U000017, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, хірургія.
4. 2+.
5. Немає.
6. Немає.
7. Виконання реконструктивної гастропанкреатодуоденальної резекції із збереженням попередньо сформованого гастроентероанастомозу та, в подальшому, при видаленні жовчного міхура – ушиванням зони холоцистоентерального анастомозу у поперековому напрямку.
8. Збереження всієї початкової ділянки тонкої кишки, яка була раніше використана для формування обхідних анастомозів, більш швидке відновлення хворого в ранньому післяопераційному періоді.
9. Стандартне обладнання операційної.
10. Хворі на новоутворення голівки підшлункової залози, 12-палої кишки, дистальних відділів холедуха.
11. Виражена декомпенсація супутньої патології.
12. Рідинні відмежування в черевній порожнині, гастростаз.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
15. Щепотін І.Б., Лукашенко А.В., Колесник О.О., Приймак В.В., Бурлака А.А., Жуков Ю.О. (044) 259-01-75.

Реєстр. № 311/1/14

1. **МЕТОДИКА РЕКОНСТРУКЦІЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ.**
2. НДР «Розробити методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів черевної порожнини», 0112U000017, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, хірургія.

4. 2+.
5. Немає.
6. Немає.
7. Видалення органоккомплексу із пухлиною та подальше виконання реконструкції із формуванням панкреатоєюноанастомозу на ізольованій петлі тонкої кишки за Ру.
8. Наближення до фізіологічного процесу травлення після панкреатодуоденальної резекції.
9. Стандартне обладнання операційної.
10. Хворі із новоутвореннями голівки підшлункової залози, дистальних відділів холедоха та 12-палої кишки.
11. Декомпенсація супутньої патології.
12. Недостатність швів панкреатоєюноанастомозу.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Щепотін І.Б., Колесник О.О., Бурлака А.А., Махмудов Д.Е., Волк М.О., Жуков Ю.О. (044) 259-01-75.

Реєстр. № 312/1/14

1. **МЕТОДИКА РЕКОНСТРУКЦІЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ.**
2. НДР «Розробити методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів черевної порожнини», 0112U000017, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, хірургія.
4. 2+.
5. Немає.
6. Немає.
7. Виконання реконструктивної гастропанкреатодуоденальної резекції із збереженням попередньо сформованого гастроентероанастомозу та, в подальшому, при видаленні жовчного міхура – ушиванням зони холоцистоентерального анастомозу у поперековому напрямку та подальшим формуванням гепатоеюноанастомозу, який «відключають».
8. Збереження всієї початкової ділянки тонкої кишки, яка була раніше використана для формування обхідних анастомозів, більш швидке відновлення хворого в ранньому післяопераційному періоді.
9. Стандартне обладнання операційної.
10. Хворі на новоутворення голівки підшлункової залози, 12-палої кишки, дистальних відділів холедуха.
11. Декомпенсація супутньої патології.
12. Рідинні відмежування в черевній порожнині.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця.
15. Щепотін І.Б., Лукашенко А.В., Колесник О.О., Приймак В.В., Бурлака А.А., Жуков Ю.О., (044) 259-01-75.

Реєстр. № 313/1/14

1. **МЕТОДИКА ФОРМУВАННЯ СТРАВОХІДНО-КИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ.**
2. НДР «Удосконалити методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів грудної порожнини», 0112U000023, 2012–2014 рр.

3. Онкологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 84154 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.10.2013, Бюл. № 19/2013.
6. Немає.
7. Формування стравохідно-кишкового анастомозу включає з'єднання кукси стравоходу та тонкої кишки «кінець у бік». Перший ряд швів накладають циркулярним зшиваючим апаратом на слизову оболонку стравоходу та всі шари кишки, а другий (ручний) – на серозно-м'язові шари, і розташовують його на іншому рівні.
8. Підвищення надійності анастомозу та покращання функціональних результатів операції.
9. Стандартне обладнання операційної та циркулярний зшиваючий апарат.
10. Хворі на рак стравоходу та рак шлунка.
11. Гострі інфекційні захворювання, інфаркт міокарда, тромбоемболія легеневої артерії.
12. Післяопераційна кровотеча, нагноєння післяопераційної рани, неспроможність швів анастомозу.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Ганул В.Л., Кіркільєвський С.І., Крахмальов С.М., Крахмальов П.С. (044) 257-51-30.

Реєстр. № 314/1/14

1. **МЕТОДИКА ФОРМУВАННЯ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО АНАСТАМОЗУ.**
2. НДР «Удосконалити методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів грудної порожнини», 0112U000023, 2012–2014 рр.
3. Онкологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 81962 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.07.2013, Бюл. № 13/2013.
6. Немає.
7. Формування стравохідно-шлункового анастомозу шляхом з'єднання кукси стравоходу та кукси шлунка «кінець у бік» з накладанням механічного шва циркулярним зшиваючим апаратом. Перший (механічний) ряд швів накладають тільки на слизові оболонки органів, а другий (ручний) – на серозно-м'язові шари, і розташовують на різних рівнях.
8. Підвищення надійності анастомозу та покращання функціональних результатів операції.
9. Стандартне обладнання операційної та циркулярний зшиваючий апарат.
10. Хворі на рак стравоходу та рак шлунка.
11. Гострі інфекційні захворювання, інфаркт міокарда, тромбоемболія легеневої артерії.
12. Післяопераційна кровотеча, неспроможність швів анастомозу.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Ганул В.Л., Кіркільєвський С.І., Крахмальов С.М., Крахмальов П.С. (044) 257-51-30.

Реєстр. № 315/1/14

- 1. МЕТОДИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ІНТРАРЕНАЛЬНОЇ ПУХЛИНИ.**
- НДР «Вдосконалити показання та методики органозберігаючих оперативних втручань при нирково-клітинному раку на основі вивчення морфо функціональних змін в нирках», 0112U000019, 2012–2014 рр.
- Онкологія.
- 2+.
- Пат. на корисну модель № 77911 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.02.2013, Бюл. № 4/2013.
- Немає.
- Видалення інтраренальної пухлини по задній поверхні після повертання нирки на 180° відносно її судинної ніжки.
- Збереження органу, зменшення кількості післяопераційних ускладнень.
- Стандартне обладнання операційної.
- Хворі на нирково-клітинний рак.
- Немає.
- Інтра- та післяопераційні кровотечі.
- Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
- Немає.
- Стаховський Е.О., Вітрук Ю.В., Войленко О.А., Стаховський О.Е. (044) 257-43-19.

Реєстр. № 316/1/14

- 1. МЕТОДИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МЕТАСТАТИЧНИЙ РАК ПРЯМОЇ КИШКИ ІЗ СИНХРОННИМ УРАЖЕННЯМ ПЕЧІНКИ.**
- НДР «Розробити методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів черевної порожнини», 0112U000017, 2012–2014 рр.
- Онкологія, хірургія.
- 2+.
- Немає.
- Немає.
- Видалення первинної пухлини колоректального раку та резекція печінки з приводу віддалених синхронних метастазів, яка передбачає ≤ 4 сегментів.
- Зниження рівня гострої печінкової недостатності в ранньому післяопераційному періоді.
- Стандартне обладнання операційної.
- Хворі на метастатичних колоректальний рак із синхронним ураженням печінки.
- Декомпенсація супутньої патології.
- Рідинні відмежування в черевній порожнині.
- Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
- Немає.
- Щепотін І.Б., Колесник О.О., Бурлака А.А., Махмудов Д.Е., Волк М.О., Жуков Ю.О., (044) 259-01-75.

Реєстр. № 317/1/14

1. **МЕТОДИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА РАК ЕНДОМЕТРІЯ І СТАДІЇ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.**
2. НДР «Розробити та вдосконалити патогенетично обґрунтовані методи комплексної терапії злоякісних пухлин матки, спрямовані на покращання медико-соціальної реабілітації хворих», 0112U000018, 2012–2014 рр.
3. Онкологія, онкогінекологія.
4. 2+.
5. Немає.
6. Немає.
7. Екстирпацію матки з придатками вагінальним доступом, з лапароскопічною асистенцією.
8. Можливість проведення ревізії черевної порожнини, при необхідності – біопсії лімфатичних вузлів та усунення труднощів при видаленні придатків матки.
9. Стандартне операційне обладнання з лапароскопічною стійкою.
10. Хворі на передракові захворювання та рак ендометрія І стадії.
11. Вагітність, лактація, загальний важкий стан із супутньою патологією.
12. Стандартні післяопераційні ускладнення.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Воробйова Л.І., Неспрядько С.В., Гончарук І.В., Шептицький В.В. (044) 259-01-73.

Реєстр. № 318/1/14

1. **МЕТОДИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Розробити алгоритм комплексного лікування хворих на місцево поширений рак грудної залози», 0112U000021, 2012–2014 рр.
3. Онкологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 92912. Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.09.2014, Бюл. № 17/2014.
6. Немає.
7. Інтраопераційна ідентифікація регіонарного лімфоколектора та орієнтовного місцезнаходження «сторожових» лімфатичних вузлів з використанням ^{99m}Tc активністю 37 МБк у хворих на рак грудної залози Іа-Ів стадій після неoad'ювантної поліхіміотерапії.
8. Зменшення обсягу оперативного втручання, зниження кількості післяопераційних ускладнень та поліпшення якості життя хворого після проведеного неoad'ювантного лікування.
9. Стандартне обладнання операційної, стаціонарний гамма-томограф, портативний гамма-сканер, ^{99m}Tc активністю 37 МБк.
10. Хворі на рак грудної залози.
11. Ураження лімфатичних вузлів, встановлене до початку лікування, попередні оперативні втручання на грудній залозі або в аксиллярній зоні з боку ураження.
12. Немає.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Смоланка І.І., Скляр С.Ю., Костриба О.І. (044) 257-10-52.

Реєстр. № 319/1/14

- 1. МЕТОДИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ОБОДОВОЇ КИШКИ.**
- НДР «Розробити методи лікування хворих на злоякісні пухлини органів черевної порожнини», 0112U000017, 2012–2014 рр.
- Онкологія, хірургія.
- 2+.
- Немає.
- Немає.
- Застосування периопераційної програми швидкого відновлення при хірургічному лікуванні хворих на рак ободової кишки.
- Скорочення загального терміну післяопераційної реабілітації, часу перебування у відділенні інтенсивної терапії, зменшення частоти післяопераційних ускладнень, покращання якості життя.
- Стандартне обладнання операційної.
- Хворі на рак ободової кишки.
- Ускладнений перебіг раку ободової кишки (гостра кишкова непрохідність, перитоніт, кровотеча).
- Декомпенсація супутньої патології.
- Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
- Немає.
- Щепотін І.Б., Колесник О.О., Лукашенко А.В., Махмудов Д.Е., Бурлака А.А., Волк М.О., (044) 259-01-75.

Реєстр. № 320/1/14

- 1. МЕТОДИКА ЦИТОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДОБРОЯКІСНИХ ТА ЗЛОЯКІСНИХ СЕРОЗНИХ ПУХЛИН ЯЄЧНИКА.**
- НДР «Удосконалити морфологічну діагностику новоутворень яєчника з допомогою комплексу сучасних цитологічних і гістологічних методів досліджень», 0112U000022, 2012–2014 рр.
- Онкологія, гістологія.
- 2+.
- Немає.
- Немає.
- Визначення структурних ознак пухлинних елементів, і при взаєморозташуванні в групах великих розмірів клітин, ядер, локалізованих ексцентрично, нерівномірній структурі хроматину та наявності множинних поліморфних ядерців діагностують злоякісну серозну пухлину яєчника.
- Можливість проведення цитологічної диференційної діагностики доброякісних та злоякісних серозних пухлин яєчника за ознаками пухлинних клітин на доопераційному та операційному етапах та встановлення характеру патологічного процесу для прогнозування перебігу захворювання та вибору оптимальної тактики лікування хворих, що поліпшить безпосередні і віддалені результати лікування та якість життя хворих.
- Лабораторне обладнання для проведення цитоморфологічних досліджень, барвники за Паппингеймом.
- Хворі на серозні пухлини яєчника.
- Немає.
- Неадекватність дослідженого матеріалу (забір матеріалу з ділянок некрозу, недостатня кількість клітинного матеріалу в препаратах).

13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Болгова Л.С., Туганова Т.М., Ярошук Т.М., Мариненко С.В., Махортова М.Г. (044) 257-51-59.

Реєстр. № 321/1/14

1. **КРІОАУТОВАКЦИНАЦІЯ В ЛІКУВАННІ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Сучасні методи діагностики і лікування злоякісних новоутворень», 0103U008728).
3. Онкологія.
4. 2++, В.
5. Патент № 102982 Україна, МПК А61В 17/00 Заявник та патентовласник Багіров Мамед Мансурович, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.08.2013, Бюл. № 16/2013.
6. Немає.
7. Пропонується спосіб лікування раку грудної залози, який використовується наступним чином і проводиться кріовплив на пухлину молочної залози при температурі від -120°C до -185°C (два цикли по 15-20 хвилин) із спонтанним відпаюванням. За даними морфологічних кріовпливу відбувається девіталізація пухлинних клітин і навіть повний некроз злоякісних пухлинних вузлів у 87% хворих. Другим етапом виконується радикальна мастектомія по Пейти, Мадену або квадратекомія згідно з показаннями. Третім етапом виконується кріоаутовакцинація аутовакциною, виготовленою на основі підданої кріовпливу конкретної людини. Кожна хвора отримує 3 курси вакцинації по 3 введення (перший курс – через 7-14 днів після операції, повторний – через 1-3 місяці після першого курсу, консолідуєуючий курс – через 6 місяців або 1 рік).
8. Серед переваг, корі будуть отримані внаслідок застосування способу кріоаутовакцинації в лікуванні раку молочної залози є створення ефективного протипухлинного імунітету з конкретною специфічністю та здатністю формувати і підтримувати імунну відповідь, вірогідне зниження частоти розвитку метастазів та рецидивів $p < 0,05$; вірогідне зниження рівня пухлинноасоційованого антигена СА15-3 в сироватці крові (з $36,81 \pm 4.81$ Нг/мл до $23,37$ Нг/мл в віддалені строки після операції). Прогнозування п'ятирічної виживаності хворих, лікованих з використанням запропонованого методу, становив $0,53 \pm 0,051$ проти $0,312 \pm 0,046$ в контрольній групі ($p < 0,05$).
9. Наявність плоских кріодеструкторів нашої конструкції, в тому числі таких, які дозволяють заморожувати пухлину з двох поверхонь одночасно; виготовлення кріоаутовакцини на основі низькомолекулярних поліпептидів для кожного конкретного хворого.
10. Рак молочної залози II-III стадії.
11. Немає.
12. При застосуванні кріовпливу на пухлину та кріоаутовакцини в комплексному лікуванні раку молочної залози ускладнення не відмічаються.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика.
14. Інститут експериментальної патології, онкології та радіології імені Р.С.Кавецького НАН України; Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України.
15. Тацієв Р.К., Мясоєдов Д.В., Шляховенко В.О., Авраменко І.В. (044) 483-06-05.

Реєстр. № 322/1/14

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ, ЩО ПРИЙМАЮТЬ ПРЕПАРАТИ ПЛАТИНИ.**
2. НДР «Оптимізація програм комплексного лікування та реабілітації хворих на злоякісні пухлини різних локалізацій», 0109U008572, 2009-2014 рр.
3. Онкологія.
4. 2++, С.
5. Пат. 76700 Україна МПК (2010) А61К 33/14. Спосіб профілактики хронічної ниркової недостатності у хворих, що приймають препарати платини / Москаленко О. М., Гоженко А. І., Сірман В. М.; - № u201208363 ; заявл. 07.07.2012 ; опубл. 10.01.2013, Бюл. № 1. – 4 с.
6. Немає.
7. Згідно винаходу, традиційна нефропротекція при лікуванні онкологічних хворих препаратами платини, що полягає у гіпергідратації організму хворих у першу добу після введення препарату, доповнюється додатковим прийомом (питтям) 1-1,5 л хлоридно-натрієвої мінеральної води на добу протягом 2-3 тижнів після введення цисплатину.
8. Спосіб дозволяє підвищити ефективність нефропротекції при проведенні лікування цисплатином хворих на злоякісні новоутворення як у найближчому, так і у віддаленому періоді після введення цисплатину, що дозволяє знизити частоту та вираженість ускладнень, які спостерігаються при даному виді лікування, що сприяє поліпшенню якості життя онкологічних хворих.
9. Хлоридно-натрієва мінеральна вода
10. Випадки злоякісних новоутворень, що підлягають лікуванню препаратами платини.
11. Немає.
12. Не відмічені.
13. Одеський національний медичний університет.
14. ДП Український науково-дослідний інститут медицини транспорту, м. Одеса.
15. Дубініна В.Г., Москаленко О. М. (80487202657), Кузнецова О.В., Рибін А.І., Бондар І.С., Міхайленко О.В., Супрун А.Є.

ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

Реєстр. № 323/1/14

1. **МОДЕЛЬ ОРГАНІЗАЦІЇ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ АЛКОГОЛІЗМУ ЛІКАРЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ/СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.**
2. НДР «Обґрунтування напрямків поліпшення стану здоров'я та якості медичної допомоги населенню Прикарпаття в умовах реформування системи охорони здоров'я», 0112U001535, 2012-2016 рр.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Децик О. З. Модель організації заходів профілактики алкоголізму лікарями загальної практики/сімейної медицини : Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я / О. З. Децик, І. М. Карпінєць. – Київ, 2013. – Вип. 4 з проблеми «Соціальна медицина», № 79 - 2013. – 4 с.
6. Немає.
7. Пропонується запровадити скринінг для виявлення осіб із проблемними моделями вживання алкоголю на рівні первинної медичної допомоги. Стандартизовані скринінгові тести (наприклад, AUDIT), які у своїй практиці використовують лікарі-наркологи як при зверненні, так і при різного роду освідченнях, наприклад при медичних оглядах при видачі наркологічного

- сертифікату – прості і доступні для застосування вже на первинному рівні. Їх використання дозволить лікареві загальної практики/сімейної медицини (ЛЗПСМ) вчасно виявляти особі з ризик-моделями вживання алкоголю та переконувати самому і залучати до співпраці, членів родин (як головного важеля впливу переконання таких осіб звернутися по спеціалізовану медичну допомогу), а також інші задіяні сторони (правоохоронні органи, працедавці, релігійні, волонтерські, соціальні служби тощо). ЛЗПСМ відіграє важливу роль і на етапі третинної профілактики: як у забезпеченні виконання рекомендацій лікарів-спеціалістів, так і у налагодженні контактів хворого та його родини із органами місцевого самоврядування, громадськими і релігійними організаціями, реабілітаційними центрами тощо з метою реабілітації та ресоціалізації.
8. Впровадження запропонованих заходів профілактики сприятиме поліпшенню раннього виявлення осіб, що вживають алкоголь із шкодою для здоров'я, збільшенню кількості вчасних звернень за спеціалізованою допомогою, забезпеченню повноцінної реабілітації та ресоціалізації хворих на алкоголізм.
 9. Лікарі загальної практики-сімейної медицини.
 10. Удосконалення системи профілактики алкозалежності за рахунок використання можливостей її реалізації лікарями загальної практики-сімейної медицини.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України.
 14. Немає.
 15. Децик О.З. (0342527111), Карпінєць І.М.

Реєстр. № 324/1/14

1. **ОРГАНІЗАЦІЯ ЗАХОДІВ КОРЕКЦІЇ ІНФОРМАЦІЙНО-ДЕОНТОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НЕЗАДОВОЛЕНОСТІ ПАЦІЄНТІВ НАДАНИМИ МЕДИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ.**
2. НДР «Обґрунтування напрямків поліпшення стану здоров'я та якості медичної допомоги населенню Прикарпаття в умовах реформування системи охорони здоров'я», 0112U001535, 2012-2016 рр.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2 ++, В.
5. Децик О. З. Організація заходів корекції інформаційно-деонтологічних чинників незадоволеності пацієнтів наданими медичними послугами: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я/ О.З. Децик, М.І. Яворський, А.М. Яворський. – Київ, 2013. – Вип. 12 з проблеми «Соціальна медицина», № 85-2013.– 3 с.
6. Немає.
7. За результатами власних досліджень на базі стаціонарних хірургічних відділень закладів охорони здоров'я встановлено, що найголовніші причини невдоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням лежать в площині інформаційно-деонтологічних, викликаних неналежним ставленням медичного персоналу, усуненням пацієнтів від процесу прийняття рішення, неналежним інформуванням про права пацієнтів. З метою корекції цих чинників запропоновано організаційну методологію процесу управління якістю медичного обслуговування на основі моніторингу задоволеності потреб. Для забезпечення системності підходу, враховуючи, що в навчальні програми вітчизняних медичних закладів освіти на до- і післядипломному рівнях не входить навчання та формування навичок спілкування з людьми, на рівні медичних установ пропонується запровадити спеціальні навчальні тренінги для

лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу, програма яких повинна включати як мінімум три модулі: правові аспекти взаємовідносин медичних працівників і пацієнтів, навчання навичок комунікації, управління конфліктними ситуаціями.

8. Впровадження запропонованих заходів корекції інформаційно-деонтологічних чинників на рівні закладу охорони здоров'я сприятиме поліпшенню якості медичної допомоги, задоволеності пацієнтів рівнем її надання.
9. Керівники закладів охорони здоров'я та їх підрозділів.
10. Їх корекція не вимагає значних затрат.
11. Немає.
12. Немає
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України.
14. Головне управління Держсанепідслужби в Івано-Франківській області.
15. Децик О.З.(0342527111), Яворський М.І., Яворський А.М.

Реєстр. № 325/1/14

- 1. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ АЛКОГОЛІЗМУ ЛІКАРЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ/СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.**
2. НДР «Обґрунтування напрямків поліпшення стану здоров'я та якості медичної допомоги населенню Прикарпаття в умовах реформування системи охорони здоров'я», 0112U001535, 2012-2016 рр.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2 ++, В.
5. Децик О. З. Організація заходів профілактики алкогольної залежності лікарями загальної практики/сімейної медицини: Методичні рекомендації 126.12/08.13 / О. З. Децик, І. М. Карпінець, Л. Г. Курманська. – Київ, 2012. – 29 с.
6. Немає.
7. Запропоновано нові підходи до профілактики вживання алкоголю із шкодою для здоров'я. У допомогу лікарям загальної практики/сімейної медицини (ЛЗПСМ) для поліпшення раннього виявлення осіб, що вживають алкоголь із шкодою для здоров'я, представлено чіткі критерії різних моделей (типів) вживання алкоголю, біологічні, соціальні та особистісно-психологічні чинники ризику формування алкогольної залежності, прості для застосування та інтерпретації стандартизовані міжнародні скринінг-методики (зокрема аудит-тестування) та методики коротких інформаційних та навчальних консультацій (інтервенцій). ЛЗПСМ пропонується залучати до співпраці родину і близьких осіб, що зловживають алкоголем, як головний пусковий механізм переконання (і більшість з них довгий час не вважає, що потребує фахової допомоги) якомога раніше почати спеціалізоване лікування у лікаря-нарколога. Для поліпшення реабілітації та ресоціалізації хворих на алкоголізм ЛЗПСМ повинен допомогти родині налагодити контакти із органами місцевого самоврядування, громадськими та релігійними організаціями, реабілітаційними центрами.
8. Впровадження запропонованих заходів профілактики сприятиме ранньому виявленню осіб, що вживають алкоголь із шкодою для здоров'я, збільшенню кількості вчасних звернень за спеціалізованою допомогою, поліпшенню реабілітації та ресоціалізації хворих на алкоголізм.
9. Лікарі загальної практики-сімейної медицини.
10. Необхідність поліпшення раннього виявлення осіб, які вживають алкоголь із шкодою для здоров'я, збільшення охоплення консультативним і диспансерним наглядом, спеціалізованим лікуванням, реабілітаційними заходами.
11. Немає.

12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України.
14. Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України.
15. Децик О.З.(0342527111), Карпінєць І.М., Курманська Л.Г.

Реєстр. № 326/1/14

- 1. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРВИННОЇ ГЛАУКОМИ ЛІКАРЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ/СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.**
2. НДР «Обґрунтування напрямків поліпшення стану здоров'я та якості медичної допомоги населенню Прикарпаття в умовах реформування системи охорони здоров'я», 0112U001535, 2012-2016 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Основну роль в організації та реалізації всіх видів профілактики відіграє лікар загальної практики – сімейної медицини (ЛЗПСМ). Для чіткого розподілу функцій первинного і вторинного рівнів охорони здоров'я з профілактики, діагностики та диспансерного спостереження розроблено алгоритм ранньої діагностики та запобігання прогресуванню глаукоми на рівні ЛЗПСМ. Для забезпечення виконання даних завдань ЛЗПСМ повинен виділити групу ризику та охопити їх первинним офтальмологічним скринінгом, підвищити поінформованість населення (цільова просвітницька робота) щодо суті захворювання та загроз її пізнього виявлення. Основною медико-організаційною технологією, здатною забезпечити досягнення мети вторинної профілактики, є диспансерне спостереження за такими хворими з боку лікарів-офтальмологів. ЛЗПСМ в свою чергу повинен проводити моніторинг дотримання хворими рекомендацій лікаря-окуліста і підтримання мотивації щодо дотримання рекомендацій лікаря-окуліста. За результатами дослідження встановлені чинники прогресування первинної глаукоми, моніторинг яких може і повинен здійснювати лікар ЗПСМ. Третинна профілактика передбачає участь ЛЗПСМ у забезпеченні виконання індивідуальних програм реабілітації, залучення до реабілітаційного процесу родичів інвалідів, а також громадські і релігійні організації, психологів, соціальні служби, волонтерів, особливо стосовно осіб похилого і старечого віку.
8. Впровадження запропонованих заходів профілактики матиме позитивний медико-соціальний та економічний ефект внаслідок раціонального розподілу обов'язків між рівнями надання медичної допомоги, зменшення навантаження на лікарів-офтальмологів, поліпшення раннього виявлення, комплаєнсу до лікування та запобігання інвалідизації внаслідок глаукоми.
9. Лікарі загальної практики/сімейної медицини.
10. Запобігання прогресуванню первинної глаукоми до слабovidіння та сліпоти і зниження за рахунок цього соціально-економічних збитків, поліпшення якості життя хворих.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
14. Немає.
15. Децик О.З., Митник З. М., Вершиніна М. Д., Коцинець О. Б. (0342527111).

Реєстр. № 327/1/14

1. **ОРГАНІЗАЦІЯ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО НАДАЄ ДОПОМОГУ ІНКУРАБЕЛЬНИМ ПАЦІЄНТАМ.**
2. НДР «Обґрунтування напрямків поліпшення стану здоров'я та якості медичної допомоги населенню Прикарпаття в умовах реформування системи охорони здоров'я», 0112U001535, 2012-2016 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Запропоновано для впровадження на рівні закладів охорони здоров'я комплекс заходів з профілактики та подолання наслідків професійного вигорання у медичних працівників, які обслуговують невиліковно хворих, що включає в себе: створення (відновлення діяльності) кабінетів психоемоційного розвантаження; запровадження обов'язкових для всього медичного персоналу постійно діючих тренінгів методик психоемоційного розвантаження без відриву від роботи; введення посади медичного психолога для забезпечення доступності такої допомоги особам із високим ризиком або сформованим СЕВ; проведення періодичного на засадах добровільності та поінформованої згоди анкетування/самотестування за валідними методиками (В. В. Бойка, К. Маслач) або коротким скринінг-тестом, розробленим авторами за результатами власного дослідження (стандартизований за критеріями ВООЗ, чутливість 69%, специфічність 87%); здійснення керівниками моніторингу задоволеності медичного персоналу умовами праці та їх корекції з метою оптимізації соціально-психологічного клімату в колективі.
8. Впровадження запропонованих заходів матиме позитивний медико-соціальний та економічний ефект внаслідок раннього виявлення проявів СЕВ, зростання задоволеності умовами праці, збільшення доступності психологічної допомоги, поліпшення психологічного клімату в трудовому колективі та сім'ях, зростання мотивації до праці, підвищення її продуктивності та зменшення плинності кадрів.
9. Психолог.
10. Вирішення проблеми профілактики професійного вигорання медичного персоналу сфери паліативної допомоги, яке негативно впливає на якість кадрових ресурсів, викликає їх плинність, зниження продуктивності праці, соціально-психологічну дезадаптацію, нездоровий спосіб життя, розвиток хронічних хвороб тощо.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
14. Немає.
15. Децик О.З., Золотарьова Ж.М. (0342527111).

Реєстр. № 328/1/14

1. **ОРГАНІЗАЦІЯ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПРОГРЕСУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ГЛАУКОМИ.**
2. НДР «Обґрунтування напрямків поліпшення стану здоров'я та якості медичної допомоги населенню Прикарпаття в умовах реформування системи охорони здоров'я», 0112U001535, 2012-2016 рр.

3. Соціальна медицина.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Для чіткої послідовності дій ЛЗПСМ щодо застосування всіх видів профілактики розроблено алгоритм ранньої діагностики та запобігання прогресуванню глаукоми. Простий та доступний на первинному рівні офтальмологічний скринінг дозволить виділити групу ризику та попередити розвиток глаукоми. Для підвищення поінформованості населення (цільова просвітницька робота) розроблено пам'ятку пацієнта «Що треба знати про глаукому?». На етапі вторинної профілактики ЛЗПСМ повинен проводити моніторинг і підтримання мотивації дотримання хворими рекомендацій лікаря-офтальмолога. За результатами дослідження, зокрема розрахунку показника відношення шансів та 95% довірчого інтервалу, встановлені біологічні, соціально-економічні, соціально-психологічні і поведінкові, а також медико-організаційні чинники ризику прогресування глаукоми. Це дає можливість лікареві ЗПСМ на доказовій основі оцінити величину ризику виникнення пізніх стадій глаукоми при наявності тих чи інших чинників та рекомендувати періодичність профілактичних офтальмологічних оглядів. Третинна профілактика передбачає участь ЛЗПСМ у забезпеченні виконання індивідуальних програм реабілітації, залучення до реабілітаційного процесу родичів інвалідів, а також громадські і релігійні організації, психологів, соціальні служби, волонтерів, особливо стосовно осіб похилого і старечого віку.
8. Впровадження запропонованих заходів сприятиме поліпшенню раннього виявлення первинної глаукоми, комплаєнсу до лікування та запобігання інвалідизації внаслідок глаукоми, а також забезпечить раціональний розподіл обов'язків між рівнями надання медичної допомоги, зменшить навантаження на лікарів-спеціалістів.
9. Лікарі загальної практики/сімейної медицини.
10. Організація раннього виявлення та попередження прогресування первинної глаукоми за рахунок використання можливостей її реалізації лікарями загальної практики-сімейної медицини.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
14. Немає.
15. Децик О. З., Митник З.М., Кошинець О.Б. (0342527111).

Реєстр. № 329/1/14

1. **ШЛЯХИ ПОЛІПШЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПАЦІЄНТІВ В СИСТЕМІ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ.**
2. НДР «Обґрунтування напрямків поліпшення стану здоров'я та якості медичної допомоги населенню Прикарпаття в умовах реформування системи охорони здоров'я», 0112U001535, 2012-2016 рр.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2 ++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Опитуванню споживачів у системі контролю якості медичної допомоги в Україні, порівняно з розвиненими країнами світу, приділяється недостатня увага, що не відповідає сучасній дефініції якості і принципам пацієнтоорієнтованої

- медицини. За результатами власних досліджень встановлено, що основні причини невдоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням лежать в площині інформаційно-деонтологічних (неналежне ставлення медичного персоналу, усунення пацієнтів від процесу прийняття рішення, неналежне інформування про права пацієнтів) та медико-організаційних (відсутність чіткості та організованості у діях медичного персоналу, лікарняних та догоспітальних підрозділів, недотримання стандартів) недоліків. Запропоновано удосконалену схему управління якістю медичної допомоги закладу охорони здоров'я, новими елементами якої стали моніторинг задоволеності пацієнтів наданими послугами та навчання медичного персоналу навичок комунікації, правових аспектів взаємовідносин медичних працівників і пацієнтів, управління конфліктними ситуаціями. Розроблено «Пам'ятку пацієнта» щодо їх прав та обов'язків з опитувальником задоволеності якістю медичного обслуговування.
8. Впровадження запропонованих медичних технологій у практику охорони здоров'я поліпшує зультативний компонент якості медичної допомоги внаслідок позитивного впливу на задоволеність пацієнтів медичним обслуговуванням.
 9. Керівники закладів охорони здоров'я та їх підрозділів.
 10. Запровадження системи моніторингу задоволеності пацієнтів та навчальних тренінгів для медичного персоналу сприяє зростанню на 5-8% рівня задоволеності наданими послугами, довіри до лікуючих лікарів і середнього медичного персоналу, зменшенню скарг на недотримання прав пацієнтів.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» МОЗ України.
 14. Головне управління Держсанепідслужби в Івано-Франківській області.
 15. Децик О.З.(0342527111), Яворський М.І., Яворський А.М.

Реєстр. № 330/1/14

- 1. ІНСТРУМЕНТ МОНІТОРИНГУ МОДЕРНІЗАЦІЇ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РІВНІ РЕГІОНУ ТА ОКРЕМОЇ ТЕРИТОРІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ КОМПЛЕКСНОЇ СИСТЕМИ ІНДИКАТОРІВ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування способів підвищення ефективності системи охорони здоров'я на регіональному рівні», 011U008122; «Наукове обґрунтування модернізації системи медичного обслуговування на регіональному рівні», 0114U000928; «Наукове обґрунтування запровадження нового фінансового механізму в охорону здоров'я», 0114U006050.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір (автори Надутий К.О., Лехан В.М., Шевченко М.В.) № 55720 від 24.07.2014 р.

6. Комплексна система індикаторів як інструмент моніторингу модернізації галузі охорони здоров'я на рівні регіону та окремої адміністративно-територіальної одиниці.
7. Запропоновано методологію динамічного та комплексного моніторингу, яка передбачає визначення індикаторів результатів модернізації (короткострокових та довгострокових результатів), індикаторів структури та процесу залежно від об'єкту (первинна, вторинна, третинна медична допомога) та головних напрямків модернізації (забезпечення доступності, якості, інформаційно-комунікаційного забезпечення) та індикаторів структурної ефективності галузі, порядок збору інформації для кожного індикатора, чітко структуровану кількісну їх оцінку за окремими субкомпонентами та системи в цілому і аналіз. Застосування методології дозволить оцінювати і порівнювати прогрес розвитку територіальних і національної системи охорони здоров'я, виявляти чинники, які йому перешкоджають та приймати зважені управлінські рішення щодо здійснення заходів з модернізації.
8. Медичка ефективність розробки полягає в позитивному впливі на якість медичного обслуговування за рахунок безперервного його підвищення на основі оцінки індикаторів, соціальна ефективність забезпечується керованістю впливу на показники громадського здоров'я, економічна ефективність полягає в зменшенні фінансових втрат, пов'язаних з недостатньою обґрунтованістю управлінських рішень.
9. Персональний комп'ютер.
10. Запровадження єдиних підходів до моніторингу діяльності системи охорони здоров'я в Україні на національному і регіональному рівнях. Орієнтовані на управлінців центральних та регіональних органів виконавчої влади України, органів самоврядування, центрального та регіонального органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, керівників закладів охорони здоров'я.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України».
14. Міністерство охорони здоров'я України, Управління реформ системи охорони здоров'я; Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
15. Надутий К.О., Лехан В.М., Шевченко М.В. (0567135184).

1. **МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ НЕОБХІДНИХ РЕСУРСІВ ДЛЯ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ МОДЕРНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА НАПРЯМКІВ ЇХ ВИКОРИСТАННЯ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування способів підвищення ефективності системи охорони здоров'я на регіональному рівні», 011U008122; «Наукове обґрунтування запровадження нового фінансового механізму в охорону здоров'я», 0114U006050.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір (автори Надутий К.О., Лехан В.М., Шевченко М.В.) № 49904 від 02.07.2013 р.
6. Методика визначення необхідних ресурсів для досягнення цілей модернізації охорони здоров'я та напрямків їх використання, яка базується на методі декомпозиції для послідовного розподілу цілей системи охорони здоров'я на основні завдання, заходи, дії, процедури, необхідні ресурси для їх реалізації.
7. Запропоновано інструментарій планування необхідних ресурсів різних видів для досягнення цілей модернізації підсистем охорони здоров'я (первинної, вторинної та третинної медичної допомоги), заснований на проектному методі, який включає визначення проблем; формулювання цілей, спрямованих на вирішення виявлених проблем, з їх послідовною декомпозицією на завдання та заходи; визначення індикаторів виконання завдань та необхідних ресурсів різних видів по кожному з завдань; очікувані результати. Методика передбачає встановлення пріоритетів та послідовність виконання завдань і, відповідно, витрачання ресурсів та можливість врахування місцевих особливостей як функціонування, так і модернізації системи охорони здоров'я.
8. Медична ефективність розробки забезпечується передбачуваністю наслідків модернізації щодо досягнення запланованих показників популяційного здоров'я, соціальна ефективність полягає в підвищенні якості розробки політики та збільшенні прозорості підзвітності в системі охорони здоров'я, економічна ефективність характеризується оптимізацією планування та використання ресурсів системи охорони здоров'я.
9. Персональний комп'ютер.
10. Визначення необхідних ресурсів різних видів для цілей модернізації системи охорони здоров'я та окремих видів медичної допомоги. Орієнтовані на управлінців центральних та регіональних органів виконавчої влади України,

органів самоврядування, центрального та регіонального органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, керівників закладів охорони здоров'я

11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України».
14. Міністерство охорони здоров'я України, Управління реформ системи охорони здоров'я; Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
15. Надутий К.О., Лехан В.М., Шевченко М.В. (0567135184).

Реєстр. № 332/1/14

- 1. АЛГОРИТМ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ТА РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ПЕРЕДРАКОВИХ ТА ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПАЦІЄНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ.**
2. НДР «Методологія розробки програм масового скринінгу неінфекційних захворювань серед населення на рівні первинної ланки медико-санітарної допомоги», 0113U002873, 2013-2015 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Відпрацьовано алгоритм та методику організації, виявлення передракових та онкологічних захворювань та подальшого спостереження за пацієнтами стоматологічних поліклінік та кабінетів.
8. Підвищення якості обстеження та профілактичних заходів сприятимуть ранньому виявленню передракових та онкологічних захворювань, зменшенню кількості важких форм, скоротить терміни лікування та запобігатиме використанню переважно консервативних втручань.
9. Комп'ютерна техніка.
10. Високий рівень онкологічної захворюваності щелепно-лицьової області.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. ДВНЗ «Ужгородський національний університет».
15. Слабкий Г.О., Рогач І.М., Мельник П.С., Северин Г.К., Горбань А.Є., Хоружа Р.Ю., Бугоркова І.А., Погоріляк Р.Ю., Качала Л.О. (0501711648).

Реєстр. № 333/1/14

- 1. АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ПОШИРНОСТІ ХВОРОБ ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ У ГЕНДЕРНОМУ АСПЕКТІ.**

2. НДР «Методологія розробки програм масового скринінгу неінфекційних захворювань серед населення на рівні первинної ланки медико-санітарної допомоги», 0113U002873, 2013-2015 рр.; «Вивчення захворюваності та поширеності хвороб серед дорослого населення з урахування гендерних особливостей та виявлення реальних потреб чоловіків та жінок в медичній допомозі».
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Використання аналізу динамічних рядів показників захворюваності дорослого населення України в залежності від гендерного аспекту за основними класами хвороб та нозологічними формами для вивчення їх особливостей та планування рекомендацій щодо збереження та зміцнення стану здоров'я населення з досягненням гендерної рівності.
8. Збереження та покращення стану здоров'я дорослого населення України.
9. Немає.
10. Проведений аналіз є достовірним інформаційним підґрунтям для прийняття управлінських рішень на різних рівнях, розробки та запровадження комплексних програм галузі.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Слабкий Г.О., Медведовська Н.В., Горбань А.Є., Крапівіна А.А. (0977455579).

Реєстр. № 334/1/14

1. **ВИДИ ВНУТРІШНЬОГО АУДИТУ ТА ЇХ КРИТЕРІАЛЬНА БЗА В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**
2. НДР «Вивчення впливу несприятливих зовнішніх чинників Сумської області на стан здоров'я населення», 0105U002471; «Наукове обґрунтування якості медичної допомоги та стану здоров'я населення на регіональному рівні», 0110U007572; «Наукове обґрунтування та розробка моделі моніторингу якості надання медичної допомоги населенню України», 0112U002808, 2012-2014 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Внутрішній аудит як постійна діяльність в системі управління складається з конкретних аудитів, які здійснюються в рамках певних завдань. Пропонується така класифікація видів внутрішнього аудиту за критеріями аналізу і перевірки. Перша група – аудит структури – включає такі види: фінансово-економічний аудит, аудит кадрового забезпечення, аудит матеріального забезпечення, аудит медичної документації. Фінансово-економічний аудит – це аудит фінансово-економічної діяльності закладів охорони здоров'я, критеріальною базою якого виступають медико-економічні нормативи і розрахунки. Аудит кадрового забезпечення передбачає аналіз кваліфікаційного складу та нормативної укомплектованості персоналу медичного закладу. Аудит матеріального забезпечення проводиться на основі порівняння з таблицями оснащення закладів охорони здоров'я, що визначають необхідний мінімальний перелік обладнання,

приміщень, устаткування та засобів, необхідних для проведення медичних процедур за відповідними стандартами медичної допомоги і клінічними протоколами, який розробляється для конкретного типу закладу охорони здоров'я, його підрозділу. Аудит медичної документації – вивчення медичної документації закладу охорони здоров'я або його відділень для визначення ступеня відповідності реальної клінічної практики і її результатів заздалегідь встановленим стандартам і нормам. Критерієм аудиту медичної документації є якість ведення медичної документації (заповнення медичних документів: змістовне та хронологічне). Друга група – аудит процесу – включає такі види: клінічний аудит, технологічний аудит, організаційно-методичний аудит, аудит ефективності впровадження медичних технологій та обладнання. Клінічний аудит є процесом поліпшення якості медичної допомоги за допомогою систематичного контролю наданої медичної допомоги з використанням чітко сформульованих критеріїв або протокольних індикаторів і з подальшим внесення змін. Критеріальною базою клінічного аудиту є локальні клінічні протоколи, які визначають обов'язкові дії з профілактики, діагностики і лікування на основі доказової медицини. Завданням технологічного аудиту є забезпечення своєчасності та послідовності надання медичної допомоги. Тобто цей вид аудиту передбачає оцінку часової та етапної відповідності процесу надання медичної допомоги. Критеріальною базою технологічного аудиту можуть бути показники локальних клінічних протоколів, результати хронометражу етапів надання медичної допомоги і тривалості міжетапних періодів, кращі нормативи медичної практики закладів охорони здоров'я, які встановлені експертним шляхом. Організаційно-методичний аудит передбачає оцінку сукупності управлінських технологій на предмет їх організаційної раціональності. Критеріальною базою організаційно-методичного аудиту виступає організаційно-методичне та нормативно-правове забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я, дотримання виконавчої дисципліни, комп'ютеризація, використання інформаційно-комунікаційних технологій. Аудит ефективності впровадження медичних технологій передбачає аналіз показників використання медичних технологій за критеріями ефективності діяльності закладу охорони здоров'я. Третя група – аудит результату – включає такі види: аудит задоволеності пацієнтів та медичних працівників, аудит стану здоров'я пацієнта, аудит стану здоров'я населення. Думка пацієнтів та медичних працівників є основою порівняння при проведенні аудиту задоволеності пацієнтів та медичних працівників. Для виявлення думки пацієнтів та медичних працівників проводять опитування. Аудит стану здоров'я пацієнта проводиться за медичною документацією. Аналіз медичної документації дозволяють оцінити якість медичної допомоги за фактичними даними, наведеними в документах первинного обліку. Критеріальною базою аудиту стану здоров'я населення є статистичні звіти. Огляди статистичних звітів надають можливість співставляти показники, виводити динамічні ряди з метою дослідження рівня якості наданої медичної допомоги.

8. Застосування у закладі охорони здоров'я різних видів внутрішнього аудиту забезпечить: 1) оптимізацію внутрішніх механізмів управління, що здійснюється в рамках процедури внутрішнього аудиту; 2) підвищення ефективності проведення внутрішнього аудиту за рахунок правильного підбору фахівців, які входять до робочої групи; більш чіткого визначення обсягу первинної документації для збору інформації; ідентифікації елементів внутрішнього середовища закладу охорони здоров'я, що потребують змін; 3) сприятиме зростанню задоволеності пацієнтів наданою медичною допомогою; 4) покращить показники здоров'я населення.

9. Немає.
10. Для забезпечення комплексного системного управління якістю медичної допомоги на рівні структури, процесів і результатів у закладах охорони здоров'я необхідним є розробка і застосування технологій різних видів внутрішнього аудиту. Вибір виду внутрішнього аудиту і критеріальної бази визначають особливості його проведення, а саме: технологія, підбір фахівців, які входять до робочої групи; обсяг первинної документації для збору інформації; елементи внутрішнього середовища закладу охорони здоров'я, що потребують змін.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Сміянов В.А. (0507713008).

Реєстр. № 335/1/14

1. **ВИЗНАЧЕННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ НАСЕЛЕННЯ АМБУЛАТОРІЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.**
2. НДР «Наукове забезпечення і моніторинг реформування системи медичної допомоги в пілотних регіонах: Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», 0112U002807, 2012-2014 рр.
3. Соціальна медицина, організація і управління охороною здоров'я.
4. 2+, С.
5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір наукового характеру «Методичні рекомендації щодо підготовки проекту Плану підвищення доступності та якості первинної медичної допомоги у регіоні на 2014-2016 роки» № 53937, дата реєстрації 05.03.2014 р.
6. Немає.
7. Точкою доступу до лікаря первинної медичної допомоги (ПМД) є амбулаторія загальної практики сімейної медицини (ЗП/СМ). Визначення необхідної кількості нових амбулаторій ЗП/СМ для досягнення нормативу забезпеченості на 10 тис. сільського та міського населення регламентовано наказом МОЗ України. Фактична забезпеченість амбулаторіями ЗП/СМ розраховується шляхом визначення фактичного показника забезпеченості амбулаторіями на 10 тис. населення (ПЗА) та індексу забезпеченості амбулаторіями (ІЗА), що розраховується як співвідношення фактичного показника забезпеченості і нормативного:

$$ІЗА = \frac{ПЗА_{факт}}{ПЗА_{норм}}$$
 Кількість амбулаторій, які залишилось створити до кінця поточного року для виконання плану, розраховується як різниця між плановими і фактичними показниками.
8. Дотримання державних соціальних нормативів надання медичної допомоги за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина» шляхом підвищення доступності до надання первинної медичної (медико-санітарної) допомоги населенню, що дозволить досягти максимального наближення до населення первинної медичної допомоги.
9. Немає.
10. Використання для надання методичної допомоги регіонам у плануванні модернізації первинної медичної допомоги.
11. Немає.
12. Немає.

13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Державна наукова установа «Науково-практичний центр клінічної та профілактичної медицини» Державного управління справами.
15. Яценко Ю.Б., Шевченко М.В., Кондратюк Н.Ю. (044) 284-71-06.

Реєстр. № 336/1/14

1. **КОМПЛЕКС ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ТА РАННЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА ЧЕРВОНОЇ ОБЛЯМІВКИ ГУБ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТОМАТОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.**
2. НДР «Методологія розробки програм масового скринінгу неінфекційних захворювань серед населення на рівні первинної ланки медико-санітарної допомоги», 0113U002873, 2013-2015 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Відпрацьовані алгоритм та методика організації виявлення та спостереження за стоматологічними пацієнтами із передраковою патологією органів порожнини рота та червоної облямівки губ.
8. Підвищення якості обстеження та профілактичних заходів сприятимуть ранньому виявленню передракових та онкологічних захворювань органів порожнини рота і червоної облямівки губ.
9. Комп'ютерна техніка.
10. Високий рівень передракової патології органів порожнини рота та червоної облямівки губ.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. ДВНЗ «Ужгородський національний університет».
15. Слабкий Г.О., Мельник П.С., Рогач І.М., Северин Г.К., Горбань А.Є., Хоружа Р.Ю., Бугоркова І.А., Погоріляк Р.Ю., Качала Л.О. (0501711648).

Реєстр. № 337/1/14

1. **КОМПЛЕКСНА СИСТЕМА КОМУНІКАЦІЙ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я.**
2. НДР «Наукове обґрунтування розробки системи комунікаційних технологій в охороні здоров'я України», 0112U002810, 2012-2014 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Галузева система комунікацій побудована на основі міжсекторального підходу за рівнями управління та надання медичної допомоги з визначенням цільових груп впливу, засобів та методів комунікації. Запропонована методологія стратегічного планування комунікацій. Центральним елементом системи являється галузевий ресурсний центр комунікацій в охороні здоров'я.
8. Забезпечення населення та його цільових груп комплексною інформацією з питань охорони здоров'я, що дозволить підняти рівень профілактики

інфекційних та хронічних неінфекційних хвороб, сформувати у населення відповідальне відношення до свого здоров'я та сформувати його прихильність до процесів реформування системи надання медичної допомоги населенню.

9. Комп'ютерна техніка.
10. Відсутність системи комунікацій в охороні здоров'я.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Слабкий Г.О., Знаменська М.А., Горбань А.Є. (0501711648).

Реєстр. № 338/1/14

1. МЕТОДИКА МОНІТОРИНГУ І ОЦІНКИ РЕГІОНАЛІЗАЦІЇ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ.

2. НДР «Науково-методичний супровід регіоналізації перинатальної допомоги», 0114U006051, 2014-2016 рр.
3. Соціальна медицина, організація і управління охороною здоров'я.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Методика МіО регіоналізації перинатальної допомоги базується на досвіді розвинених країн та принципах ВООЗ стосовно розробки МіО і включає відстеження внесків (гроші, кадри, стратегії), заходів (які процеси мали місце), продуктів (надані послуги, кінцеві результати) за даними розроблених індикаторів якості (ІЯ) та клінічних аудитів. Проведення МіО дозволяє оцінити повноту проведення регіоналізації закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), відповідності їх стандартам акредитації, забезпечення маршрутів пацієнтів за даними індексів концентрації пацієнтів з перинатальним ризиком в ЗОЗ різних рівнів перинатальної допомоги, виживаності новонароджених в залежності від маси тіла при народженні і рівня ЗОЗ, індексів концентрації і рівнів плодово-малюкових і материнських втрат в залежності від рівня перинатальної допомоги, задоволеності пацієнтів медичною допомогою.
8. Розробка і впровадження національної системи МіО регіоналізації перинатальної допомоги дозволить виявити проблемні питання системи регіоналізації з послідуною їх корекцією, забезпечити сталий рівний, в залежності від стану здоров'я, доступ жінок і новонароджених до різних рівнів перинатальної допомоги, поліпшити стан їх здоров'я та якість життя, раціоналізувати витрати на медичну допомогу матерям і новонародженим.
9. Немає.
10. Використання для проведення МіО регіоналізації перинатальної допомоги, надання методичної допомоги регіонам у обліку, зборі і аналізі документації для проведення МіО.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Міністерство охорони здоров'я України.
15. Дудіна О.О., Терещенко А.В.

Реєстр. № 339/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ВИЗНАЧЕННЯ НЕОБХІДНИХ РЕСУРСІВ ДЛЯ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ МОДЕРНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**
2. НДР «Наукове обґрунтування підвищення ефективності системи фінансування охорони здоров'я при проведенні економічних реформ в Україні», 0111U004017, 2011-2013 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір від 02.10.2013 № 51515, Методичний посібник «Методичні рекомендації щодо визначення необхідних ресурсів для досягнення цілей модернізації охорони здоров'я та напрямів їх використання».
6. Немає.
7. Модернізація охорони здоров'я – науково обґрунтована та підтримана суспільством спільна діяльність органів влади різних рівнів, органів управління охороною здоров'я, медичної спільноти, заснована на реальному обліку наявних ресурсів та впливу зовнішніх та внутрішніх факторів оточуючого середовища з метою приведення української системи охорони здоров'я до рівня, який відповідає сучасним вимогам, світовим стандартам і найкращим практикам доказового менеджменту. При цьому кількісні характеристики необхідних для змін ресурсів мають визначатися у відповідності до цілей та завдань, досягнення яких передбачає отримання планованих результатів. В новій європейській політиці ВООЗ «Здоров'я -2020» зазначено, що для розвитку охорони здоров'я на сучасному етапі необхідно визначити реалістичні і, водночас, сміливі цільові показники, механізми для їх моніторингу, планування і реалізації на базі існуючих знань і фактичних даних стосовно здоров'я та його детермінант. При цьому ВООЗ підкреслює особливу важливість такого інструменту як між секторальні цільові показники, які дозволяють покращити якість розробки політики у всіх секторах і залучити цілий ряд діючих суб'єктів як у процес прийняття рішень у всіх секторах, так і процедури підзвітності.
8. Не виявлено.
9. Персональний комп'ютер.
10. Використання послідовного розподілу цілей системи охорони здоров'я на основні цілі, завдання, заходи, дії, процедури та ресурси, необхідні для їх реалізації модернізації галузі за видами надання медичної допомоги. Представлено інструментарій для визначення необхідних ресурсів для досягнення цілей модернізації охорони здоров'я та напрямків їх використання.
11. Немає.
12. Відсутні, враховуючи їх запровадження в рамках чинного законодавства України.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Міністерство охорони здоров'я України, Державний заклад «Дніпропетровська медична академія».
15. Шевченко М.В., Лехан В.М., Надутий К.О. (044) 576-41-13.

Реєстр. № 340/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ДІАГНОСТИЧНО-СПОРІДНЕНИХ ГРУП (ДСГ).**
2. НДР «Наукове обґрунтування підвищення ефективності системи фінансування охорони здоров'я при проведенні економічних реформ в Україні», 0111U004017, 2011-2013 рр.

3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Діагностично-споріднені групи являють собою основу системи оплати стаціонарних медичних послуг. Діагностично-споріднені групи (ДСГ) – це діагностично-споріднені групи захворювань, які подібні за середньою ресурсоємністю (вартість, структура витрат, набір використовуваних клінічних ресурсів). За кожний випадок лікування фінансуюча сторона виплачує постачальнику стаціонарної медичної допомоги (закладу охорони здоров'я) фіксовані загальні суми. При розрахунку тарифів для закладів охорони здоров'я ці суми визначаються з урахуванням середньостатистичних витрат ресурсів на стандартизований випадок лікування з конкретного діагнозу. Основними параметрами для здійснення розрахунків оплати за ДСГ є базова ставка фінансування або середньостатичний обсяг коштів, який витрачається на стаціонарне лікування середньостатистичного пацієнта, та вагові коефіцієнти груп пролікованих випадків для визначення відмінностей між ними у зв'язку з різною їх ресурсоємністю. При розробці національної системи діагностично-споріднених груп рекомендовано вибір та адаптацію однієї з відомих систем ДСГ з урахуванням національних особливостей системи охорони здоров'я. попередньо провести пілотне опрацювання в пілотних закладах охорони здоров'я в частині збору, накопичення та аналізу економічної та статистичної інформації щодо діяльності лікарень, тестування, визначення та розрахунку ДСГ. З метою зниження витрат на розробку/адаптацію системи ДСГ необхідно максимально використовувати аналітичну та експлуатаційну документацію системи, яка пропонується для адаптації. За досвідом впровадження систем ДСГ в інших країнах розрахунок рівня оплати здійснюється незалежною інституцією.
8. Дані систематичного огляду, який включає понад 300 досліджень ефективності надання стаціонарної медичної допомоги, свідчать, що в середньому економічна ефективність лікарні становить 85%. Тобто, лікарні на 15% можуть надати більше послуг в рамках витрат, які традиційно склалися, або надати аналогічний обсяг послуг при цьому знизити витрати на 15%. Значних відмінностей не було відмічено серед лікарень США, Європи чи інших регіонів.
9. Персональний комп'ютер.
10. Розробка та запровадження національної системи діагностично-споріднених груп являють для оплати стаціонарної медичної допомоги.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Шевченко М.В. (044) 576-41-13.

Реєстр. № 341/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ НАСЕЛЕННЯ АМБУЛАТОРІЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.**
2. НДР «Наукове забезпечення і моніторинг реформування системи медичної допомоги в пілотних регіонах: Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»; 0112U002807, 2012-2014 рр.
3. Соціальна медицина.

4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Точкою доступу до лікаря первинної медичної допомоги (ПМД) є амбулаторія загальної практики сімейної медицини (ЗП/СМ). Визначення необхідної кількості нових амбулаторій ЗП/СМ для досягнення нормативу забезпеченості на 10 тис. сільського та міського населення регламентовано наказом МОЗ України. Фактична забезпеченість амбулаторіями ЗП/СМ розраховується шляхом визначення фактичного показника забезпеченості амбулаторіями на 10 тис. населення (ПЗА) та індексу забезпеченості амбулаторіями (ІЗА), що розраховується як співвідношення фактичного показника забезпеченості і нормативного:

$$ІЗА = \frac{ПЗА_{факт}}{ПЗА_{норм}}$$
 Кількість амбулаторій, які залишилось створити до кінця поточного року для виконання плану, розраховується як різниця між плановими і фактичними показниками.
8. Максимальне наближення до населення первинної медичної допомоги.
9. Немає.
10. Використання для надання методичної допомоги регіонам у плануванні модернізації первинної медичної допомоги.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Яценко Ю.Б., Шевченко М.В., Кондратюк Н.Ю. (044) 284-71-06.

Реєстр. № 342/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗРОБКИ ПЛАНУ РОЗВИТКУ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ.**
2. НДР «Наукове забезпечення і моніторинг реформування системи медичної допомоги в пілотних регіонах: Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», 0112U002807, 2012-2014 рр.
3. Соціальна медицина, організація і управління охороною здоров'я.
4. 2+, С.
5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір наукового характеру «Методичні рекомендації щодо підготовки проекту Плану підвищення доступності та якості первинної медичної допомоги у регіоні на 2014-2016 роки» № 53937, дата реєстрації 05.03.2014 р.
6. Немає.
7. При формуванні перспективного плану розвитку мережі закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають первинну медичну допомогу (ПМД) рекомендується використовувати мережеве планування на основі використання діаграми Ганта. Підготовчий етап формування плану розвитку мережі ЗОЗ ПМД включає проведення аналізу медико-демографічних показників території обслуговування (чисельність, щільність розселення та віко-статеву структуру населення, стан здоров'я); потреб прикріпленого населення в ПМД; ресурсного забезпечення та організаційно-функціональної структури первинної ланки охорони здоров'я відповідної адміністративно-територіальної одиниці; порядку надання спеціалізованої медичної допомоги у ЗОЗ відповідної адміністративно-

територіальної одиниці; основних показників діяльності ЗОЗ відповідної адміністративно-територіальної одиниці. Другий етап формування плану розвитку мережі ЗОЗ ПМД передбачає визначення фактичних потреби у кадрових, фінансових та матеріально-технічних ресурсах для зміцнення системи ПМД, а також потреби у мережі амбулаторій для досягнення нормативу, визначеного МОЗ України. На третьому етапі проводяться розрахунки чисельності лікарів (терапевтів, педіатрів та інших спеціальностей) та молодших спеціалістів з медичною освітою, що підлягають перепідготовці зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина», та видатків на перепідготовку та інвентаризація з визначення потреб у дооснащенні відповідно до таблицю оснащення, затвердженого МОЗ України, та необхідних на це видатків.

8. Створення передумов для населення щодо забезпеченості до належної та доступної первинної медичної допомоги та ефективної мережі ЗОЗ, що надають ПМД з максимальним наближенням до населення та забезпеченням реалізації права пацієнтів на вільний вибір лікаря із її кадровим укомплектуванням та матеріально-технічним оснащенням.
9. Немає.
10. Відсутність інформації про формування перспективного плану розвитку мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Державна наукова установа «Науково-практичний центр клінічної та профілактичної медицини» Державного управління справами.
15. Ященко Ю.Б., Шевченко М.В., Кондратюк Н.Ю. (044) 284-71-06.

Реєстр. № 343/1/14

1. **МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ ПЕРСПЕКТИВНОГО ПЛАНУ РОЗВИТКУ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я , ЩО НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ.**
2. НДР «Наукове забезпечення і моніторинг реформування системи медичної допомоги в пілотних регіонах: Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»; 0112U002807, 2012-2014 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. При формуванні перспективного плану розвитку мережі закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають первинну медичну допомогу (ПМД) рекомендується використовувати мережеве планування на основі використання діаграми Ганта. Підготовчий етап формування плану розвитку мережі ЗОЗ ПМД включає проведення аналізу медико-демографічних показників території обслуговування (чисельність, щільність розселення та віко-статеву структуру населення, стан здоров'я); потреб прикріпленого населення в ПМД; ресурсного забезпечення та організаційно-функціональної структури первинної ланки охорони здоров'я відповідної адміністративно-територіальної одиниці; порядку надання спеціалізованої медичної допомоги у ЗОЗ відповідної адміністративно-територіальної одиниці; основних показників діяльності ЗОЗ відповідної адміністративно-територіальної одиниці. Другий етап формування плану розвитку мережі ЗОЗ ПМД передбачає визначення фактичних потреби у

кадрових, фінансових та матеріально-технічних ресурсах для зміцнення системи ПМД, а також потреби у мережі амбулаторій для досягнення нормативу, визначеного МОЗ України. На третьому етапі проводяться розрахунки чисельності лікарів (терапевтів, педіатрів та інших спеціальностей) та молодших спеціалістів з медичною освітою, що підлягають перепідготовці зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина», та видатків на перепідготовку та інвентаризація з визначення потреб у дооснащенні відповідно до таблицю оснащення, затвердженого МОЗ України, та необхідних на це видатків.

8. Створення ефективної мережі ЗОЗ, що надають ПМД з максимальним наближенням до населення та забезпеченням реалізації права пацієнтів на вільний вибір лікаря із її кадровим укомплектуванням та матеріально-технічним оснащенням.
9. Немає.
10. Відсутність інформації про формування перспективного плану розвитку мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Міністерство охорони здоров'я України.
15. Яценко Ю.Б., Шевченко М.В., Надутий К.О., Кондратюк Н.Ю., Дяченко Т.В. (044) 576-41-13.

Реєстр. № 344/1/14

1. **МЕХАНІЗМ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ЗІ ЗАСТОСУВАННЯМ МОБІЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**
2. НДР «Вивчення впливу несприятливих зовнішніх чинників Сумської області на стан здоров'я населення», 0105U002471; «Наукове обґрунтування якості медичної допомоги та стану здоров'я населення на регіональному рівні», 0110U007572; «Наукове обґрунтування та розробка моделі моніторингу якості надання медичної допомоги населенню України», 0112U002808, 2012-2014 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Розроблення інформаційно-аналітичної системи нагадування про необхідність виконання рекомендацій лікаря хворим артеріальною гіпертензією і оберненого зв'язку з лікарем загальної практики – сімейної медицини. Алгоритм дій створення інформаційно-аналітичної системи нагадування хворих артеріальною гіпертензією на первинному рівні надання медичної допомоги: створення реєстру даних хворих артеріальною гіпертензією з номерами мобільних телефонів; отримання згоди пацієнтів на використання їх персональних даних; узгодження зручного часу для інформування хворих; створення інформаційної технології нагадування (SMS-повідомлення); розробка тексту: «Шановний пацієнт, будь-ласка, виміряйте артеріальний тиск та прийміть ліки. Ваш лікар»; визначення періодичності інформування (загальний період нагадування – 6 місяців): - 1-й місяць: нагадування через один день; - 2-й місяць: інформування двічі на тиждень; - 3-6-й місяці: нагадування один раз на тиждень. Наступним етапом дослідження було створення автоматизованої системи нагадування пацієнтів з підтримкою двостороннього спілкування (онлайн-системи запитань-

відповідей стану здоров'я) та розроблена спеціальна анкета-опитувальник, що містить запитання про стан здоров'я, умови життя і харчування, періодичність контролю тиску, прийому ліків, пропозиціями щодо покращення якості медичної допомоги. Пацієнтам система надає можливість поставити запитання, консультуватися зі своїм лікарем загальної практики – сімейної медицини. Розроблений алгоритм передбачає реалізацію двостороннього спілкування з пацієнтами і включає наступні дві складові (етапи функціонування системи): повідомлення – нагадування пацієнтові про необхідність виконання певних дій з лікувальною метою, а також відповідь на дане повідомлення з наступним обліком даних. У системі передбачено можливість виконувати аналіз повідомлень пацієнтів для відповідної медичної реакції зі створенням бази даних та виконанням статистичної обробки. Після статистичної обробки інформація передається лікарю загальної практики – сімейної медицини і в аналітичний центр закладу охорони здоров'я, де накопичується та аналізується експертами з метою прийняття управлінського рішення на рівні структурного підрозділу. Алгоритм функціонування системи оберненого зв'язку такий: 1) у SMS-повідомленні надається пропозиція про можливість участі у системі онлайн-анкетуванні щодо показників здоров'я та дотримання рекомендацій лікаря загальної практики – сімейної медицини (артеріальний тиск, пульс, фактори ризику та ін.); 2) аналіз лікарем загальної практики – сімейної медицини анкети хворого артеріальною гіпертензією. Формування рекомендацій; 3) отримання рекомендацій хворим через онлайн-систему; 4) статистична обробка результатів системи онлайн-анкетування (моніторингу); 5) аналіз керівництвом закладу (відділення) результатів статистичної обробки. На першому етапі функціонування системи, здійснюється масове оповіщення хворих на артеріальну гіпертензію текстом відповідного змісту. Дана можливість має на увазі відправку Short Messaging Service – повідомлення (SMS) на мобільний номер пацієнта. В розробленій моделі використовується програмне забезпечення для клієнтів сервісів масової розсилки. На основі договірних відносин з оператором масової розсилки та реєстрації альфа-імені. На етапі розробки системи для того, щоб клієнт впізнав повідомлення «в обличчя», а не розцінював його як спам, ми вважали, що зручніше за все в якості альфа-імені використовувати „здоров'я”, яке одержувач зможе однозначно визначати, як відоме йому. На першому етапі розсилка повідомлень SMS проводиться за допомогою безкоштовної програми ePochta SMS (офіційний сайт - <http://www.epochta.ru/products/sms/soft.php>).

8. Покращення показників здоров'я населення, зменшення кількості загострень (інсультів, інфарктів), викликів лікарів екстреної медичної допомоги хворими артеріальною гіпертензією, що дасть значний економічний ефект та покращить якість життя цієї категорії хворих.
9. Немає.
10. Міністерством охорони здоров'я приділяється значна увага автоматизації медичної галузі, зокрема розроблена Концепція інформатизації охорони здоров'я України на 2014-2018 роки, яку підтримало Державне агентство з питань науки, інновацій та інформатизації України. Разом з цим, слід зауважити, що впровадження автоматизованих систем управління в сфері охорони здоров'я знаходиться лише на початковому етапі. В теперішній час в Україні не існує ефективних медичних автоматизованих систем, які б інформували пацієнта про лікування в зручній для нього формі. За результатами опитування хворих артеріальною гіпертензією виявлено, що основною причиною невиконання призначень лікаря є те, що пацієнти «забувають» виконувати профілактичні і лікувальні рекомендації. Таким чином, створення системи автоматизованого

нагадування пацієнтам про виконання профілактичних і лікувальних рекомендацій лікаря на сьогодні стає актуальним завданням. Універсальне і просте у використанні програмне забезпечення для швидкого відправлення SMS через інтернет дозволить охопити значне коло пацієнтів різних вікових категорій, незалежно від місця проживання та віддаленості від лікувального закладу. Основними перевагами вказаного програмного забезпечення є: відправка як одиничних, так і масових розсилок повідомлень SMS; можливість завдання будь-якого альфанумеричного імені відправника (повідомлення SMS може бути відправленим як з висвітленням безпосередньо номеру телефона відправника, так і від будь-якого імені, наприклад, «здоров'я» і т.п.); надходження звітів про доставку повідомлень SMS з точним вказанням часу надходження повідомлення до адресата; зручна, та спрямована на увідомлення відправника про необхідність поповнення, перевірка балансу рахунку в сервісі ePochta SMS; можливість автоматичного завантаження програми при включенні Windows; портативність: можна просто копіювати дистрибутив програми і переносити на будь-який комп'ютер, незалежно від наявності локальної сітки. Крім того, неможливо не відмітити переваги програми ePochta SMS для непрофесійного користувача комп'ютерних технологій, якими переважно є медичні працівники: простий і зручний інтерфейс, простота установки та налаштування (користувачу достатньо ввести логін і пароль в системі ePochta SMS, безпосередньо після цього він може відправляти повідомлення SMS до цільового контингенту); гнучка система управління додатками; програма безкоштовна, оплата здійснюється виключно мобільному оператору за відправлення повідомлень SMS.

11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Сміянов В.А. (0507713008).

Реєстр. № 345/1/14

1. **МОДЕЛЬ ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування моделі гендерної рівності в охороні здоров'я України».
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. В охороні здоров'я гендерна рівність визначається рівними можливостями доступу до отримання медичної допомоги та використання медичних послуг однакової якості для чоловіків та жінок, залежно від їх потреб. Запропонована модель гендерної рівності забезпечить виявлення наявних проблем та особливих потреб чоловіків і жінок при отриманні медичних послуг та сприятиме досягненню рівних можливостей для них в охороні здоров'я. Запропоновані заходи можуть стати основою для розробки програм щодо забезпечення гендерної рівності в галузі.
8. Сприятиме покращенню стану здоров'я населення України, забезпеченню рівних прав та можливостей для чоловіків та жінок в сфері охорони здоров'я залежно від їх потреб.
9. Немає.

10. Розроблена модель гендерної рівності є науковим підґрунтям для розробки та запровадження комплексних програм у сфері охорони здоров'я.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Слабкий Г.О., Медведовська Н.В., Горбань А.Є., Крапівіна А.А. (0977455579).

Реєстр. № 346/1/14

1. **МОДЕЛЬ ІНТЕГРАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ З ВІЛ/СНІД НА ПЕРВИННИЙ РІВЕНЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.**
2. НДР «Розробка сучасних стратегій, моделей і технологій в умовах формування здорового способу життя та боротьби з чинниками ризику», 0113U002875, 2013-2014 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Визначено алгоритм дій сімейного лікаря з надання всіх видів медичної допомоги з ВІЛ/СНІД. Розроблено умови, за яких сімейний лікар може бути злученим до активного надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІД.
8. Зниження рівня стигматизації та підвищення рівня толерантності населення до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.
9. Додаткових не потрібно.
10. Зниження рівня стигматизації та підвищення рівня толерантності населення до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Слабкий Г.О., Крисько М.О., Мельник П.С. (0501711648).

Реєстр. № 347/1/14

1. **МОДЕЛЬ КОМУНІКАЦІЙ З ПРОПАГАНДИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ.**
2. НДР «Розробка сучасних стратегій, моделей і технологій в умовах формування здорового способу життя та боротьби з чинниками ризику», 0113U002875, 2013-2014 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Представлена комплексна міжсекторальна модель комунікацій, яка включає стратегію пропаганди здорового способу життя у населення та формування відповідального відношення до свого здоров'я шляхом представлення постійної, дозованої різноманітної позитивної та негативної інформації для всієї громади, груп цільового впливу та на рівні сім'ї і окремих громадян. Розроблена методика визначення ефективності комунікацій на різних рівнях інформаційного впливу.

8. Підвищення рівня здоров'я населення шляхом впровадження його здорового способу життя.
9. Комп'ютерна техніка. Друковані засоби комунікації.
10. Низький рівень здорового способу життя населення країни.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Слабкий Г.О., Горбань А.Є., Знаменська М.А., Дзюба О.М., Олексієнко О.В., (0501711648).

Реєстр. № 348/1/14

1. **МОДЕЛЬ КОМУНІКАЦІЙ НА РІВНІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**
2. НДР «Наукове обґрунтування розробки системи комунікаційних технологій в охороні здоров'я України», 0112U002810, 2012-2014 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Модель включає зміст, обсяги, терміни, засоби та потоки інформації в закладі охорони здоров'я на рівні адміністрації, структурних підрозділів та окремих медичних працівників, а також між закладом охорони здоров'я і місцевими органами влади, населенням, недержавними організаціями, які працюють в області охорони здоров'я, підприємствами і організаціями різних форм власності, з іншими закладами охорони здоров'я та науковими і навчальними закладами і установами, пацієнтами.
8. Підвищення рівня інформованості медичних працівників закладу охорони здоров'я, органів місцевого самоврядування та населення з питань організації медичної допомоги в закладі охорони здоров'я та умов підвищення якості та ефективності медичної допомоги.
9. Додатково не потрібно.
10. Недосконалість організації внутрішніх та зовнішніх комунікацій на рівні закладів охорони здоров'я.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Слабкий Г.О., Знаменська М.А., Дзюба О.М., Пархоменко Г.Я. (0501711648).

Реєстр. № 349/1/14

1. **МОДЕЛЬ НАУКОВО-МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОМУНІКАЦІЙ З РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**
2. НДР «Наукове обґрунтування розробки системи комунікаційних технологій в охороні здоров'я України», 0112U002810, 2012-2014 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.

7. Представлено наукові дані та досвід країн світу з комунікативного забезпечення процесу реформ охорони здоров'я. В модель включено рівні комунікацій з реформування системи охорони здоров'я, диференційовані методи, засоби та форми комунікацій в залежності від мети інформаційного впливу та цільової аудиторії. Передбачені планові та акордні заходи комунікації.
8. Підвищення рівня прихильності населення та медичних працівників до реформи охорони здоров'я в країні.
9. Комп'ютерна техніка.
10. Низький рівень науково-методичне забезпечення управлінців та організаторів охорони здоров'я з питань організації комунікацій з реформування охорони здоров'я та підтримки населенням реформи охорони здоров'я.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Слабкий Г.О., Горбань А.Є., Знаменська М.А., Дзюба О.М., Русняк В.А. (0501711648).

Реєстр. № 350/1/14

1. **МОДЕЛЬ НАУКОВО-МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**
2. НДР «Наукове забезпечення і моніторинг реформування системи медичної допомоги в пілотних регіонах: Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», 0112U002807, 2012-2014 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Розроблено оптимізований механізм формування замовлення на виконання науково-дослідних робіт з наукового обґрунтування заходів реформи охорони здоров'я, визначення оптимальних виконавців і комплексування при виконанні наукових досліджень, способи представлення та використання результатів дослідження на центральному та регіональному рівнях.
8. Підвищення рівня наукового обґрунтування заходів з реформування системи охорони здоров'я та забезпечення її ефективного проведення.
9. Комп'ютерна техніка.
10. Низький рівень наукового забезпечення заходів з реформування системи охорони здоров'я.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Міністерство охорони здоров'я України; Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи Міністерства охорони здоров'я України.
15. Слабкий Г.О., Мельник П.С., Горбань А.Є., Русняк В.А. (0501711648).

Реєстр. № 351/1/14

1. **МОДЕЛЬ ОПТИМІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОБЛАСНОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**
2. НДР «Наукове забезпечення і моніторинг реформування системи медичної допомоги в пілотних регіонах: Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», 0112U002807, 2012-2014 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Немає.
8. Немає.
9. Додатково не потрібно.
10. Низький рівень якості медичної допомоги та використання ресурсів на рівні обласних лікарень.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Слабкий Г.О., Горбань А.С., Готь Н.Р., Дзюба О.М., Пархоменко Г.Я., Качур О.Ю. (0501711648).

Реєстр. № 352/1/14

1. **МОДЕЛЬ ОРГАНІЗАЦІЇ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ.**
2. НДР «Наукове забезпечення і моніторинг реформування системи медичної допомоги в пілотних регіонах: Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», 0112U002807, 2012-2014 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Представлено алгоритм дій сімейного лікаря з проведення відновного лікування в умовах сімейної лікарської амбулаторії і на дому, який полягає в наступному: визначення готовності пацієнта та його родини до проведення комплексу відновного лікування, проведення реабілітаційної діагностики та встановлення реабілітаційного прогнозу, розробку індивідуальної програми відновного лікування та її виконання з забезпеченням технічними засобами реабілітації, контроль процесу реабілітації та визначення її ефективності. Розроблено механізм міжсекторальної взаємодії в процесі організації відновного лікування на первинному рівні надання медичної допомоги.
8. Покращення здоров'я населення та зниження рівня первинного виходу на інвалідність.
9. У відповідності до табеля оснащення сімейних амбулаторій.
10. Високий рівень захворюваності населення та низький рівень використання відновного лікування на рівні первинної медико-санітарної допомоги.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».

14. Київська міська клінічна лікарня «Центр мікрохірургії ока»; Київська міська клінічна лікарня № 1.
15. Слабкий Г.О., Троянов Д.П., Бурдим Ю.В. (0501711648).

Реєстр. № 353/1/14

1. **МОДЕЛЬ ПРОФІЛАКТИКИ ОЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ З РІЗНИМ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИМ СТАТУСОМ.**
2. НДР «Наукове забезпечення реалізації Європейської політики ЗДВ-21 в умовах оптимізації системи охорони здоров'я України», 0112U002809, 2012-2014 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Оптимізовано систему профілактичних оглядів дітей незалежно від їх соціально-економічного стану та місця перебування з диференційованим наглядом сімейним лікарем (лікарем - офтальмологом дитячим) в залежності від стану здоров'я органу зору у дітей. Розроблено маршрути пацієнтів за рівнями надання медичної допомоги в залежності від потреби в медичній допомозі. Модель базується на міжсекторальному підході з активним залучення до процесу збереження та зміцнення здоров'я у дітей членів родини, працівників навчальних закладів, соціальних служб та меценатів. Розроблено програму діяльності «Школи здорового зору дитини».
8. Зниження рівня захворюваності дітей на хвороби органу зору.
9. Додаткового не потрібно
10. Високий рівень захворюваності дітей на хвороби органу зору.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Слабкий Г.О., Риков С.О., Троянов Д.П., Андрейчин Л.В., Медведовська Н.В. (0501711648).

Реєстр. № 354/1/14

1. **МОДЕЛЬ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ З ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ ТА ПСИХОТРОПНИХ РЕЧОВИН НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.**
2. НДР «Розробка сучасних стратегій, моделей і технологій в умовах формування здорового способу життя та боротьби з чинниками ризику», 0113U002875, 2013-2014 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Розроблено алгоритм профілактичної роботи сімейного лікаря на індивідуальному рівні, рівні сім'ї, окремих груп населення, громади та методологію міжсекторальної взаємодії з органами соціального захисту населення, навчальними закладами, громадськими організаціями, органами внутрішніх справ та неформальними, в громаді в цілому і серед молоді, лідерами. Передбачена сумісна робота з священнослужителями.

8. Зменшення рівня вживання наркотиків та психотропних речовин та зниження рівня порушення психіки та поведінки в наслідок їх вживання.
9. Комп'ютерна техніка.
10. Зростання рівня вживання наркотиків та психотропних речовин в умовах пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Слабкий Г.О., Кручаниця В.В., Олексієнко О.В., Горбань А.Є., Дзюба О.М. (0501711648).

Реєстр. № 355/1/14

1. **МОНІТОРИНГ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ БЮДЖЕТНИХ КОШТІВ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування підвищення ефективності системи фінансування охорони здоров'я при проведенні економічних реформ в Україні», 0111U004017, 2011-2013 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Моніторинг реалізації бюджетної програми передбачає аналіз ефективності використання бюджетних коштів, шляхів досягнення поставленої мети, завдань, напрямів та інших результативних показників програми. Моніторинг проводиться шляхом збору даних, що забезпечують отримання результатів моніторингу; аналізу отриманих у процесі моніторингу даних; підготовки результатів моніторингу. Дизайн проведення моніторингу: Підготовчий етап: здійснення низки заходів, спрямованих на підготовку проведення моніторингу (підготовка інструментарію моніторингу, робочого плану проведення, формування моніторингової групи). Проведення моніторингу. Моніторинг реалізації бюджетної програми передбачає аналіз ефективності використання бюджетних коштів, шляхів досягнення поставленої мети, завдань, напрямів та інших результативних показників програми. Моніторинг проводиться шляхом збору даних, що забезпечують отримання результатів моніторингу; аналізу отриманих у процесі моніторингу даних; підготовки результатів моніторингу. Дизайн проведення моніторингу: 1) Підготовчий етап: здійснення низки заходів, спрямованих на підготовку проведення моніторингу (підготовка інструментарію моніторингу, робочого плану проведення, формування моніторингової групи); 2) Проведення моніторингу; 3) Аналіз результатів: систематизація отриманої внаслідок реалізації попереднього етапу інформації, узагальнення результатів; 4) Розробка рекомендацій. До завдань моніторингу програм належать такі: перевірка фінансування визначених завдань, у тому числі ефективності використання бюджетних коштів; визначення стану реалізації запланованих завдань і заходів бюджетної програми; уточнення чи перегляд переліку і ресурсного забезпечення заходів програми, механізмів їх реалізації; уточнення прогностичних даних для показників реалізації програми; відстеження змін, у тому числі нормативно-правової бази; звітування перед громадськістю. Структура моніторингу формується на етапі розроблення бюджетної програми, зокрема

розробки її логічної моделі. Показники для моніторингу бюджетної програми добираються на основі дотримання вимог: незначна кількість для кожного із завдань, яка збільшується за умови переходу на інший рівень моніторингу заходів; релевантність, тобто відповідність реальним проблемам у наданні первинної медичної допомоги в регіоні; репрезентативність; доступність даних, що означає їх збір у рамках існуючих систем державної статистики, управлінської звітності, вивчення громадської думки, наявності ресурсів для їх збору в рамках процесу моніторингу; можливість періодичного визначення через короткі проміжки часу; вимірюваність, тобто можливість виразу у звичайних числах або відсотках; легкість тлумачення показників для аналізу та прийняття рішень. Встановлення безпосереднього зв'язку між виділенням бюджетних коштів та результатами їх використання, підвищення ефективності розподілу і використання бюджетних коштів здійснюється шляхом застосування елементів програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги. 5) Аналіз результатів: систематизація отриманої внаслідок реалізації попереднього етапу інформації, узагальнення результатів. 6) Розробка рекомендацій. До завдань моніторингу програм належать такі: перевірка фінансування визначених завдань, у тому числі ефективності використання бюджетних коштів; визначення стану реалізації запланованих завдань і заходів бюджетної програми; уточнення чи перегляд переліку і ресурсного забезпечення заходів програми, механізмів їх реалізації; уточнення прогнозних даних для показників реалізації програми; відстеження змін, у тому числі нормативно-правової бази; звітування перед громадськістю. Структура моніторингу формується на етапі розроблення бюджетної програми, зокрема розробки її логічної моделі. Показники для моніторингу бюджетної програми добираються на основі дотримання вимог: незначна кількість для кожного із завдань, яка збільшується за умови переходу на інший рівень моніторингу заходів; релевантність, тобто відповідність реальним проблемам у наданні первинної медичної допомоги в регіоні; репрезентативність; доступність даних, що означає їх збір у рамках існуючих систем державної статистики, управлінської звітності, вивчення громадської думки, наявності ресурсів для їх збору в рамках процесу моніторингу; можливість періодичного визначення через короткі проміжки часу; вимірюваність, тобто можливість виразу у звичайних числах або відсотках; легкість тлумачення показників для аналізу та прийняття рішень. Встановлення безпосереднього зв'язку між виділенням бюджетних коштів та результатами їх використання, підвищення ефективності розподілу і використання бюджетних коштів здійснюється шляхом застосування елементів програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги.

8. Рациональне використання коштів державного бюджету України на рівні розпорядників коштів.
9. Немає.
10. Можливість проведення комплексного аналізу використання бюджетних коштів та визначення досягнутих результатів у процесі реалізації бюджетних програм, що здійснюється за результатами виконання бюджетних програм за рік.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Міністерство охорони здоров'я України

Реєстр. № 356/1/14

- 1. НОВІ МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ЩОДО ФОРМУВАННЯ ФОНДУ ОПЛАТИ ПРАЦІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА ВСТАНОВЛЕННЯ НАДБАВОК ЗА ЯКІСТЬ ВИКОНАНОЇ РОБОТИ ПРАЦІВНИКАМ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування підвищення ефективності системи фінансування охорони здоров'я при проведенні економічних реформ в Україні», 0111U004017, 2011-2013 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Формування фонду оплати праці та визначення розміру надбавок медичним працівникам здійснюється постійно діючою тарифікаційною комісією закладу охорони здоров'я, яку очолює керівник закладу охорони здоров'я. Примірний алгоритм роботи щодо формування фонду оплати праці та збору даних для визначення показників, на підставі яких встановлюються надбавки за обсяг та якість, передбачає декілька етапів:
 - підготовчий – наказом керівника ЗОЗ затверджується склад постійно діючої тарифікаційної комісії, до якої включаються: заступник керівника з економічних питань (спеціаліст-економіст), головний бухгалтер, працівник, спеціалісти, які займаються кадровими та інформаційно-аналітичними питаннями, голова профспілкового комітету та інші особи, які можуть залучатися керівником для визначення показників, на підставі яких встановлюються надбавки, а також обов'язки та відповідальність членів комісії щодо надання достовірної інформації, інші організаційно-розпорядчі документи з організації роботи щодо запровадження надбавок;
 - організація роботи по збору та обробці даних щодо показників, на підставі яких визначаються розміри надбавок за обсяг та якість виконаної роботи;
 - аналіз та оцінка отриманих показників;
 - складання тарифікаційного списку з встановленням по кожному працівнику конкретних розмірів посадових окладів, надбавок за обсяг та якість виконаної роботи та інших доплат і надбавок, передбачених діючими умовами оплати праці.

Розмір надбавки за якість виконаних робіт визначається на підставі показників якості попереднього кварталу та нараховується щомісячно протягом поточного кварталу за фактично відпрацьований час.

Запропоновано наступні показники для оцінки роботи медичних працівників первинної ланки:

 - питома вага своєчасно діагностованих онкозахворювань на ранній стадії (I і II стадії) серед вперше виявлених хворих на візуальні форми раку (K₁);
 - показник виконання плану проведення скринінгових досліджень на рак шийки матки (70 відсотків) (K₂);
 - визначення показника виконання плану проведення флюорографічного обстеження групи медичного ризику (90 відсотків і більше) (K₃);
 - показник питомої ваги пацієнтів з КСБ(+) у мокротинні серед усіх хворих з підозрою на ТБ або його рецидив, які були обстежені бактеріоскопічно у ТБ-лабораторіях 1 рівня при зверненні за медичною допомогою до закладів первинної медико-санітарної допомоги (K₄);

- показник питомої ваги дітей віком 6 місяців, які протягом звітного періоду перебували на грудному вигодовуванні (60 відсотків і більше) (К₅);
 - виконання календарного плану проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів здорової дитини віком до 3 років (95 відсотків) (К₆);
 - показник рівня первинної захворюваності на гострий інфаркт міокарда та гострі інсульти серед населення працездатного віку прикріпленого населення відповідного віку (К₇);
 - визначення рівня госпіталізації до закладів охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу в стаціонарних умовах, на 100 осіб прикріпленого населення (за місцем проживання (перебування) (К₈);
 - визначення кількості виїздів за викликами екстреної медичної допомоги до хронічних хворих на 1000 осіб прикріпленого населення (за місцем проживання (перебування) (К₉);
 - визначення кількості консультативних висновків з приводу захворювання до лікаря вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в амбулаторних умовах на 1000 прикріпленого населення (за місцем проживання (перебування) (К₁₀).
- Розроблено методичні підходи до обліку та збору відповідних показників, визначено механізм взаємодії між закладами охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу в амбулаторних умовах та Центрами ПМСД, процес обміну інформацією для визначення показників якості між закладами охорони здоров'я, які надають первинну, вторинну (спеціалізовану) та екстрену медичну допомогу.
8. Підвищення рівня оплати праці медичних працівників первинної ланки як мінімум на 50%, що сприятиме підвищенню рівня їх соціальної захищеності та підвищення престижності роботи в закладах, які надають первинну медичну допомогу.
 9. Немає.
 10. Методичні підходи до формування фонду оплати праці працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу системи охорони здоров'я, та нарахування надбавок за якість виконаної роботи медичним працівникам, які надають первинну медичну допомогу у Центрах ПМСД.
 11. Немає.
 12. Відсутні, враховуючи їх запровадження в рамках чинного законодавства України.
 13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
 14. Міністерство охорони здоров'я України.
 15. Шевченко М.В., Купліванчук А.В. (044) 576-41-13.

Реєстр. № 357/1/14

1. **ОПЕРАТИВНЕ УПРАВЛІННЯ БЮДЖЕТНОЮ ПРОГРАМОЮ В ХОДІ ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування підвищення ефективності системи фінансування охорони здоров'я при проведенні економічних реформ в Україні», 0111U004017, 2011-2013 рр.
3. Соціальна медицина, організація і управління охороною здоров'я.
4. 2+, С.
5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір наукового характеру «Методичні рекомендації щодо підготовки проекту Плану підвищення доступності та якості первинної медичної допомоги у регіоні на 2014-2016 роки» № 53937, дата реєстрації 05.03.2014 р.
6. Немає.

7. Моніторинг реалізації бюджетної програми передбачає аналіз ефективності використання бюджетних коштів, шляхів досягнення поставленої мети, завдань, напрямів та інших результативних показників програми. Моніторинг проводиться шляхом збору даних, що забезпечують отримання результатів моніторингу; аналізу отриманих у процесі моніторингу даних; підготовки результатів моніторингу. Дизайн проведення моніторингу: 1) Підготовчий етап: здійснення низки заходів, спрямованих на підготовку проведення моніторингу (підготовка інструментарію моніторингу, робочого плану проведення, формування моніторингової групи); 2) Проведення моніторингу; 3) Аналіз результатів: систематизація отриманої внаслідок реалізації попереднього етапу інформації, узагальнення результатів; 4) Розробка рекомендацій. До завдань моніторингу програм належать такі: перевірка фінансування визначених завдань, у тому числі ефективності використання бюджетних коштів; визначення стану реалізації запланованих завдань і заходів бюджетної програми; уточнення чи перегляд переліку і ресурсного забезпечення заходів програми, механізмів їх реалізації; уточнення прогностичних даних для показників реалізації програми; відстеження змін, у тому числі нормативно-правової бази; звітування перед громадськістю. Структура моніторингу формується на етапі розроблення бюджетної програми, зокрема розробки її логічної моделі. Показники для моніторингу бюджетної програми добираються на основі дотримання вимог: незначна кількість для кожного із завдань, яка збільшується за умови переходу на інший рівень моніторингу заходів; релевантність, тобто відповідність реальним проблемам у наданні первинної медичної допомоги в регіоні; репрезентативність; доступність даних, що означає їх збір у рамках існуючих систем державної статистики, управлінської звітності, вивчення громадської думки, наявності ресурсів для їх збору в рамках процесу моніторингу; можливість періодичного визначення через короткі проміжки часу; вимірюваність, тобто можливість виразу у звичайних числах або відсотках; легкість тлумачення показників для аналізу та прийняття рішень.
8. Рациональне використання коштів державного бюджету України на рівні розпорядників коштів. Встановлення безпосереднього зв'язку між виділенням бюджетних коштів та результатами їх використання, підвищення ефективності розподілу і використання бюджетних коштів здійснюється шляхом застосування елементів програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги.
9. Немає.
10. Можливість проведення комплексного аналізу використання бюджетних коштів та визначення досягнутих результатів у процесі реалізації бюджетних програм, що здійснюється за результатами виконання бюджетних програм за рік.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Державна наукова установа «Науково-практичний центр клінічної та профілактичної медицини» Державного управління справами.
15. Ященко Ю.Б., Шевченко М.В., Кондратюк Н.Ю., Торжевська О.М. (044) 284-71-06.

1. **ОПТИМІЗОВАНА СИСТЕМА ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДОРΟΣЛОМУ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**
2. НДР «Наукове забезпечення реалізації Європейської політики ЗДВ-21 в умовах оптимізації системи охорони здоров'я України», 0112U002809, 2012-2014 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Оптимізована система офтальмологічної допомоги дорослому населенню України, яка відповідає стратегії реформування охорони здоров'я країни і передбачає структурну перебудову з залученням до процесу надання медичної допомоги населенню з патологією органу зору сімейних лікарів за визначеними компетенціями, впровадження на рівні консультативних поліклінік кабінетів оптометристів з системою їх підготовки, формуванням у складі лікарень інтенсивної допомоги другого рівня офтальмологічних відділень та консультативних кабінетів лікарів-офтальмологів з денними стаціонарами у складі консультативно-діагностичних центрів і обласних (міжобласних) центрів мікрохірургії ока. Представлена структура вказаних центрів. Передбачено удосконалення матеріально-технічної бази, підготовки спеціалістів та впровадження сучасних клінічних технологій.
8. Зниження рівня часткової та повної втрати зору населення України.
9. Додаткового не потрібно.
10. Високий рівень захворюваності населення на хвороби органу зору та недосконала система офтальмологічної допомоги населенню.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Немає.
15. Слабкий Г.О., Риков С.О., Мельник П.С., Троянов Д.П., Дзюба О.М., Андрейчин Л.В. (0501711648).

Реєстр. № 359/1/14

1. **ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ БЮДЖЕТНОЇ ПРОГРАМИ «ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА НАСЕЛЕННЮ».**
2. НДР Оцінка ефективності бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню».
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С,
5. Немає.
6. Немає.
7. Оцінка ефективності бюджетних програм здійснюється у відповідності до Методики здійснення порівняльного аналізу ефективності бюджетних програм, які здійснюються розпорядниками коштів місцевих бюджетів, розробленою Міністерством фінансів України спільно з Інститутом бюджету та соціально-економічних досліджень. Шкала оцінки ефективності бюджетної програми «Первинна медична допомога» складається з трьох ступенів: висока ефективність програми - 215 і більше балів, середня ефективність програми – 190 - 215 балів, низька ефективність програми – менше 190 балів. У випадках, коли бюджетна програма за результатами аналізу має низьку ефективність

- (менше 190 балів) необхідно: провести поглиблений аналіз за усіма результативними показниками бюджетної програми (показники затрат, продукту, ефективності та якості) у розрізі кожного завдання окремо; провести аналіз факторів, що мали негативний, які мали негативний вплив на виконання бюджетної програми, вказавши внутрішні фактори (на які головний розпорядник/розпорядник нижчого рівня міг впливати) та зовнішні фактори (на які головний розпорядник/розпорядник нижчого рівня не міг впливати, включаючи фактори-мажорні обставини); визначити причини, через які досягнуто запланованих результатів та надати обґрунтовані пропозиції щодо поліпшення результативних показників бюджетної програми.
8. Рациональне використання коштів державного бюджету України на рівні розпорядників коштів.
 9. Немає.
 10. Можливість співставлення ефективності використання коштів різними розпорядниками за однією бюджетною програмою.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
 14. Міністерство охорони здоров'я України.
 15. Яценко Ю.Б., Шевченко М.В., Кондратюк Н.Ю., Купліванчук А.В., Самелюк Г.А. (044) 576-41-49.

Реєстр. № 360/1/14

1. **СИСТЕМА ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ПОПЕРЕДНИКІВ ПЕРЕДПУХЛИННИХ СТАНІВ.**
2. НДР «Методологія розробки програм масового скринінгу неінфекційних захворювань серед населення на рівні первинної ланки медико-санітарної допомоги», 0113U002873, 2013-2015 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Запропоновані ступенева технологія оздоровлення населення в закладах охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу, як основа вторинної профілактики, методика оцінки ефективності вторинної профілактики та організація диспансеризації за методикою замкненого моніторингу, що призведе до суттєвого зменшення смертності й інвалідизації пролікованих.
8. Підвищення якості та ефективності лікування та диспансерного нагляду за пацієнтами з передраковими та онкологічними захворюваннями.
9. Комп'ютерна техніка.
10. Незадовільний стан здоров'я населення та високий рівень захворюваності на онкологічні хвороби.
11. Немає.
12. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
13. ДВНЗ «Ужгородський національний університет».
14. Мельник П.С., Слабкий Г.О., Рогач І.М., Северин Г.К., Горбань А.Є., Погоріляк Р.Ю., Качала Л.О., Дзюба О.М. (0501711648).

Реєстр. № 361/1/14

1. **СИСТЕМА ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ТА РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.**
2. НДР «Методологія розробки програм масового скринінгу неінфекційних захворювань серед населення на рівні первинної ланки медико-санітарної допомоги», 0113U002873, 2013-2015 рр.
3. Соціальна медицина.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Запропоновані алгоритм обстеження лікарями первинної ланки, ступенева технологія оздоровлення населення як основа первинної профілактики, методика оцінки ефективності первинної профілактики та організація диспансеризації за методикою замкненого моніторингу.
8. Підвищення якості профілактичних заходів та раннього виявлення передракових та онкологічних захворювань та їх оздоровлення дозволить в 1,5 рази знизити дану захворюваність.
9. Комп'ютерна техніка.
10. Високий рівень онкологічної захворюваності населення.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Ужгородський національний університет.
15. Слабкий Г.О., Рогач І.М., Северин Г.К., Горбань А.Є., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю., Дзюба О.М. (0501711648).

Реєстр. № 362/1/14

1. **ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ РОЗРОБКИ ПЛАНУ РЕАГУВАННЯ ТА ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПІД ЧАС ВИНИКНЕННЯ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ ТА ЛІКВІДАЦІЇ ЇХ НАСЛІДКІВ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування концепції реорганізування Державної служби медицини катастроф в сучасних умовах», 0112U0011491, 2010-2013 рр.
3. Соціальна медицина, організація і управління охороною здоров'я.
4. ▼.
5. Немає.
6. Немає.
7. Спосіб розробки Плану реагування та взаємодії закладів охорони здоров'я під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків ґрунтується на застосуванні єдиних принципів забезпечення першочергових потреб охорони здоров'я при подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій відповідно Схеми діяльності закладів охорони здоров'я.
8. Впровадження єдиної науково обґрунтованої схеми розробки Плану реагування та взаємодії закладів охорони здоров'я під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків з метою своєчасного забезпечення першочергових потреб охорони здоров'я та постраждалого від надзвичайних ситуацій населення.
9. Сучасна комп'ютерна та офісна техніка, мережа інтернет, карти-схеми потенційно небезпечних території, новітні довідники з питань охорони здоров'я тощо.

10. Отримання завдання на впровадження єдиного науково обґрунтованого підходу до управління закладом охорони здоров'я при удосконаленні плану діагностично-лікувальної тактики ведення постраждалих з поєднаною травмою.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Роцін Г.Г., Гур'єв С.О., Семенів І.П., Мазуренко О.В., Кузьмін В.Ю., Крилюк В.О., Падалка В.М. (044) 518-57-08.

Реєстр. № 363/1/14

1. **МОДЕЛЬ КООРДИНАЦІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ ТА МІЖНАРОДНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПОДОЛАННІ МЕДИКО-САНІТАРНИХ НАСЛІДКІВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРУ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування концепції реорганізування Державної служби медицини катастроф в сучасних умовах», 0112U0011491, 2010-2013 рр.
3. Соціальна медицина.
4. ▼.
5. Немає.
6. Немає.
7. Модель координації Національної та міжнародної допомоги при подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій природного характеру» ґрунтується на залученні до подолання медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій національних та міжнародних неурядових, благодійних та волонтерських організацій.
8. Впровадження запропонованої моделі дозволить скоротити час надходження необхідних ресурсів ОЗ до ураженого регіону на 24 години та збільшити їх кількість на 20%.
9. Фахівці з управління охороною здоров'я, Плани реагування на виникнення надзвичайної ситуації, сучасна комп'ютерна та офісна техніка, мережа Інтернет, карти-схеми потенційно небезпечних територій, новітні довідники з питань охорони здоров'я, тощо.
10. Розвиток надзвичайних ситуацій національного або міжнародного рівнів потенційно небезпечних територій та активізація Плану реагування на надзвичайні ситуації органів та закладів охорони здоров'я.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Мазуренко О.В. (044) 518-57-08.

Реєстр. № 364/1/14

1. **НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ВИМОГИ УКРАЇНИ ДО РЕЦЕПТІВ НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ ГРУПИ НАРКОТИЧНИХ АНАЛЬГЕТИКІВ.**
2. НДР «Клініко-фармакологічне дослідження застосування ад'ювантних лікарських засобів в паліативній та хоспісній медицині».
3. Соціальна медицина.
4. 4, С.

5. Немає.
6. Немає.
7. Представлені відповідні закони та підзаконні акти, що регулюють процеси виписування та відпуску наркотичних анальгетиків, законодавчі підходи до призначення та виписування наркотичних анальгетиків, основні терміни, що використовуються при виписуванні рецептів, загальноприйняті світові правила медичної та фармацевтичної практики та положення чинного законодавства України щодо виписування рецептів на наркотичні анальгетики.
8. Підвищення кваліфікаційного рівня лікарів закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності та підпорядкування, згідно з видами медичної практики, на які було видано ліцензію МОЗ України та відповідно до лікарських посад, які надають допомогу хворим з больовим синдромом та мають право виписувати рецепти, дозволить покращити доступність пацієнтів з важкими інкурабельними хворобами та обмеженою тривалістю життя до ефективного знеболення, щоб пацієнти не відчували надмірних страждань, особливо це стосується онкохворих в останні місяці і дні життя. Найбільш просто та доступно це питання можливо вирішити шляхом адекватного призначення знеболюючих лікарських засобів, включаючи наркотичні анальгетики.
9. Лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі та середні медичні працівники закладів ПМСД, персонал виїзних мультидисциплінарних бригад паліативної допомоги для надання ПХД вдома, лікарські засоби для ефективного знеболення.
10. Покращання доступності та якості надання амбулаторної паліативної та хоспісної допомоги пацієнтам з важкими інкурабельними хворобами та обмеженою тривалістю життя, які проживають у міській місцевості
11. Немає.
12. Немає.
13. Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика.
14. Немає.
15. Губський Ю.І., Нагорна О.О., Царенко А.В. (0673101675).

Реєстр. № 365/1/14

1. **ОПТИМАЛЬНА МОДЕЛЬ НАДАННЯ АМБУЛАТОРНОЇ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ МІСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УКРАЇНІ.**
2. НДР «Вивчення існуючого стану та розробка організаційної моделі амбулаторного обслуговування паліативних пацієнтів в міській та сільській місцевості».
3. Соціальна медицина.
4. 4, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Запропонована оптимальна дозволяє в умовах обмежених ресурсів забезпечити оптимальну доступність міського населення до амбулаторної і паліативної та хоспісної допомоги. Запропоновано критерії взяття на облік паліативних пацієнтів, принципи організації маршруту паліативного пацієнта з урахуванням наступності та безперервності, порядок організації виїзних мультидисциплінарних бригад паліативної допомоги для надання паліативної та хоспісної допомоги вдома, співпраці та координації з лікарями загальної практики-сімейними лікарями, лікарями та середніми медичними працівниками закладів ПМСД, соціальними службами, волонтерами.
8. Дозволяє покращити доступність та якість надання амбулаторної паліативної та хоспісної допомоги пацієнтам з важкими інкурабельними хворобами та

- обмеженою тривалістю (прогнозом) життя, які проживають у міській місцевості, що зменшує їхні страждання та підвищує якість життя паліативних пацієнтів і членів їхніх родин, дозволяє зменшити витрату бюджетних коштів та знизити соціальну напругу в суспільстві.
9. Лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі та середні медичні працівники закладів ПМСД, персонал виїзних мультидисциплінарних бригад паліативної допомоги для надання паліативної та хоспісної допомоги та санітарний транспорт, протипролежневі матраци, концентратори кисню та інші пристосування для догляду за лежачими хворими, лікарські засоби для ефективного знеболення.
 10. Покращення доступності та якості надання амбулаторної паліативної та хоспісної допомоги пацієнтам з важкими інкурабельними хворобами та обмеженою тривалістю життя, які проживають у міській місцевості.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
 14. Немає.
 15. Губський Ю.І., Толстих О.І., Брацюнь О.П., Царенко А.В. (0673101675).

Реєстр. № 366/1/14

1. **ОРГАНІЗАЦІЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У МІСЬКИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОЛІКЛІНІКАХ МУНІЦИПАЛЬНОЇ ФОРМИ ВЛАСНОСТІ В УМОВАХ РИНКОВОЇ ЕКОНОМІКИ.**
2. НДР «Інформаційно-аналітичне забезпечення модернізації системи охорони здоров'я», 01130002210, 2012-2015 рр.
3. Соціальна медицина, організація і управління охороною здоров'я.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Розроблена методика моделювання нового господарчого механізму функціонування у стоматологічних поліклініках муніципальної форми власності на засадах державно-приватного партнерства. Впровадження моделі дозволить стоматологічним поліклінікам муніципальної форми власності оптимізувати функціонально-організаційну діяльність.
8. Підвищення доступності та якості стоматологічної допомоги у стоматологічних поліклініках муніципальної форми власності, оптимізація їх мережі у відповідності до умов ринкової економіки. Зростання медичної, соціальної та економічної ефективності у стоматологічних поліклініках муніципальної форми власності.
9. Упорядкування нормативно-правового поля для функціонування сучасної моделі стоматологічного підприємства, яке поєднує різні економічні підходи; обґрунтування концептуальних основ розвитку у стоматологічних поліклініках муніципальної форми власності, розробка методики медичного бізнес-процесу, розробка стратегії роботи з персоналом у стоматологічних поліклініках муніципальної форми власності в нових економічних умовах.
10. Зниження доступності стоматологічної допомоги для населення, відсутність чіткого планування виробничої діяльності у муніципальних стоматологічних закладах та необхідність реалізації концепції побудови нової Національної системи охорони здоров'я України, розробленої Міністерством охорони здоров'я (2014 р.).
11. Немає.

12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України.
14. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи.
15. Фліс П.С., Савчук О.В., Канюра О.А., Голубчиков М.В., Новгородська Л.М. (044) 482-08-41.

Реєстр. № 367/1/14

1. **СМУГА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ РЯТУВАЛЬНИКІВ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування концепції реорганізування Державної служби медицини катастроф в сучасних умовах», 0112U0011491, 2010-2013 рр.
3. Соціальна медицина, організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 83602 Україна, МПК G09B 9/00. Заявник та патентовласник Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл 25.09.2013, Бюл. № 18/2013.
6. Немає.
7. Спосіб розробки вирішується тим, що у способі медикопсихологічної адаптації рятувальників який включає введення додатково в тренувальний процес посекційно муляжів (замуляжованих волонтерів) – імітаторів травматичних пошкоджень тіла людини забезпечуємо тренувальний процес близький до надзвичайної ситуації.
8. Цим способом забезпечуємо тренувальний процес близький до надзвичайної ситуації, що супроводжується людськими пошкодженнями та підвищуємо психологічну адаптації рятувальників.
9. Калькулятор або комп'ютерна техніка, мережа інтернет, карти – схеми рятувальних смуг.
10. Отримання завдання на впровадження єдиного науково обґрунтованого підходу до управління закладом охорони здоров'я при удосконаленні плану діагностично-лікувальної тактики ведення постраждалих з поєднаною травмою.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Роцін Г.Г., Сличко І.Й., Назаренко І.І. (044) 518-57-08.

Реєстр. № 368/1/14

1. **СХЕМА ПЕРІОДИЗАЦІЇ ДІЙ ПРИ ПОДОЛАННІ МЕДИКО-САНІТАРНИХ НАСЛІДКІВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування концепції реорганізування Державної служби медицини катастроф в сучасних умовах», 0112U0011491, 2010-2013 рр.
3. Соціальна медицина, організація і управління охороною здоров'я.
4. ▼.
5. Немає.
6. Немає.

7. Періодизація дій при подоланні наслідків надзвичайних ситуацій визначає декілька часових проміжків перебігу гострого періоду катастрофи, кожному з яких є притаманні певні потреби які обумовлюють залучення додаткових ресурсів ззовні постраждалих територій.
8. Впровадження Схеми періодизації дій при подоланні наслідків надзвичайних ситуацій дозволить покращити планування подолання медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій через забезпечення відповідних потреб постраждалого населення та охорони здоров'я уражених територій.
9. Фахівці з управління охороною здоров'я, сучасна комп'ютерна та офісна техніка, мережа Інтернет, карти-схеми потенційно небезпечних території, новітні довідники з питань охорони здоров'я, тощо.
10. Отримання завдання на розробку Плану реагування органів та закладів охорони здоров'я під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Мазуренко О.В. (044) 518-57-08.

Реєстр. № 369/1/14

1. **МЕТОДОЛОГІЯ ОБРАХУНКУ СИНТЕТИЧНИХ (МЕДИЧНИХ, СОЦІАЛЬНИХ, ЕКОНОМІЧНИХ) ПОКАЗНИКІВ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ НАУКОВИХ РОЗРОБОК У СФЕРУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.**
2. НДР «Розробка системи проведення моніторингу за станом впровадження і використання результатів завершених наукових розробок, які виконувалися за рахунок бюджетних коштів», 0113U002126; «Організація служби управління медичними послугами (в інтеграції з стандартами, госпітальними протоколами та діагностично-розрахунковими групами-DRG)» 0113U000208.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Комплексна оцінка медичних технологій як інструмент моніторингу ефективності впровадження результатів наукових розробок у сферу охорони здоров'я України
7. Запропоновано методологію оцінки медичних технологій з огляду на медичну, економічну та соціальну ефективність через математичні розрахунки. Реалізація впровадження результатів наукових розробок у сферу охорони здоров'я України відбувається шляхом здійснення синтетичної оцінки запропонованих технологій з позиції ефективність/витрати для системи охорони здоров'я.

8. Ефективне наукове забезпечення сфери охорони здоров'я здійснюється через трансформацію наукових розробок в інноваційний продукт та подальший їх трансфер, що в свою чергу забезпечить раціонально використовувати бюджетні кошти при виконанні та плануванні НДР, сприятиме підвищенню якості надання медичних послуг населенню та поліпшенню громадського здоров'я.
9. Персональний комп'ютер.
10. Запровадження комплексної оцінки медичних технологій, як інструмент моніторингу ефективності впровадження результатів наукових розробок у сферу охорони здоров'я України, орієнтовано на управлінців центральних та регіональних органів виконавчої влади України, органів самоврядування, центрального та регіонального органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, керівників закладів охорони здоров'я, наукових співробітників.
11. Немає.
12. Немає.
13. Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійного роботи МОЗ України.
14. Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького.
15. Чоп'як В.В., Гутор Т.Г., Фітькало О.С., Горбань А.Є., Закрутько Л.І. (0444283722).

Реєстр. № 370/1/14

- 1. ФОРМУВАННЯ ЗАСАД ТРАНСФЕРУ ТЕХНОЛОГІЙ ШЛЯХОМ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАУКОВИХ СТАТЕЙ ЩО НАПРАВЛЯЮТЬСЯ ДЛЯ ПУБЛІКАЦІЇ У МІЖНАРОДНИХ І ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ЖУРНАЛАХ.**
2. НДР «Розробка системи проведення моніторингу за станом впровадження і використання результатів завершених наукових розробок, які виконувалися за рахунок бюджетних коштів», 0113U002126; «Організація служби управління медичними послугами (в інтеграції з стандартами, госпітальними протоколами та діагностично-розрахунковими групами-DRG)» 0113U000208.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. Розроблені відповідно до рекомендацій Міжнародного комітету редакторів медичних журналів (InternationalCommitteeoftheMedicalJournalEditors).
5. Немає.

6. Методологія, інформація, правила підготовки та подання статей до міжнародних медичних і фармацевтичних журналів.
7. Запропоновано методологію підготовки та надання наукових статей до міжнародних і фармацевтичних журналів, завдяки якій підвищиться якість підготовки наукових статей (наукових розробок) та вірогідність того, що вони привернуть увагу найбільш зацікавлених потенційних інвесторів з метою їх подальшого трансферу.
8. Підвищення якості наукових публікацій, забезпечення доступу до наукових результатів широкого кола вітчизняних науковців, міжнародного співтовариства вчених, спеціалістів практичної охорони здоров'я та потенційних інвесторів.
9. Персональний комп'ютер.
10. Запропонована методологія підготовки та надання наукових статей до міжнародних і фармацевтичних журналів орієнтована на наукових співробітників НДУ (ВНМЗ) МОЗ України та НАМН.
11. Немає.
12. Немає.
13. Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійного роботи МОЗ України.
14. Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького.
15. Чоп'як В.В., Лесик Р.Б., Білоус С.Б., Горбань А.Є., Закрутько Л.І. (0444283722).

Реєстр. № 370-1/1/14

1. **МОДЕЛЬ ОПТИМІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ ІННОВАЦІЙНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.**
2. НДР «Розробка галузевої бази даних про технології та/або їх складові, майнові права, зокрема про майнові права інтелектуальної власності, які належать підприємствам, науковим установам, організаціям та вищим медичним (фармацевтичному) навчальним закладам сфери охорони здоров'я України», 0113U002127.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++.
5. Не охороноспроможна.

6. Наукове обґрунтування концептуальних основ та розробка якісно нової моделі організації та управління процесами інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я України.
7. Запропонована науково обґрунтована якісно нова модель організації та управління процесами інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я України.
8. Ефективне використання запропонованої моделі оптимізації управління інноваційною діяльністю в сфері охорони здоров'я України, сприятиме прийняттю науково - обґрунтованих управлінських рішень у системі охорони здоров'я України.
9. Персональний комп'ютер.
10. Запровадження моделі оптимізації управління інноваційною діяльністю в сфері охорони здоров'я України, орієнтовано на управлінців центральних та регіональних органів виконавчої влади України, органів самоврядування, центрального та регіонального органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, керівників закладів охорони здоров'я, наукових співробітників медичного, фармацевтичного та бібліографічних профілів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійного роботи МОЗ України.
14. Немає.
15. Горбань А.Є., Закрутько Л.І. (0444283722).

Реєстр. № 370-2/1/14

- 1. РОЗРОБКА ГАЛУЗЕВОЇ БАЗИ ДАНИХ ПРО ТЕХНОЛОГІЇ ТА/АБО ЇХ СКЛАДОВІ, МАЙНОВІ ПРАВА, ЗОКРЕМА ПРО МАЙНОВІ ПРАВА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ.**
2. НДР «Розробка галузевої бази даних про технології та/або їх складові, майнові права, зокрема про майнові права інтелектуальної власності, які належать підприємствам, науковим установам, організаціям та вищим медичним (фармацевтичному) навчальним закладам сфери охорони здоров'я України», 0113U002127.

3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++.
5. Не охороноспроможна.
6. Визначено основні концептуальні засади створення зазначеної галузевої бази даних про трансфер технологій і галузевої мережі трансферу технологій.
7. Новостворена відомча Галузева база даних, яка стала у сфері охорони здоров'я України інтегратором мережі установ-розробників переданих технологій, може розвивати стратегічні наміри щодо спектра надання послуг.
8. Створення Галузевої бази даних – обов'язкова передумова для прискорення впровадження результатів наукових розробок в практику охорони здоров'я України та підвищення якості медичного обслуговування населення, один з вагомих компонентів реформування сфери охорони здоров'я України.
9. Автоматизоване робоче місце.
10. Галузева база даних орієнтована на наукових співробітників НДУ (ВНМЗ) МОЗ України та НАМН та інших користувачів інноваційних розробок у медичній сфері.
11. Немає.
12. Немає.
13. Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійного роботи МОЗ України.
14. Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького.
15. Закрутько Л.І. (0444283722), Горбань А.Є., Чоп'як В.В.

ОРТОПЕДІЯ І ТРАВМАТОЛОГІЯ

Реєстр. № 371/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ДОВГИХ КІСТОК ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ УНІВЕРСАЛЬНОГО АПАРАТА ДЛЯ ЧЕРЕЗКІСТКОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ.**
2. НДР «Шляхи оптимізації репаративної регенерації кістково-мякотканинних структур та реабілітації хворих з ураженнями органів опори та руху відповідно до структурно-функціонального стану тканин та умов фіксації», 0114U005451, 2014 - 2021 рр.
3. Травматологія і ортопедія.

4. 2++, В.
5. Патент України на винахід № 99872 С2, Універсальний апарат для черезкісткового остеосинтезу / Гуцуляк В.І. - № а 2011 01932; Заяв. 18.02.2011; Опубл. 10.10.2012; Бюл. № 19, 2012р.
6. Немає.
7. Спосіб лікування хворих з переломами довгих кісток полягає в застосуванні універсального апарата для черезкісткового остеосинтезу, що містить роз'ємні опори, що складаються з різних за довжиною частин кілець (секторів), які виконані з отворами і/або дугоподібними прорізами. Кінці секторів виготовлено у вигляді півшарнірів (з штикоподібним згином або стоншенням на половину товщини опори), причому на протилежних кінцях кожного сектора вони виконані в протилежні від його горизонтальної площини сторони. Це забезпечує можливість утворення одноплосинної опори при сполученні будь-якої кількості секторів і дозволяє компоувати опори у формі наближеній до форми поперечних «перерізів» сегментів та адаптувати раму апарата до їх анатомічної конфігурації, що відповідно збільшує жорсткість фіксації фрагментів та зменшує металоємність і габарити апарата. Опори з'єднуються між собою за допомогою різьбових штанг і/або універсальних сполучних вузлів, що компоуються із з'єднаних під кутом штанг, сполучених з стержнетримачами, що складаються з співвісно розташованих болтів, у головці яких виконано поздовжній різьбовий отвір та отвір проведений під кутом до поздовжньої осі, циліндричних втулок із напівкруглими прорізами на торці, гайок з шайбами. Використання універсальних сполучних вузлів, забезпечує можливість точного з'єднання опор різного розміру та форми, що відповідно спрощує процес монтування апарата та дозволяє скоротити тривалість оперативного втручання.
8. Використання універсального апарата для черезкісткового остеосинтезу дозволить покращити анатомо-функціональні результати та оптимізувати терміни лікування хворих з переломами довгих кісток кінцівок, скоротити час оперативного втручання та покращити якість життя у даної групи хворих. Конструкція апарата завдяки уніфікації компонентів опор забезпечує широку варіабельність компоувань різних типів апаратів зовнішньої фіксації з можливістю їх використання на всіх сегментах кінцівок у хворих різної конституції, що відповідно дозволяє підвищити економічність серійного випуску апарата.
9. Комплект універсального апарата для черезкісткового остеосинтезу, стандартні черезкісткові елементи, що імплантуються (спиці, стержні), стандартні набори інструментів для черезкісткового остеосинтезу, рентгенологічне обладнання.
10. Закриті та відкриті переломи, незрощення, вроджені та набуті деформації кісток кінцівок.
11. Загальні протипоказання до застосування черезкісткового остеосинтезу: психічні захворювання, що не дозволяють адекватно сприймати та виконувати рекомендації лікаря; захворювання життєвоважливих органів і систем в стадії декомпенсації, що не дозволяють провести навіть малоінвазивне оперативне втручання; наявність інфекційного ураження м'яких тканин і кістки в місцях проведення черезкісткових елементів.
12. Порушення асептики при виконанні втручання та неадекватному догляді апарата може викликати місцеві запальні ускладнення, для попередження яких рекомендуємо навколо черезкісткових елементів один раз у 3-4 дні змінювати стерильні салфетки, змочені розчином хлоргексидину або іншого антисептика. При виникненні ускладнення рекомендуємо: дом'язеве введення нестероїдних протизапальних середників, розчинів антибіотиків, визначених за результатами антибіотикограми; застосування пов'язок з розчинами антисептиків. У разі

неефективності данного лікування рекомендуємо видалення черезкісткового елемента.

13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
14. Немає.
15. Гуцуляк В.І. (0509605923).

Реєстр. № 372/1/14

1. **МОДЕЛЬ ПОЛІТРАВМИ.**

2. НДР «Експериментальне дослідження закономірностей апоптозу в умовах тяжкої комбінованої травми», 0107U003738.
3. Ортопедія і травматологія.
4. 2+, С.
5. Пат. 63997 Україна, МПК G 09 B 23/28. Спосіб моделювання політравми / Козак Д. В.; заявник і патентовласник Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського. – № u 201104110 ; заявл. 05.04.11 ; опубл. 25.10.11, Бюл. 20; Козак Д. В. Електронномікроскопічний стан печінки при експериментальній політравмі / Д. В. Козак, К. С. Волков // Світ медицини та біології. – 2014. – № 2 (44). – С. 126–128.
6. Немає.
7. Модель політравми виконується в асептичних умовах під загальним знеболенням. Вона полягає у виконанні дозованого удару по стегну, який зумовлює закритий перелом стегнової кістки, викликанні кровотечі зі стегнової вени суміжного стегна, та введенні аутокрові в очеревинну порожнину з метою формування гемоперитонеуму в дозі 1 мл на 0,1 кг маси тварини з подальшим зашиванням рани стегна. Модель супроводжується сукупністю функціонально-морфологічних відхилень, які відповідають тяжкій травмі та виживанням переважної більшості лабораторних тварин впродовж перших чотирьох тижнів після травмування, що дозволяє визначити системні патологічні відхилення організму піддослідних тварин в динаміці посттравматичного періоду в гострий період, період ранніх і пізніх проявів травматичної хвороби, а також вивчати різноманітні засоби корекції.
8. Медичний ефект полягає у розробці теоретичних основ вибору тактики лікувальних заходів в залежності від співвідношення патогенних та ендогенних саногенних адаптаційно-компенсаторних механізмів в динаміці політравми, що сприятиме зниженню тривалості перебування у стаціонарі та смертності. Соціальний ефект полягає у покращенні якості життя постраждалих з політравмою за рахунок розробки теоретичних основ підвищення ефективності лікувальних заходів у динаміці раннього і пізнього періоду проявів травматичної хвороби. Економічний ефект є результатом скорочення витрат на лікування постраждалих з політравмою за рахунок розробки теоретичних основ його оптимізації.
9. Фахівці по роботі із лабораторними тваринами, засоби для загального наркозу лабораторних тварин, пристрій для нанесення дозованого удару по стегну, хірургічні інструменти (ножиці, голкотримач, хірургічні голки, шовний матеріал), шприци, антисептики.
10. Дослідження механізмів системних проявів політравми, експериментальне вивчення технологій профілактики і корекції поліорганної недостатності.
11. Не існує.
12. При правильному застосуванні ускладнень не передбачається.
13. Державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України».

14. Немає.
15. Козак Д.В. (0352524554).

Реєстр. № 373/1/14

- 46. МЕТОД ДІАГНОСТИКИ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПОСТТРАВДАЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ.**
47. НДР «Патогенетичні особливості травматичної хвороби у постраждалих з тяжкими полі системними пошкодженнями на фоні екзогенної інтоксикації», 0110U000970, 2011-2013 рр.
48. Ортопедія та травматологія, хірургія.
49. 2++, В.
50. Немає.
51. Немає.
52. Метод ранньої діагностики розвитку інфекційних ускладнень у постраждалих з політравмою, що опирається на визначенні кількісного рівня прокальцитоніну в крові до 3 діб лікування.
53. Діагностика ранніх інфекційних ускладнень у постраждалих з політравмою до появи їх клінічних проявів, буде сприяти уникненню тяжких інфекційних ускладнень, а також скоротить період одужання хворих.
54. Обладнання для імунохроматографічного визначення прокальцитоніну в крові.
55. Інфекційні ускладнення у постраждалих з політравмою.
56. Немає.
57. Немає.
58. ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», 02660, м. Київ. вул. Братиславська, 3.
59. Немає.
60. Гур'єв С.О., Роцін Г.Г., Танасієнко П.В., Соловійов О.С. (044) 518-57-08.

Реєстр. № 374/1/14

- 1. НОВИЙ МЕТОД КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ КОЛІННОГО СУГЛОБА, ЗОКРЕМА ГОНАРТРОЗІВ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ КОНТРАКТУР.**
2. НДР «Оптимізація обрання лікувальної тактики вертеброгенних уражень нервової системи та розробка мініінвазивних методів їх хірургічного лікування та післяопераційної реабілітації», 0101U002006.
3. Ортопедія.
4. 2+, С.
5. Патент на винахід № 38255 «Спосіб лікування захворювань колінного суглоба» МКВ-6 А61Н23/00, опубл. 15.04.2004, бюл.№ 4. Шульга Олександр Миколайович, Дзяк Людмила Антонівна, Шульга Олександра Олександрівна.
6. Немає.
7. Спосіб лікування захворювань колінного суглоба включає згинально-розгинальні рухи колінного суглоба за віссю згинання під впливом мікрівібраційних коливань по черзі на гомілково–стопний на колінний суглоби ураженої нижньої кінцівки частотою 23 Гц та амплітудою 4 мм, при цьому дискретно вводять пері- та інтраартикулярно розчин дипроспану з новокаїном у порожнину колінного суглобу, потім накладають компрес на уражений колінний суглоб із сумішшю компонентів при наступному співвідношенні, мас. % димексид 25,0, 0,5% розчин новокаїна 25,0, бішофіт 25,0, сік Алое 25,0. Курс лікування включає 12-15 щоденних лікувальних сеансів. Дипроспан вводять у кількості 1мл у комбінації з

- 5мл 0,5% розчину новокаїну під час 1, 6 та 12 лікувального сеансів. Компрес накладають на уражений колінний суглоб щоденно протягом усього курсу лікування (за виключенням днів інтраартикулярного введення ліків).
8. Запропонований новий спосіб лікування дозволяє швидко зняти больовий синдром та запалення у колінному суглобі, відновити статико-динамічну функцію ураженої нижньої кінцівки. У 71,7 % пролікованих по запропонованій методиці об'єм руху у колінному суглобі збільшився більше, чим на 45°. Термін тимчасової непрацездатності пацієнтів при впровадженні даної методики зменшився на 39,5%, первинний вихід на інвалідність скоротився на 28,4 %.
 9. Для того, щоб запровадити запропонований метод лікування у лікувальних закладах необхідне приміщення до 10 кв.м., повинен бути лікар ортопед-травматолог, оглядова кушетка, тренажер-стимулятор біомеханічний для м'язів нижніх кінцівок та живота та підставка під нього.
 10. Посттравматичні контрактури колінного суглобу, гонартроз I та II ст.
 11. Абсолютні протипоказання при даному способі лікування: онкологічні захворювання; захворювання внутрішніх органів, серцево-судинної, дихальної, ендокринної, нервової систем та психіки у стані декомпенсації; неспецифічні та інфекційні захворювання колінного суглоба; цукровий діабет I типу; гострі інфекційні захворювання; остеопороз; природжені аномалії колінного суглоба з патологічними проявами декомпенсації; гострі та підгострі запальні захворювання головного та спинного мозку та їх оболонки; виразка шлунку та дванадцятипалої кишки, жовчокам'яна та нирково-кам'яна хвороба у стадії загострення; ослаблене харчування з дефіцитом у вазі більш 15 кг. Відносні протипоказання: соматичні та психічні захворювання у стадії ремісії; виразка шлунку та дванадцятипалої кишки у стадії ремісії; ослаблене харчування з дефіцитом у вазі до 15 кг; хронічні запальні захворювання оболонки головного та спинного мозку у стадії стійкої ремісії; цукровий діабет II типу.
 12. Неправильне введення лікарських препаратів може суттєво зменшити ефективність лікування, тому від фахівця-ортопеда потребується володіння методиками пері- та інтраартикулярного введення лікарських розчинів. Для того, щоб під час процедури вібротракційного впливу додатково не травмувався напружений зв'язково-м'язовий апарат ушкодженої нижньої кінцівки, лікар попередньо повинен обов'язково пройти курси підготовки по роботі з біомеханічним стимулятором для м'язів нижніх кінцівок та живота. Для запобігання інфікованості на місце проколу після введення в порожнину колінного суглоба розчину дипроспану та новокаїну потрібно накласти асептичну пов'язку. В цей день компрес на суглоб накладати не можна.
 13. ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України».
 14. КЗ ДЦПМСД № 8 м. Дніпропетровська.
 15. Дзяк Л.А. (0675603399), Шульга О.М. (0504531170), Шульга О.О. (0504531172).

Реєстр. № 375/1/14

1. **НОВИЙ МЕТОД КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ТАЗОСТЕГНОВОГО СУГЛОБА, ЗОКРЕМА КОКСАРТРОЗІВ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ КОНТРАКТУР.**
2. НДР «Оптимізація обрання лікувальної тактики вертеброгенних уражень нервової системи та розробка мініінвазивних методів їх хірургічного лікування та післяопераційної реабілітації», 0101U002006.
3. Ортопедія.
4. 2+, С.

5. Патент на винахід № 38529 “Спосіб лікування захворювань тазостегнового суглоба ” МКВ-6 А61Н23/00, опубл. 15.04.2004, бюл.№ 4. Шульга Олександр Миколайович, Дзяк Людмила Антонівна, Шульга Олександра Олександрівна.
6. Немає.
7. Спосіб лікування захворювань тазостегнового суглоба включає мануальний вплив на уражений тазостегновий суглоб ураженої кінцівки, потім здійснюють вібровплив спочатку через п'ятку стопи на гомілку та тазостегновий суглоб ураженої кінцівки, потім безпосередньо на тазостегновий суглоб цієї ж самої кінцівки частотою 23 Гц та амплітудою 4 мм, при цьому вібровплив поєднують з мануальним впливом на уражений тазостегновий суглоб, дискретно уводять пери- та інтраартикулярно у ділянку ураженого тазостегнового суглоба дипроспан у кількості 1 мл у комбінації з 5 мл 0,5% розчину новокаїну, потім проводять голковколювання на активні точки ураженого боку: E-31, E-36, V-33, V-40, V-54, VB-30, VB-31, T-4, T12, та ТВМ-141. Курс лікування включає 12-15 щоденних лікувальних сеансів, розчин новокаїна з дипроспаном уводять перед 1, 6 та 12 лікувальними сеансами. Голковколювання проводять щоденно після вібровпливу та мануальної терапії на протязі всього курсу лікування. Потім роблять перерву на 2-3 тижні, після чого знову проводять 5-6 лікувальних сеансів.
8. Запропонований новий спосіб лікування дозволяє швидко зняти больовий синдром та запалення у тазостегновому суглобі, відновити статико-динамічну функцію ураженої нижньої кінцівки. У 86,1 % пролікованих по запропонованій методиці об'єм руху у тазостегновому суглобі збільшився більше, чим на 30°. Термін тимчасової непрацездатності пацієнтів при впровадженні даної методики зменшився на 31,9%, первинний вихід на інвалідність скоротився на 17,3%.
9. Для того, щоб запровадити запропонований метод лікування у лікувальних закладах необхідне приміщення до 10 кв. м, повинен бути лікар ортопед-травматолог, що володіє мануальною терапією, лікар голкорексфлексотерапевт, оглядова кушетка, тренажер-стимулятор біомеханічний для м'язів нижніх кінцівок та живота та підставка під нього.
10. Посттравматичні контрактури тазостегнового суглобу, коксартроз I та II ст.
11. Абсолютні протипоказання при даному способі лікування: онкологічні захворювання; захворювання внутрішніх органів, серцево-судинної, дихальної, ендокринної, нервової систем та психіки у стані декомпенсації; неспецифічні та інфекційні захворювання тазостегнового суглоба; цукровий діабет I типу; гострі інфекційні захворювання; остеопороз; природжені аномалії тазостегнового суглоба з патологічними проявами декомпенсації; гострі та підгострі запальні захворювання головного та спинного мозку та їх оболонки; виразка шлунку та дванадцятипалої кишки, жовчокам'яна та нирково-кам'яна хвороба у стадії загострення; ослаблене харчування з дефіцитом у вазі більш 15 кг. Відносні протипоказання: соматичні та психічні захворювання у стадії ремісії; виразка шлунку та дванадцятипалої кишки у стадії ремісії; ослаблене харчування з дефіцитом у вазі до 15 кг; хронічні запальні захворювання оболонки головного та спинного мозку у стадії стійкої ремісії; цукровий діабет II типу.
12. Неправильне введення лікарських препаратів може суттєво зменшити ефективність лікування, тому від фахівця-ортопеда потребується володіння методиками пери- та інтраартикулярного введення лікарських розчинів. Для того, щоб під час процедури вібротракційного впливу додатково не травмувався напружений зв'язково-м'язовий апарат, лікар попередньо повинен обов'язково пройти курси підготовки по роботі з біомеханічним стимулятором для м'язів нижніх кінцівок та живота. Для запобігання інфекцій, що передаються через кров, при голкотерапії потрібно дотримуватися правил асептики та антисептики.
13. ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України».

14. КЗ ДЦПМСД № 8 м. Дніпропетровська.
15. Дзяк Л.А. (0675603399), Шульга О.М. (0504531170), Шульга О.О. (0504531172).

Реєстр. № 376/1/14

- 1. М'ЯКА ЛІКАРСЬКА ФОРМА ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КОНТРАКТУРИ ДЮПОІТРЕНА.**
2. НДР «Визначити етіопатогенез патології сполученої тканини у постраждалих після радіаційних аварій на підставі чого розробити патогенетичне обґрунтування лікування постраждалих», 0113U002106, 2013-2015 рр.
3. Ортопедія та травматологія.
4. 2+, В.
5. Пат. на корисну модель № 71645 Україна, МПК А61К 31/00. Заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл 25.07.2012, Бюл. № 14/2012.
6. Немає.
7. Пропонується медикаментозний комплекс (м'яка лікарська форма) в якості компоненту комплексного лікування хворих на контрактуру Дюпоїтрена, які в минулому зазнали впливу малих доз іонізуючого випромінювання та мають верифікований діагноз фіброз печінки.
8. Запобігання прогресуванню, зворотній процес на ранніх стадіях хвороби та покращення результатів оперативного лікування та уникнення рецидивування.
9. Медикаментозний комплекс (м'яка лікарська форма), яка містить: фуразолідон 0,4%-1,2%, дімексид 2%-5%, ретинол 40%-50%, гідрокортизон 0,4%-1,4% та гідрофільно-ліпофільна основа. М'яку лікарську форму контактно озвучують круговими рухами зі швидкістю 1 см. в секунду. Після чого проводиться фонофорез суміші апаратом УЗТ (частота 880 кГц), випромінювач площею 4 см², інтенсивність 0,6-0,8 Вт/ см², тривалість 5 хв., безперервний режим, лабільна методика. Мінімальний курс 3 місяці з проміжком 15 діб.
10. В якості консервативного лікування контрактури Дюпоїтрена у разі деформації кисті I-II ступеню та фіброзу печінки відповідно в комплексному лікуванні хворих на контрактуру Дюпоїтрена III-IV, які в минулому зазнали впливу малих доз іонізуючого випромінювання та мають верифікований діагноз фіброз печінки.
11. Індивідуальна підвищена чутливість до препарату.
12. Інколи виникають гіркий присмак у роті, головний біль, нудота, які зникають після закінчення процедур.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Давтян Л.Л., Дячук К.М., Іскра Н.І. (044) 518-57-08.

Реєстр. № 377/1/14

- 1. СПОСІБ БЛОКАДИ ШИЙНОГО СИМПАТИЧНОГО СПЛЕТІННЯ.**
2. НДР «Вдосконалення методів діагностики і лікування дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта і суглобів», 0111U002410, 2011-2015 рр.
3. Ортопедія і травматологія, серцево-судинна хірургія.
4. 1++, А.
5. Патент України на корисну модель № 87207. МПК (2013.01) А61В 17/00. – Заявлено 23.08.2013; Опубл. 27.01.2014 р. Бюл. № 2.
6. Патент України на корисну модель № 87207. МПК (2013.01) А61В 17/00. –

- Заявлено 23.08.2013; Опубл. 27.01.2014 р. Бюл. № 2.
7. По задньо-нижньому краю трапецієподібного м'яза на рівні остистих відростків C_{VI} - C_{VII} проводиться анестезія шкіри та підшкірної клітковини. Під кутом 20-30° в сагітальній та 15° у фронтальній площині вводять голку в каудальному напрямку на глибину 4,5-5 см. Після аспіраційної проби вводять 5 мл 0,5% розчину бунівакаїна (2% лідокаїна) або інший місцевий анестетик за умови дозволеності його застосування для регіонарної та провідникової анестезії (згідно інструкції), відсутності можливості виникнення індивідуальної анафілактичної реакції.
 8. Дане нововведення дозволяє покращити результати лікування хворих з синдромом компресії хребтової артерії (М.47.0-МКХ-10). Суть впливу на об'ємний кровоток у хребтовій артерії – зменшення тонуусу поперечносмугастих м'язів за рахунок пригнічення симпатичної іннервації. Як наслідок – зниження біогенної компресії хребтової артерії в сегменті V_1 . Зміни об'ємного кровотоку реєструються за допомогою ультразвукової сонографії в хребтових артеріях при скануванні в проекції сегмента V_1 .
 9. Спринцівка ємкістю 10 мл, голка для внутрішньо-м'язових ін'єкцій довжиною 5 см, розчин місцевого анестетика.
 10. Наявність достовірно визначеного (ультразвукова доплерографія, магнітно-резонансна томографія брахіоцефальних артерій з ортопедичними пробами) синдрому компресії хребтової артерії, М.47.0 за МКХ-10 (позиційна міотеногенна компресія).
 11. Запальні ураження шкіри та підшкірної клітковини, можливість виникнення індивідуальної анафілактичної реакції (підтверджується під час збору анамнезу проведення контактних та імунологічних проб).
 12. Загальні – ортостатична гіпотонія тривалістю 15-20 хвилин, відчуття жару, гіперемія обличчя; місцеві – елементи проявів регіонарної або провідникової анестезії, біль в області ін'єкції.
 13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, 04112, м. Київ.
 14. Немає.
 15. Дибкалюк С.В., Герцен Г.І., Черняк В.А., Зоргач В.Ю., Сулік В.В.

Реєстр. № 378/1/14

1. **СПОСІБ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА КОНТРАКТУРУ ДЮПОІТРЕНА З ФІБРОЗОМ ПЕЧІНКИ.**
2. НДР «Визначити етіопатогенез патології сполученої тканини у постраждалих після радіаційних аварій на підставі чого розробити патогенетичне обґрунтування лікування постраждалих», 0113U002106, 2013-2015 рр.
3. Ортопедія та травматологія.
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель № 70806 Україна, МПК А61Н 1/00. Заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл 25.06.2012, Бюл. № 12/2012.
6. Немає.
7. Пропонується медикаментозний комплекс (м'яка лікарська форма) в якості компоненту комплексного лікування хворих на контрактуру Дюпоітрена, які в минулому зазнали впливу малих доз іонізуючого випромінювання та мають верифікований діагноз фіброз печінки.

8. Запобігання прогресуванню, зворотній процес на ранніх стадіях хвороби та покращення результатів оперативного лікування та уникнення рецидивування.
9. Медикаментозний комплекс (м'яка лікарська форма), яка містить: фуразолідон 0,4%-1,2%, дімексид 2%-5%, ретинол 40%-50%, гідрокортизон 0,4%-1,4% та гідрофільно-ліпофільна основа. М'яку лікарську форму контактно озвучують круговими рухами зі швидкістю 1 см в секунду. Після чого проводиться фонофорез суміші апаратом УЗТ (частота 880 кГц), випромінювач площею 4 см², інтенсивність 0,6-0,8 Вт/ см², тривалість 5 хв, безперервний режим, лабільна методика. На ділянку проєкції печінки та сегментарну зону-рівень (D9-D10) хребців (Th7-Th10 сегменти, що забезпечують симпатичну інервацію печінки і жовчного міхура) наноситься електрогель бішофіту та накладають електроди площею 150-250 см², сила струму 10-15-20 мА, густина струму 0,06-0,08 мА/ см², тривалість 15-20 хв. Положення хворого на спині. Процедури проводяться щодня або через день, курс 10-15 процедур. Мінімальний курс 3 місяці з проміжком 15 діб.
10. В якості консервативного лікування контрактури Дюпюїтрена у разі деформації кисті I-II ступеню та фіброзу печінки відповідно в комплексному лікуванні хворих на контрактуру Дюпюїтрена III-IV, які в минулому зазнали впливу малих доз іонізуючого випромінення та мають верифікований діагноз фіброз печінки.
11. Індивідуальна підвищена чутливість до препарату.
12. Інколи виникають гіркий присмак у роті, головний біль, нудота, які зникають після закінчення процедур.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Ярошенко Ж.С., Давтян Л.Л., Іскра Н.І. (044) 518-57-08.

Реєстр. № 379/1/14

1. **СПОСІБ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВПЛИВУ НА ПОЗИЦІЙНУ КОМПРЕСІЮ ХРЕБТОВОЇ АРТЕРІЇ.**
2. НДР «Вдосконалення методів діагностики і лікування дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта і суглобів», 0111U002410, 2011-2015 рр.
3. Ортопедія і травматологія, серцево-судинна хірургія.
4. 1++, А.
5. Патент України на корисну модель № 87207. МПК (2013.01) А61В 17/00. – Заявлено 23.08.2013; Опубл. 27.01.2014 р. Бюл. № 2.
6. Патент України на корисну модель № 87207. МПК (2013.01) А61В 17/00. – Заявлено 23.08.2013; Опубл. 27.01.2014 р. Бюл. № 2.
7. По задньо-нижньому краю трапецієподібного м'яза на рівні остистих відростків С_{VI}-С_{VII} проводиться анестезія шкіри та підшкірної клітковини. Під кутом 20-30° в сагітальній та 15° у фронтальній площині вводять голку в каудальному напрямку на глибину 4,5-5 см. Після аспіраційної проби вводять 5 мл 0,5% розчину бунівакаїна (2% лідокаїна) або інший місцевий анестетик за умови дозволеності його застосування для регіонарної та провідникової анестезії (згідно інструкції), відсутності можливості виникнення індивідуальної анафілактичної реакції.
8. Дане нововведення дозволяє покращити результати лікування хворих з синдромом компресії хребтової артерії (М.47.0-МКХ-10). Суть впливу на об'ємний кровоток у хребтовій артерії – зменшення тонузу поперечносмугастих м'язів за рахунок пригнічення симпатичної іннервації. Як наслідок – зниження біогенної компресії хребтової артерії в сегменті V₁. Зміни об'ємного кровотоку

- реєструються за допомогою ультразвукової сонографії в хребтових артеріях при скануванні в проекції сегмента V₁.
9. Спринцівка ємкістю 10 мл., голка для внутрішньо-м'язових ін'єкцій довжиною 5 см, розчин місцевого анестетика.
 10. Наявність достовірно визначеного (ультразвукова доплерографія, магнітно-резонансна томографія брахіоцефальних артерій з ортопедичними пробами) синдрому компресії хребтової артерії, М.47.0 за МКХ-10 (позиційна міогенна компресія).
 11. Запальні ураження шкіри та підшкірної клітковини, можливість виникнення індивідуальної анафілактичної реакції (підтверджується під час збору анамнезу проведення контактних та імунологічних проб).
 12. Загальні – ортостатична гіпотонія тривалістю 15-20 хвилин, відчуття жару, гіперемія обличчя; місцеві – елементи проявів регіонарної або провідникової анестезії, біль в області ін'єкції.
 13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, 04112, м. Київ.
 14. Немає.
 15. Дибкалюк С.В., Герцен Г.І., Черняк В.А., Зоргач В.Ю., Сулік В.В.

Реєстр. № 380/1/14

1. **СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЕКСТРАВАЗАЛЬНОЇ КОМПРЕСІЇ ХРЕБТОВОЇ АРТЕРІЇ В СЕГМЕНТІ V₁.**
2. НДР «Вдосконалення методів діагностики і лікування дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта і суглобів», 0111U002410, 2011-2015 рр.
3. Ортопедія і травматологія, серцево-судинна хірургія.
4. 1++.
5. Патент України на корисну модель № 92270. МПК (2014.01) А61В 17/00. – Заявлено 28.02.2014; Опубл. 11.08.2014 р. Бюл. № 5.
6. Патент України на корисну модель № 92270. МПК (2014.01) А61В 17/00. – Заявлено 28.02.2014; Опубл. 11.08.2014 р. Бюл. № 5.
7. Суть хірургічного лікування полягає у висіченні фіброзно-змінених пучків поперечносмугастих м'язів, які формують м'язово-фасціальний канал у скалено-вертебральному трикутнику шиї, через який проходить хребтова артерія в своєму сегменті V₁ до входження в канал поперечних відростків шийних хребців. Таким чином усувається міотеногенна динамічна компресія хребтової артерії в сегменті V₁.
8. Дане нововведення дозволяє покращити результати лікування синдрому хребтової артерії, являється профілактикою прогресування вертебро-базилярної недостатності, розвитку гострого порушення мозкового кровообігу.
9. Загально-хірургічний та судинний набір інструментів, анестезіологічне забезпечення.
10. Верифікований об'єктивними інструментальними методами обстеження (ультразвукова доплерографія, магнітно-резонансна ангіографія) синдром компресії хребтової артерії (М.47.0 за МКХ-10).
11. Гостре порушення мозкового кровообігу, гостра стадія інфаркту міокарду, інші гостри соматичні захворювання, хронічні захворювання в стадії декомпенсації, високий ризик анестезіологічного забезпечення.
12. Синдром Горнера, біль в області плеча в післяопераційному періоді.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька 9, 04112, м. Київ.
14. Немає.

15. Дибкалюк С.В., Мішалов В.Г., Герцен Г.І., Черняк В.А., Зоргач В.Ю., Сулік В.В.

Реєстр. № 381/1/14

1. **ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОПРОТЕЗУ ГОЛІВКИ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ В ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.**
2. НДР «Удосконалення малоінвазивних методів хірургічного лікування окремих захворювань судин, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, носоглотки, щитоподібної та прищитоподібних залоз і суглобів, зокрема із використанням імплантатів на основі нанобіосенсорних технологій», 0114U002120.
3. Ортопедія і травматологія
4. 2+С.
5. Пат. на корисну модель № 93086 Україна, МПК А61F 2/38. Заявник та патентовласник Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини «Державного управління справами», зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.09.2014, Бюл. № 18/2014.
6. Немає.
7. Проводиться оперативне втручання, наприклад, при багато відламкових переломах голівки променевої кістки: відламки голівки видаляються, з резекцією голівки променевої кістки з заміщенням запропонованим ендопротезом, що включає голівку, зовнішня поверхня якої адекватна анатомічній формі голівки променевої кістки, та введена в неї ніжку, виготовлену у вигляді конусного чотири лопатного стержня. Виконуються контрольні рентгенографії після операції та через 6-8 тижнів – де оцінюється положення імпланту. З другого дня після операції проводиться лікувальна фізкультура, розробка рухів. Перебування хворого в стаціонарі 3-4 доби. Шви знімають через 12-14 днів після операції. Реабілітація до 6-8 тижнів.
8. Застосування запропонованого ендопротезу голівки променевої кістки дозволяє поліпшити функціонально-клінічні властивості завдяки усуненню жорсткості у сполученні голівки з ніжкою, які зв'язуються з виключенням больового синдрому, а шарнірне сполучення істотно послаблює напруження поверхонь і капсул ліктьового суглобу, розвиток контрактури суглобу, дегенерацію суглобового хряща у голівці плечової кістки, що сприяє скороченню строків лікування та реабілітації у хворих з патологією ліктьового суглобу та збереженню працездатності і покращанню якості життя.
9. Ендопротез голівки променевої кістки, загальнохірургічний інструментарій.
10. Багатофрагментарні переломи голівки променевої кістки, тугорухомість та анкілоз ліктьового суглобу, хибні суглоби проксимального відділу кісток передпліччя.
11. Інфекційні процеси в ділянці ліктьового суглобу, психологічна непереносимість ендопротезування.
12. Недотримання технології оперативного втручання при застосуванні ендопротезу голівки променевої кістки.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
14. Немає
15. Бойко І.В., Зафт В.Б. (0965561481).

Реєстр. № 382/1/14

1. **ПРИСТРІЙ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМІВ МІЖВИРОСТКОВОГО ПІДВИЩЕННЯ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ.**
2. НДР «Хірургічне лікування навколо- та внутрішньосуглобових ушкоджень великих суглобів», 0112U008305, 2013-2017 рр.
3. Ортопедія та травматологія.
4. С.
5. Деклараційний патент України на винахід «Пристрій для остеосинтезу переломів міжвиросткового підвищення великогомілкової кістки» № UA 105588 від 26.05.2014, Бюл. №10.
6. Немає.
7. В основу поставлено задачу розробки нового малоінвазивного методу оперативного лікування перелому міжвиросткового підвищення великогомілкової кістки під контролем артроскопу за допомогою спеціально розробленого навігатора та пристрою.
8. Запропонований спосіб дозволяє зменшити об'єм операційної травми, знизити тривалість операції, надійно фіксувати перелом міжвиросткового підвищення великогомілкової кістки, що виключає можливість зміщення перелому під час відновлення рухів в колінному суглобі. На основі розробки та впровадження пристрою очікується підвищення ефективності хірургічного лікування та зниження частоти незадовільних результатів і інвалідності.
9. Шпиці, проволока, гвинт та пластина с отвором, механізоване навігаційне обладнання.
10. Переломи міжвиросткового підвищення великогомілкової кістки.
11. Не відмічено.
12. Не відмічено.
13. Одеський національний медичний університет, Валіховський пров. 2
14. Немає.
15. Сухін Ю.В., Гурієнко О.В. (0503163532).

Реєстр. № 383/1/14

1. **ПРИСТРІЙ ДЛЯ ЧЕРЕЗКІСТКОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК ПЕРЕДПЛІЧЧЯ.**
2. НДР «Хірургічне лікування навколо- та внутрішньосуглобових ушкоджень великих суглобів», 0112U008305, 2013-2017 рр.
3. Ортопедія та травматологія.
4. С.
5. Деклараційний патент України на корисну модель «Пристрій для черезкісткового остеосинтезу діафізарних переломів кісток передпліччя» № UA 87293 від 10.02.2014, Бюл. №3.
6. Немає.
7. В основу поставлено задачу вдосконалення методу оперативного лікування діафізарних переломів кісток передпліччя шляхом розробки пристрою для черезкісткового остеосинтезу на стержневій основі, при цьому фіксація уламків виконується розрізно та малоінвазивно, в результаті чого виключається можливість розвитку ротаційної контрактури.
8. Запропонований пристрій дозволяє значно спростити репозицію і забезпечити стабільну фіксацію уламків на весь період зрощення, зберігаючи ротаційну функцію передпліччя і суміжних суглобів. На основі розробки і впровадження в практику лікувально-профілактичних установ черезкісткового остеосинтезу з роздільною фіксацією діафізарних переломів кісток передпліччя очікується

- підвищення ефективності оперативного лікування, скорочення термінів непрацездатності, зниження частоти незадовільних результатів і інвалідності.
9. Стандартні деталі з набору апарата Ілізарова та «Остеомеханік», різьбові стержні Ø3 мм.
 10. Відкриті та закриті переломи кісток передпліччя на рівні нижньої, середньої та верхньої третини, незалежно від лінії зламу.
 11. Хронічний алкоголізм, наркоманія, шизофренія.
 12. Поверхневі та глибокі інфекційні ускладнення м'яких тканин навколо стержнів, внаслідок грубих порушень хворим правил асептики та антисептики в післяопераційному періоді. Суворе виконання хворим рекомендацій лікаря щодо профілактики можливих ускладнень, місцеве або внутрішнє застосування антибіотиків для усунення ускладнень, видалення стержня в разі неможливості усунення ускладнень з подальшим його введенням після проведеної терапії.
 13. Одеський національний медичний університет, Валіховський пров., 2, м. Одеса.
 14. Немає.
 15. Бодня О.І., Баккар Тарек (050-530-60-90).

Реєстр. № 384/1/14

- 1. ПРИСТРІЙ ДЛЯ ЧЕРЕЗКІСТКОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ.**
2. НДР «Хірургічне лікування навколо- та внутрішньосуглобових ушкоджень великих суглобів», 0112U008305, 2013-2017 рр.
3. Ортопедія та травматологія.
4. С.
5. Деклараційний патент України на корисну модель «Пристрій для черезкісткового остеосинтезу діафізарних переломів плечової кістки» № UA 53012 від 27.09.2010, Бюл. №18.
6. Немає.
7. В основу поставлено задачу розробки апарату зовнішньої фіксації на стержньовій основі для остеосинтезу переломів дистальної третини плечової кістки, яка дозволяє усунути зміщення відламків плечової кістки, забезпечити стабільність їх фіксації, зберігаючи функцію ліктьового і плечового суглобів.
8. Запропонований апарат на стержньовій основі дозволяє усунути всі види зсувів, забезпечити стабільну фіксацію уламків на період зрощення, зберігаючи функцію плечового та ліктьового суглобів, що дає змогу поєднати період консолідації та реабілітації. На основі розробки та впровадження пристрою очікується підвищення ефективності хірургічного лікування та зниження частоти незадовільних результатів та інвалідності.
9. Деталі з набору апарата «Остеомеханік», різьбові стержні Ø 5мм.
- 10. Позасуглобові переломи дистальної третини плечової кістки.**
11. Хронічний алкоголізм, наркоманія, шизофренія.
- 12. Поверхнева та глибока інфекція м'яких тканин навколо стержнів внаслідок порушень правил асептики та антисептики хворим у післяопераційному періоді. Шляхом запобігання ускладнень є виконання хворим рекомендацій лікаря щодо їх профілактики, застосування антибіотиків для усунення інфекції та видалення стержня у разі неможливості усунення ускладнень та його введення після проведеної терапії.**
13. Одеський національний медичний університет, Валіховський пров., 2, м. Одеса.
14. Немає.
15. Бодня О.І., Славов В.Х., Кривенко С.М. (0503167510).

Реєстр. № 385/1/14

- 1. СПОСІБ МАЛОІНВАЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОВТОРЮВАНОВОГО ВИВИХУ ПЛЕЧА.**
- НДР «Хірургічне лікування навколо- та внутрішньосуглобових ушкоджень великих суглобів», 0112U008305, 2013-2017 рр.
- Ортопедія та травматологія.
- С.
- Позитивне рішення від 14.10.2013 №24909/ЗА/13 стосовно заявки на винахід № а 2013 09251 «Спосіб малоінвазивного лікування повторюваного вивиху плеча» від 22.07.2013 р.
- Немає.
- В основу поставлено задачу розробки нового способу оперативного лікування повторюваного вивиху плеча шляхом підвищення плечової кістки до акроміального відростку лопатки за допомогою фіксатора анкерного типу, при цьому оперативне втручання малоінвазивне, проводиться під місцевою анестезією за допомогою спеціально розробленого комп'ютерного обладнання, в результаті чого виключається можливість рецидиву вивиху.
- Запропонований спосіб дозволяє зменшити об'єм операційної травми, знизити тривалість операції, надійно фіксувати плече відносно суглобової западини лопатки, що виключає можливість рецидиву вивиху у подальшому. На основі розробки та впровадження способу очікується підвищення ефективності оперативного лікування та зниження частоти повторюваних вивихів.
- Фіксатор анкерного типу, механізоване навігаційне обладнання, програма для налаштування навігації, ноутбук.
- Повторюваний вивих плеча у хворих з високим операційним ризиком.
- Не відмічено.
- Не відмічено.
- Одеський національний медичний університет, Валіховський пров., 2, м. Одеса.
- Немає.
- Сухін Ю.В., Логай В.А. (0503950362).

ОТОЛАРИНГОЛОГІЯ

Реєстр. № 386/1/14

- 1. СПОСІБ ОЦІНКИ ПОВНОТИ КЛІНІЧНОГО ОДУЖАННЯ ХВОРОГО НА ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИЙ СИНУСИТ.**
- НДР «Удосконалення діагностики та лікувальної тактики у пацієнтів з хворобами голови, шиї та хребта», 0110U001940.
- Оториноларингологія.
- 2++, В.
- Патент на корисну модель UA №63619, У. МПК А61В 10/00 Спосіб оцінки повноти клінічного одужання хворого на верхньощелепний синусит / Андрейчин Ю.М.- № у 201104103. Заявлено 05.04.2011. Бюл. №19, 2011.
- Немає.
- У крові хворого на гнійний верхньощелепний синусит додатково визначають вміст інтегрального мембранного білка тромбомодуліна імуноферментним методом, принаймні двічі – в розпал захворювання і ранню реконвалісценцію. Причому повторне визначення вмісту тромбомодуліну здійснюють у пробі крові, взятій у пацієнта з ліктьової вени після 5-хвилинного накладання джгута на верхню третину плеча у вигляді повітряної манжети при тиску крові, що

- відповідає показнику його діастолічного значення, а висновок про повноту клінічного одужання роблять за критеріальними межами діагностичного показника.
8. Очікуваний медичний ефект - об'єктивна оцінка повноти одужання хворого на гнійний верхньощелепний синусит, що дає змогу призначити додаткове лікування в період реконвалесценції у випадку збереження підвищеного вмісту тромбомодуліна в сироватці крові. Соціальний і економічний ефекти обумовлені попередженням переходу гострого синуситу в хронічну форму і рецидиву хронічного синуситу, що дає змогу підвищити якість життя цієї категорії осіб.
 9. Імуноферментний аналізатор, тест-система для імуноферментного визначення вмісту тромбомодуліну, шприци для забору крові, лабораторні пробірки, центрифуга.
 10. Період ранньої реконвалесценції після зникнення клінічних і гематологічних (загальний аналіз крові) ознак гнійного синуситу.
 11. Протипоказань не виявлено.
 12. Ускладнення можливі тільки при порушенні техніки забору крові з кубітальної вени, вони не зв'язані з самою методикою визначення вмісту тромбомодуліну.
 13. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського». Майдан Волі 1, м. Тернопіль, 46001.
 14. Немає.
 15. Андрейчин Ю.М. (067 7713833).

Реєстр. № 387/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ВИНИКНЕННЯ ХОНДРОПЕРИХОНДРИТУ ЩИТОПОДІБНОГО ХРЯЩА ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ ГОРТАНІ.**
2. НДР «Удосконалення хірургічного лікування ЛОР-онкологічних хворих методом радіочастотної термоабляції», 0107U005123.
3. Оториноларингологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель № 79934 МПК (2013.01) А61N 5/00, А61N 5/067 (2006.01). Спосіб прогнозування виникнення хондроперихондриту щитоподібного хряща після резекції гортані // Промислова власність.- 2013.- № 9.
6. Немає.
7. Дослідження стану мікроциркуляторного русла проводять за допомогою лазерної доплеровської флоуметрії, в аналізі ЛДФ-грами використовують вейвлет-аналіз, розраховують нормовану амплітуду дихальних коливань, яка дорівнює $A_{\max}/3\delta \cdot 100\%$, де A_{\max} -максимальна амплітуда коливань, δ – середньоквадратичний відхил коливань перфузії, і якщо вона складає $\geq 14,51$, то прогнозують місцеві післяопераційні ускладнення.
8. Забезпечується збільшення показника 2-річної безрецидивної виживаності на 14,8% за рахунок своєчасного застосування у хворих на рак гортані патогенетично обгрунтованої фармакокорекції порушень мікроциркуляції в перихондрії щитоподібного хряща на хірургічному етапі комбінованого лікування, зменшуючи частоту виникнення хондроперихондриту гортані на 18,1%.
9. Прилад лазерного аналізатора кровотоку.
10. Проведення резекції гортані з пухлиною.
11. Немає.
12. Немає.

13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.
15. Троян В.І., Сінайко І.О. (06122131865).

Реєстр. № 388/1/14

1. **БІПОЛЯРНИЙ ЕЛЕКТРОПРИСТРІЙ ДЛЯ ОПЕРАЦІЙ В ГОРТАНІ.**
2. НДР «Діагностика і лікування захворювань вуха, горла та носа у дітей», 0113U002213, 2013-2017 рр.
3. Отоларингологія, дитяча отоларингологія.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 81043 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл 25.06.2013, Бюл. № 12/2013.
6. Немає.
7. Біполярний електропристрій для операцій в гортані має робочу частину з біполярним електродом на дистальному кінці, рукоятку і електроізоляційну втулку з штекерним розніманням, біполярний електрод виконано у формі двох симетричних прямокутних тригранних пірамід, які з'єднаних нерухомо через діелектрик і розміщені під гострим кутом до робочої частини, причому прямий кут пірамід знаходиться з верхньої сторони пристрою, а рукоятка пристрою виконана під кутом 120-130° до його робочої частини.
8. Дане нововведення дозволяє покращити результати лікування рубцевого стенозу гортані, папіломатозу гортані, мембрани гортані, вродженого гортанного стридору, а саме відновлення прохідності гортані, забезпечення вільного дихання, скорочення часу лікування та попередження рецидиву захворювання.
9. Високочастотний електрокоагулятор, біполярний електропристрій для операцій в гортані.
10. Рубцевий стеноз гортані, папіломатоз гортані, мембрана гортані, вроджений гортанний стридор.
11. Гострі інфекційні захворювання, хвороби з порушенням згортання крові, наявність у пацієнта імплантованого кохлеарного імплантата або кардіостимулятора.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Інститут електрозварювання ім. Є. О. Патона НАН України.
15. Косаківська І.А., Кункін Д.Д., Шатець В.О.

Реєстр. № 389/1/14

1. **ГОЛКА ДЛЯ ТИМПАНОПУНКЦІЇ.**
2. НДР «Діагностика і лікування захворювань вуха, горла та носа у дітей», 0113U002213, 2013-2017 рр.
3. Отоларингологія, дитяча отоларингологія.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 82851 Україна, МПК А61В 17/34. Заявник та патентовласник Косаковський А.Л., Косаківська І.А., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл 12.08.2013, Бюл. № 15/2013.
6. Немає.

7. Голка для тимпанопункції одноразового використання має металеву трубку з S-подібним вигином, на робочому кінці виконано зріз під тупим кутом, причому стінки робочого кінця голки додатково сточені у формі конуса, а на протилежному кінці виконана канюля з пластмаси.
8. Дане нововведення дозволяє покращити результати лікування гострого середнього та секреторного отиту, запобігає повторному використанню пристрою та пов'язаним з цим ускладненням.
9. Одноразова парацентезна голка.
10. Гострий середній отит, секреторний отит.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Косаковський А.Л., Косаківська І.А.

Реєстр. № 390/1/14

1. ПАРАЦЕНТЕЗНА ГОЛКА.

2. НДР «Діагностика і лікування захворювань вуха, горла та носа у дітей», 0113U002213, 2013-2017 рр.
3. Отоларингологія, дитяча отоларингологія.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 83043 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Косаковський А.Л., Косаківська І.А., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл 27.08.2013, Бюл. № 16/2013.
6. Немає.
7. Парацентезна голка одноразового використання має металеву трубку з S-подібним вигином, на робочому кінці якої знаходиться лезо трикутної форми з обома загостреними краями, а на протилежному кінці виконана ручка-канюля з пластмаси.
8. Дане нововведення дозволяє покращити результати лікування гострого середнього та секреторного отиту, запобігає повторному використанню пристрою та пов'язаним з цим ускладненням.
9. Парацентезна голка.
10. Гострий середній отит, секреторний отит.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Косаковський А.Л., Косаківська І.А.

Реєстр. № 391/1/14

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АДЕНОЇДНИХ ВЕГЕТАЦІЙ.

2. НДР «Діагностика і лікування захворювань вуха, горла та носа у дітей», 0113U002213, 2013-2017 рр.
3. Отоларингологія, дитяча отоларингологія.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 81156 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені

П.Л. Шупика, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України.
Опубл 25.06.2013, Бюл. № 12/2013.

6. Немає.
7. Біполярний електропристрій для операцій в гортані має робочу частину з біполярним електродом на дистальному кінці, рукоятку і електроізоляційну втулку з штекерним розніманням, біполярний електрод виконано у формі двох симетричних прямокутних тригранних пірамід, які з'єднаних нерухомо через діелектрик і розміщені під гострим кутом до робочої частини, причому прямий кут пірамід знаходиться з верхньої сторони пристрою, а рукоятка пристрою виконана під кутом 120-130° до його робочої частини.
8. Спосіб лікування аденоїдних вегетацій включає дію високочастотного струму (66-440 кГц) на весь об'єм аденоїдних вегетацій за допомогою біполярного пристрою під візуальним контролем при температурі 50-70°C в місці дії струму.
9. Високочастотний електрокоагулятор, біполярний електропристрій для операцій в носоглотці.
10. Аденоїдні вегетації II-III ступеня.
11. Гострі інфекційні захворювання, хвороби з порушенням згортання крові, наявність у пацієнта імплантованого кохлеарного імпланта або кардіостимулятора.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Інститут електрозварювання ім. Є. О. Патона НАН України.
15. Косаківська І.А.

Реєстр. № 392/1/14

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ЛАТЕРОПОЗИЦІЇ СЕРЕДНЬОЇ НОСОВОЇ РАКОВИНИ ПІСЛЯ ЕНДОРІНОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ.**
2. НДР «Удосконалення малоінвазивного хірургічного лікування та знеболення при захворюваннях черевної стінки, кишечника, жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, нирок та сечовивідних шляхів, матки, вен, хребта та органу слуху в умовах хірургічного стаціонару короткострокового перебування», 0109U006608.
3. Отоларингологія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Суть пропонованого нововведення полягає у застосуванні після ендорінохірургічних втручань на верхньощелепному синусі для тампонування порожнин носа модифікованого тампона Merocel 2000 (або його аналога). Наша модифікація полягає в наступному: стандартний тампон без трубки надрізається г-подібним розрізом перпендикулярно його площині, по верхньому краю розпочинаючи із середини його довжини косо до переду на половину висоти із продовженням розрізу вздовж тампону, не доходячи до переднього краю 1 см. так, щоб сформувати у верхній частині тампона клапоть із основою в передній частині тампона. Після закінчення оперативного втручання тампон розміщується в загальному носовому ході паралельно середній носовій раковині, а сформований клапоть вводиться під середню носову раковину у просвіт верхньощелепного синуса. Тампон за поворозки фіксується до шкіри спинки носа стрічкою пластиря. Установлений таким чином тампон, після розбухання забезпечує надійний гемостаз у ділянці середнього носового ходу, попереджує утворення синеній в цій ділянці і стабілізує раковину у завданому положенні.

Крім того, при цьому у нижніх відділах носової порожнини залишається просвіт для носового дихання.

8. Медичний - зниження частоти післяопераційної латеропозиції середньої носової раковини; соціальний - прискорення відновлення працездатності після гайморотомії; економічний - зниження матеріальних витрат на виконання операції, зниження матеріальних витрат на лікування та реабілітацію, скорочення часу перебування на ліжку та скорочення тривалості непрацездатності.
9. Тампон Merocel 2000, або його аналог.
10. Всі випадки виконання ендоскопічних ендоназальних втручань із мобілізацією середньої носової раковини.
11. Непереносність матеріала тампонів та його компонентів.
12. При поганій фіксації до шкіри можливе зміщення тампона.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
14. Немає.
15. Шкорботун В.О., Шкорботун Я.В. (0679322784).

ОФТАЛЬМОЛОГІЯ

Реєстр. № 393/1/14

1. **ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕРПЕТИЧНІ КЕРАТИТИ.**
2. Спосіб лікування хворих на герпетичні кератити: патент України на корисну модель №80697.
3. Офтальмологія.
4. 2+; С.
5. Патент України на корисну модель №80697, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України на корисні моделі 10.06.2013 р., автори Сакович Василь Микитович, Нікітчина Тетяна Сергіївна.
6. Немає.
7. Підвищення ефективності лікування хворих на герпетичні кератити. Суттю нововведення є застосування в комплексному лікуванні хворих на герпетичні кератити флогензиму в таблетках по 5 таблеток тричі на день протягом трьох тижнів, потім по 3 таблетки тричі на день протягом трьох тижнів.
8. Покращення зорових функцій, зменшення кількості ускладнень у хворих на герпетичні кератити. Соціальні переваги: зменшення у хворих на глибоку герпетичні кератити частоти рецидивування захворювання. Економічні переваги: застосування методу лікування хворих на герпетичні кератити скорочує терміни лікування у стаціонарі та знижує ризик рецидивів захворювання.

9. Таблетки флогензиму.
10. Глибокі герпетичні кератити.
11. Індивідуальна непереносимість лікарського засобу.
12. Немає.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9.
14. Немає.
15. Сакович В.М. (0505914154), Нікітчина Т.С. (0508378808).

Реєстр. № 394/1/14

- 1. ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕПРОЛІФЕРАТИВНУ ДІАБЕТИЧНУ РЕТИНОПАТІЮ.**
2. Спосіб лікування хворих на непроліферативну діабетичну ретинопатію: патент України на корисну модель №75754.
3. Офтальмологія.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель №75754, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України на корисні моделі 10.12.2012 р., автори Сакович Василь Микитович, Ахмат Акрабаві.
6. Немає.
7. Підвищення ефективності лікування хворих на непроліферативну діабетичну ретинопатію. Суть нововведення полягає у застосуванні в комплексному лікуванні хворих на непроліферативну діабетичну ретинопатію препаратів катахрому та цитофлавіну, зокрема, катахрому по 1-2 краплі в кон'юнктивальний мішок 3 рази на добу протягом 35 діб, цитофлавіну внутрішньовенно крапельно в 200 мл 0,9% розчину натрію хлориду протягом 10 діб, потім – в таблетованій формі по 2 таблетки 2 рази на добу протягом 25 діб.
8. Покращення зорових функцій на фоні підвищення гемодинаміки ока, зменшення кількості ускладнень у хворих на цукровий діабет. Соціальні переваги: зменшення у хворих на непроліферативну діабетичну ретинопатію швидкості прогресування патологічних змін очного дна. Економічні переваги: застосування

методу лікування хворих на непроліферативну діабетичну ретинопатію скорочує терміни лікування у стаціонарі та знижує ризик розвитку інвалідності по зору.

9. Розчини катахромуму та цитофлавіну.
10. Непроліферативна діабетична ретинопатія.
11. Індивідуальна непереносимість лікарських засобів.
12. Немає.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9.
14. Немає.
15. Сакович В.М. (0505914154), Ахмад Акрабаві (0937294082).

Реєстр. № 395/1/14

- 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РЕГМАТОГЕННИХ ВІДШАРУВАНЬ СІТКІВКИ.**
2. НДР «Шляхи оптимізації екстрасклеральних методів лікування регматогенних відшарувань сітківки», 0111U005721, 2010-2014 рр.
3. Офтальмологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель 84180 Україна, МПК (2013.01) А61В 3/00. Спосіб лікування регматогенних відшарувань сітківки / Завгородня Н. Г., Дедов А. В.; заявники та патентовласники: ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», Завгородня Н.Г., Дедов А.В. - № U2013 05194; заявл. 22.04.2013; опубл. 10.10.2013, Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Хворому з регматогенним відшаруванням сітківки, якому планується виконання екстрасклеральних втручань, проводять доплерографічну та/або реоофтальмографічну компресійну пробу на перетискання поверхневої скроневої артерії з боку ураження. За загальноприйнятою методикою виконують циркляж та/або локальне вдавнення, а потім, за умови позитивних гемодинамічних проб, проводять перев'язку поверхневої скроневої артерії на одноіменному боці.
8. Забезпечення розширення сумарного поля зору та підвищення центральної гостроти зору після прилягання сітківки у хворих з регматогенними відшаруваннями сітківки, що оперуються із застосуванням екстрасклеральних методів.
9. Апарат ультразвукографічний з можливістю доплерівського вимірювання швидкісних характеристик кровотоку та/або апаратно-програмний комплекс для реоофтальмографії.
10. Регматогенне відшарування сітківки, за умови позитивних компресійних гемодинамічних проб на кінцевих гілках зовнішньої сонної артерії.
11. Негативні компресійні гемодинамічні проби на кінцевих гілках зовнішньої сонної артерії.

12. Побічних явищ та ускладнень при застосуванні даного способу не виявлено.
13. ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. (061)2791638, факс (061)2790192.
14. Немає.
15. Завгородня Н.Г. (0612962053), Дєдов А.В. (0612962053).

Реєстр. № 396/1/14

1. **СПОСІБ ВИКОНАННЯ ГЕМОСТАЗУ ПРИ ЕВІСЦЕРОЕНУКЛЕАЦІЇ ШЛЯХОМ ЛІКУВАННЯ РЕТРОБУЛЬБАРНОГО СУДИННО-НЕРВОВОГО ПУЧКА ЗА ДОПОМОГОЮ ТИТАНОВИХ КЛІПС.**
2. НДР «Вдосконалення способу формування опорно-рухової кукси при евісцероенуклеації для покращення результатів очного протезування», 0112U002377.
3. Офтальмологія та тканинна терапія.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 79609 Україна, МПК А61В 10/00. Заявник та патентовласник Торчинська Н.В., Сімчук І.В., Бакбардіна І.І., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.04.2013, Бюл. № 8/2013.
6. Немає.
7. Спосіб виконання гемостазу полягає в накладанні титанової кліпси на ретробульбарний судинно-нервовий пучок під час евісцероенуклеації через розріз склери в задньому полюсі ока після евісцеропії за допомогою кліпатора.
8. Впровадження техніки гемостазу за допомогою титанових кліпс забезпечує надійну профілактику інтра- та постопераційної кровотечі при евісцероенуклеації, полегшення роботи офтальмохірурга, скорочення тривалості операції, зменшення тривалості післяопераційного реабілітаційного періоду за рахунок відсутності ретробульбарної гематоми.
9. Розроблений кліпатор, на основі моделі багаторазового однозарядного кліпатора LC-307, для відкритої хірургії, бранші якого загнуті під кутом 10°; титанова кліпса LT-300, пінцет хірургічний.
10. Кровотеча при невротомії під час евісцероенуклеації.
11. Гострі інфекційні захворювання, важка соматична патологія, гнійні захворювання переднього відрізка ока.
12. Неправильне розташування кліпси навколо ретробульбарного судинно-нервового пучка, внаслідок чого можливе неповне затискання судин кліпсою. Для запобігання подібної помилки титанову кліпсу необхідно заводити і затискати навколо ретробульбарного судинно-нервового пучка під чітким візуальним і тактильним контролем.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Торчинська Н.В., Сімчук І.В., Бакбардіна І.І. (0501600104).

Реєстр. № 397/1/14

16. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПРОГРЕСУВАННЯ ГЛАУКОМНОЇ ОПТИЧНОЇ НЕЙРОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ВДКРИТОКУТОВУ ГЛАУКОМУ.**
17. НДР «Удосконалення методів діагностики та лікування порушень оптичної системи ока», 0104U002966.
18. Офтальмологія та тканинна терапія.

19. 2++.
20. Пат. на корисну модель № 86571 Україна, МПК А61В 3/00. Заявник та патентовласник Макаренко І.А., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.01.2014, Бюл. № 1/2014.
21. Немає.
22. Спосіб діагностики прогресування глаукомної оптичної нейропатії (ГОН) у хворих на первинну відкритокутову глаукому (ПВКГ), який передбачає інтерпретацію томограм Гейдельбергського ретинального томографа (HRT) та лазерного поляриметра (GD×VCC). У доопераційний та післяопераційний період і після лазерного лікування використовують методи клінічної офтальмологічної діагностики – HRT і GD×VCC та використовують пошаровий аналіз стереометричних показників з урахуванням $\Delta=0,03$, де Δ – абсолютна різниця між значенням показників у доопераційний період і на 1-й, 3-й, 6-й, 9-й, та 12-й місяць спостереження, при $p<0,05$, де p – оцінка статичної значущості різниці відносно вихідного стану; що дозволяє визначити стабілізацію, негативізацію та позитивну динаміку у спостереженні за перебігом глаукомного процесу (ГОН) відносно вихідного стану, що також дозволяє виявити ранні (з 3-го місяця спостереження) достовірні зміни стереометричних показників диска зорового нерва (ДЗН) та виокремити показники середньої товщини шару нервових волокон (mean RNFL) і площі нейроретинального пояса (RA)/
23. Актуальним медико-соціальним завданням залишається раціоналізація та впровадження діагностичних заходів для досягнення збереження зорових функцій у хворих на ПВКГ, що полягає в ранньому виявленні достовірних змін показників ДЗН та виокремленні стереометричних показників HRT – mean RNFL і RA, які демонструють зміни з 3-го місяця спостереження, що заключається в способі діагностики, при якому проводять інтерпретацію томограм HRT та GD×VCC для визначення значимих порушень при спостереженні за прогресуванням ГОН.
24. Кадрові (лікар-офтальмолог, оптометрист), обладнання (HRT та GD×VCC).
25. ПВКГ.
26. Непрозорість оптичних середовищ.
27. Немає.
28. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика.
29. Немає.
30. Риков С.О., Кондратенко Ю.М., Лаврик Н.С., Макаренко В.І., (0661014850).

Реєстр. № 398/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАЛЬНОЇ АУТОСКЛЕРОПЛАСТИКИ РОГІВКИ.**
2. НДР «Порівняння методів лікування виразкового ураження рогівки», РК № 0110v002363.
3. Офтальмологія та тканинна терапія.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 81136 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Риков С.О., Лаврик Н.С., Шулержко І.А., Корнілов Л.В., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.06.2013, Бюл. № 12/2013.
6. Немає.
7. Спосіб лікувальної аутосклеропластики рогівки, який включає формування викроєного аутосклерального клаптя, укладання його в дефект рогівки та фіксацію вузловими швами, який відрізняється тим, що викроєний аутосклеральний клапоть відсікають, інтрастромально укладають в дефект

рогівки, а вузлові шви накладають по всьому периметру, щільно фіксуючи аутосклеральний клапот до рогівки, з подальшим покриттям рогівки м'якою контактною лінзою.

8. Використання запропонованої операції лікувальної аутосклеропластики рогівки дає можливість закривати дефекти рогівки, в тому числі з перфорацією, будь-якої локалізації.
9. Офтальмологічний стаціонар з операційною, лікар-офтальмолог, офтальмологічний хірургічний інструментарій.
10. Глибока ерозія рогівки, виразка рогівки, виразка рогівки з перфорацією.
11. Важка соматична патологія, що є протипоказанням до проведення оперативного втручання, якщо при обстеженні буде виявлено наявність внутрішньоочних пухлин.
12. Порушення розробленої технології.
13. Кафедра офтальмології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
14. Немає.
15. Риков С.О., Лаврик Н.С., Шулежко І.А., Корнілов Л.В. (0937516892).

Реєстр. № 399/1/14

1. СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КАТАРАКТИ.

2. НДР «Ефективність комбінованої операції факоемульсифікації з імплантацією штучного кришталика з задньою мікровітректомією при синдромі мілкої передньої камери», РК 0110v002363.
3. Офтальмологія та тканинна терапія.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 80762 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Риков С.О., Лаврик Н.С., Шулежко І.А., Гуржій Ю.М., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.06.2013, Бюл. № 11/2013.
6. Немає.
7. Спосіб хірургічного лікування катаракти, який включає факоемульсифікацію з імплантацією штучного кришталика, який відрізняється тим, що спочатку після відсепаровки кон'юнктивального клаптя і введених вискоеластиків через порт, виконують у верхньо-зовнішньому квадранті розріз склери в 4,0-4,5 мм. від лімба, формують в шарах ціліарного тіла отвір діаметром до 1 мм., через який видаляють частину скловидного тіла, після чого виконують факоемульсифікацію з імплантацією штучного кришталика, на склеральний розріз накладають вузловий шов і неперервний шов на кон'юнктиву
8. Використання запропонованої методики хірургічного лікування катаракти з застосуванням факоемульсифікації дозволить за рахунок поглиблення передньої камери створити більш оптимальні умови для виконання хірургічних маніпуляцій, покращити якість лікування.
9. Офтальмологічний стаціонар з операційною, лікар-офтальмолог, офтальмологічний хірургічний інструментарій.
10. Катаракта з синдромом мілкої передньої камери ока.
11. Важка соматична патологія, що є протипоказанням до проведення оперативного втручання, якщо при обстеженні буде виявлено наявність внутрішньоочних пухлин.
12. Порушення розробленої технології.
13. Кафедра офтальмології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

14. Немає.
15. Риков С.О., Лаврик Н.С., Шулежко І.А., Гуржій Ю.М. (0984347831).

Реєстр. № 400/1/14

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ МОРФОМЕТРИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ СІТКІВКИ ЗА ФІЗІОЛОГІЧНИХ І ПАТОЛОГІЧНИХ УМОВ.**
2. НДР «Вдосконалення діагностики і патогенетично обґрунтованого лікування дистрофічних та судинних захворювань ока (міопії, глаукоми, діабетичної офтальмопатології)», 0113U006427, 2014-2018 рр.
3. Офтальмологія.
4. 2++, С.
5. Пат. 89577 Україна, МПК (2014.01) А61В10/00. Спосіб визначення морфометричних параметрів сітківки за фізіологічних і патологічних умов / Ульянова Н.А.; заявник та патентовласник Одеський національний медичний університет. – № 201313841; заявл. 29.11.2013; опубл. 25.04.2014., бюл. № 8.
6. Немає.
7. На сканограмах сітківки, отриманих за допомогою спектрального оптичного когерентного томографу в режимі «Asterisk scanning program», вимірюють 3 кути, спільну вершину яких знаходять у точці максимальної елевації IS/OS-лінії у фовеолі, спільну сторону кутів проводять від отриманої точки вершини кута на 1 мм уздовж IS/OS-лінії, другу сторону першого кута проводять до зовнішнього сітчастого шару сітківки, другу сторону другого кута проводять до внутрішнього сітчастого шару сітківки, другу сторону третього кута проводять до внутрішньої пограничної мембрани на відстані 1 мм від умовної лінії, проведеної перпендикулярно спільній стороні кутів через точку максимальної елевації IS/OS-лінії у фовеолі, після чого визначають величину отриманих кутів за якими судять про наявність відхилення взаєморозташування шарів сітківки від фізіологічних показників.
8. Підвищення ефективності морфометричного аналізу сітківки за фізіологічних та патологічних умов. Застосування способу дозволяє отримати характеристику взаєморозташування шарів сітківки, що надає можливість оцінити ризик розвитку фовеошизісу.
9. Спектральний оптичний когерентний томограф.
10. Вікова макулярна дегенерація сітківки, міопічна макулопатія.
11. Немає.
12. Не відмічені.
13. Одеський національний медичний університет, 65082, м. Одеса, Валіховський провулок, 2.
14. Немає.
15. Ульянова Н.А. (0674832431).

Реєстр. № 401/1/14

1. **СПОСІБ МОРФОМЕТРИЧНОЇ ОЦІНКИ ДИСКА ЗОРОВОГО НЕРВУ ПРИ ВИСОКІЙ ОСЬОВІЙ МІОПІЇ.**
2. НДР «Вдосконалення діагностики і патогенетично обґрунтованого лікування дистрофічних та судинних захворювань ока (міопії, глаукоми, діабетичної офтальмопатології)», 0113U006427, 2014-2018 рр.
3. Офтальмологія.
4. С.

5. Пат. 89235 Україна, МПК (2009): А61В10/00. Спосіб визначення морфометричних параметрів диска зорового нерву /Ульянова Н.А, Венгер Л.В...; заявник та патентовласник Одеський національний медичний університет. - № u201313838; заявл. 29.11.2013; опубл. 10.04.2014, Бюл. № 7.
6. Немає.
7. На сканограмах диска зорового нерву, отриманих за допомогою спектрального оптичного когерентного томографу в режимі «Asterisk scanning program», при косому входженні нервових волокон в склерохоріоїдальний канал вимірюють кут між лініями, проведеними від країв диска зорового нерву до найбільш глибокої точки фізіологічної екскавації диска зорового нерву на всіх сканах, що характеризує рельєф внутрішньої поверхні диска.
8. Застосування способу дозволяє оцінити деформацію диска зорового нерву у хворих з косим входженням нервових волокон в склерохоріоїдальний канал, що зменшує частоту помилок при інтерпретації результатів автоматичного аналізу товщини шару нервових волокон в перипапільярній області диска зорового нерву.
9. Спектральний оптичний когерентний томограф.
10. Висока ускладнена міопія, аномалії диску зорового нерву.
11. Немає.
12. Не відмічені.
13. Одеський національний медичний університет, 65082, м. Одеса, Валіховський провулок, 2.
14. Немає.
15. Ульянова Н.А. (0674832431), Венгер Л.В. (0507775529).

ПАТОЛОГІЧНА АНАТОМІЯ

Реєстр. № 402/1/14

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ВИРАЗНОСТІ ІНТЕРЛОБУЛЯРНОГО ТА ПЕРИДУКТАЛЬНОГО ФІБРОЗУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Морфогенез і рання діагностика онкологічних, серцево-судинних захворювань, фіброзу печінки та підшлункової залози», 0111U005859.
3. Патологічна анатомія.
4. 1+, А.
5. Патент України на корисну модель № 82848, МПК (2013.01) G01N 21/00. Спосіб визначення ступеня виразності інтерлобулярного та перидуктального фіброзу підшлункової залози. – Опубл. 12.08.13, Бюл. № 15.
6. Немає.
7. Проводять імуногістохімічне дослідження експресії α -ізоформи гладком'язового актину (α -SMA), маркеру активованих панкреатичних зірчастих клітин, та з використанням поширеної медичної програми для аналізу та обробки цифрових зображень ImageJ проводять подальше морфометричне дослідження, і якщо в ділянках з інтерлобулярним фіброзом площа імунопозитивних активованих зірчастих клітин складає від 3,08 % до 8,04%, то діагностують легку ступінь інтерлобулярного фіброзу, від 8,05% до 22,70% – діагностують тяжку ступінь інтерлобулярного фіброзу; якщо в вогнищах перидуктального фіброзу площа імунопозитивних активованих зірчастих клітин складає від 1,19% до 2,90%, то діагностують легку ступінь перидуктального фіброзу, від 3,01% до 6,27% – діагностують тяжку ступінь перидуктального фіброзу.
8. Дозволить підвищити достовірність та точність діагностики фіброзу підшлункової залози без застосування спеціального лабораторного обладнання та удосконалити спосіб визначення виразності ступеня інтерлобулярного та

перидуктального фіброзу фіброзу (з використанням медичної програми обробки цифрових зображень Image J).

9. Прецизійний ротаційний мікротом, адгезивні предметні скельця, абсолютний спирт, ксилол, цитратний буфер, Трис—ЕДТА буфер, перекис водню, моноклональні антитіла Мо α -HuAlpha Smooth Muscle Actin, Clone 1A4, медична програма аналізу і обробки цифрових зображень, світловий мікроскоп.
10. Інтерлобулярний та перидуктальний фіброз підшлункової залози при хронічному панкреатиті.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.
15. Туманський В.О. (06122246469), Коваленко І.С.

ПЕДІАТРІЯ

Реєстр. № 403/1/14

1. **НЕІНВАЗИВНИЙ СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СТАДІЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ В ДІТЕЙ.**
2. НДР «Оптимізація діагностики та лікування гелікобактер-асоційованих захворювань гастроудоденальної ділянки в дітей», 0111U006500), 2011-2015 рр.
3. Педіатрія.
4. З, D.
5. Патент на корисну модель №92391 Україна, МПК (2014.01) А61В 10/00 Неінвазивний спосіб діагностики стадії виразкової хвороби в дітей /Сорокман Т.В., Сокольник С.В., Хлуновська Л.Ю.; заявник та патентовласник Буковинський державний медичний університет.-u201403139; заявл. 28.03.2014; опубл.11.08.2014, Бюл. №15.
6. Немає.
7. Для диференційованого підходу до вибору терапії та її тривалості, визначають стадію загострення та ремісії. З цією метою використовують інвазивні методи: ендоскопічний та морфологічний. Стадія виразкової хвороби визначається при проведенні фіброгастроудоденоскопії. Його можна використати при первинній діагностиці. Однак, для визначення переходу гострої стадії в стадію ремісії даний метод не може бути використаний у педіатричній практиці із-за його інвазивності, негативного відношення дітей і батьків до цієї діагностичної процедури, можливості реінфекції. Нами пропонується неінвазивний метод діагностики стадії виразкової хвороби у дітей шляхом визначення вмісту метаболіту мелатоніну - 6-сульфатоксимелатоніну (6-SOMT) у сечі методом імуноферментного аналізу. Нормативні значення 6-SOMT становлять 4,1-24 нг/мл. Зниження рівня 6-SOMT у сечі пацієнта свідчить про настання ремісії захворювання. При показниках 6-SOMT 30 нг/мл і вище діагностується стадія загострення, при показниках 6-SOMT 25-29 нг/мл – стадія початку ремісії, при показниках 6-SOMT 24 нг/мл і нижче – стадія ремісії.
8. Підвищення ефективності діагностики та перебігу виразкової хвороби у дітей. Медична ефективність: покращання діагностики стадії виразкової хвороби у дітей внаслідок застосування неінвазивного високоінформативного та валідного тесту, відсутність ускладнень та реінфікування. Н. pylori. Соціальна ефективність: покращання якості життя дітей, хворих на виразкову хворобу, за рахунок неінвазивності, простоти виконання тесту та удосконалення діагностики

даної патології. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на додаткову інструментальну діагностику, скорочення терміну діагностичного процесу та перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні.

9. Набір реактивів для імуноферментного визначення мелатоніну в сечі.
10. Кількісне визначення метаболіту мелатоніну (6-COMT) в сечі.
11. Немає.
12. Немає.
13. Буковинський державний медичний університет, Театральна пл., 2., м. Чернівці, 58002, тел. (0372)55-37-54.
14. Немає.
15. Сорокман Т. В. (0372542682), Сокольник С. В. (0372542682), Хлуновська Л. Ю. (0372542682).

Реєстр. № 404/1/14

1. **СПОСІБ ВИЯВЛЕННЯ ЕОЗИНОФІЛЬНОГО ФЕНОТИПУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ.**
2. НДР «Генетична детермінованість профілактичних підходів при бронхіальній астмі у дітей», 0114U002471, 2014-2016 рр.
3. Педіатрія.
4. 2++, В.
5. Патент на корисну модель UA №82326 А 61 В 5/00 G01N 33/49. Спосіб виявлення еозинофільного фенотипу бронхіальної астми в дітей / Іванова Л. А., Безруков Л. О., Колоскова О. К., Білоус Т. М., заявник та патентовласник – БДМУ МОЗ України. Заявл. № u201302524 від 28.02.2013, опубл. 25.07.2013 р., бюл. № 14.
6. Немає.
7. Полягає в підвищенні специфічності у верифікації еозинофільного фенотипу бронхіальної астми в дітей із використанням в якості діагностичного тесту показників індексу стимуляції еозинофілів крові за даними НСТ-тесту та протеолітичної активності за лізисом азоказеїну конденсату видихуваного повітря. При одночасному досягненні індексу стимуляції еозинофілів крові за даними НСТ-тесту більше 2,0 у.о. і протеолітичної активності за лізисом азоказеїну конденсату видихуваного повітря менше 1,44 мл/год виявляють еозинофільний фенотип бронхіальної астми зі специфічністю 99,2% (95% ДІ: 71,6-99,9), передбачуваною цінністю позитивного результату 98,9% (95% ДІ: 64,2-99,9). За умови вказаних показників ризик наявності еозинофільного фенотипу бронхіальної астми становить: відносний ризик 2,7, атрибутивний ризик 0,62, посттестова вірогідність зростала на 48,5%.
8. Визначення показників стимуляції еозинофілів крові та активності запального процесу в дихальних шляхах для верифікації еозинофільного фенотипу бронхіальної астми в дітей підвищить ефективність базисного протизапального лікування за рахунок оптимізації призначення глюкокортикостероїдів, покращить якість життя хворих, і, таким чином, дозволить досягти позитивного економічного ефекту. Медичний ефект: розроблений комплексний науковий підхід до верифікації еозинофільного фенотипу бронхіальної астми у дітей, дозволить досягти призначення адекватної індивідуалізованої медикаментозної терапії. Соціальний ефект: на основі проведеного дослідження виявлення еозинофільного фенотипу бронхіальної астми у дітей дозволить полегшити перебіг, покращити якість життя хворих та контроль над захворюванням. Економічний ефект: впровадження запропонованого методу діагностики еозинофільного фенотипу бронхіальної астми у дітей дозволить зменшити

- термін перебування у стаціонарі, рівень медикаментозних і немедикаментозних витрат на лікування хворих.
9. Термостат, дозатор, фотоколориметр, стерильна вата, боратний буфер, нітросиній тетразолій, азоказеїн, їдкий натр.
 10. Виявлення еозинофільного фенотипу бронхіальної астми у дітей для визначення подальшої тактики лікування.
 11. Не виявлено.
 12. Не виявлено.
 13. Буковинський державний медичний університет, 58000, м. Чернівці, Театральна площа, 2.
 14. Немає.
 15. Іванова Л.А., (0372577660), Безруков Л.О. (0372528470), Колоскова О.К. (0372538317), Білоус Т.М. (0372572740).

Реєстр. № 405/1/14

1. **УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Оптимізація діагностики та лікування гелікобактер-асоційованих захворювань гастродуоденальної ділянки в дітей», 0111U006500, 2011-2015 рр.
3. Педіатрія.
4. З, D.
5. Патент на корисну модель №93210 Україна, МПК (2014.01) C13K 5/00. Удосконалення лікування виразкової хвороби у дітей /Сорокман Т.В., Сокольник С.В., Сокольник С.О.; Швигар Л.В.; заявник та патентовласник Буковинський державний медичний університет.-u201403140; заявл. 28.03.2014; опубл.25.09.2014, Бюл. №18.
6. Немає.
7. На даний час для лікування гелікобактер-асоційованої виразкової хвороби в дітей застосовується класична «потрійна» терапія, яка включає в себе два антибактеріальних препарати та препарат вісмуту, яка за останній час втрачає свою ефективність, а тому необхідним є вдосконалення даної терапевтичної схеми. Пропонується спосіб комплексного лікування з використанням стандартної терапії та препарату Лактофільтрум, який володіє імуномодулюючою, сорбуючою, дезінтоксикаційною дією та відновлює мікробіоценоз кишечника.
8. Підвищення ефективності лікування гелікобактер-асоційованої виразкової хвороби у дітей, зменшення інтоксикаційного синдрому, підвищення імунологічного захисту, профілактика розвитку дисбактеріозу внаслідок застосування антибактеріальної терапії, зменшення терміну перебування в стаціонарі, забезпечує більш стійкі результати лікування рецидивів захворювання як в ранні, так і в пізні строки спостереження. Медична ефективність: покращання результатів лікування гелікобактер-асоційованої виразкової хвороби в дітей внаслідок застосування препарату латофільтрум, який володіє імуномодулюючою, сорбуючою, дезінтоксикаційною дією та відновлює мікробіоценоз кишечника, зниження ризику розвитку дисбактеріозу кишечника та рецидиву загострення хвороби. Соціальна ефективність: покращання якості життя хворої дитини за рахунок підвищення ефективності лікування, зниження проявів інтоксикаційного та больового синдрому внаслідок сортувальної дії препарату лактофільтруму, більш швидкої епітелізації виразкового дефекту. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих на виразкову хворобу шляхом підвищення ефективності лікування з використанням у схемі комплексного препарату лактофільтрум та зменшення

тривалості перебування хворого на стаціонарному лікуванні, забезпечення більш стійких результатів лікування.

9. Препарат лактофільтрум.
10. Стандартна терапія згідно з протоколом (кларитроміцин 10 мг/кг двічі за добу + амоксицилін 500 ОД двічі за добу + де-нол по 0,12 г тричі за добу впродовж 7 днів) та препарат лактофільтрум (дітям до 12 років по 1 таблетці тричі за добу, дітям старше 12 років - по 2 таблетки тричі за добу за 1 годину до прийому їжі впродовж 2-х тижнів).
11. Немає.
12. Немає.
13. Буковинський державний медичний університет, Театральна пл.,2., м. Чернівці, 58002, тел.(0372)55-37-54.
14. Немає.
15. Сорокман Т. В. (0372542682), Сокольник С.В. (0372542682), Сокольник С.О. (0372542682),Швиґар Л.Ю. (0372542682).

Реєстр. № 406/1/14

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РАННЬОЇ АНЕМІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ВИКОРИСТАННЯМ КОРДОВОЇ АУТОКРОВІ.

2. НДР «Розробити систему ранніх лікувально-діагностичних та профілактично-реабілітаційних заходів для попередження поліорганних уражень у передчасно народжених дітей», 0114U003088, 2014-1016 pp.
3. Педіатрія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель № 71422 Україна МПК А61Р 7/06 (2006.01). Спосіб лікування ранньої анемії новонароджених у дітей/ Зауральський Р.В., Долгошапко О.М., Прокопчук Я.Д. – Заявка u2012 00309; заявлено 10.01 2012; Опубліковано від 10.07.2012. Бюл. № 13.
6. Анемія у новонароджених. Заготівля, зберігання та використання пуповинної (плацентарної) крові у новонароджених. Методичні рекомендації. – Полтава, 2014. – 35 с.
7. Спосіб лікування ранньої анемії у новонароджених дітей шляхом заміни донорської еритроцитарної маси для трансфузії на аутоеритроцитарну масу залишків пуповинної крові та здійснюється в пупочну, центральну або периферичну вену немовляти. Поставлена задача вирішується шляхом трансфузії аутоеритроцитарної маси залишків пуповинної крові новонародженого відібраних відразу після перетину пуповини, змішаних з консервуючим та антизгортаючим засобом, причому безпосередньо перед трансфузією аутоеритроцитарної маси еритроцити пуповинної крові новонародженого відмивають від плазми, консервуючого й антизгортаючого засобу фізіологічним розчином при центрифугуванні. Для взяття пуповинної крові використовують відповідного призначення одноразові контейнери для заготовки крові у суворо стерильних умовах.

Потрібний об'єм еритромаси (мл) =

Об'єм циркулюючої крові (85 мл/кг) x Маса дитини (кг) x (Бажаний Ht – Фактичний Ht дитини)

Ht еритромаси

Потрібний об'єм еритромаси (мл) =

Об'єм циркулюючої крові (85 мл/кг¹) x Маса дитини (кг) x (Бажаний Hb – фактичний Hb дитини)

200 (рівень Hb в еритромасі)

Для недоношених новонароджених об'єм циркулюючої крові дорівнює 90-95 мл/кг² Рівень гемоглобіну (Hb) в г/л.

8. Спосіб дає можливість підвищити ефективності лікування ранньої анемії новонароджених шляхом трансфузії еритроцитарної маси в пупкову вену з використанням для неї аутоеритроцитарної маси із залишків пуповинної крові плаценти, що робить лікування анемії більш простим та безпечним для дітей та попереджує розвиток ізоімунних реакцій й можливе інфікування пацієнтів, а також надає можливість створення банку аутоеритроцитарної крові. Включення в лікувальний комплекс анемії новонароджених аутоеритроцитарної маси дає можливість відмовитись від донорських компонентів крові.
9. Одноразовий контейнер для заготовки крові, центрифуга рефрижераторна, плазмо екстрактор, високочастотний запаювач трубок, ваги для врівноважування центрифужних стаканів, затискачі пластмасові для полімерних трубок, штатив для внутрішньовенних інфузій, одноразова полімерна магістральна система, відмиваючий розчин – стерильний апірогенний розчин натрію хлориду 0,9% по 200 мл у флаконі, стерильні скляні флакони об'ємом 50-100 мл., стерильні ножиці, кровозупинний затискач, пінцет., стерильні ватні кульки, один з розчинів антисептиків (стериліум, 5 % йод спиртовий, 96 % спирт етиловий та інші) в склянці.
10. Рання анемія у новонароджених, геморагічний шок.
11. Групова та антигенна несумісність.
12. Ускладнення відсутні при дотриманні всіх правил, що стосуються техніки переливання аутоеритроцитарної маси.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія.
14. ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», м. Київ; Кременчуцький міський пологовий будинок.
15. Зауральський Р.В., Похилько В.І. (0675307770), Ковальова О.М., Долгошапко О.М., Лоринець І.А., Прокопчук Я.Д.

Реєстр. № 407/1/14

1. **СПОСІБ ПРОВЕДЕННЯ ІНГАЛЯЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ НА ШТУЧНІЙ ВЕНТИЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЬ.**
2. НДР «Поліорганна недостатність у новонароджених: фактори ризику, механізми розвитку, принципи профілактики та інтенсивної терапії», 0107U006285, 2008-2012 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель № 75316 Україна МПК А61К 31/00 (2012.01). Спосіб лікування бронхо-легеневої дисплазії у новонароджених / Похилько В.І., Ковальова О.М., Шкурупій Д.А., Гончарова Ю.О. – Заявка u2012 06265; заявлено 24.05 2012; Опубліковано від 26.11.2012. Бюл. № 22.
6. Немає.
7. Спосіб проведення інгаляційної терапії у комплексному лікуванні бронхолегеневої дисплазії (БЛД) у новонароджених на штучній вентиляції легень (ШВЛ), що включає використання інгалятора-небулайзера, який відрізняється тим, що на інгалятор-небулайзер встановлюють Т-подібний перехідник, який потім включають у дихальний контур апарата ШВЛ і забезпечують переміщення аерозолі безпосередньо в напрямку пацієнта разом з дихальною сумішшю без розгерметизації дихального контура. Інгаляція аерозолі здійснюється за допомогою інгалятора-небулайзера, який складається з

- генератора, розпилювальної камери, і відрізняється тим, що замість лицьової маски на інгаляторі-небулайзері встановлюється Т-подібний перехідник, який дозволяє включати його в дихальний контур апарата ШВЛ, забезпечуючи переміщення аерозолі безпосередньо у напрямку пацієнта через інкубаційну трубку разом із дихальною сумішшю без розгерметизації дихального контуру. Проведення інгаляційної терапії фуросеміда вирішується за рахунок інгаляційного його введення в дозі 1 мг/кг (термін інгаляції 5 хвилин) у кількості до 4 разів на добу.
8. Використання запропонованого способу підвищує ефективність лікування шляхом скорочення терміну проведення штучної вентиляції легень у передчасно народжених в середньому на 2-4 дні з бронхолегеневою дисплазією. Проведення інгаляційної терапії здійснюється з використанням Т-подібного перехідника авторської конструкції для інгалятора-небулайзера та інгаляційного введення фуросеміда без розгерметизації дихального контура.
 9. Т - подібний перехідник, 1% розчин фуросеміду для в/в та в/м введення.
 10. Включення в комплекс лікування БЛД у новонароджених під час проведення у них ШВЛ.
 11. Індивідуальна підвищена чутливість до фуросеміду.
 12. Ускладнень немає, помилки неможливі.
 13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
 14. Немає.
 15. Похилько В.І., Ковальова О.М., Шкурупій Д.А., Гончарова Ю.О.

Реєстр. № 408/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ГЕНЕТИЧНИХ МАРКЕРІВ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ.**
2. НДР «Особливості психосоматичної адаптації у дітей із хронічною соматичною патологією», 0112U004423, 2012-2017рр.
3. Педіатрія.
4. 4, С.
5. «Спосіб діагностики генетичних маркерів у дітей з бронхіальною астмою» Литвинець Л. Я. номер заявки u201204088 від 03.04.2012, рішення про видачу деклараційного патенту на корисну модель № 73570 від 25.09.2012 р.
6. Немає.
7. Верифікація генетичного поліморфізму генів ферментів біотрансформаціїксенобіотиків, що призводить до відмінностей в їх активності, а притаманні ферментам індукцибельність і генетичні відмінності лежать в основі широкої міжіндивідуальної варіабельності в метаболізмі чужорідних сполук, створюючи можливість дисбалансу процесів детоксикації і токсифікації, тобто, запропоновані згідно з корисною моделлю маркери дозволять забезпечити можливість молекулярно-генетичної діагностики бронхіальної астми у дітей, враховуючи детоксикацію ксенобіотиків в популяції здорових та дітей з БА. Спосіб діагностики генетичних маркерів БА у дітей здійснюють так: із лейкоцитів периферичної крові пацієнта проводять виділення та очистку ДНК, ампліфікацію послідовностей ДНК *in vitro* методом ланцюгової полімеразної реакції в автоматичному режимі на термоциклері, використовуючи олігонуклеотидніпраймери; специфічність ПЛР-продуктів визначають послідовністю специфічних праймерів, температурою відпалу та складом реакційної суміші; генотипування поліморфних локусів досліджуваних генів проводять з використанням різних програм проведення полімеразної ланцюгової

реакції та різної кількості циклів; поліморфні варіанти гена mEPHX1 визначають за допомогою мультилокусної ПЛР та проводять комплексний аналіз поліморфізму гена mEPHX1. Таким чином, на реалізацію БА, як екодетермінованої патології, впливають індивідуальні варіанти метаболічної активності генів детоксикації ксенобіотиків. Наявність генотипу CC та GG у дітей з БА з високою ймовірністю ($p < 0,05$) передбачає її неконтрольований перебіг, а гетерозиготний AG та гомозиготний AA варіанти є маркерами детермінації БА різного ступеня тяжкості, щодо гомозиготного алелю TT, то його розглядають як проєктивний при БА.

8. Генетичне тестування у дітей з бронхіальною астмою дозволить виявити у геномі тенденції до її появи та розвитку захворювання певного ступеня тяжкості, намітити шляхи ранньої профілактики і за допомогою корекції послабити несприятливі ефекти функціонально неповноцінних алельних генів схильності недуги, покращить якість життя хворих і дозволить досягти позитивного економічного ефекту.
9. Термостат, дозатор, фотоколориметр, центрифуга, термостат електричний сухоповітряний, дозатор піпетковий, стерильна вата, боратний буфер, праймери для ПЛР.
10. Визначення генів ферментів детоксикації ксенобіотиків I фази mEPHX1 - у локусах T337C та A415G у дітей, хворих на бронхіальну астму, для прогнозування тяжкості перебігу недуги..
11. Немає.
12. Не виявлено.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», 76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2.
14. Немає.
15. Литвинець Л.Я. (0342724445).

Реєстр. № 409/1/14

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ГРУПИ РИЗИКУ ЩОДО ФОРМУВАННЯ АТОПІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ.
2. НДР «Клініко-патогенетичне обґрунтування методів вторинної профілактики atopічної патології у дітей», 2004-2007 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+, С.
5. Рибіна Т.В., Банадига Н.В. Корисна модель. Спосіб лікування хворих на atopічний дерматит дітей. А 61 К 38/ 21 U 2006 03286-15.09.2006. – Бюл. № 9.
6. Немає.
7. З урахуванням анамнестичних та клініко-лабораторних даних: що були отримані на основі спостереження за дітьми з atopічним дерматитом створено прогностичний алгоритм для прогнозування atopічної патології у немовлят.
8. Індивідуальний підхід в кожному окремому випадку до розрахунку ймовірності алергічної патології у дітей; проведення адекватної вторинної профілактики зменшить поширеність і тяжкість перебігу atopічного дерматиту; підвищення ефективності лікувальних заходів та зменшення витрат на лікування; покращення якості життя пацієнтів та їх сімей.
9. Клініко-лабораторні обстеження (анамнез, визначення в пуповинній ріднині рівня Ig E, оксипроліну, кріоглобулінів, церулоплазміну та румалонових антитіл).
10. Новонароджені з обтяженим сімейним анамнезом щодо atopії.
11. Немає.
12. Немає.

13. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001.
14. Немає.
15. Банадига Н.В., Боярчук О.Р., Гаріян Т.В., Ковальчук Т.А. (0503772117).

Реєстр. № 410/1/14

- 1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ГРУП РИЗИКУ ЩОДО ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ РЕВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ**
2. НДР «Клініко-патогенетичне обґрунтування лікувально-реабілітаційних заходів при найбільш поширених соматичних захворюваннях у дітей», 0110U001936, 2008-2013 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+, С.
5. Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я. Спосіб визначення груп ризику щодо формування хронічної ревматичної хвороби серця у дітей / Боярчук О.Р., Сагаль І.Р., Гаріян Т.В.; Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського. - № 94-2013; підписано до друку 28.03.2013. Київ, 2013 р.
6. Немає.
7. Для визначення групи ризику щодо формування хронічної ревматичної хвороби серця у дітей пропонується використовувати прогностичну таблицю ризику розвитку захворювання, яка враховує клінічні дані, показники імунологічного, цитокінового статусу та наявність антитіл до вірусів родини Herpesviridae. Визначається діагностичний коефіцієнт та інформативність ознаки за Кульбаком. Інформативними вважаються ознаки з показником більше 0,5. Ймовірність виникнення захворювання встановлюється при підсумовуванні діагностичних коефіцієнтів кожного знайденого критерію. Значення граничних сум діагностичних коефіцієнтів за Вальдом: (+13/-13) – 95 % ймовірності; (+17/-17) – 98 % ймовірності; (+20/-20) – 99 % ймовірності.
8. Визначення індивідуального прогнозу виникнення хронічної ревматичної хвороби серця; формування групи ризику хронічної ревматичної хвороби серця; своєчасне проведення профілактичних заходів, спрямованих на попередження захворювання та його прогресування; зниження частоти ускладнень, зменшення кількості оперативних втручань з приводу вад серця.
9. Обладнання та реактиви для імунологічного дослідження, серологічного методу визначення антитіл до вірусів родини Herpesviridae.
10. Діти, які перенесли гостру ревматичну лихоманку.
11. Немає.
12. При чіткому дотриманні запропонованого методу не встановлено.
13. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001.
14. Немає.
15. Боярчук О.Р., Гаріян Т.В. (0686218248).

Реєстр. № 411/1/14

- 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ.**
2. НДР «Клініко-патогенетичне обґрунтування методів вторинної профілактики atopічної патології у дітей», 0110U001936, 2004-2007 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+, С.

5. Рибіна Т.В., Банадига Н.В. Корисна модель. Спосіб лікування хворих на atopічний дерматит дітей. А 61 К 38/ 21 U 2006 03286-15.09.2006. – Бюл. № 9.
6. Немає.
7. Для попередження виникнення остеопенії та профілактики її ускладнень доцільно включати до терапевтичного комплексу заходи, які спрямовані на збереження кісткової маси. Рекомендується призначення Кальцеміну – по 1 табл. На добу дітям від 5 до 12 років з остеопенічним синдромом при atopічному дерматиті, та по 1 табл. Двічі на добу пацієнтам старше 12 років протягом 30 днів з наступною перервою в 1 місяць та двома повторними курсами.
8. Профілактика та лікування остеопенічного синдрому при atopічному дерматиті; призначення Кальцеміну при агресивному лікуванні тяжких форм atopічного дерматиту топічними та системними кортикостероїдами; своєчасна профілактика попереджує виникнення значної остеопенії, що в свою чергу покращить якість життя пацієнтів.
9. Кальцемін – препарат, що містить вітамін Д3, мікро- та макроелементи.
10. Діти, хворі на atopічний дерматит, у яких спостерігається дестабілізація процесів мінералізації кісткової тканини.
11. Підвищення індивідуальна чутливість до будь-якого з компонентів препарату.
12. Може спостерігатися відчуття помірної нудоти при передозуванні або при індивідуальній чутливості до інгредієнтів препарату.
13. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001.
14. Немає.
15. Банадига Н.В., Боярчук О.Р., Гаріян Т.В., Ковальчук Т.А. (050377211).

Реєстр. № 412/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ РЕВМАТИЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ.**
2. НДР «Клініко-патогенетичне обґрунтування лікувально-реабілітаційних заходів при найбільш поширених соматичних захворюваннях у дітей», 0110U001936, 2008-2013 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель № 81444 Україна, МПК А61К 31/00 (2013.01). Спосіб лікування дітей, хворих на ревматичну хворобу серця / Боярчук О.Р.; Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського. - № u 2013 01796; заявл. 14.02.2013; опубл. 25.06.2013, Бюл. № 12, 2013 р.
6. Немає.
7. Для лікування дітей, хворих на ревматичну хворобу серця поряд з довготривалим внутрішньом'язовим введенням дюрантних форм пеніциліну (біциліну-5, бензатин бензилпеніциліну) 1 раз у 2-3 тижні, симптоматичною терапією за показами (діуретики, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту, серцеві глікозиди) додатково застосовують імунокорегуючі препарати з противірусною активністю, а саме інозин пранобекс, усередину у дозі 50 мг на кг маси тіла дитини за 3-4 прийоми упродовж 3-х тижнів. Висновок про ефективність лікування за запропонованим способом здійснюють за результатами клінічних даних, показниками імунологічного дослідження, доплер-ехокардіографічного обстеження та показниками серологічного дослідження визначення антитіл до вірусів родини Herpesviridae.
8. Позитивний вплив інозину пранобексу на клінічну симптоматику захворювання (швидша динаміка інтоксикаційного синдрому); підвищення протизапальної

- активності (зниження кількості лейкоцитів, рівня серомукоїду, церулоплазміну); регуляторний вплив на клітинну ланку імунітету (активація CD3+, CD4+, CD8+, зниження імунорегуляторного індексу); нормалізуючий вплив на рівень імуноглобуліну Е, циркулюючих імунних комплексів, кріоглобулінів; позитивна дія на цитокіновий профіль (зниження рівня фактору некрозу пухлин альфа, інтерлейкінів 4 та 10); активація протівірусних механізмів через підвищення продукції інтерферону гамма та НК-клітин; стабілізація змін з боку серця, зниження частоти ускладнень, зменшення кількості оперативних втручань з приводу вад серця.
9. Імунокорегуючий препарат з протівірусною активністю – інозин пранобекс.
 10. Діти, хворі на хронічну ревматичну хворобу серця, у яких спостерігаються імунні розлади та при реактивації інфекції, зумовленої вірусами родини Herpesviridae.
 11. Гіперчутливість до препарату, подагра, сечокам'яна хвороба, хронічна ниркова недостатність, порушення серцевого ритму.
 12. Перед призначенням бажано проводити визначення показників клітинної та гуморальної ланок імунітету.
 13. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001.
 14. Немає.
 15. Боярчук О.Р., Гаріян Т.В. (0686218248).

Реєстр. № 413/1/14

1. **МОЖЛИВОСТІ ЗАХИСТУ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ДІТЕЙ ВІД НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ ПАСИВНОГО ТЮТЮНОПАЛІННЯ.**
2. НДР «Функціональна характеристика бронхіальної прохідності у дітей, що зазнають негативного впливу тютюнопаління», 0199U002119.
3. Педіатрія.
4. 2+, С.
5. Спосіб відновлення функції бронхіальних рецепторів, котрі пошкоджені тютюновим димом: Пат.21809 України, МПК А61К33/06, /Чергінець В.І., Башкірова Н.С. (Україна); u200607833; заявл.13.07.2006 опубл.10.04.2007.
6. Немає.
7. Зменшення негативного впливу тютюнового диму на рецепторний апарат бронхів дітей, які зазнають негативного впливу пасивного чи активного тютюнопаління. Суттю нововведення є можливість зменшення негативного впливу тютюнового диму на найбільш вразливі відділи дихальної системи, чутливі бронхіальні рецептори шляхом застосування інгаляцій ізотонічного розчину 0,9% NaCl, за допомогою небулайзера курсом протягом 7-10 днів, тривалість кожної інгаляції 5 хвилин, повторюючи 4-6 разів на рік.
8. Медичні переваги: зниження гіперреактивності бронхів у пасивних та активних курців шляхом нормалізації функціонального стану чутливих осморцепторів бронхів. Соціальні переваги: Зменшення частоти бронхолегеневих захворювань у дітей пасивних курців та віддалений розвиток хронічних обструктивних захворювань легенів у дорослих. Економічні переваги: Використання методу відновлення реактивності чутливих бронхіальних рецепторів бронхів у дітей, що зазнають впливу тютюнового диму активно чи пасивно, який не потребує використання коштовного обладнання та значних грошових витрат.
9. Небулайзер, ізотонічний розчин 0,9% NaCl.
10. Контакт з тютюновим димом активно чи пасивно.
11. Немає.

12. Немає.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9.
14. Немає.
15. Чергінець В.І.(0677678744), Башкірова Н.С.(0508620040), Височина І.Л. (0504534304).

Реєстр. № 414/1/14

1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ДІТЕЙ.

2. НДР «Діагностика та корекція енергометаболических порушень міокарда у дітей з хронічним бронхітом», 0104U010387.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Спосіб діагностики хронічних захворювань органів дихання у дітей: Пат.39337 України, МПК G01N33/00, G01N33/487, G01N33/49/Іванусь С.Г. (Україна); u200810478; заявл.18.08.08; опубл.25.02. 09.
6. Немає
7. Для збільшення вірогідності кінцевого результату на ранніх етапах виникнення патології ($p > 0,97$) додатково досліджують активність ферментів ЛДГ у лімфі периферичної крові. Використання значень даного маркера у комплексі з а-ГФДГ і СДГ збільшує інформативність діагностичної основи й надає можливість розширеної інтерпретації даних у подальшому. Мітохондріальну недостатність на ранній фазі хронічного захворювання органів дихання констатують на разі, якщо активність СДГ меншає на 10-20% на тлі підвищення активності ЛДГ на 20-30% й норми а-ГФДГ, або активності СДГ й ЛДГ зростають на 15-20% на тлі зниження активності а-ГФДФ на 10-20%, або активність ЛДГ зростає відносно норми а-ГФДФ, або активності СДГ і а-ГФДФ зменшуються на 20-30% відносно норми ЛДГ, або спостерігають збільшення кластероутворення гранул, більше чим на 70%, або перевагу дрібних гранул у всіх ферментах лімфоциту понад 80%, або зниження щільності їх забарвлення, або зниження числа гранул а-ГФДФ, СДГ, ЛДГ і виражене кластероутворення, чи зниження числа активних гранул СДГ і збільшення числа активних гранул а-ГФДФ. Розширення представництва діагностичних критеріїв і кількості оцінних комбінацій підвищує можливість їх інтерпретації та інформативність процесу, а разом із цим - чутливість до змін клітинної енергетики на рівні первинних змін органел, приблизно у 6-8 разів.
8. Медичні переваги: доопрацювання способу у запропонованому вигляді розширює функціональні можливості діагностики хронічних захворювань органів дихання у дітей, а виявлення мітохондріальної недостатності у них сприяє плануванню у подальшому розробці адекватних програм лікування з включенням метаболічних препаратів, впливаючих одночасно на різні ключові ланки клітинного енергообміну. Соціальні переваги: своєчасна, рання діагностика захворювань органів дихання у дітей, шляхом виявлення змін у ключових ланках клітинного енергообміну з можливістю подальшого лікування та попередження прогресування хвороб в дитячому віці. Економічні переваги: використання способу діагностики хронічних захворювань органів дихання у дітей, що включає відбір проби периферичної крові, дослідження в лімфоцитах крові активності ферментів для визначення активності запального процесу бронхолегеневої системи, дозволяє зменшити витрати порівняно з іншим відомим способом діагностики, який ґрунтується на реалізації бронхоскопії,

цитологічному та мікробіологічному дослідженнях секретії бронхів. Останній спосіб є обмеженим у застосуванні, у зв'язку з інвазивністю, високими економічними і часовими витратами та відсутністю прийнятної кореляції між клініко-лабораторними й бронхоскопічними даними.

9. Набори реактивів, мікроскоп.
10. Проведення діагностики хронічного захворювання органів дихання та визначення вторинної мітохондріальної дисфункції.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9.
14. Немає.
15. Іванусь С.Г. (0503629590), Ільченко С.І. (0504534816), Башкірова Н.С. (0508620040).

Реєстр. № 415/1/14

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ.

2. НДР «Профілактика та прогноз несприятливого перебігу інфекційно-запальних захворювань респіраторного та травного трактів у дітей», 0199U001005.
3. Педіатрія. Дитяча гастроентерологія.
4. 2++; В.
5. Патент на корисну модель «Спосіб лікування хелікобактерної інфекції у дітей» UA85161U; МПК А61К31/00; Бюл. №21, 11.11.2013.
6. Немає.
7. Даний спосіб лікування хелікобактерної інфекції у дітей дозволяє забезпечити підвищення рівня ерадикації *H.pylori* та більш швидкий регрес інтенсивності основних синдромів захворювання (больового, диспептичного та астено-вегетативного), зниження виразності перебігу та частоти побічних проявів ерадикаційної антихелікобактерної терапії у дітей з хронічними запальними *H.pylori*-асоційованими гастродуоденальними захворюваннями. В основі даних терапевтичних ефектів лежить здатність *Lactobacillus* пригнічувати ріст, адгезію *H.pylori* до епітеліальних клітин, інактивувати фактори вірулентності, зокрема уреазу, пригнічувати ріст *Clostridium difficile* та інших умовно-патогенних мікроорганізмів, регулювати тонкі механізми запалення слизової оболонки шлунка, асоційованого з *H.pylori*, а також підвищувати ерадикаційну активність «потрійної» антихелікобактерної терапії за рахунок протизапальної дії *Lactobacillus*, зниження вразливості слизової шлунка до впливу *H.pylori*. Протизапальна дія *Lactobacillus* забезпечується молекулярними механізмами, відповідальними за продукцію sCD14. При проведенні семиденної потрійної антихелікобактерної ерадикаційної терапії, що включає колоїдний субцитрат

вісмуту (де-нол) - 4-8 мг/кг на добу (по 120-240 мг на добу в 2 прийому за 30 хв. до їжі), амоксицилін 25 мг/кг (по 250 мг 2 рази на добу) або кларитроміцин - 7,5 мг/кг (максимум - 500 мг на добу) 2 рази на добу після їжі та ніфурател 15 мг/кг або фуразолідон 10 мг/кг на добу після їжі. Додатково призначають пробіотичний препарат лацидофіл внутрішньо після їжі по 1 капсулі 3 рази на добу протягом 4 тижнів.

8. Найближчим до способу, що заявляється, за технічною суттю і результатом є спосіб лікування хелікобактерної інфекції у дітей (№ UA47073 А; МПК А61N 2/04; опубл. 17.06.2002, бюл. № 6). За відомим способом використовується поєднана дія потрійної медикаментозної терапії та електромагнітного випромінювання надвисокої частоти нетеплової дії. Істотними недоліками відомого способу є відсутність пробіотичних препаратів при проведенні антихелікобактерної ерадикаційної терапії, що призводить до появи побічних ефектів з розвитком порушень мікробіоти і синдрому надлишкового бактеріального росту. Також спосіб не сприяє зменшенню протизапальної дії *H.pylori* на слизову оболонку шлунку і не підвищує пригнічення росту *H.pylori* та його адгезію до епітеліальних клітин, тим самим знижує схильність хворих дітей до лікування, підвищуючи ризик невдачі ерадикації *H.pylori* при використанні поточних і наступних схем антихелікобактерної ерадикаційної терапії. Широке застосування способу ускладнюється необхідністю використання спеціального генератора для медичних цілей, який виробляє електромагнітні хвилі міліметрового діапазону низької інтенсивності вкрай високої частоти, що впливають на біологічно активні точки організму, обов'язковою наявністю лікарів-спеціалістів, які добре володіють знаннями акупунктури та сучасної рефлексотерапії, відсутністю наукової доказової бази ефективності такого лікування.
9. Фіброгасроскоп для проведення фіброезофагогастродуоденоскопії стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки за загальноприйнятою методикою; для ідентифікації *H.pylori* набори для уреазного «Хелп»- і дихального «Хелік»-тестів; пробіотичний препарат лацидофіл, колоїдний субцитрат вісмуту, кларитромицин, ніфурател.
10. *H.pylori*-асоційовані хронічний гастрит, хронічний гастродуоденіт, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».
14. Немає.
15. Абатуров О.Є. (0567250639), Герасименко О.М. (0504812583).

Реєстр. № 416/1/14

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ІНТЕРФЕРОНІНДУКУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ.

2. НДР «Розробка технологій діагностики, лікування та профілактики захворювань дихальної, травної та нервової системи у дітей різних вікових груп», 0111U001433.
3. Педіатрія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель UA 85961U МПК А61Р 31/12 (2006.01), G01N 33/48 (2006.01). Спосіб прогнозування ефективності інтерфероніндукуючої терапії гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей / Заявники та патентовласники Ю.К.Больбот, О.Є.Абатуров, О.М.Таран та ін. (Україна). – № u201306580, заявл. 27.05.2013, опубл. 10.12.2013, бюл. № 23/2013, чинний з 10.12.2013.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування ефективності інтерфероніндукуючої терапії гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей включає визначення істотно значимих факторів ризику, вирахування прогностичного коефіцієнту, визначення маркерних ознак. Додатково визначають показник співвідношення рівня сироваткового інтерферону- γ до рівня сироваткового інтерлейкіну-10, і при значенні більше 0,1 прогнозують позитивний клінічний та імунологічний ефект від інтерфероніндукуючої терапії, а при коефіцієнті 0,1 та менше – призначення інтерфероніндукуючої терапії в комплексному лікуванні ГРВІ прогнозують неефективним.
8. Визначення показника співвідношення рівня сироваткового інтерферону- γ до рівня сироваткового інтерлейкіну-10 в якості критерію ефективності інтерфероніндукуючої терапії дозволяє на початку захворювання визначити потребу та вірогідну ефективність лікарського препарату в комплексній терапії ГРВІ, вказує на необхідність або недоцільність призначення імуномодулюючої терапії при ГРВІ у дітей на початку захворювання, надає можливість оцінювати інтерфероновий статус, рівень стимулюючих та гальмуючих факторів синтезу інтерферону, що дозволяє скоротити термін одужання та покращити результат лікування захворювання, а також надає можливість впливу на вибір лікарських препаратів на початку захворювання при вірогідному негативному ефекті від лікування, що сприяє підвищенню ефективності лікування та скорочує терміни одужання.
9. Наявність лабораторії, в якій можливе проведення імуноферментного аналізу (ELISA), тест-набори для визначення рівня інтерферону- γ та інтерлейкіну-10 в сироватці крові.
10. Гостра респіраторна вірусна інфекція у дітей, 1-3-й день хвороби.
11. Немає.

12. Немає.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».
14. Немає.
15. Ботьбот Ю.К., Абатуров О.Є., Бордїй Т.А., Таран О.М., Ковтуненко Р.В., Клименко О.В., Аліфанова С.В., Чабанюк О.В., Калічевська М.В., Клімова О.В. (0567605115).

Реєстр. № 417/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЛИНУ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ПОЛІСИСТЕМНИХ ГІПОКСИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ У НОВОНАРОДЖЕНИХ.**
2. НДР «Розробка та впровадження технологій ранньої профілактики дитячої інвалідності внаслідок перинатальних уражень нервової системи», 0104U010386.
3. Педіатрія.
4. 3, D, ▼.
5. Патент на корисну модель «Спосіб прогнозування плинуперинатальних полісистемних гіпоксичних ушкоджень у новонароджених» № 82398 від 25.07.2013. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. У виділеній плазмі пуповинної крові новонароджених визначають у перші 48 годин експресію васкулоендотеліального ростового фактора та прогнозують розвиток тяжкої неонатальної енцефалопатії, якщо експресія васкулоендотеліального ростового фактора становить $< 0,04$ од. оптичної щільності.
8. Дозволяє покращити прогнозування тяжких гіпоксично-ішемічних уражень ЦНС. Даний спосіб прогнозування плинуперинатальних полісистемних гіпоксичних ушкоджень у новонароджених дозволяє досягти спрощення процесу, посилення точності (на 45-46 %) та оперативності (в середньому на 48 годин) прогнозування розвитку тяжких деструктивних гіпоксично-ішемічних ушкоджень ЦНС.
9. Набір реактивів для твердофазного імуноферментного аналізу, пуповинна кров, пробірки, піпетки, центрифуга КД-3, термостат.
10. Гіпоксично-ішемічні ушкодження ЦНС новонароджених.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9.
14. Немає.
15. Мавропуло Т.К. (0562312947), Рибка О.Ю.

Реєстр. № 418/1/14

1. **СПОСІБ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ЩІЛЬНОСТІ НИРКИ ТА ЇЇ СТРУКТУР.**

2. НДР «Удосконалення діагностики і прогнозування розладів внутрішньосерцевої і периферичної гемодинаміки у дітей в процесі росту та при запальних захворюваннях легень, серця, нирок», 0111U005752, 2011-2015 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+, С.
5. Спосіб ультразвукової діагностики щільності нирки та її структур. Патент на корисну модель №71388. /Л.І. Вакуленко, В.О. Кондратьєв, А.В. Вакуленко, І.І. Андрейченко //Промислова власність.- 2012.- Бюл.№ 13
6. Немає.
7. Нововведення забезпечує ультразвукову оцінку щільності нирки та її структур в умовах сонології та нефрології. Спосіб ультразвукової діагностики щільності нирки та її структур включає ультразвукове сканування щонайменше 8 областей нирок, їх сонографічну реєстрацію в стандартних позиціях і одержання ультрасонограми, на якій градують яскравість у діапазоні від 0 до 1, зіставляють яскравість кожної з досліджуваних областей з градуйованим діапазоном і по величині сігмальних відхилень яскравості від норми визначають ступінь підвищення (зниження) ультразвукової щільності ниркових структур.
8. Технічний результат, що досягається при використанні нововведення, пов'язаний з підвищенням об'єктивності діагнозу та розширенням функціональних можливостей прототипу, здебільшого за рахунок розширення позицій вимірювання та його об'єктивізації на відомому обладнанні. Запровадження сприятиме визначенню патологічних відхилень з боку нирок на ранніх етапах розвитку захворювання, особливо у дітей, практично виключає помилкові діагностичні висновки, щодо пієлонефриту, нефросклерозу, уролітіазу та спрощує оцінку цих морфологічних змін в нирках. Медичні переваги: зниження поширеності хронічної хвороби нирок, сечокам'яної хвороби в дитячому та підлітковому віці на 10-15%. Соціальні переваги: уповільнення можливої інвалідизації з приводу хронічної хвороби нирок та сечокам'яної хвороби в дитячому та підлітковому віці. Економічні переваги: зменшення кількості обстежень нирок у дітей з приводу хронічного пієлонефриту та сечокам'яної хвороби на 30%.
9. Стационарний апарат для проведення ультрасонографічного обстеження, оснащений ультразвуковим сканером, конвексним датчиком з частотою 3,0-5,0 МГц.
10. Для визначення патологічних змін в нирках на ранніх етапах розвитку пієлонефриту, нефросклерозу, нефролітіазу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. (056) 713-52-57
14. Немає.
15. Кондратьєв В.О., Вакуленко Л.І. (0562392399), Вакуленко А. В., Андрійченко І.І.

Реєстр. № 419/1/14

1. **СПОСІБ ВИБОРУ ЛІКУВАННЯ ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕННОЇ ЛЕГКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ 6-7 РОКІВ.**
2. НДР «Удосконалення підходів до лікування та профілактики легкої персистоючої бронхіальної астми у дітей», 0106U008122.
3. Педіатрія.
4. 1+, А.
5. Пат. України № 76743, МПК (2013.01) А61К 31/00 Спосіб вибору лікування вперше виявленої легкої бронхіальної астми у дітей 6-7 років// Промислова власність. – 2013. - № 1.
6. Немає.
7. Дітям з вперше виявленою легкою персистоючою бронхіальною астмою до лікування визначають рівні лейкотриєнів в сировотці крові та якщо середній рівень лейкотриєнів ($C_4/D_4/E_4$) - $0,8 \pm 0,06$ нг/мл та вище, то призначають базисне протизапальне лікування антилейкотриєновими засобами, а якщо середній рівень лейкотриєнів ($C_4/D_4/E_4$) - $0,5 \pm 0,06$ нг/мл та нижче, то призначають інгаляційні глюкокортикостероїди.
8. Забезпечується підвищення ефективності базисної терапії у дітей з бронхіальною астмою, поліпшення комплайнсу, мінімізація фармакологічного навантаження та скоріше досягнення контролю над захворюванням, зменшення кількості госпіталізацій та зменшення кількості ліжко- днів.
9. Центрифуга, діагностичні набори для визначення рівнів лейкотриєнів ($C_4/D_4/E_4$).
10. Легка персистоюча бронхіальна астма.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.
15. Недельська С.М. (06122249407), Раскіна К.В.

Реєстр. № 420/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ КІЛЬКОСТІ РЕЦИДИВІВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ.**
2. НДР «Клініко-функціональна характеристика, прогнозування захворювань у дітей, які мешкають в екологічно несприятливих умовах, та розробка програм лікування та профілактики відхилень в стані їх здоров'я», 0109U003985.
3. Педіатрія.
4. 1+, А.
5. Патент України № 81603, МПК (2013.01) А61В 5/00 Спосіб прогнозування кількості рецидивів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей та підлітків // Промислова власність. – 2013. - № 13.
6. Немає.
7. Для прогнозування кількості рецидивів ГЕРХ у дітей та підлітків використовують багатофакторну регресійну модель, з включенням наступних факторів: вегетативна дисфункція за показниками часового аналізу варіабельності серцевого ритму (рівень показника $SDNN_i$ вночі, мс) (X1), тривалість паління (X2) (1бал – не палить, 2 бали – до 2 років, 3 бали – більше 2 років), рівень особистісної тривожності згідно тесту Спілбергера (X3) (1 бал – помірний, 2 – високий), стан шлункової секреції за даними ацидометрії (X4) (1 бал - нормальний, 2 – помірний гіперацидний, 3 - виражений гіперацидний, 4 - помірний гіпоацидний, 5 - виражений гіпоацидний), порушення режиму

- харчування (X5) (вживання їжі перед сном 1- ні, 2 - так), тривалість хронічної гастродуоденальної патології більше 2 років (X6) (1- ні, 2 - так). Кількість рецидивів впродовж року розраховують за формулою: $\text{кількість рецидивів} = 0,7 - 0,13 * X1 + 0,376 * X2 + 0,465 * X3 + 0,132 * X4 + 0,193 * X5 + 0,221 * X6$
8. Даний спосіб прогнозування кількості рецидивів захворювання є простим та економічним, дає можливість підвищити ефективність лікувально-профілактичних заходів при ГЕРХ (відмічається зменшення кількості рецидивів ГЕРХ впродовж року і подовження тривалості ремісії (10,1±2,46 місяців, проти 6,0±1,65 місяців, $p < 0,05$), та відсутність загострень у 47,2% дітей з ГЕРХ ($p < 0,05$).
 9. Ацидогастрограф, апарат для добового моніторингу ЕКГ.
 10. Діти з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою на тлі хронічної гастродуоденальної патології.
 11. Органічні ураження нервової та серцево-судинної систем, неможливість проведення ацидометрії в шлунку: прийом кислотознижуючих препаратів (інгібіторів протонної помпи, H2-гістаміноблокаторів, М-холінолітиків, антацидів) протягом останніх 3-х днів до обстеження, психічні захворювання, анатомічні дефекти, що перешкоджають проведенню запланованого виду обстеження.
 12. Немає.
 13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
 14. Немає.
 15. Боярська Л.М., Іванова К.О. (06122249375), Дмитрякова Г.М.

Реєстр. № 421/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ.**
2. НДР «Клініко-функціональна характеристика, прогнозування захворювань у дітей, які мешкають в екологічно несприятливих умовах, та розробка програм лікування та профілактики відхилень в стані їх здоров'я», 0109U003985.
3. Педіатрія.
4. 1+, А.
5. Патент України № 81602, МПК (2013.01) А61В 5/00 Спосіб прогнозування розвитку гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей та підлітків// Промислова власність. – 2013. - № 13.
6. Немає.
7. Для прогнозування розвитку ГЕРХ у дітей та підлітків з хронічною гастродуоденальною патологією використовують багатофакторну регресійну модель, з включенням наступних факторів: сімейна спадковість за патологією шлунково-кишкового тракту (X1), патологічний перебіг вагітності (X2), тривалість хронічної гастродуоденальної патології більше 2 років (X3), порушення режиму харчування (X4), наявність вегетативної дисфункції за показниками часового аналізу варіабельності серцевого ритму в нічні години при проведенні холтеровського моніторингу (X5) та високий рівень особистісної тривожності за тестом Спілбергера (X6), наявність кожної ознаки оцінюють в 1 бал, а відсутність - у 0 балів, а показник ймовірності розвитку гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби розраховують за формулою бінарної логістичної регресії: P (ймовірність настання події) $= e^z / 1 + e^z$, де $e = 2,72$, $z = -4 + 0,83 * X1 + 2,16 * X2 + 1,13 * X3 + 1,04 * X4 + 2,08 * X5 + 2,34 * X6$, і якщо для P вийде значення більше 0,5, прогнозують розвиток захворювання.

8. Даний спосіб прогнозування ГЕРХ є простим та економічним для оцінки ризику розвитку ГЕРХ у дітей з гастродуоденальною патологією на підставі найбільш значимих факторів ризику, що дозволить підвищити ефективність діагностики та лікування ГЕРХ, знизити кількість ускладнень та рецидивів, подовжити термін ремісії.
9. Апарат для добового моніторингу ЕКГ.
10. Діти з хронічною гастродуоденальною патологією.
11. Органічні ураження нервової та серцево-судинної систем.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.
15. Боярська Л.М., Іванова К.О. (06122249375), Дмитрякова Г.М.

Реєстр. № 422/1/14

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ РИЗИКУ КОЛОНІЗАЦІЇ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПАТОГЕННИМИ ШТАМАМИ СТРЕПТОКОКІВ І СТАФІЛОКОКІВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З КАШЛЮКОМ.**
2. НДР «Клініко-патогенетичні аспекти різних клінічних форм та варіантів перебігу гострих інфекційних хвороб у дітей, оптимізація підходів до лікування і профілактики», 0114U000111, 2014-2017 рр.
3. Дитячі інфекційні хвороби.
4. 2+, С.
5. Пат. № 9448, UA МПК G 01 N 33/48, G 01 N 33/53. Спосіб оцінки ризику колонізації дихальних шляхів патогенними штамами стрептококів і стафілококів у дітей раннього віку з кашлюком / заявник та патентовласник Дибас Ірина Володимирівна, Надрага Богдан-Степан Олександрович;ЛНМУ ім.Д.Галицького - № u201315499; заявл. 30.12.2013; опубл. 26.05.2014, Бюл. № 10.
6. Здійснено трансфер технологій в практичну медицину згідно актів впровадження
7. Спосіб оцінки ризику колонізації дихальних шляхів патогенними штамами стрептококів і стафілококів у дітей раннього віку з кашлюком включає загальноклінічні та бактеріологічні обстеження з визначенням абсолютної кількості лімфоцитів, абсолютної кількості нейтрофілів, наявності змін на рентгенограмі органів грудної клітки. Пацієнтам впродовж перших 24 годин від часу госпіталізації у стаціонар додатково визначають концентрацію γ -інтерферону в сироватці крові. Отримані дані вводять у розрахункову модель логістичної регресії і за результатами розрахунку оцінюють ризик колонізації патогенними штамами стрептококів і стафілококів за шкалою від 0 до 1: менше 0,3 – відсутній ризик, у межах 0,4-0,6 – помірний ризик, у межах 0,7-1,0 – високий ризик.
8. Для оцінки колонізації дихальних шляхів патогенними штамами стрептококів і стафілококів у дітей раннього віку традиційно використовують результати бактеріологічних обстежень, які є досить тривалими (5-7 діб). В нашій методиці, пацієнтам, впродовж перших 24 годин від часу госпіталізації у стаціонар, визначають всі вищезгадані показники. І за їх результатами розраховуємо ризик колонізації слизових патогенними мікроорганізмами.
9. Набір для визначення рівнів γ -інтерферону в крові хворого методом твердофазного імуноферментного аналізу із застосуванням моно- та поліклональних антитіл до γ -інтерферону людини, рентгенологічний апарат.
10. Кашлюк у дітей раннього віку.
11. Немає.

12. Немає.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
14. Немає.
15. Дибас І.В. (0972898285), Надрага Б.-С.О.

Реєстр. № 423/1/14

- 1. ВИЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ ЖОРСТКОСТІ СТІНКИ ЗАГАЛЬНОЇ СОННОЇ АРТЕРІЇ МЕТОДОМ ДУПЛЕКСНОЇ СОНОГРАФІЇ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ СУБКЛІНІЧНОГО УРАЖЕННЯ СУДИННОЇ СТІНКИ ПРИ НАЯВНОСТІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РАНЬОГО РОЗВИТКУ АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Діагностика та корекція порушень серцево-судинної системи при ревматичних захворюваннях у дітей», 0112U002351, 2012-2014 рр.
3. Педіатрія.
4. С.
5. Пат. на корисну модель № 77148 Україна, МПК А61В 8/00. Заявник та патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл 25.01.2013, Бюл. № 2/2013.
6. Немає.
7. Визначення індексу жорсткості має значення для діагностики ранньої стадії субклінічного ураження судин у дітей із факторами ризику атеросклерозу. Із тривалим впливом таких факторів відбувається поступове формування атеросклеротичного ураження судинної стінки, що проявляється підвищенням її жорсткості. Виявлення підвищення індексу жорсткості у дітей, дозволяє віднести їх до групи ризику раннього розвитку серцево-судинних захворювань.
8. Підвищення ефективності діагностики ураження серцево-судинної системи у дітей із факторами ризику раннього розвитку атеросклерозу у дітей.
9. Ультразвуковий сканер, придатний для проведення дуплексної сонографії судин.
10. Встановлення наявності субклінічного ураження судин у дітей із факторами ризику атеросклерозу
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Марушко Т.В., марушко Є.Ю. (044) 412-40-58.

Реєстр. № 424/1/14

- 16. ВИЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ ЖОРСТКОСТІ СТІНКИ ЗАГАЛЬНОЇ СОННОЇ АРТЕРІЇ МЕТОДОМ ДУПЛЕКСНОЇ СОНОГРАФІЇ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ СУБКЛІНІЧНОГО УРАЖЕННЯ СУДИННОЇ СТІНКИ ПРИ СИСТЕМНОМУ ЧЕРВОНОМУ ВОВЧАКУ (СЧВ) У ДІТЕЙ.**
17. НДР «Діагностика та корекція порушень серцево-судинної системи при ревматичних захворюваннях у дітей», 0112U002351, 2012-2014 рр.
18. Педіатрія
19. 2++, В.
20. Пат. на корисну модель № 82710 Україна, МПК А61В 5/02. Заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені

- П.Л. Шупика, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл 12.08.2013, Бюл. № 15/2013.
21. Немає.
 22. Визначення індексу жорсткості має значення для діагностики ранньої стадії субклінічного ураження судин у дітей хворих на СЧВ. Із перебігом хвороби відбувається поступове формування атеросклеротичного ураження судинної стінки, що проявляється підвищенням її жорсткості. Виявлення підвищення індексу жорсткості у дітей, хворих на СЧВ, дозволяє віднести їх до групи ризику раннього розвитку серцево-судинних захворювань.
 23. Підвищення ефективності діагностики ураження серцево-судинної системи у хворих на СЧВ дітей.
 24. Ультразвуковий сканер, придатний для проведення дуплексної сонографії судин.
 25. Встановлення наявності субклінічного ураження судин у дітей, хворих на СЧВ.
 26. Немає.
 27. Немає.
 28. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
 29. Немає.
 30. Бережний В.В., Марушко Т.В., Тараненко Т.В., Герман А.Б., Марушко Є.Ю., Романкевич І.В. (044) 412-40-58.

Реєстр. № 425/1/14

- 1. ВИЗНАЧЕННЯ ТОВЩИНИ КОМПЛЕКСУ ІНТИМА-МЕДІА ЧЕРЕВНОЇ АОРТИ МЕТОДОМ ДУПЛЕКСНОЇ СОНОГРАФІЇ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ СУБКЛІНІЧНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Діагностика та корекція порушень серцево-судинної системи при ревматичних захворюваннях у дітей», 0112U002351, 2012-2014 рр.
3. Педіатрія.
4. С.
5. Пат. на корисну модель № 77146 Україна, МПК А61В 5/00. Заявник та патентовласник Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл 25.01.2013, Бюл. № 2/2013.
6. Немає.
7. Визначення товщини комплексу інтима медіа черевної аорти має значення для діагностики ранньої стадії субклінічного ураження судин у дітей із факторами ризику атеросклерозу. Із тривалим впливом таких факторів відбувається поступове формування атеросклеротичного ураження судинної стінки, що проявляється потовщенням її комплексу інтима медіа. Виявлення збільшення товщини комплексу інтима медіа черевної аорти у дітей дозволяє віднести їх до групи ризику раннього розвитку серцево-судинних захворювань.
8. Підвищення ефективності діагностики ураження серцево-судинної системи у дітей із факторами ризику атеросклерозу.
9. Ультразвуковий сканер, придатний для проведення дуплексної сонографії судин.
10. Встановлення наявності субклінічного атеросклерозу у дітей із факторами ризику його раннього розвитку
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.

15. Бережний В.В., Марушко Т.В., Тараненко Т.В., Герман А.Б., Марушко Є.Ю., Романкевич І.В. (044) 412-40-58.

Реєстр. № 426/1/14

1. **ОПТИМІЗАЦІЯ ШЛЯХІВ КОРЕКЦІЇ ПАТОЛОГІЇ ВЕРХНЬОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СКЛАДУ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ.**
2. НДР «Діагностика та корекція порушень серцево-судинної системи при ревматичних захворюваннях у дітей», 0112U002351, 2012-2014 рр.
3. Педіатрія.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 66380 Україна, МПК А61В 5/00. Заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл 26.12.2011, Бюл. № 24/2011.
6. Немає.
7. Обґрунтовано оптимальну схему лікування дітей з ЮРА, шляхом доведеної доцільності, більшої безпечності і ефективності застосування в складі комплексної терапії основного захворювання, базисного препарату метотрексату з парентеральним шляхом введення, що попереджує виникнення та прогресування гастроудоденальної патології у цих хворих.
8. Підвищення ефективності лікування патології верхнього відділу шлунково-кишкового тракту у дітей з ювенільним ревматоїдним артритом в залежності від складу комплексної терапії.
9. Підвищення ефективності застосування комплексного лікування патології верхнього відділу шлунково-кишкового тракту у дітей з ювенільним ревматоїдним артритом, запобігання побічних ускладнень.
10. Патологія верхнього відділу шлунково-кишкового тракту у дітей з ювенільним ревматоїдним артритом.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Марушко Т.В., Герман О.Б. (044) 412-40-58.

Реєстр. № 427/1/14

1. **СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЧНОГО ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Етіопатогенетичні механізми патологічного гастроєзофагального рефлюксу у дітей раннього віку та вдосконалення його лікування», 2012-2016 рр.
3. Педіатрія.
4. С.
5. Висновок про видачу деклараційного патенту на корисну модель за результатами формальної експертизи № 7805/ЗУ/14; реєстраційний номер заявки u 2014 01065; заявник Одеський Національний Медичний Університет; МПК (2014.01) А61В 10/00.
6. Немає.

7. Поставлена задача вирішується тим, що, згідно винаходу, спочатку виконують опитування батьків хворої дитини за анкетною, після чого проводять бальну оцінку стану дитини і при значенні суми балів за анкетною вище 9 судять про наявність патологічного ГЕР та необхідність подальшого обстеження, при значенні суми балів, що дорівнює або менше 6 – про відсутність патологічного рефлюксу.
8. Даний метод етапної діагностики патологічного гастро-езофагального рефлюксу дозволяє віддиференціювати пацієнтів, яким необхідно проведення добової рН-метрії, а це пацієнти, що мають симптоми, які не дозволяють виключити гастроезофагальну рефлюксну хворобу, але при цьому мають нормальну ендоскопічну картину, при наявності типових симптомів ГЕР, стійких до проводимої терапії та для оцінки ефективності лікування рефлюкс-езофагітів.
9. Рефлюкс-анкета, портативний монітор ацидогастрограф.
10. Відбір пацієнтів, яким необхідно проведення добової рН-метрії.
11. Немає.
12. Не відмічені.
13. Одеський національний медичний університет, 65082, м. Одеса, Валіховський провулок, 2.
14. Немає.
15. Трухальська В.В. (0977870012), Старець О.О.

Реєстр. № 428/1/14

- 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТУ У ДІТЕЙ ВІКОМ ВІД 4-Х ДО 7-МИ РОКІВ.**
2. НДР «Вивчення стану органів і систем організму дитини та їх структурно-функціональна характеристика при соматичній патології в сучасних умовах», 0111U003577, 2011-2015 рр.
3. Педіатрія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель №83946, МПК G01N 33/48.Спосіб діагностики реактивного артрит у дітей віком від 4-х до 7-ми років/Савво Володимир Михайлович (UA), Кривошей Ганна Василівна (UA); власник Харківська медична академія післядипломної освіти (UA).-З. №и2013 02772; заявл. 05.03.2013; опубл. 10.10.2013, бюл. №19/2013.
6. Немає.
7. Спосіб діагностики реактивного артрит у дітей віком від 4-х до 7-ми років, який здійснюють шляхом дослідження показників крові, визначають показники клінічного аналізу крові, для кожного показника визначають діагностичні коефіцієнти, постановку діагнозу здійснюють шляхом алгебраїчного підсумовування ДК до моменту досягнення діагностичного порогу, який для 95 % рівня надійності складає $\Sigma ДК \geq 13,0$, якщо біля суми ДК знак (+) діагностують РеА, а якщо знак (-) з такою ж вірогідністю відкидають РеА, у випадку, якщо після підсумовування ДК всіх ознак алгоритму діагностичний поріг не досягнутий - діагноз не визначений.
8. Розроблений спосіб, у порівнянні з аналогом, дозволяє удосконалити діагностику реактивного артрит у дітей віком від 4-х до 7-ми років.
9. Немає.
10. Реактивний артрит у дітей віком від 4-х до 7-ми років.
11. Немає.
12. Не спостерігалися.

13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58.
14. Немає.
15. Савво В.М. (0502892402), Кривошей Г.В. (0686083899).

ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ

Реєстр. № 429/1/14

1. **МЕТОДИКА HDR БРАХІТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ІНВАЗИВНІ ФОРМИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ Пв–Шв СТАДІЙ.**
2. НДР «Розробити нові методики брахітерапії з використанням джерел високої активності при лікуванні хворих на місцево поширений рак шийки матки», 0111U000378, 2011–2013 рр.
3. Променева терапія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 82172 Україна, МПК А61N 5/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.07.2013, Бюл. №14/2013.
6. Немає.
7. Використання джерела ⁶⁰Со високої потужності при внутрішньопорожнинній променевої терапії та опромінення разовою осередковою дозою в точках А – 5 Гр. 2 рази на тиждень до сумарної осередкової дози 35 Гр.
8. Посилення протипухлинної дії, зниження місцевої токсичності, покращання безпосередніх та віддалених результатів лікування, поліпшення якості життя хворих.
9. Апарат з джерелом ⁶⁰Со високої потужності дози.
10. Хворі на інвазивні форми раку шийки матки Пв–Шв стадій.
11. Загально визначені протипоказання до проведення внутрішньопорожнинної променевої терапії.
12. Немає.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Іванкова В.С., Хруленко Т.В., Шевченко Г.М., Барановська Л.М., Скоморохова Т.В., Галяс О.В. (044) 259-01-95.

Реєстр. № 430/1/14

1. **МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ ПЕРИНОДУЛЯРНОЇ ЗОНИ У ХВОРИХ ІЗ ГЕПАТОЦЕЛЮЛЯРНОЮ КАРЦИНОМОЮ.**
2. НДР «Вивчити можливості та оптимізувати методики променевих методів дослідження для діагностики злоякісних новоутворень гепатобіліарної зони», 0111U000380, 2011–2013 рр.
3. Рентгенологія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 80455 Україна, МПК А61В 8/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.05.2013, Бюл. № 10/2013.
6. Немає.
7. Сканування печінки проводять в артеріальну фазу на 20-ій секунді після внутрішньовенного введення контрастної речовини, і в разі виявлення гіперваскулярної зони оцінюють активність злоякісного процесу.

8. Можливість оцінки особливості васкуляризації пухлини печінки, підвищення ефективності діагностики новоутворення та скорочення діагностичного періоду.
9. Комп'ютерний томограф, йодовмісна контрастна речовина.
10. Хворі на новоутворення печінки.
11. Індивідуальна чутливість до йодовмісних препаратів.
12. Немає.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Головка Т.С., Лаврик Г.В., Халілеєв О.О., Шевчук Л.А., Руда Л.В. (044) 257-21-06.

Реєстр. № 431/1/14

1. **МЕТОДИКА ДИСТАНЦІЙНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ІНВАЗИВНІ ФОРМИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ ПЬ-ШЬ СТАДІЙ.**
2. НДР «Розробити нові методики брахітерапії з використанням джерел високої активності при лікуванні хворих на місцево поширений рак шийки матки», 0111U000378, 2011–2013 рр.
3. Променева терапія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 90065 Україна, МПК А61N 5/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 12.05.2014, Бюл. № 9/2014.
6. Немає.
7. Усім хворим на першому етапі лікування виконують комп'ютерну томографію, індивідуальну 2D+ топометричну підготовку з оптимізацією параметрів опромінювання, клініко-дозиметричне планування лікувального процесу та віртуальну симуляцію.
8. Зниження променевих реакцій та ускладнень, покращання безпосередніх та віддалених результатів лікування, поліпшення якості життя хворих.
9. Комп'ютерний томограф, плануюча система.
10. Хворі на інвазивні форми раку шийки матки ПЬ-ШЬ стадій.
11. Загально визначені протипоказання до проведення дистанційної променевої терапії.
12. Немає.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Іванкова В.С., Барановська Л.М., Скоморохова Т.В., Столярова О.Ю., Хруленко Т.В., Шевченко Г.М., Кротевич М.І., Галяс О.В. (044) 259-01-95.

Реєстр. № 432/1/14

1. **МЕТОДИКА РАДІОНУКЛІДНОЇ ДІАГНОСТИКИ МЕТАСТАЗІВ І РЕЦИДИВІВ МЕДУЛЯРНОГО РАКУ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Вивчити можливості радіонуклідної терапії і діагностики в комплексному лікуванні та моніторингу хворих на медулярний рак щитоподібної залози», 0111U000376, 2011–2013 рр.
3. Радіонуклідна діагностика.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 63534 Україна, МПК А61В 6/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.10.2011, Бюл. № 19/2011.

6. Немає.
7. В якості туморотропного препарату використовують димеркаптобурштинову кислоту, мічену п'ятивалентним метастабільним технецієм-99.
8. Покращення ефективності комплексного лікування та післяопераційного моніторингу хворих на медулярний рак щитовидної залози.
9. Дводетекторна гамма-камера і/або однофотонний емісійний комп'ютерний томограф, генератори технецію-99, радіофармацевтичний препарат ^{99m}Tc-карбомек.
10. Хворі на медулярний рак щитовидної залози у стані після оперативного лікування.
11. Вагітність, лактація, загальний важкий стан.
12. При лікуванні – тимчасове погіршення показників крові. У процесі моніторингу – отримання хибно позитивних результатів.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Сукач Г.Г., Солодянникова О.І., Войт Н.Ю. (044) 259-01-90.

Реєстр. № 433/1/14

1. **МЕТОДИКА РАДІОНУКЛІДНОЇ ДІАГНОСТИКИ МЕТАСТАЗІВ МЕДУЛЯРНОГО РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В ЛІМФАТИЧНІ ВУЗЛИ ШИЇ І СЕРЕДОСТІННЯ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ.**
2. НДР «Вивчити можливості радіонуклідної терапії і діагностики в комплексному лікуванні та моніторингу хворих на медулярний рак щитоподібної залози», 0111U000376, 2011–2013 рр.
3. Радіонуклідна діагностика.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 72840 Україна, МПК А61В 6/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.08.2012, Бюл. № 16/2012.
6. Немає.
7. Послідовне проведення радіонуклідної ангіографії та динамічної сцинтиграфії у хворих на медулярну карциному щитоподібної залози відразу після внутрішньовенного введення радіофармпрепарату.
8. Оптимізація радіонуклідного діагностичного методу стосовно пацієнтів з медулярною карциномою в період післяопераційного моніторингу, з метою підвищення специфічності сцинтиграфії всього тіла.
9. Дводетекторна гамма-камера і/або однофотонний емісійний комп'ютерний томограф, генератори технецію-99, радіофармацевтичний препарат ¹³¹I метайодбензилгуанідин.
10. Хворі на медулярний рак щитоподібної залози у стані після оперативного лікування.
11. Вагітність, лактація, загальний важкий стан.
12. При лікуванні – погіршення показників крові. У процесі моніторингу – отримання хибно позитивних результатів.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Джужа Д.О., Сукач Г.Г. (044) 259-01-90.

Реєстр. № 434/1/14

1. **МЕТОДИКА HDR БРАХІТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА МІСЦЕВОПОШИРЕНІ ФОРМИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ ІІІБ СТАДІЇ.**
2. НДР «Розробити нові методики брахітерапії з використанням джерел високої активності при лікуванні хворих на місцево поширений рак шийки матки», 0111U000378, 2011–2013 рр.
3. Променева терапія.
4. 2+.
5. Пат. на корисну модель № 90066 Україна, МПК А61N 5/00. Заявник та патентовласник Національний інститут раку, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 12.05.2014, Бюл. № 9/2014.
6. Немає.
7. Використання джерела опромінення ⁶⁰Со високої потужності при внутрішньопорожнинній променевої терапії та опромінення разовою осередковою дозою в точках А – 7 Гр. 1 раз на тиждень до сумарної осередкової дози 35 Гр.
8. Посилення протипухлинної дії, зниження місцевої токсичності, покращання безпосередніх та віддалених результатів лікування, поліпшення якості життя хворих.
9. Апарат з джерелом ⁶⁰Со високої потужності дози.
10. Хворі на місцевопоширені форми раку шийки матки ІІІб стадії.
11. Загально визначені протипоказання до проведення внутрішньопорожнинної променевої терапії.
12. Немає.
13. Національний інститут раку, 03022, м. Київ, вул. Ломоносова, 33/43.
14. Немає.
15. Іванкова В.С., Хруленко Т.В., Шевченко Г.М., Барановська Л.М., Скоморохова Т.В., Нестеренко Т.М., Магдич І.П. (044) 259-01-95.

ФТИЗИАТРІЯ. ПУЛЬМОНОЛОГІЯ

Реєстр. № 435/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ.**
2. НДР «Клінічно-патогенетичні особливості перебігу туберкульозу і неспецифічних захворювань легень у поєднанні з патологією інших органів та систем, удосконалення діагностики та лікування», 0112U003543, 2012–2016 рр.
3. Фтизіатрія.
4. 2++, В.
5. Патент «Спосіб лікування мультирезистентного туберкульозу легень» № 80369 від 27.05.2013 р. на корисну модель., Тодоріко Л.Д., Герман А.О., Бойко А.В., Сливка В.І.
6. Немає.
7. До програми стандартного етіотропного лікування мультирезистентного вперше діагностованого туберкульозу легень за 4 категорією протитуберкульозними препаратами (8 Z Cm Lfx Pt (Et) Cs (± PAS)) згідно з винаходом додається препарат глутоксим, який вводять один раз на добу в дозі 1 мл 3% розчину (30 мг) щодня п'ять днів, потім по 1 ін'єкції через день ще 10 раз (всього 15 ін'єкцій).
8. Ефективність комплексної фармакотерапії реалізується за рахунок одночасного призначення на тлі стандартного протитуберкульозного

- лікування вперше діагностованого мультирезистентного туберкульозу легень імуномодуючого препарату глутоксим, що покращує переносимість протитуберкульозних препаратів, зменшує їх побічні ефекти, сприяє профілактиці ускладнень з боку гепатобіліарної системи.
9. Загальноклінічні, біохімічні, імунологічні, рентгенологічні, мікробіологічні (визначення мікобактерій туберкульозу методом мікроскопії й засіву на живильні середовища).
 10. Пацієнти з вперше діагностованим мультирезистентним туберкульозом легень.
 11. Немає.
 12. Чітке дотримання Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз у дорослих», розробленої на основі адаптованої клінічної настанови «Туберкульоз», щодо програми лікування пацієнтів із мультирезистентним туберкульозом легень.
 13. Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, 58002, Театральна пл., 2.
 14. Немає.
 15. Тодоріко Л.Д., Герман А.О. (0664531988).

Реєстр. № 436/1/14

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ.

2. НДР «Клініко-функціональні та морфологічні особливості перебігу захворювань респіраторної системи (туберкульозу, саркоїдозу, дисемінованих процесів, ХНЗЛ) на різних етапах лікування, реабілітації та профілактики», 0110U8151, 2011-2015 рр.
3. Пульмонологія та фтизіатрія.
4. 2+, С.
5. Патент № 59738 Україна МПК А61Р 31/06, А61К 35/64, А61N 1/00/ Спосіб лікування туберкульозу. / А.К.Вородюхіна, В.І.Вороніна, А.В.Філенко, В.І.Полянська; заявник і патентоутримувач ВДНЗУ «УМСА», – Заявка u2010 13913; заявлено 21.11 2010; Опубліковано від 25.05.2011. Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб ґрунтується на користуванні протитуберкульозних препаратів, кортикостероїдів та гальванізації зон вражених легень з допомогою тканинного електрофорезу з 10% спиртовою настоянкою прополіса в розведенні з дистильованою водою 1:1, протягом 20 хвилин кожного дня з курсом лікування не менше 40 процедур.
8. Використання запропонованого способу надасть можливість посилити бактерицидну, бактериостатичну дію протитуберкульозних препаратів та використати бактерицидну дію прополіса на резистентні штами МБТ, а також його протизапальну та імуностимулюючу дію в зоні враження, що прискорить припинення бактеріовиділення і рубцювання порожнин розпаду та в цілому скоротить термін лікування хворого в стаціонарі.
9. Протитуберкульозні препарати (ізоніазід, ріфампіцин, стрептоміцин, піразінамід, етамбутол, Пасконат, пас, пасін, офлоксацин і інші), кортикостероїди (преднізолон), 10% настоянка прополісу, дистильована вода, апарат для гальванізації.
10. Туберкульоз легень будь-якої локалізації (долі, сегменти) різні клінічні форми (вогнищевий, інфільтративний, туберкульома, дисемінований, фібрознокавернозний, казеозна пневмонія, циротичний); при різних фазах

туберкульозного процесу (інфільтрації, розпаду, обсіменіння), за етапами розвитку туберкульозу (вперше діагностований, рецидивуючий, хронічний), за наявністю резистентності (мультирезистентний, полірезистентний, монорезистентний, поширена резистентність).

11. Легеневі кровотечі, кровохаркання, алергічні реакції на продукти бджолярства.
12. Необхідно дотримуватися правил техніки безпеки при проведенні електрофорезу.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Вородюхіна А.К. (053220590), Вороніна В.І. (053220590), Філенко А.В. (053225789), Полянська В.П. (053227745).

Реєстр. № 437/1/14

1. **ВИКОРИСТАННЯ ТІОСЕМІКАРБАЗОН ДІОКСОДЕКАГІДРОАКРЕДИНУ, ЩО ПРОЯВЛЯЄ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНУ ДІЮ ДО ШТАМІВ, ЯКІ БУЛИ СТІЙКІ ДО ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ПРЕПАРАТІВ.**
2. НДР «Синтез похідних оксалополігідроакрединів та вивчених їх протимікробної властивості», 0104V002556, 2003-2007рр.
3. Фтизіатрія.
4. 2++, С.
5. Патент № 85788 від 25.02.2009 р., Бюл.№4, «Тіосемікарбазон діоксодекагідроакредину, що проявляє антимікобактеріальну активність».
6. Немає.
7. Синтез протимікробних препаратів на основі похідних акридину вказує на перспективність пошуку активних речовин серед цього класу сполук. Важливою властивістю в застосуванні четвертинних солей оксотетрагідроакридинію є їх здатність специфічно зв'язуватись з нуклеїновими кислотами, шляхом інтеркаляції, яка полягає в зануренні між мононуклеотидними парами полінуклеотидного ланцюга, обумовлюючи локальне розкручування та порушення синтезу нуклеїнових кислот. Цей ефект обумовлює пригнічення мітотичної активності та реплікації екстрахромосомних генетичних елементів, що викликає загибель мікроорганізмів. Здійснення синтезу нових тіосемікарбазонів декагідроакрединів та структури одержаних препаратів було підтверджено хромато-мас-спектрометричним методом в інституті органічної хімії АН України. Для визначення стійкості мікобактерій туберкульозу до дії досліджуваних препаратів ТМ 4/1, ТТ 1/1 та ТТ 1/0, окремо, методом пропорцій, використовували метод Канетті (інструкція з бактеріологічної діагностики туберкульозної інфекції. Наказ МОЗ України №45 від 6.02.2002р. Київ - 118с.). В баклабораторії проведено 39 проб, по 13 випадків на усі три досліджувані препарати. Паралельно проводились дослідження із відомими препаратами стрептоміцином, рифампіцином, етамбутолом, ізоніазидом. Встановлено, що досліджувані препарати мали різну антибактеріальну активність. Найбільш виражений антимікобактеріальний вплив виявлено у досліджуваному препараті ТТ 1/0 (тіосемікарбазон діоксодекагідроакридину), який спостерігався у 100% випадків пригнічення росту всіх колоній патогенних мікобактерій туберкульозу в досліджуваних пробах.
8. Синтез препаратів на основі похідних акридину (тіосемікарбазон на основі діоксодекагідроакридину) відкриває перспективи для створення ефективних лікарських форм, що проявляють високу антимікробну дію до мікобактерій туберкульозу та немає резистентності до них.

9. Для виготовлення препарату необхідно N-феніл-1,8 діоксодекагідроакридин, етанол, обернений холодильник, баклабораторія.
- 10.** Туберкульоз.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
14. Немає.
15. Клименко А.О., Мельник М.В., Зозуляк В.І., Клименко Ю.А. (0679079480).

Реєстр. № 438/1/14

- 1. ВИМІРЮВАННЯ РІВНЯ ОКСИДА АЗОТУ (NO) В ПОВІТРІ, ЩО ВИДИХАЄТЬСЯ, ДЛЯ УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ (ХОЗЛ).**
2. НДР«Особливості діагностики та медичної реабілітації при захворюваннях бронхолегеневої системи», 0111U001371, 2011–2013 рр.
3. Пульмонологія та фтизіатрія.
4. 2+, С
5. Немає.
6. Немає.
7. Концентрація рівня NO у повітрі, що видихається, достовірно підвищується у некурців, хворих на ХОЗЛ, незалежно від тяжкості перебігу захворювання та фази патологічного процесу. Згідно з цим, маркер можна рекомендувати використовувати в якості додаткового діагностичного критерію виразності запалення у цій категорії хворих.
- 8.** Визначення NO у повітрі, що видихається, у некурців, хворих на ХОЗЛ, дозволить підвищити точність діагностики запальної реакції в 1,4 рази (медична ефективність), сприятиме підвищенню задоволеності населення результатами ранньої діагностики та початку лікування ХОЗЛ (соціальна ефективність), приведе до зменшення кількості госпіталізацій внаслідок загострення в 1,4 рази через більш раннє призначення протизапальної терапії хворим на ХОЗЛ.
9. Апарат для вимірювання NO у повітрі, що видихається; комплект одноразових загубників..
10. ХОЗЛ у хворих, які не курять.
- 11.** Немає.
12. Немає.

13. Державний заклад
«Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»,
49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. (0562) 27-99-66.
14. Немає.
15. Перцева Т.О., Гашинова К.Ю. (0505908307), Басіна Б.О.

Реєстр. № 439/1/14

- 1. ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ А1-АНТИТРИПСИНУ (ААТ) В СИРОВАТЦІ КРОВІ ДЛЯ УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ (ХОЗЛ).**
2. НДР «Особливості діагностики та медичної реабілітації при захворюваннях бронхолегеневої системи», 0111U001371, 2011–2013 рр.
3. Пульмонологія та фтизіатрія.
4. 2+, С
5. Немає.
6. Немає.
7. Вимірювання рівня ААТ у сироватці крові хворих на ХОЗЛ за допомогою кінетичної імунотурбодиметрії.
- 8.** Якомога раніше виявлення дефіциту ААТ дозволить покращити ефективність діагностики протеолітичного/антипротеолітичного дисбалансу у хворих на ХОЗЛ у 1,2 рази (медична ефективність), сприятиме задоволеності населення результатами вибору цілеспрямованих заходів щодо профілактики та лікування ХОЗЛ (соціальна ефективність), зменшити кількість госпіталізацій внаслідок загострення ХОЗЛ у 1,2 рази через ранню відмову від паління.
9. Лабораторія, яка обладнана апаратом для кінетичної імунотурбодиметрії, набір реактивів для вимірювання ААТ в сироватці крові; кваліфікований лаборант.
10. Для удосконалення діагностично-лікувального алгоритму при ХОЗЛ.
11. Немає.
12. Немає.

13. Державний заклад
«Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»,
49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел.(0562) 27-99-66.
14. Немає.
15. Перцева Т.О., Гашинова К.Ю. (0505908307).

Реєстр. № 440/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ОБТЯЖЕННЯ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.**
2. НДР «Особливості діагностики та медичної реабілітації при захворюваннях бронхолегеневої системи», 0111U001371, 2011–2013 рр.
3. Пульмонологія та фтизіатрія.
4. 2+,(С).
5. Патент України на корисну модель № 83856. – № заявки u2013 09020, подання заявки 18.07.2013, публ. 25.09.2013, Бюл. № 18.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування обтяження перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) базується на розробленому класифікаційному реєстрі, в основу якого покладені вираховані градації різних клінічних, анамнестичних, функціональних та біохімічних показників. Відмінність способу полягає у використанні системи нових предикторів в межах значень їх оптимальних градацій, які суттєво відрізняються у хворих з нетяжким і тяжким перебігом ХОЗЛ.
8. Маючи перед собою класифікаційний реєстр, практикуючий лікар може легко і швидко оцінити ризик обтяження перебігу ХОЗЛ у пацієнтів з нетяжкою формою захворювання та, при наявності такого, завчасно скорегувати медикаментозну терапію, щоб уникнути прогресування подальших патологічних змін у дихальних шляхах.
9. Опитувальник Госпіталю Святого Георгія для оцінки якості життя хворого на ХОЗЛ, спірограф, набір реактивів для визначення рівня С-реактивного протеїну у плазмі крові.
10. Наявність ХОЗЛ.

11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел.(0562) 27-99-66.
14. Немає.
15. Перцева Т.О., Конопкіна Л.І.(0672895977), Басіна Б.О.

Реєстр. № 441/1/14

1. **НОВІ ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ.**
2. НДР «Розробити нові технології лікування та реабілітації хворих на вперше діагностований туберкульоз легень та туберкульозний плеврит».
3. Фтизіатрія.
4. 2++, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Уперше в якості нових діагностичних критеріїв оцінки неспецифічної реактивності організму пропонується динамічне дослідження в сироватці крові хворих на туберкульоз легень до, в процесі та по завершенні інтенсивної стандартизованої антимікобактеріальної терапії активності аденозиндезамінази (АДА) за методом G. Giusti та молекул середньої маси (МСМ) скринінговим методом за Н. І. Габріелян і спів. Коливання рівня АДА чітко 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 і в півтори рази у 96,0 % хворих на інфільтративний і дисемінований туберкульоз без деструктивних змін в легенях. До лікування найбільш високі значення АДА – $25,2 \pm 1,66$ од./л відповідають важкому стану хворих з масивним виділенням бактерій і поширеністю деструктивно-інфільтративних змін в легеневій тканині, з подальшим несприятливим наслідком захворювання. При позитивній клініко-рентгенологічній динаміці процесу відзначається зниження показників рівня АДА в сироватці крові. Збереження високого рівня показника або його підвищення в ході хіміотерапії відзначено у хворих з прогресуванням специфічного процесу і летальним наслідком. У 95,0 % хворих спостерігається синхронність підвищення вмісту МСМ з рівнем АДА. Найбільш високі показники МСМ зареєстровано у хворих з величиною АДА понад 26,0 од./л. При сприятливому перебігу захворювання зниження МСМ на кінець 2 місяця лікування супроводжується зниженням рівня АДА. При наявності клініко-рентгенологічних ознак, що викликають підозру на туберкульоз та відсутності мікобактерій туберкульозу в діагностичному матеріалі, ці показники набувають значення додаткових діагностичних критеріїв, так як збільшення активності АДА на 20% і одночасне підвищення рівня МСМ на 25 % свідчать про активність специфічного процесу.

8. Переваги наведеного способу полягають в його високій специфічності – 95,9 %, чутливості – 96,0 % та високій інформативності – 95,5 %. Медична: визначення ступеня порушень активності АДА і рівня МСМ в крові дозволяє своєчасно у кожному конкретному випадку обґрунтувати доцільність проведення корекції лікування з метою запобігання розвитку ускладнень туберкульозного процесу та підвищення результативності хіміотерапії, попередження токсико-алергічних реакцій на антимікобактеріальні препарати через аналіз цих показників та білок-синтетичної здатності печінки. Соціальна: своєчасна цілеспрямована корекція лікування хворих на туберкульоз легень внаслідок застосування нових діагностичних критеріїв оцінки неспецифічної реактивності організму дозволяє скоротити терміни стаціонарного етапу лікування, зменшити частоту рецидивів туберкульозу. Економічна: прямий прогнозований економічний ефект при застосуванні пропозиції при лікуванні хворих на туберкульоз легень формується за рахунок своєчасного виявлення змін неспецифічної реактивності організму хворого і їх відповідної корекції, що сприяє підвищенню результативності лікування.
9. Лікарі-фтизіатри, лікарі-лаборанти з клінічної біохімії протитуберкульозних закладів; центрифуга, фотоколориметр, спектрофотометр, набір реактивів для визначення активності АДА і рівня МСМ у крові.
10. Хворі з підозрою на туберкульоз за відсутності МБТ в діагностичному матеріалі, хворі на поширені деструктивні форми туберкульозу легень з бактеріовиділенням, які вимагають диференційованого вибору стратегії лікування та визначення оптимальних алгоритмів консервативної терапії.
11. Немає.
12. Немає при умові дотримання рекомендацій.
13. ДУ «Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України».
14. Немає.
15. Мажак К.Д. (0679311954), Павленко О.В., Ткач О.А., Платонова І.Л.

Реєстр. № 442/1/14

1. **ІПР У ІНВАЛІДІВ ВНАСЛІДОК ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.**
2. НДР «Удосконалення критеріїв медико-соціальної експертизи та реабілітації у інвалідів внаслідок захворювань органів дихання у поєднанні з захворюваннями серцево-судинної системи», 2011 – 2013 рр.
3. Пульмонологія.
4. С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Виділено основні принципи побудови індивідуальних програм реабілітації хворих та інвалідів внаслідок хронічного обструктивного захворювання легень

- (ХОЗЛ) з позиції сучасних підходів до діагностики та лікування цього захворювання. Проведено оцінку реабілітаційного потенціалу у хворих на ХОЗЛ та виділено основні його складові. При проведенні такої оцінки необхідно брати до уваги комплекс соціо-економічних, демографічних, клініко-функціональних показників з особливим акцентом на результати спірометричного тесту з показником постбронходилатаційного ОФВ1, показники толерантності хворого до фізичного навантаження, та результати реабілітаційних заходів, що проводяться. Необхідно також враховувати психологічні можливості індивідуума: рівень резервних можливостей основних психічних функцій, рівень мотивації до праці, реабілітації та відшкодування збитків, завданих здоров'ю хворого.
8. Впровадження оптимізованих індивідуальних програм реабілітації хворих, що відповідають сучасним стандартам та адекватна оцінка реабілітаційного потенціалу хворих при ХОЗЛ дозволяє підвищити ефективність реабілітації інвалідів внаслідок цієї патології та посилити контроль за виконанням індивідуальних програм реабілітації. Успішна медична реабілітація хворих на ХОЗЛ буде сприяти зменшенню кількості інвалідів внаслідок цього захворювання. Стандартизація надання реабілітаційної допомоги, а також складання ППР дадуть змогу більш ефективно розподілити витрати суспільства шляхом значного покращення планування, реалізації та контролю за виконанням індивідуальних програм реабілітації.
 9. Немає.
 10. Удосконалення роботи лікарів МСЕК з проведення реабілітації інвалідів внаслідок хронічного обструктивного захворювання легень.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Державна установа «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», 49027, м. Дніпропетровськ, пров. Радянський, 1-А.
 14. Немає.
 15. Іпатов А.В., Паніна С.С., Гондуленко Н.О. (0562463492).

Реєстр. № 443/1/14

1. **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ ВНАСЛІДОК БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПОЄДНАННІ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ.**
2. НДР «Удосконалення критеріїв медико-соціальної експертизи та реабілітації у інвалідів внаслідок захворювань органів дихання у поєднанні з захворюваннями серцево-судинної системи», 2011 –2013 рр.

3. Пульмонологія.
4. С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Виділено основні принципи побудови індивідуальних програм реабілітації хворих та інвалідів внаслідок бронхіальної астми у поєднанні з захворюваннями серцево-судинної системи з позиції сучасних підходів до діагностики та лікування. Проведено оцінку реабілітаційного потенціалу у хворих на бронхіальну астму та виділено основні його складові. При проведенні такої оцінки необхідно брати до уваги комплекс соціо-економічних, демографічних, клініко-функціональних показників та результати реабілітаційних заходів, що проводяться. Необхідно також враховувати психологічні можливості індивідуума: рівень резервних можливостей основних психічних функцій, рівень мотивації до праці, реабілітації та відшкодування збитків, завданих здоров'ю хворого.
8. Впровадження оптимізованих індивідуальних програм реабілітації хворих, що відповідають сучасним стандартам та адекватна оцінка реабілітаційного потенціалу хворих при бронхіальній астмі дозволяє підвищити ефективність реабілітації інвалідів внаслідок цієї патології та посилити контроль за виконанням індивідуальних програм реабілітації. Успішна медична реабілітація хворих на бронхіальну астму буде сприяти зменшенню кількості інвалідів внаслідок цього захворювання. Стандартизація надання реабілітаційної допомоги, а також складання ППР дадуть змогу більш ефективно розподілити витрати суспільства шляхом значного покращення планування, реалізації та контролю за виконанням індивідуальних програм реабілітації.
9. Немає.
10. Удосконалення роботи лікарів МСЕК з проведення реабілітації інвалідів внаслідок бронхіальної астми у поєднанні з захворюваннями серцево-судинної системи.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», 49027, м. Дніпропетровськ, пров. Радянський, 1-А.
14. Немає.
15. Іпатов А.В., Паніна С.С., Гондуленко Н.О. (0562463492).

Реєстр. № 444/1/14

- 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ.**
- НДР «Покращення ефективності і переносимості поліхіміотерапії у хворих на хіміорезистентний деструктивний туберкульоз легень», 0110U00905.
- Фтизіатрія.
- 1+, А.
- Пат. України 74506. МПК (2012.01) G01N 33/00. Спосіб діагностики ендогенної інтоксикації у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень // Промислова власність. – 2012. - № 20.
- Немає.
- Проведення біохімічного дослідження крові з визначенням рівня спонтанної дефрагментації білків – молекул середньої маси (МСМсп) при довжині хвиль реєстрації 272 нм та 280 нм, і якщо МСМсп при довжині хвиль реєстрації 272 нм складає 0,23 од. опт. щільн., при довжині хвиль реєстрації 280 нм – 0,22 од. опт. щільн., то у хворого діагностують ендогенну інтоксикацію.
- Скорочення часу діагностики, своєчасне застосування методів корекції виявлених порушень, що підвищить ефективність лікування, прискорить одужання хворих, скорочення терміну знаходження хворого в стаціонарі на 1,3 місяці.
- Центрифуга, середовище Фентона, 20% розчин трихлороцтової кислоти, фізіологічний розчин, етілацетат, спектрофотометр.
- Хіміорезистентний туберкульоз легень.
- Немає.
- Немає.
- Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
- Немає.
- Шальмін О.С. (06122366427), Разнатовська О.М., Жернова Г.О.

Реєстр. № 445/1/14

- 1. СПОСІБ ОЦІНКИ АДАПТАЦІЙНО-ПРИСТОСУВАЛЬНИХ РЕАКЦІЙ ОРГАНІЗМУ У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ.**
- НДР «Покращення ефективності і переносимості поліхіміотерапії у хворих на хіміорезистентний деструктивний туберкульоз легень», 0110U00905.
- Фтизіатрія.
- 1+, А.
- Пат. 74508 Україна. МПК (2012.01) G01N 33/00. Спосіб оцінки адаптаційно-присосувальних реакцій організму у хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень// Промислова власність. – 2012. - № 20.
- Немає.
- Хворим на хіміорезистентний туберкульоз легень проводять біохімічне дослідження крові з визначенням рівня метал-індукованої дефрагментації білків – молекул середньої маси (МСМін) при довжині хвиль реєстрації 272 нм та 280 нм, і якщо МСМін при довжині хвиль реєстрації 272 нм складає 2,1 од. опт. щільн., при довжині хвиль реєстрації 280 нм – 1,57 од. опт. щільн., то у хворого діагностують зниження адаптаційно-присосувальних реакцій організму.

8. Скорочення часу оцінки адаптаційно-присосувальних реакцій організму, своєчасне застосування методів корекції виявлених порушень, що підвищить ефективність лікування у 1,5 рази, прискорить одужання хворих, знизить кількість ускладнень та рецидивів.
9. Центрифуга, середовище Фентона, 20% розчин трихлороцтової кислоти, фізіологічний розчин, етілацетат, спектрофотометр.
10. Хіміорезистентний туберкульоз легень.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.
15. Шальмін О.С. (06122366427), Разнатовська О.М., Жернова Г.О.

Реєстр. № 446/1/14

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІЛ/СНІД-АСОЦІЙОВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ.**
2. НДР «Покращення ефективності і переносимості поліхіміотерапії у хворих на хіміорезистентний деструктивний туберкульоз легень», 0110U00905.
3. Фтизіатрія.
4. 1+, А.
5. Пат. України 74509. МПК (2012.01) G01N 33/00. Спосіб оцінки тяжкості перебігу ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу // Промислова власність. – 2012. - № 20.
6. Немає.
7. У хворих на ВІЛ /СНІД-асоційований туберкульоз проводять біохімічне дослідження крові з визначенням кінцевих продуктів спонтанної та металіндукованої окислювальної модифікації білків альдегідфенілгідразони (АФГ) і кетонфенілгідразони (КФГ): АФГсп, АФГін опт.щільн/г білка, КФГсп, КФГін, і якщо АФГсп складає - 4,0 опт.щільн/г білка, АФГін - 10,6 опт.щільн/г білка, КФГсп - 3,1 опт.щільн/г білка, КФГін – 2,6 опт.щільн/г білка, то стан вважають тяжким.
8. Забезпечується скорочення часу ранньої оцінки стану окислювального потенціалу організму та своєчасне застосування методів корекції виявлених порушень, що підвищить ефективність лікування, прискорить одужання хворих, знизить кількість ускладнень та рецидивів, подовжить термін ремісії.
9. Центрифуга, середовище Фентона, 20% розчин трихлороцтової кислоти, фізіологічний розчин.
10. ВІЛ /СНІД-асоційований туберкульоз.
11. Немає.
12. Немає.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.
15. Шальмін О.С. (06122366427), Разнатовська О.М., Ясінський Р.М., Жернова Г.О.

Реєстр. № 447/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ УРАЖЕННЯ ВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ.**

2. НДР «Молекулярна епідеміологія штамів *M.tuberculosis* та генетичний поліморфізм метаболізму ксенобіотиків у хворих на туберкульоз у Південному регіоні України», 0110U006662, 2012-2014 рр.
3. Пульмонологія та фтизіатрія.
4. С.
5. Заявка на патент «Спосіб прогнозування ризику ураження видільної системи хворих на туберкульоз легенів».
6. Немає.
7. На початку лікування протитуберкульозними препаратами виконують молекулярно-генетичне дослідження поліморфних варіантів генів біотрансформації ксенобіотиків NAT2 та GSTT1. Одночасно визначають рівень мікроальбумінурії з повторенням цього дослідження кожного місяця протягом основного курсу протитуберкульозної терапії. Підвищену ймовірність нефротоксичних ускладнень прогнозують за наявності алелей повільного ацетилювання NAT2*5, NAT2*6, NAT2*7, делеції гена GSTT1 і підвищенні рівня мікроальбумінурії у порівнянні з нормою.
8. Надає можливість визначити групу хворих з підвищеним ризиком розвитку нефротоксичних ускладнень протитуберкульозної терапії для моніторингу стану видільної системи і своєчасної корекції терапії.
9. Устаткування і реагенти для проведення ПЛР та визначення мікроальбумінурії.
10. Туберкульоз легенів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Одеський національний медичний університет, 65082, м. Одеса, пров. Валіховський, 2.
14. Одеська обласна туберкульозна клінічна лікарня, 65031, м. Одеса, вул. Сергія Ядова, 4
15. Бажора Ю.І., Сметюк О.О. (0487285474), Чеснокова М.М., Бабуріна О.О., Лобанов О.К.

РАДІОЛОГІЯ. РЕНТГЕНОЛОГІЯ

Реєстр. № 448/1/14

1. **МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЧНА ДІАГНОСТИКА ОСТЕОПОРОЗУ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГОВІКУ.**
2. НДР «Магнітно-резонансна томографія у діагностиці остеопоротичних метастатичних компресійних переломів хребта», 0113U001610, 2013-2015 рр.
3. Рентгенологія.
4. 2++, С.
5. Патент № 82192 UA, МПК (51,2013.01) А61В 6/00, А61N 5/00. Спосіб діагностики остеопорозу у пацієнтів похилого віку / С.О. Мягков, О.П. Шармазанова, О.П. Мягков; заявник і патентовласник ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». - № 201301334; заявл. 04.02.2013; опубл. 25. 07. 2013. Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Суть пропозиції полягає у визначенні у пацієнтів похилого віку на Т1 зважених магнітно-резонансних томограмах (МРТ) у сагітальній площині вени Бреше (вена базівертебралес) в тілах хребців поперекового відділу хребта. При наявності цієї вени діагностують остеопороз. Дослідження можуть неодноразово повторюватися для спостереження за динамікою зрощення чи підозрі на виникнення нових остеопоротичних компресійних переломів хребців. Впровадженн

- я цього способу буде сприятиме: підвищенню ефективності діагностики остеопорозу за допомогою МРТ; зниженню його ускладнень (остеопоротичних компресійних переломів хребта); призначенню адекватної терапії (консервативна терапія чи хірургічне втручання - балоно- чи кіфопластика).
8. Медична ефективність полягає у запропонованому новому, не опромінюючому способі діагностики остеопорозу за допомогою МРТ, на відміну від рентгенограмметрії і двоенергетичної рентгенівської абсорбціометрії; соціальна ефективність - зниження ускладнень (остеопоротичних компресійних переломів хребта); економічна ефективність полягає у призначенні адекватної терапії (консервативна терапія чи хірургічне втручання - балоно- чи кіфопластика).
 9. Необхідні ресурси – лікар-рентгенолог, який пройшов спеціалізацію по МРТ, та апарат для МРТ з напруженістю магнітного поля від 0,2 до 1,5 Тс.
 10. Підозра на остеопороз хребта чи його ускладнення (остеопоротичний компресійний перелом).
 11. Клаустрофобія.
 12. Немає.
 13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України».
 14. Харківська медична академія післядипломної освіти.
 15. Мягков С.О. (0973007522), Шармазанова О.П.

Реєстр. № 449/1/14

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ СТРОКУ ЗАГОЄННЯ КОМПРЕСІЙНИХ ОСТЕОПОРОТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ ТІЛ ХРЕБЦІВ**
2. НДР «Магнітно-резонансна томографія в діагностиці остеопоротичних компресійних переломів хребта», 0113U001610, 2013-2015 рр.
3. Рентгенологія.
4. 2++, С.
5. Спосіб визначення строку загоєння компресійних остеопоротичних переломів тіл хребців / С.О. Мягков, О.П. Шармазанова, О.П. Мягков; заявник і патентовласник ДЗ «ЗМАПО МОЗ України» - № 91610; заявл. 13.02.2014; опубл. 10.07.2014. Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Суть пропозиції полягає у визначенні строку загоєння компресійних остеопоротичних переломів тіл хребців, що включає вивчення структури компримованих тіл хребців шляхом застосування магнітно-резонансної томографії. Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає вивчення структури тіл хребців, новим є те, що для візуалізації зміненої структури тіла хребця виконують магнітно-резонансну томографію (МРТ) у сагітальній і фронтальній площинах у режимах: T2 зважені зображення (T233); STIR або (якщо є така у протоколі дослідження) Fat/sat для придушення МР-сигналу від жирової тканини з інтервалом (шагом) 2,5 – 3 мм. При наявності гострого («свіжого») перелому, між замикаючими пластинками (верхньою чи нижньою) ушкодженого хребця, внаслідок існуючих мікротріщин в тілі хребця (хребців) візуалізуються горизонтально розташовані лінійні, нерівномірні зони гіперінтенсивного МР-сигналу без чітких контурів – ознака рідини. Ця рідина існує і візуалізується протягом 1,5-2 місяців, а після цього терміну, вона, за деяким винятком (при незрощених переломах), зникає внаслідок її розсмоктування. Таким чином, при відсутності рідини у хребці, МРТ дозволить чітко і реально встановити строк загоєння остеопоротичного компресійного

- перелома хребця, знизити кількість ускладнень (появ нових остеопоротичних компресійних переломів хребта) та призначити адекватну терапію (консервативну терапію чи хірургічне втручання - балано- чи кіфопластику).
8. Переваги, які будуть отримані з наявними аналогами: медичний - полягає у пропонуємому новому, не опромінюючому способі діагностики остеопору за допомогою МРТ, на відміну від рентгенографії чи КТ; соціальний - обумовлен знизенням його ускладнень (остеопоротичних компресійних переломів хребта); економічний - полягає у чіткому розмежуванні гострих чи зрощених (або не зрощених) переломів та призначенні адекватної терапії (консервативна терапія чи хірургічне втручання - балано- чи кіфопластика).
 9. Необхідні ресурси – лікар-рентгенолог, який пройшов спеціалізацію по МРТ, та наявність апарату для МРТ з напруженістю магнітного поля від 0,2 до 1,5 Тс.
 10. МРТ діагностика гострих чи зрощених (або не зрощених) остеопоротичних компресійних переломів тіл хребців.
 11. Клаустрофобія.
 12. Таких не існує.
 13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України».
 14. Харківська медична академія післядипломної освіти.
 15. Мягков С.О. (0973007522), Шармазанова О.П.

Реєстр. № 450/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПРИХОВАНИХ КОМПРЕСІЙНИХ ОСТЕОПОРОТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ ТІЛ ХРЕБЦІВ.**
2. НДР «Магнітно-резонансна томографія в діагностиці остеопоротичних компресійних переломів хребта», 0113U001610, 2013-2015 рр.
3. Рентгенологія.
4. 2++, С.
5. Спосіб діагностики прихованих компресійних остеопоротичних переломів тіл хребців/ С.О. Мягков, О.П. Шармазанова, О.П. Мягков; заявник і патентовласник ДЗ «ЗМАПО МОЗ України» № 91655; заявл. 24.02.2014; опубл. 10. 07. 2014, Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Спосіб діагностики прихованих компресійних остеопоротичних переломів тіл хребців, що включає вивчення структури компримованих тіл хребців шляхом застосування магнітно-резонансної томографії у сагітальній і фронтальній площинах у режимах: T2 зважені зображення (T233); STIR або (якщо є така у протоколі дослідження) Fat/sat для придушення магнітно-резонансного сигналу від жирової тканини у сагітальній і фронтальних площинах з інтервалом (шагом) 2,5 – 3 мм. При наявності прихованого компресійного остеопоротичного перелому на серії магнітно-резонансних томограм в тілі ушкодженого хребця візуалізується гіперінтенсивна однорідна зона набряку кісткового мозку, яка розповсюджена майже на все його тіло (між замикаючими пластинками) ушкодженого хребця. Цей набряк існує і візуалізується протягом 1,5-2,5 місяців, а після цього терміну, він, за деяким винятком (при незрощених переломах), зникає внаслідок його розсмоктування. При цьому тіло пошкодженого хребця має звичайну чи злегка знижену висоту (тобто його форма практично не змінюється). Таким чином, при наявності набряку кісткового мозку ушкодженого хребця, при нормальній або злегка зменшеній його висоті діагностують прихований перелом. Крім того, при цьому необхідно звертати увагу на наявність ознак дисгормональної спондилопатії у прилеглих тілах хребців і,

- бажано, підтвердити наявність остеопорозу за допомогою двохенергетичної рентгенівської абсорбциометрії.
8. Медична ефективність полягає у запропонованому новому, не опромінюючому способі діагностики прихованих остеопоротичних переломів за допомогою МРТ, на відміну від рентгенографії чи КТ; соціальна ефективність обумовлена профілактичною спрямованістю обстеження (діагностика прихованих переломів) і зниженням його ускладнень (в т.р. і появою нових переломів), та призначенні адекватної терапії (консервативна терапія чи хірургічне втручання - балоно- чи кіфопластика).
 9. Необхідні ресурси – лікар-рентгенолог, який пройшов спеціалізацію по МРТ, та наявність апарату для МРТ з напруженістю магнітного поля від 0,2 до 1,5 Тс.
 10. МРТ діагностика гострих в т.р. і прихованих остеопоротичних компресійних переломів тіл хребців.
 11. Клаустрофобія.
 12. Таких не існує.
 13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України».
 14. Харківська медична академія післядипломної освіти.
 15. Мягков С.О. (0973007522), Шармазанова О.П.

Реєстр. № 451/1/14

1. **СПОСІБ ОТРИМАННЯ ЗОБРАЖЕННЯ МІЖХРЕБЦЕВОГО ОТВОРУ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.**
2. НДР «Променева діагностика захворювань і травматичних ушкоджень суглобів», 0112u000979, 2012-2016 рр.
3. Рентгенологія.
4. 2+, С.
5. Патент України (№ 82798, МПК (2006.01) А61В 8/13 Спосіб отримання зображення між хребцевого отвору поперекового відділу хребта / Шармазанова О.П., Костюковська Г.С., Волковська О.В.; Харківська медична академія післядипломної освіти; заявл. № u201301812 від 14.02.2013.
6. Немає.
7. Запропоновано спосіб отримання зображення міжхребцевого отвору поперекового відділу хребта шляхом проведення магнітно-резонансної томографії (МРТ) з додатковими двома аксіальними проекціями, які проектуються на сагітальному зображенні в необхідному сегменті уздовж осі ніжки дужки з боку, де є клінічні прояви, потім на отриманих аксіальних МР-томограмах уздовж ніжки дужки з боку будують зображення в парасагітальній площині, для зазначення додаткових проекцій використовують Т1 або Т2 зважені зображення, з товщиною зрізу не більше 3 мм і зазором між зрізами 0 мм – 0,3 мм, кількість зрізів в аксіальній проекції 4-6, кількість зрізів в парасагітальній проекції не менше 8.
8. Покращення ефективності візуалізації міжхребцевих отворів у хворих з неврологічною клінікою.
9. Магнітно-резонансний томограф з будь-якою напругою магнітного поля.
10. Необхідність візуалізації міжхребцевих отворів при патологічних станах (пухлини, дегенеративно-дистрофічні захворювання та ін.).
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58.

14. Немає.

15. Шармазанова О.П., Костюковська Г.С., Волковська О.В. (0577511181).

СТОМАТОЛОГІЯ

Реєстр. № 452/1/14

1. **БЕЗПОСЕРЕДНІЙ РЕЗЕКЦІЙНИЙ ПЛАСТИНКОВИЙ ПРОТЕЗ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ (РЕЗЕКЦІЙНИЙ ПЛАСТИНКОВИЙ ПРОТЕЗ ЛЕВАНДОВСЬКОГО-БЕЛІКОВА).**
2. НДР «Нові підходи до діагностики, лікування та профілактики основних стоматологічних захворювань різного генезу в мешканців Карпатського регіону України», 0111U006501, 2011-2015 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++, В.
5. Патент «Безпосередній резекційний пластинковий протез верхньої щелепи (резекційний пластинковий протез Левандовського-Белікова» № 50973 від 25. 06. 2010. на корисну модель, Левандовського Р.А., Белікова О.Б..
6. Немає.
7. Створений надійний естетичний пластинковий протез верхньої щелепи шляхом внесення конструктивних удосконалень і розширенням меж протеза по перехідній складці на боці резекції, імітацією гайморової пазухи та передбаченням дентоальвеолярних, імплантоальвеолярних, денто-імплантоальвеолярних кламерів на здоровій стороні забезпечує можливість протезування верхньої щелепи після резекції у випадках видалення верхньої щелепи з приводу злоякісних пухлин з надійною фіксацією, виключає попадання залишків їжі та рідини у ділянку дефекту, зменшує подразнення тканин та мацерації рани, усунення западання тканин щоки на боці резекції і підтримання фонетичних аспектів.
8. Безпосередній резекційний пластинковий протез верхньої щелепи складається з фіксуючої частини на здоровому боці з кламерною фіксацією утримуючими дротяними кламерами при наявності достатньої кількості зубів і заміщуючої частини у вигляді базису пластинкового протеза на боці резекції, містить на межі протеза по перехідній складці на боці резекції подовжені на 2-3,5 висоти альвеолярного відростка вище перехідної складки з вестибулярного боку з плавним переходом до лінії остеотомії у фронтальному відділі та ретромолярній ділянці на боці резекції, при цьому підвищений вестибулярний борт потовщений на 1-1,5 товщини базисного воску і край борту оформлений каплеподібно, змодельована штучна гайморова пазуха – резервуар депонування лікарських засобів і підтримування перев'язувального матеріалу в ранньому післяопераційному періоді, зі збереженням стандартних меж на здоровій стороні і фіксацією на опорних зубах, дентальних імплантатах та альвеолярному відростку.
9. Безпосередній резекційний пластинковий протез верхньої щелепи (резекційний пластинковий протез Левандовського-Белікова) забезпечує можливість протезування у випадках видалення верхньої щелепи з приводу злоякісних пухлин з надійною фіксацією, виключає попадання залишків їжі та рідини у ділянку дефекту, зменшує подразнення тканин та мацерації рани, усуває западання тканин щоки на боці резекції, і забезпечує підтримання фонетичних аспектів у пацієнтів та збереження функції жування.
10. Пацієнти з резекцією верхньої щелепи.
11. Немає.

12. Чітке дотримання технології протезування хворих з дефектами на верхній щелепі.
13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58000.
14. Немає.
15. Левандовський Р.А. (0509141017), Беліков О.Б. (0372553754).

Реєстр. № 453/1/14

1. ЗАМІЩУЮЧИЙ ПОСТРЕЗЕКЦІЙНИЙ ПРОТЕЗ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.

2. НДР «Нові підходи до діагностики, лікування та профілактики основних стоматологічних захворювань різного генезу в мешканців Карпатського регіону України», 0111U006501, 2011-2015 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++, В.
5. Патент («Заміщуючий пострезекційний протез верхньої щелепи») № 90395. МПК (2009), А61С 13/00, А61С 13,007, А61С 13,225. від 11. 04. 2010. України на винахід, Левандовського Р.А.).
6. Немає.
7. Створення надійного і естетичного заміщуючого пострезекційного протезу верхньої щелепи шляхом конструктивних вдосконалень незмінної опорної частини і змінної обтуруючої частини і їх сполучення, який забезпечує надійність фіксації протеза та зменшення тиску його змінної частини на опорні зуби з дотриманням естетичних вимог.
8. Заміщуючий пострезекційний протез верхньої щелепи, що містить незнімну опорну частину у вигляді з'єднаних між собою естетичних коронок і знімну обтуруючу частину у вигляді пустотілої базисної пластинки за формою дефекту із штучними зубами. Обидві частини протеза сполучені між собою лабільним багатовісним шарніром, в якому осі розміщені з піднебінного боку і відходять від опорних коронок, при цьому незнімна частина протеза виконана з можливістю встановлення замість втрачених зубів пацієнта дентальних імплантатів з гвинтовою або цементною фіксацією коронок. Розміщення шарнірного кріплення з піднебінного боку на здоровій частині щелепи значно зменшує навантаження та напруження в резекційному протезі що сприяє його тривалому функціонуванню в часі. Крім того таке положення кріплень зменшує плече сили через наявність резекційного дефекту, який утворився в результаті операції, що сприяє довготривалому функціонуванню запропонованої конструкції.
9. Створений надійний і естетичний заміщуючий пострезекційний протез верхньої щелепи шляхом конструктивних вдосконалень незмінної опорної частини і змінної обтуруючої частини і їх сполучення, що забезпечує надійність фіксації протеза та зменшення тиску його змінної частини на опорні зуби з дотриманням естетичних вимог.
10. Пацієнти з резекцією верхньої щелепи.
11. Немає.
12. Чітке дотримання технології протезування хворих з дефектами на верхній щелепі.
13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58000.
14. Немає.
15. Левандовський Р.А. (0509141017).

1. **ЗНІМНИЙ РЕЗЕКЦІЙНИЙ ПЛАСТИНКОВИЙ ПРОТЕЗ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З САМОФІКСАЦІЄЮ ЛЕВАНДОВСЬКОГО.**
2. НДР «Нові підходи до діагностики, лікування та профілактики основних стоматологічних захворювань різного генезу в мешканців Карпатського регіону України», 0111U006501, 2011-2015 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++, В.
5. Патент «Знімний резекційний пластинковий протез верхньої щелепи з самофіксацією Левандовського» № 52857 від 29.03.2010 на корисну модель, Левандовського Р.А. .
6. Немає.
7. Розроблена конструкція практичного і естетичного знімного пластинкового протезу верхньої щелепи шляхом внесення конструктивних удосконалень моделюванням ретенційних впадин на бокових поверхнях базису протеза, що забезпечує можливість протезування верхньої щелепи після резекції у випадках видалення верхньої щелепи з приводу злоякісних пухлин і повної відсутності зубів на здоровій стороні з властивістю самофіксації протеза самозасмоктуванням і з запобіганням попадання залишків їжі та рідини у ділянку дефекту, зменшенням подразнення тканин та мацерації рани, усуненням западання тканин щоки на боці резекції, підтриманням фонетичних аспектів та відновленням функції жування.
8. Знімний пластинковий протез верхньої щелепи з самофіксацією складається з базису із штучними зубами, який містить фіксуючу частину протеза, виконану на бокових поверхнях базису зі сторони щік на здоровій і хворій сторонах у вигляді змодельованих впадин глибиною 1,5-2,0 мм і площею, що відповідають величині базису. Вони змодельовані з плавним переходом і з відступом від країв протеза в ділянках перехідної складки на здоровій стороні і граничних меж на хворій стороні та від шийок штучних зубів на відстані 2,0-3,0 мм з властивістю самофіксації втягуванням впадинами базису слизової щік та тонусу щічного м'яза ефектом самозасмоктування і з підсиленою властивістю самофіксації змащеною поверхнею впадин кремом типу «Суперфікс», «Суперкоррега».
9. Знімний резекційний пластинковий протез верхньої щелепи з самофіксацією Левандовського забезпечує можливість протезування у випадках видалення верхньої щелепи з приводу злоякісної пухлини і за повної відсутності зубів на здоровій стороні з надійною самофіксацією ефектом самозасмоктування, запобіганням попадання залишків їжі та рідини у ділянку дефекту, зменшенням подразнення тканин та мацерації рани, усуненням западання тканин щоки на боці резекції і забезпеченням підтримання фонетичних аспектів у пацієнтів та відновлення функції жування.
10. Пацієнти з резекцією верхньої щелепи.
11. Немає.
12. Чітке дотримання технології протезування хворих з дефектами на верхній щелепі.
13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58000.
14. Немає.
15. Левандовський Р.А. (0509141017).

1. **КЛЮЧ ДЛЯ ЗНЯТТЯ ЧАСТКОВОГО ЗНІМНОГО ПРОТЕЗА ІНДИВІДУАЛЬНОГО КОРИСТУВАННЯ.**
2. НДР «Нові підходи до діагностики, лікування та профілактики основних стоматологічних захворювань різного генезу в мешканців Карпатського регіону України», 0111U006501, 2011-2015 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++, В.
5. Патент («Ключ для зняття часткового знімного протеза індивідуального користування») № 90946. МПК (2009), А61С 3/00. від 10. 06. 2010. України на винахід „Левандовського Р.А.).
6. Немає.
7. Спосіб забезпечить раціональне і бездефектне зняття часткового знімного протезу з допомогою спеціального ключа індивідуального користування, який оптимізує напрямок і точки прикладання зіштовхуючого зусилля з боку пацієнта під час зняття протезу без пошкодження самого протеза і опорних зубів, що забезпечує зручність індивідуального користування пацієнтові.
8. Ключ для зняття часткового знімного протеза індивідуального користування складається з двох фіксуючих лапок і опорної площадки з важелеподібною рукояткою, містить фіксуючі лапки, змодельовані по краю базисної частини знімного протеза дужкоподібно з рівновіддаленими закінченнями зовнішніх кінців дужок фіксуючих лапок від точок проекції замкових кріплень протеза і сполученням внутрішніх кінців дужок лапок із опорною площадкою з важелеподібною рукояткою. При цьому опорна площадка виготовлена у вигляді лопатки для розташування на оклюзійній поверхні зубів, що є опорою фіксуючих елементів знімного протеза, і змодельована з дотриманням конгруентності її внутрішньої поверхні до оклюзійної поверхні опорного/их зуба/ів так, щоб площа опори не створювала розколюючого зусилля на зуб/и. Важелеподібна рукоятка відходить від місця сполучення опорної площадки з фіксуючими лапками, направлена вестибулярно під кутом до протетичної площини і має довжину, що в кілька разів перевищує довжину фіксуючих лапок. Ключ для зняття часткового знімного протеза індивідуального користування містить опорну площадку з внутрішнього боку додатково містить еластичну підкладку для захисту опорного/их зуба/ів від пошкодження, опорна площадка виконана у вигляді лопаток, кількість яких пропорційна кількості наявних опорних зубів пацієнта.
9. Ключ для зняття часткового знімного протезу забезпечує зручність індивідуального користування пацієнтові, раціональне і бездефектне зняття часткового знімного протеза без пошкодження самого протеза і опорних зубів.
10. Пацієнти з частковими знімними протезами.
11. Немає.
12. Чітке дотримання технології часткового знімного протезування з застосуванням індивідуальних ключів для зняття зубних протезів.
13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58000.
14. Немає.
15. Левандовський Р.А. (0509141017).

Реєстр. № 456/1/14

1. **КОМБІНОВАНА ЗУБНА КОРОНКА.**
2. НДР «Нові підходи до діагностики, лікування та профілактики основних стоматологічних захворювань різного генезу в мешканців Карпатського регіону

- України», 0111U006501, 2011-2015 рр.
3. Стоматологія.
 4. 2++, В.
 5. Патент «Комбінована зубна коронка» № 49084 від 12. 04. 2010. на корисну модель, Левандовського Р.А.
 6. Немає.
 7. Створена оптимальна конструкція комбінованої коронки з можливістю використання для зубних імплантатів з різьбовим з'єднанням на знімному абатменті з цементною фіксацією шляхом передбачення в конструкції коронки на її поверхні технологічного отвору, закритого керамічною масою (косметичним полімером, склоіномерною пломбою) імітуванням цільності поверхні коронки, забезпечити можливість доступу до елемента фіксуючого різьбового з'єднання в процесі відновлення міцності і надійності з'єднання частин розбірного зубного імплантату з цементною фіксацією на абатменті, чи їх заміни, без розрізання коронки, пошкодження імплантату, кістки та м'яких тканин.
 8. Комбінована зубна коронка має металевий каркас з нанесеним на нього облицювальним керамічним шаром, який споряджений технологічним отвором, виконаним у місці над фіксуючим елементом різьбового з'єднання імплантату і замаскованим керамічною масою (косметичним полімером, склоіномерною пломбою) з імітуванням цільності поверхні коронки, при цьому діаметр технологічного отвору на 0,2-0,5 мм більший діаметра головки фіксуючого гвинта різьбового з'єднання імплантату і виконаний у вигляді конусного розширення доверху.
 9. Комбінована зубна коронка забезпечує можливість доступу до елемента фіксуючого різьбового з'єднання, вона розширює можливість застосування її в мостоподібних конструкціях з опорою на імплантатах та в конструкціях комбінованої фіксації з опорами мостоподібних конструкцій на природних зубах та імплантатах.
 10. Пацієнти з дефектами зубних рядів при протезуванні на абатментах імплантатів.
 11. Немає.
 12. Чітке дотримання технології протезування.
 13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58000.
 14. Немає.
 15. Левандовський Р.А. (0509141017), Беліков О.Б. (0372553754).

Реєстр. № 457/1/14

1. **УМОВНО-ЗНІМНИЙ ПРОТЕЗ НА ІМПЛАНТАТАХ.**
2. НДР «Нові підходи до діагностики, лікування та профілактики основних стоматологічних захворювань різного генезу в мешканців Карпатського регіону України», 0111U006501, 2011-2015 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++, В.
5. Патент «Умовно-знімний протез на імплантатах» № 50105 від 25.05.2010 на корисну модель, Левандовського Р.А., Шановського А.М.
6. Немає.
7. Створений надійний і естетичний умовно-знімний протез на імплантатах шляхом конструктивного вдосконалення базисної балки і виготовленням обтуруючої частини умовно-знімного протезу з матеріалу Bio Dentaplast забезпечує можливість протезування на імплантатах протезом без вторинної металевої конструкції, має властивість самоочищення базисної балки з

- підвищенням надійності та гігієнічності протезування.
8. Умовно-знімний протез на імплантатах, що містить опорну частину у вигляді металевої балки і obturуючу частину у вигляді каркаса, з зафіксованими на ньому штучними яснами і зубами. У протезі металева балка закріплена на імплантатах фіксуючими гвинтами, містить опорну частину у вигляді металевої балки, виконана гладкою зі звуженням зовнішньої поверхні доверху під кутом 4-8 градусів. Obturуюча частина у вигляді каркаса з зафіксованими на ньому штучними яснами і зубами виконана з матеріалу Bio Dentaplast та базисної пластмаси, При цьому металева балка споряджена елементами фіксації у вигляді конструктивних згинів, що утворюють заокруглений до середини фальц по периметру основи балки розміром 1,0-1,5мм, індивідуально препаратований до конфігурації ясен пацієнта, і каркас з внутрішньої сторони споряджений фіксуючою впадиною, змодельованою за конфігурацією зовнішньої поверхні балки.
 9. Умовно-знімний протез на імплантатах забезпечує можливість протезування на імплантатах протезом без вторинної металевої конструкції, самоочищення базисної балки за рахунок виключення ретенційних зон з підвищенням надійності та гігієнічності протезування.
 10. Пацієнти з повною відсутністю зубів на нижній та верхній щелепах.
 11. Немає.
 12. Чітке дотримання технології протезування хворих з беззубими щелепами на дентальних імплантатах.
 13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58000.
 14. Немає.
 15. Левандовський Р.А. (0509141017), Шановський А.М (0372553754).

Реєстр. № 458/1/14

1. **ФІКСАЦІЯ КОРОНОК ТА МОСТОПОДІБНИХ ПРОТЕЗІВ З ОПОРОЮ НА ІМПЛАНТАТИ.**
2. НДР «Нові підходи до діагностики, лікування та профілактики основних стоматологічних захворювань різного генезу в мешканців Карпатського регіону України», 0111U006501, 2011-2015 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++, В.
5. Патент «Спосіб фіксації коронок та мостоподібних протезів з опорою на імплантати» № 50576 від 10. 06. 2010. на корисну модель, Левандовського Р.А., Белікова О.Б., Шановського А.М.
6. Немає.
7. Створення надійного способу фіксації окремих коронок та мостоподібних протезів з опорою на імплантати шляхом захисту потенційно небезпечних зон від попадання залишків цементу запобіжними засобами, які би дозволяли уникнути попадання залишків цементу під слизово-окісний клапоть, запобігти розвитку маргінального переімплантиту, попередити адгезію цементу до проміжної частини коронок і мостоподібного протезу, і тим самим запобігти розвитку запалення з боку слизової оболонки альвеолярного відростку щелеп.
8. Фіксації коронок та мостоподібних протезів з опорою на імплантати з використанням цементуючих складів (тимчасових і постійних), який включає внесення підготовленого цементуючого складу (цементу) у внутрішню частину поодиноких коронок та мостоподібних протезів і накладання на підготовлені до фіксації абатменти з подальшим змиканням зубних рядів у правильному

- оклюзійному співвідношенні і фіксуванням ортопедичної конструкції, що включає захист потенційно небезпечних зон від попадання залишків цементу, який здійснюють одяганням на абатменти перед фіксацією поодиноких коронок та мостоподібних протезів, клаптиків хірургічного латексу, попередньо простерилізованих і індивідуально підготовлених під кожен з них, і змазуванням проміжків з боку ясен на поодиноких коронках і мостоподібних протезах полірувальною пастою або вазеліном.
9. Фіксація коронок та мостоподібних протезів з опорою на імплантати дозволяє уникнути попадання залишків цементу під слизово-окісний клапоть, запобігти розвитку маргінального переімпланти, попередити адгезію цементу до проміжної частини мостоподібного протезу і тим самим попередити розвиток запалення з боку слизової оболонки альвеолярного відростку щелеп.
 10. Пацієнти, які протезуються мостоподібними протезами з допомогою дентальних імплантатів з фіксацією їх на цемент.
 11. Немає.
 12. Чітке дотримання запропонованої технології протезування.
 13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, пл. Театральна, 2, м. Чернівці, 58000.
 14. Немає.
 15. Левандовський Р.А. (0509141017), Беліков О.Б. (0372553754), Шановський А.М. (0372553754).

Реєстр. № 459/1/14

1. **АБРАЗИВНИЙ ІНСТРУМЕНТ.**
2. НДР «Нові технології, сучасні і удосконалені зуботехнічні матеріали в реабілітації хворих з патологією зубо-щелепної системи», 0111U006304, 2011-2015 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель № 68653 Україна. МПК А61С 3/06 (2006.01). Абразивний інструмент / Ю.Є. Шиян, В.М. Ждан, В.М. Дворник, Є.Г. Шиян (UA). – Заявка у 2011 08895; Заявл. 15.07.2011; Опубл. 10.04.2012, Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Абразивні інструменти для обробки природних зубів та ніжних (керамічних) конструкцій зубних протезів виконані порожнистими у своїй масі
8. Запропоновані абразивні інструменти можуть бути одноразового використання з подальшою їх переробкою. Зменшується больовий синдром у пацієнта під час ортопедичної підготовки природного зуба через покращений теплообмін і відсутність вібрації.
9. Різноманітний абразивний порошок нанесений на тонкостінні головки необхідних форм і розмірів .
10. При підготовці природних зубів до протезування, реставрацій, обробки крихких конструкційних матеріалів
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Шиян Ю.Є. (0532273008), Ждан В.М. (0532602051), Дворник В.М. (0532274351), Шиян Є.Г. (0532273008).

Реєстр. № 460/1/14

- 1. АПАРАТ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ПОЛОЖЕННЯ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЕРЕХРЕСНИМ ПРИКУСОМ.**
- НДР «Обґрунтування методів профілактики та лікування пацієнтів із зубо-щелепними аномаліями в залежності від їх конституціонального типу та фізичного розвитку», 0113U003715, 2012– 2016 рр.
- Стоматологія.
- 2+, С.
- Патент на корисну модель № 92682 Україна. МПК А61С 7/36 (2006.01). Апарат для корекції положення нижньої щелепи / Л.В.Смаглюк, Н.В.Куліш, А.М. Білоус (UA). – Заявка у 2014 03559; Заявл. 07.04.2014; Опубл. 26.08.2014; Бюл. № 16.
- Опис до патенту
- Підвищення ефективності лікування пацієнтів із трасверзальними аномаліями прикусу, що супроводжується бічним зміщенням нижньої щелепи та положення язика під час функцій ковтання, мовлення, зниження об'єму матеріалоемності витрат для виготовлення пристрою.
- Апарат для корекції положення нижньої щелепи при комплексному лікуванні пацієнтів із перехресним прикусом складається з базису та елементів фіксації. Базис виконаний з двох бічних фрагментів, які жорстко з'єднані з оклюзійною частиною. Згідно корисної моделі, базис є вкороченим і вкриває оклюзійну поверхню зубів. Пристрій має похилу площину. Бічні фрагменти базису з'єднані між собою заслінкою для язика. Заслінка для язика виконана у вигляді дротяних петель, що повторюють форму альвеолярного відростку нижньої щелепи та досягають рівня шийок верхніх зубів.
- Фото та схеми апарату для корекції положення нижньої щелепи при комплексному лікуванні перехресного прикусу.
- Лікування пацієнтів із трасверзальними аномаліями прикусу, які супроводжуються бічним зміщенням нижньої щелепи та порушенням положення язика під час виконання функцій.
- Немає.
- Немає.
- Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
- Немає.
- Смаглюк Л.В., Куліш Н.В., Білоус А.М. (0506147637).

Реєстр. № 461/1/14

- 1. ЕКСПРЕС-ДІАГНОСТИКА НАДЛИШКУ ІОНІВ ФТОРУ В ЕМАЛІ ЗУБІВ, ОБУМОВЛЕНОГО ДОДАТКОВИМ ФТОРНАВАНТАЖЕННЯМ.**
- НДР «Відновлення стоматологічного здоров'я у пацієнтів з основними стоматологічними захворюваннями та їх реабілітація», 0111U006300, 2011 – 2015 рр.
- Стоматологія.
- 2+, С.
- Деклараційний патент на корисну модель № 73965 України, МПК (2012.01), А61К 49/00. Спосіб спрощеної експрес-діагностики надлишку іонів фтору в емалі зуба, обумовленого додатковим фторнавантаженням / Падалка І.О., Скрипников П. М., Падалка А. І. (Україна). - № у 2012 04455; Заявл. 09.04.2012, Опубл. 10.10.2012, Бюл. № 19.

6. Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 46 -2013.
7. Експрес-діагностика надлишку іонів фтору в емалі зубів дозволяє в клінічних умовах за допомогою забарвлення метиленовим синім діагностувати наявність фтору в емалі зуба. Запропонований спосіб здійснюють в три етапи: 1 етап - протравлювання емалі верхніх медіальних різців 1 N (3%) соляною кислотою 10 секунд. 2 етап - для провокації змін в проникності протравленої емалі на один зуб (дослідний) на 5 хвилин наноситься 2% водний розчин фториду натрію. На другий зуб (контрольний) - дистильована вода. 3 етап - для виявлення збільшення проникності емалі після навантаження фтором на дослідний і контрольний зуби, одночасно, наноситься 1% водний розчин метиленового синього. Збільшення інтенсивності забарвлення дослідної ділянки в порівнянні з контрольною (в середньому на 20%) свідчить про надлишок фтору в емалі зубів.
8. Спосіб дає можливість в клінічних умовах, швидко, за один сеанс, без видалення зуба та без використання коштовної апаратури діагностувати в емалі постійних зубів надлишок іонів фтору при додатковому навантаженні фтором, що допоможе уникнути помилок при виборі профілактичних засобів.
9. Лікар-стоматолог, стоматологічний кабінет, 1% водний розчин метиленового синього, 1N (3%) розчин соляної кислоти, 2% водний розчин фториду натрію, дистильована вода, ватні валики, мікропіпетки, 10-ти бальна поліграфічна шкала синього кольору, секундомір.
10. Для визначення надлишку іонів фтору в емалі зубів. Для надання індивідуальних рекомендацій щодо вибору засобів для профілактики карієсу.
11. Індивідуальна непереносимість (алергічні реакції) лікарських засобів, що використовуються для проведення даної експрес-діагностики.
12. Не виявлено.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Падалка А.І. (0666272580), Скрипников П.М.

Реєстр. № 462/1/14

1. **КЛІНІЧНА ЕКСПРЕС-ДІАГНОСТИКА НЕДОСТАТНОСТІ ФТОРУ В ЕМАЛІ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ.**
2. НДР «Відновлення стоматологічного здоров'я у пацієнтів з основними стоматологічними захворюваннями та їх реабілітація», 0111U006300, 2011 – 2015 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Деклараційний патент на корисну модель № 75999 України, МПК (2012.01), А61К 49/00. Спосіб клінічної експрес-діагностики недостатності фтору в емалі зубів / Падалка І.О., Падалка А. І. (Україна). - № u 2012 05373; Заявл. 03.05.2012, Опубл. 25.12.2012, Бюл. № 24.
6. Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 150 -2014.
7. Експрес-діагностика недостатності фтору в емалі постійних зубів дозволяє в клінічних умовах за допомогою забарвлення метиленовим синім діагностувати нестачу фтору в емалі зуба. Запропоновану експрес-діагностику здійснюють в три етапи: 1 етап - протравлювання емалі верхніх медіальних різців 1 N (3%) соляною кислотою 10 секунд. 2 етап - для провокації змін в проникності протравленої емалі на один зуб (дослідний), на 10 хвилин, наноситься 0,15% водний розчин амінофториду. На другий зуб (контрольний) - дистильована вода. 3 етап - для виявлення збільшення проникності емалі після навантаження

- фтором на дослідний і контрольний зуби, одночасно, наноситься 1% водний розчин метиленового синього. Зменшення інтенсивності забарвлення дослідної ділянки в порівнянні з контрольною свідчить про недостатність фтору в емалі зубів.
8. Експрес-діагностика проводиться в клінічних умовах, швидко, за один сеанс, не потребує дорогого обладнання та не викликає у пацієнтів негативних відчуттів під час проведення. Дає можливість діагностувати недостатність фтору в емалі зубів та на підставі отриманих даних проводити індивідуальний підбір препаратів фтору для профілактики карієсу.
 9. Лікар-стоматолог, стоматологічний кабінет, 1% водний розчин метиленового синього, 1N (3%) розчин соляної кислоти, 0,15% водний розчин амінофториду, дистильована вода, ватні валики, мікропіпетки, 10-ти бальна поліграфічна шкала синього кольору, секундомір.
 10. Для визначення недостатності фтору в емалі вітальних зубів. Для надання індивідуальних рекомендацій щодо призначення профілактичних препаратів для місцевого застосування.
 11. Індивідуальна непереносимість (алергічні реакції) лікарських засобів, що використовуються для проведення даної експрес-діагностики.
 12. Не виявлено.
 13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», кафедра дитячої стоматології факультету післядипломної освіти.
 14. Немає.
 15. Падалка А.І. (0666272580).

Реєстр. № 463/1/14

1. **КОРЕКТОР ПОЛОЖЕННЯ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.**
2. НДР «Розробка нових підходів до діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у пацієнтів із порушенням опорно-рухового апарату», 0112U004469, 2012 – 2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель 75942 Україна, МПК А61С 7/36. Коректор положення нижньої щелепи /Смаглюк Л.В., Фетісова Г.Л., Собакар К.О.; винахідники Смаглюк Л.В., Фетісова Г.Л., Собакар К.О., власник Смаглюк Л.В. - U 201203683 заявл. 27.03.12; опубл. 25.12.2012, Бюл. № 24.
6. Смаглюк Л.В. Коректор положення нижньої щелепи / Л.В.Смаглюк, Г.Л.Фетісова, К.О.Собакар // Український стоматологічний альманах. – 2012. - №3. – С.60-62.
7. Коректор положення нижньої щелепи містить базис з елементами фіксації, базис виконаний з двох бічних фрагментів, які жорстко з'єднані з оклюзійною частиною коректора, згідно корисної моделі, базис є вкороченим, оклюзійна частина базису додатково містить відбитки бічних зубів верхньої щелепи для утримання правильного положення нижньої щелепи, причому бічні фрагменти базису з'єднані між собою заслінкою для язика. Заслінка для язика виконана у вигляді вертикальних дротяних петель, що повторюють форму альвеолярного відростку нижньої щелепи та досягають рівня шийок верхніх зубів. Базис коректора вкриває тільки язикову поверхню бічних зубів.
8. Використання запропонованого пристрою дозволить підвищити ефективність лікування пацієнтів із зубо-щелеповими аномаліями, що супроводжуються зміною положення нижньої щелепи та положення язика під час функцій

- ковтання, мовлення, за рахунок скорочення терміну адаптації, зниження об'єму матеріалоемності витрат для виготовлення пристрою та, відповідно, зниження себеартості виготовлення пристрою.
9. Стоматологічні інструментарій та матеріали; фото та схеми коректора положення нижньої щелепи.
 10. Лікування пацієнтів із аномаліями зубо-щелепної системи, які супроводжуються зміною положення нижньої щелепи та порушенням положення язика під час виконання функції.
 11. Немає
 12. Немає.
 13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
 14. Немає.
 15. Смаглюк Л.В., Фетисова Г.Л., Собакар К.О. (050 3277005).

Реєстр. № 464/1/14

- 1. КУТОМІР ДЛЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ВИЗНАЧЕННЯ МОТОРНИХ ТОЧОК ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ.**
2. НДР «Нові технології, сучасні і удосконалені зуботехнічні матеріали в реабілітації хворих з патологією зубо-щелепної системи», 0111U006304, 2011-2015 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель № 70372 Україна. МПК А61В 5/0488 (2006.01). Кутомір / В.В. Рубаненко, Ю.І. Семененко, В.С. Кузь (UA). – Заявка у 2011 13370: Заявл. 14.11.2011; Опубл. 11.06.2012, Бюл. № 11.
6. Немає.
7. Запропонований кутомір простий у використанні, практично не потребує затрати часу для його налаштування та нанесення орієнтиру проекції моторної точки на шкіру обличчя при багаторазових дослідженнях у одного і того ж пацієнта, підвищує ступінь ефективності вимірювання.
8. Пристрій забезпечує зручність, швидкість і точність при визначенні моторних точок з подальшим точним накладанням панелі з електродами на шкіру обличчя при багаторазових дослідженнях біопотенціалів жувальних м'язів.
9. Кутомір для стандартизації визначення моторних точок жувальних м'язів та маркер для нанесення позначки на шкіру пацієнта.
10. Використовується для визначення координат моторної точки жувального м'яза під час електроміографічного дослідження.
11. При резекції відповідної ділянки нижньої щелепи.
12. Не виявлено.
13. Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Рубаненко В.В., Семененко Ю.І. (053229852), Кузь В.С. (053229852).

Реєстр. № 465/1/14

- 1. ОРТОДОНТИЧНИЙ АПАРАТ НА ВЕРХНЮ ЩЕЛЕПУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГЛИБОКОГО ПРИКУСУ.**

2. НДР «Удосконалити профілактику та лікування стоматологічних захворювань у пацієнтів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту та ендокринною патологією», 0110U000271.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель №61711Україна, МПК А61С 9/00. Ортодонтичний апарат на верхню щелепу для лікування глибокого прикусу / Куроєдова В.Д., Кім Г.О., Прокоп'єва П.Ю. – № u 2011 00435; заявл. 14.01.2011; опубл. 25.07.2011, Бюл. №14.
6. Немає.
7. Ортодонтичний апарат на верхню щелепу (однощелепний двущелепной дії), що містить пластмасовий базис, гвинт для розширення, кламери з дроту крозат на моляри конструкції Б. Хенга, вестибулярну та протрагуючі дуги, інтрузійні відростки на перші постійні моляри, а також накусочну ділянку в передній третині піднебіння для корекції положення нижніх різців. При лікуванні також використовуються фотополімерні накладки на центральні та латеральні різці верхньої щелепи з метою точного контролю їх положення, контрольованої інтрузії різців, корекції глибокого вертикального перекриття, яке здійснюється шляхом використання вестибулярної дуги, яка на початкових етапах лікування розташована на відстані 1 мм від різців та ікол та щільно прилягає після появи місця. Апарат використовується цілодобово, активація гвинта проводиться через день на 1/8 його повороту. Контрольні відвідування відбуваються раз на три тижні.
8. Підвищення ефективності діагностики та критеріїв лікування ортодонтичних хворих із глибоким прикусом, що включає такі симптоми зубо-щелепних аномалій, як екструзія та ретрузія фронтальних зубів верхньої та нижньої щелеп, звуження та укорочення верхньої щелепи, скупченість фронтальних зубів верхньої щелепи й зміна кривої Шпее. Дозволяє нормалізувати трансверзальні та сагітальні розміри верхньої щелепи, усуває екструзію верхніх різців шляхом завдання точного, прогнозованого впливу на різці верхньої щелепи, а також покращує положення різців на нижній щелепі в скорочені строки та забезпечує підвищення рівня ефективності лікування.
9. Відбиткова альгінатна маса, відбиткова ложка, супергіпс, гіпс, пластмаса ортодонтична, віск липкий, віск базисний, дріт ортодонтичний різного діаметру, проволока крозат, набір для пайки, набір для шліфування та полірування пластмаси.
10. Глибокий прикус, що супроводжується екструзією та ретрузією фронтальних зубів верхньої та нижньої щелеп, звуження та укорочення верхньої щелепи, скупченість фронтальних зубів верхньої щелепи.
11. Декомпенсовані захворювання м'яких та твердих тканин порожнини рота та організму в цілому.
12. Можлива помилка – недотримання схеми використання апарату призведе до зниження ефективності запропонованої конструкції.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», 36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр» Голосіївського району м. Києва, філія № 3, вул. Якубовського, 6; Шевченківська філія медичного центру «Дент-Ін», м. Київ, вул. Дмитріївська, 80.
15. Куроєдова В.Д. (053228966), Прокоп'єва П.Ю. (0672328300), Кім Г.О. (0503981524).

1. ОРТОДОНТИЧНИЙ АПАРАТ НА ВЕРХНЮ ЩЕЛЕПУ.

2. НДР «Стан ортодонтичного здоров'я та його корекція у пацієнтів різного віку із дистальним прикусом», 0113u003539, 2013-2018 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель №81776 UA, МПК 2013.01, А61С7/00. Ортодонтичний апарат на верхню щелепу / Куроєдова В.Д., Галич Л.Б., Галич Л.В.- № u2013 00967; Заявл.28.01.2013; Опубл. 10.07.2013. Бюл. №13.
6. Немає.
7. Ортодонтичний апарат на верхню щелепу відрізняється тим, що перекидні петлі виконані з ортодонтичного дроту, що є мотивовано матеріально та технічно полегшеним. Перекидні петлі сприяють зубоальвеолярному подовженню у боковій ділянці щелеп та зубоальвеолярному вкороченню у фронтальній ділянці. Перекидні петлі відстоять від слизової оболонки піднебіння верхньої щелепи, що при стисканні щелеп здійснюють пружну дію та вколюють верхні та нижні фронтальні зуби. Це обумовлює зубоальвеолярне зменшення верхньої і нижньої щелепи, що сприяє корекції прикусу за висотою.
8. Позитивний клінічний ефект запропонованої конструкції посилюється за рахунок наявності саме перекидних петель та цілодобового використання апарату. Прискорення вколювання зубів фронтальної ділянки ґрунтується на одночасному ефекті верхньої та нижньої щелепи.
9. Відбиткова альгінатна маса, відбиткова ложка, гіпс, віск базисний, ортодонтичний дріт, базисна пластмаса, полімеризатор, зуботехнічний інструментарій.
10. Клінічними показаннями до застосування ортодонтичного апарату на верхню щелепу з перекидними петлями є лікування глибокого прикусу I-III ступеня тяжкості.
11. Зменшення зубоальвеолярної висоти в боковій ділянці при незмінній у фронтальній.
12. Можливі помилки - недотримання методики зняття відбитків щелеп та виготовлення робочих моделей, неправильне технічне виготовлення дротяних елементів апарату.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Сумська обласна дитяча клінічна стоматологічна поліклініка, м. Суми, вул. Г. Кондрат'єва, 179.
15. Куроєдова В.Д., Галич Л.Б. (053270533), Галич Л.В.

Реєстр. № 467/1/14

1. ОРТОДОНТИЧНИЙ АПАРАТ НА НИЖНЮ ЩЕЛЕПУ.

2. НДР «Удосконалити профілактику та лікування стоматологічних захворювань у пацієнтів на тлі зниженої неспецифічної резистентності, обумовленої антропогенними та біогеохімічними макро- та мікроелементами», 0120U000532, 2013-2015 рр.; «Стан ортодонтичного здоров'я та його корекція у пацієнтів різного віку із дистальним прикусом», 0113U003539, 2013-2018 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+; С
5. Патент України на корисну модель №73971 Україна, МПК А61С 7/10. Ортодонтичний апарат на нижню щелепу / Куроєдова В.Д., Куроєдова К.Л.,

- Нелюбіна А.Л., Дрогомирецька М.С. -№ у 2012 04494; заявл. 09.04.2012; опубл. 10.10.2012, Бюл. № 19.
6. Немає.
 7. Ортодонтичний апарат на нижню щелепу з вестибулярно розташованим базисом з акрилової пластмаси; двостороннього трансверзального ортодонтичного гвинта з максимальною активацією для розширення на 7 мм, звареного посередині для одночасного розширення зубної дуги на нижній щелепі і створення місця для фронтальних зубів; та кламерів на молочні та постійні моляри.
 8. Підвищення ефективності лікування ортодонтичних хворих із скупченістю III-IV ступеня або язично розташованими поодинокими фронтальними зубами з браком місця в зубній дузі та недостатнім апікальним базисом.
 9. Лікар-ортодонт, зубний технік.
 10. Скупченість III-IV ступеня або язично розташовані поодинокі фронтальні зуби з браком місця в зубній дузі та недостатнім апікальним базисом.
 11. Немає.
 12. Можлива помилка - недотримання схеми використання апарату призведе до зниження ефективності запропонованої конструкції.
 13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», 36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
 14. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.
 15. Куроєдова В.Д. (053228966), Куроєдова К.Л. (0509788800), Нелюбіна А.Л. (0952064031), Дрогомирецька М.С. (0676700167).

Реєстр. № 468/1/14

1. **ПЕРЕХРЕСНЕ ЕКСПРЕС-ТЕСТУВАННЯ РЕМІНЕРАЛІЗУЮЧОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ КАРІЄСОПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАСОБІВ.**
2. НДР «Відновлення стоматологічного здоров'я у пацієнтів з основними стоматологічними захворюваннями та їх реабілітація», 0111U006300, 2011 – 2015 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Деклараційний патент на корисну модель № 72764 України, МПК G01N 33/15 (2006.01). Спосіб перехресного експрес-тестування ремінералізуючої ефективності карієсопрофілактичних засобів / Падалка А. І. Заявка № у 2012 02311; заявлено 27.02.2012. Опубліковано 27.08.2012, Бюл. № 16.
6. Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 396-2012.
7. Для експрес-тестування ремінералізуючої ефективності двох профілактичних засобів запропоновано визначення резистентності емалі 11 та 21 зубів при 10-ти секундному їх протравлюванні та змін проникності демінералізованої емалі для метиленового синього при його 10-ти секундній експозиції під впливом 5-ти хвилинних аплікацій використовуваних засобів при окремому та послідовному їх застосуванні. Запропонований спосіб здійснюють в три етапи наступним чином. На 1-му етапі проводиться визначення початкової резистентності емалі 11 та 21 зубів за методикою, запропонованою В.Р. Окушко та Л.І. Косаревою. На 2-му етапі проводиться визначення ремінералізуючої ефективності двох засобів на двох зубах. На 3-му етапі проводиться визначення ремінералізуючої ефективності двох попередніх засобів при перехресному їх застосуванні.
8. Спосіб дає можливість за один сеанс спрогнозувати вірогідність розвитку карієсу протягом найближчого року. Дозволяє без повторного травлення емалі кислотою оцінити ремінералізуючу ефективність двох профілактичних засобів

- при окремому й перехресному застосуванні та зробити висновки про доцільність їх використання.
9. Лікар-стоматолог, стоматологічний кабінет, 1 % розчин метиленового синього, 1 N (3 %) розчин соляної кислоти, ватні валики, мікропіпетки, 10-ти бальна поліграфічна шкала синього кольору, секундомір.
 10. Для оцінки ремінералізуючої ефективності профілактичних засобів та їх комбінацій. Для надання негайної індивідуальної рекомендації щодо вибору кращого профілактичного засобу кожному пацієнту.
 11. Індивідуальна непереносимість (алергічні реакції) лікарських засобів, що використовуються для проведення даного експрес-тестування.
 12. Не виявлено.
 13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
 14. Немає.
 15. Скрипников П.М., Падалка А.І. (0666272580).

Реєстр. № 469/1/14

1. ПРИСТРІЙ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПАРАЛЕЛЬНОСТІ РОЗТАШУВАННЯ ЗУБІВ.

2. НДР «Нові технології, сучасні і удосконалені зуботехнічні матеріали в реабілітації хворих з патологією зубощелепної системи», 0111U006304, 2011-2015 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Деклараційний патент на корисну модель № 74471, Україна, МПК А61С 13/20, UA74471U (від 25.10.2012). Пристрій для визначення паралельності розташування зубів. М.Я. Нідзельський, В.В Кузнецов, Л.Р. Криничко (UA).- Заявка №u201205372; Заявл. 03.05.12, опубл. 25.10.12, Бюл. № 20.
6. Деклараційний патент на корисну модель № 74471, Україна, МПК А61С 13/20, UA74471U (від 25.10.2012). Пристрій для визначення паралельності розташування зубів. М.Я. Нідзельський, В.В Кузнецов, Л.Р. Криничко (UA).- Заявка №u201205372; Заявл. 03.05.12, опубл. 25.10.12, Бюл. № 20.
7. Запропонований пристрій для визначення паралельності розташування зубів на моделі. У пристрої удосконалено конструктивні та функціональні можливості шляхом заміни рухливих механічних елементів на джерело світлового променя червоного спектра, що дає змогу уникнути значної похибки в визначенні паралельності зубів на моделі.
8. Запропонований пристрій для визначення паралельності розташування зубів на моделі, в якому удосконалено конструктивні та функціональні можливості шляхом заміни рухливих механічних елементів на джерело світлового променя червоного спектра, що дає змогу уникнути значної похибки в визначенні паралельності зубів на моделі.
9. Обладнання і матеріали ортопедичного відділення стоматологічної поліклініки, пристрій для визначення паралельності розташування зубів.
10. Планування конструкції бюгельного протезу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Нідзельський М.Я. (0532221844), Кузнецов В.В. (0532273008).

Реєстр. № 470/1/14

1. ПРИСТРІЙ ДЛЯ ФІКСАЦІЇ.

2. НДР «Нові технології, сучасні і удосконалені зуботехнічні матеріали в реабілітації хворих з патологією зубо-щелепної системи», 0111U006304, 2011-2015 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель № 70242 Україна. МПК А61С 13/24 (2006.01)
6. А61С 13/25 (2006.01). Пристрій для фіксації / Ю.Є. Шиян, В.М. Ждан, В.М. Дворник, Є.Г. Шиян (UA). – Заявка у 2011 08174: Заявл. 30.06.2011; Опубл. 11.06.2012, Бюл. № 11.
7. Немає.
8. Пристрій для фіксації знімних протезів полягає у використанні розроблених нами штучних зубів із пластмаси – порожнистих у своїй масі з вхідним отвором з пришийкової сторони.
9. Запропоновані знімні протези з розробленими нами штучними пластмасовими зубами покращать фіксацію (утримання) цих протезів, підвищать їх функціональну ефективність, комфортність для пацієнтів.
10. Набір штучних зубів із пластмаси.
11. При виготовленні знімних зубних протезів особливо при відсутності умов у порожнині рота для забезпечення фіксації знімних протезів.
12. Немає.
13. Немає.
14. Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»
15. Немає.
16. Шиян Ю.Є. (0532273008), Ждан В.М. (0532602051), Дворник В.М. (0532274351), Шиян Є.Г. (0532273008).

Реєстр. № 471/1/14

1. СПОСІБ ОБТУРАЦІЇ ВТОРИННО ЛІКОВАНИХ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ЗУБІВ ЗІ ЗРУЙНОВАНОЮ ВЕРХІВКОЮ.

2. НДР «Патогенетичні підходи до методів лікування основних стоматологічних захворювань на основі вивчення механізмів пошкодження твердих тканин зубів, тканин ендодонта, пародонта та слизової оболонки порожнини рота», 0104U004411, 2009-2011 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель 61625 Україна, МПК А 61С 13/30 (2006.01). Спосіб obturaції вторинно лікованих кореневих каналів зубів зі зруйнованою верхівкою/ Савоста Н.І.,Скрипнікова Т.П., Савоста Р.С., Білоус С.В.– у 2010 15705 заявл.27.12.2010; опубл.25.07.2011, Бюл. № 14.
6. Патент на корисну модель 61625 Україна, МПК А 61С 13/30 (2006.01). Спосіб obturaції вторинно лікованих кореневих каналів зубів зі зруйнованою верхівкою/ Савоста Н.І.,Скрипнікова Т.П., Савоста Р.С., Білоус С.В.– у 2010 15705 заявл.27.12.2010; опубл.25.07.2011, Бюл.№14.
7. Спосіб obturaції вторинно лікованих кореневих каналів зубів зі зруйнованою верхівкою, що включає розширення, формування, антисептичну обробку, обробку герметиком, анестезію, визначення розміру й робочої довжини

кореневого каналу зуба та використання Термафілу. Спосіб відрізняється тим, що для obturaції зруйнованого апексу кореневого каналу зуба використовують матеріал Триоксидент. У розширений до 140 розміру чи більше кореневий канал вводять попередньо підібраний, розігрітий та змазаний герметиком центральний штафт Термафіл, щільно obturують верхівку зуба, відтісняють штафт до стінки каналу та додатково, в простір каналу, що утворився, послідовно вводять один або більше розігрітих штафтів Термафіл до повного та щільного його заповнення.

8. Запропонований спосіб obturaції корневих каналів зі зруйнованою верхівкою кореня дозволяє щільно obturувати кореневий канал зуба у трьох вимірах з мінімальним вмістом герметика, що унеможливорює виведення герметика за верхівку кореня зуба, та сприяє зменшенню частоти ускладнень після ендодонтичного лікування.
9. Матеріал МТА «Триоксидент»; плагер; система «Термафіл»; силер «АН PLUS».
10. Obturaція корневих каналів зубів, що розширені до 140 і більше розміру, зі зруйнованою апікальною частиною кореня при вторинному лікуванні зубів з приводу постендодонтичних ускладнень.
11. Немає.
12. Можлива необхідність переліковування.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Стоматологічна клініка-студія «Аполлонія».
15. Скрипнікова Т.П. (053228818).

Реєстр. № 472/1/14

1. СПОСІБ ОБТУРАЦІЇ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ЗУБІВ.

2. НДР «Патогенетичні підходи до методів лікування основних стоматологічних захворювань на основі вивчення механізмів пошкодження твердих тканин зубів, тканин ендодонта, пародонта та слизової оболонки порожнини рота», 0104U004411, 2009-2011 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель 61626 Україна, МПК А 61С 13/30 (2006.01). Спосіб obturaції корневих каналів / Савоста Н.І.,Скрипнікова Т.П., Савоста Р.С., Білоус С.В.– u 2010 15706 заявл.27.12.2010 ;опубл.25.07.2011, Бюл. № 14.
6. Патент на корисну модель 61626 Україна, МПК А 61С 13/30 (2006.01). Спосіб obturaції корневих каналів / Савоста Н.І.,Скрипнікова Т.П., Савоста Р.С., Білоус С.В.– u 2010 15706 заявл.27.12.2010 ;опубл.25.07.2011, Бюл. № 14.
7. Спосіб obturaції корневих каналів зубів, що включає розширення, формування, антисептичну обробку, обробку герметиком, анестезію, визначення розміру й робочої довжини кореневого каналу зуба та використання Термафілу. Спосіб відрізняється тим, що в кореневий канал зуба, який розширений до 120 розміру і більше, вводять попередньо підібраний, розігрітий у печі та змазаний герметиком центральний штафт Термафіл, щільно obturують верхівку зуба, відтісняють штафт до стінки каналу та додатково, в простір каналу, що утворився, послідовно вводять один або більше розігрітих штафтів Термафіл до повного та щільного його заповнення.
8. Запропонований спосіб дозволяє щільно obturувати кореневий канал зуба у трьох вимірах з мінімальним вмістом герметика, що сприяє зменшенню частоти ускладнень після ендодонтичного лікування.
9. Система «Термафіл»; плагер; силер «АН PLUS».

10. Запропонований спосіб може бути застосована для обтурації кореневих каналів зубів, що розширені до 120 розміру, зі збереженою апікальною частиною кореня при вторинному лікуванні зубів з приводу постендодонтичних втручань.
11. Немає.
12. Можлива необхідність переліковування.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Стоматологічна клініка-студія «Аполлонія».
15. Скрипнікова Т.П. (053228818).

Реєстр. № 473/1/14

1. **СПОСІБ БІОМЕТРИЧНОГО АНАЛІЗУ АСИМЕТРІЇ ЩЕЛЕП НА КОНТРОЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНИХ МОДЕЛЯХ.**
2. НДР «Удосконалити профілактику та лікування стоматологічних захворювань у пацієнтів на тлі зниженої неспецифічної резистентності, обумовленої антропогенними та біогеохімічними макро- та мікроелементами», 0120U000532, 2013-2015 рр.; «Стан ортодонтичного здоров'я та його корекція у пацієнтів різного віку із дистальним прикусом», 0113U003539, 2013-2018 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель №80089, МПК 7 А61С7/00 (2006.01). Спосіб біометричного аналізу асиметрії щелеп на контрольно-діагностичних моделях / Куроєдова В.Д., Макарова О.М. Заявка № u2012 14081; заявлено 10.12.2012. Опубліковано 13.05.2013. Бюл. № 9.
6. Немає.
7. Пропонується спосіб біометричного аналізу асиметрії щелеп на контрольно-діагностичних моделях, який полягає у дослідженні симетричності зубних рядів та визначенні положення нижнього зубного ряду відносно верхнього (визначення кута α), що дозволяє провести диференціальну діагностику асиметрії прикусу в зв'язку з асиметричним положенням окремих зубів чи асиметричним зміщенням нижнього зубного ряду відносно верхнього.
8. Запропонований спосіб біометричного аналізу асиметрії щелеп на контрольно-діагностичних моделях значно полегшує вимірювання лінійних та кутових параметрів зубних рядів у сагітальній та трансверзальній площинах і дозволяє одночасно проводити біометричний аналіз верхнього і нижнього зубних рядів. Даний спосіб відзначається простотою, доступністю та дешевизною, що дозволяє його широко використовувати в ортодонтичній практиці.
9. Альгінатна відбиткова маса, відбиткові ложки, гіпс, цифровий фотоапарат, персональний комп'ютер.
10. Асиметрії оклюзії, що супроводжуються нейтральним співвідношенням молярів з одного боку та дистальним з протилежного.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», 36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Куроєдова В.Д., Макарова О.М. (0951303950).

Реєстр. № 474/1/14

1. **СПОСІБ ВИВЧЕННЯ НАЗУБНИХ ВІДКЛАДЕНЬ.**

2. НДР «Удосконалити методи профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань у дітей із факторами ризику», 0111U006760, 2012-2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Деклараційний патент на корисну модель № 81544 Україна, МПК (2013,01) А61С 9/00; А 61 В 10/00 (2013,01). Спосіб вивчення назубних відкладень / Каськова Л.Ф., Артем'єв А.В., Зайцев А.В. – № u 2012 12269; заявлено 26.10.2012; Опубл. 10.07.2013. – Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Даний спосіб передбачає послідовне використання ряду клінічних етапів. Поверхню зуба висушують; знімають з одного зуба або групи зубів перший відбиток еластичною масою, видаляють назубні відкладення; знов знімають з цього зуба або групи зубів другий відбиток еластичною масою, виготовляють з другого відбитка модель, наприклад, із воску. Заповнюють на першому відбитку нішу з назубними відкладеннями відбитковою масою, наприклад, гіпсом; вносять в перший відбиток для корекції модель із другого відбитку. Після витягування з першого відбитку обох моделей вони легко візуалізуються, роз'єднуються і можуть слугувати для вивчення. Зняті назубні відкладення можна використовувати для подальшого вивчення. Воскова модель зуба з другого відбитку може слугувати для вивчення зуба, на якому розміщувалися назубні відкладення. Гіпсова модель назубних відкладень з першого відбитку може використовуватися для вивчення об'єму і конфігурації назубних відкладень. Запропонований спосіб вивчення назубних відкладень є більш об'єктивним, тому що при його застосуванні проводиться вивчення не двомірної, а трьохмірної структури назубних відкладень, які знаходяться на місці їх появи і розвитку – твердих тканинах зубів.
8. Підвищення ефективності вивчення, зростання точності та об'єктивності при дослідженні назубних відкладень.
9. Немає.
10. Вивчення об'єму і конфігурації назубних відкладень.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Каськова Л.Ф., Артем'єв А.В. (0668985698).

Реєстр. № 475/1/14

1. **СПОСІБ ВИГОТОВЛЕННЯ ЕЛАСТИЧНИХ ПРИЦЕЗІЙНИХ МОДЕЛЕЙ ЩЕЛЕП.**
2. НДР «Відновлення стоматологічного здоров'я у пацієнтів з основними стоматологічними захворюваннями та їх реабілітація», 0111U006300, 2011-2015 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Пат.72948, Україна, МПК (2012.01)А61С 19/00. Спосіб виготовлення еластичних прицезійних розбірних моделей щелеп.// Шиленко Д.Р., Писаренко О.А., Клепач М.М.; Заявник та правовласник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». - №u2011 13062, Заявл. 07.11.2011; Опубл. 10.09.2012; Бюл. № 17.
6. Немає.

7. Даний спосіб передбачає послідовне виконання ряду клінічних етапів. Після підготовки С-силіконового відбитка (краї відбитка підрізають таким чином щоб він щільно прилягав до полімерного цоколя), проводять підготовку полімерного цоколя с ретенційними направляючими. Після аерозольного нанесення ізолюючого шару на внутрішню поверхню полімерного цоколя й ретенційних направляючих, останні розміщуються на свої місця в цоколі. Далі корегуючим шаром А-силіконової відбиткової маси послідовно заповнюють відбиток й цоколь на вібростолику, після чого у відбиток встановлюють в цоколь, а потім проводять відділення відбитку від моделі. Потім за допомогою спеціального пресу виймають модель з цоколя, проводять розрізання моделі скальпелем. Після розрізання моделі її ферменти встановлюють на їх попередні місця в цоколі для подальшого моделювання протеза. Запропонований спосіб може бути використаний в ортопедичній стоматології для виготовлення прицезійних моделей для роботи з полімерними матеріалами при непрямій реставрації.
8. Вдосконалення способу непрямого виготовлення розбірних моделей щелеп з урахуванням особливостей роботи з фото полімерними композитними матеріалами, що дозволить вдосконалити ряд методів непрямої реставрації, прискорити її процес, підвищити точність.
9. Часткові та повні полімерні цоколі (Е-Z трэйцоколі) багаторазового використання, одноразові пластмасові ретенційні направляючі, супергіпс.
10. Виготовлення непрямих реставрацій полімерними стоматологічними матеріалами.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Шиленко Д.Р. (0686437777), Писаренко О.А. (0532691211), Клепач М.М.

Реєстр. № 476/1/14

1. **СПОСІБ ВИГОТОВЛЕННЯ НЕПРЯМИХ ІНВАЗИВНИХ АДГЕЗИВНИХ МОСТОПОДІБНИХ КОНСТРУКЦІЙ.**
2. НДР «Відновлення стоматологічного здоров'я у пацієнтів з основними стоматологічними захворюваннями та їх реабілітація», 0111U006300, 2011-2015 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Пат. 69760, Україна, МПК А61С 13/003 (2006.01). Спосіб виготовлення непрямих інвазивних адгезивних мостоподібних конструкцій / Шиленко Д.Р.; Заявник та правовласник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». - №u2011 13059, Заявл. 07.11.2011.; Опубл. 10.05.2012; Бюл. № 9.
6. Немає.
7. Дана корисна модель передбачає виготовлення адгезивного мостоподібного протезу що включає підсилюючий міцність елемент, що введено в товщу матеріалу і виготовляється з фотополімерного композитного стоматологічного матеріалу, фіксується на відпрепарованих зубах. Спосіб відрізняється тим, що для виготовлення дотичних до зубів опірних частин протезу використовується рідкотекучий нанопоповнений композитний матеріал, а моделювання протезу здійснюється на еластичної робочої моделі з А-силікону. Виготовлений за запропонованим методом адгезивний мостоподібний протез більш оклюзійно повноцінний, не потребує корекції в порожнині рота, потребує менше клінічного

- часу, не потребує використання силантів чи цементів для фіксації, використання рідкотекучого нанонаповненого композитного матеріалу для виготовлення частин протезу дотичних до опірних зубів сприяє компенсації пікових навантажень оклюзійних сил що виникають під час користування протезом.
8. Удосконалення способу непрямого виготовлення адгезивних мостоподібних конструкцій з урахуванням особливостей роботи з композитними матеріалами.
 9. Рідко-текучий нанонаповнений композитний матеріал, металевий дріт чи скловолоконна система, артикулятор, лайт-бокс, адгезивна система дворівневої полімеризації.
 10. Включені дефекти зубних рядів.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
 14. Немає.
 15. Шиленко Д.Р. (0532691211).

Реєстр. № 477/1/14

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ПРОХІДНОСТІ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ОРТОДОНТИЧНИХ ХВОРИХ.**
2. НДР «Удосконалити профілактику та лікування стоматологічних захворювань у пацієнтів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту та ендокринною патологією», 0110U000271.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель №73972 Україна, МПК А61С 7/00. Спосіб визначення прохідності верхніх дихальних шляхів ортодонтичних хворих / Куроєдова В.Д., Прокоп'єва П.Ю., Кім Г.О.–№ у 2012 04495; заявл. 09.04.2012; опубл. 10.10.2012, Бюл. №19.
6. Немає.
7. Спосіб визначення прохідності верхніх дихальних шляхів ортодонтичних хворих на боковій телерентгенограмі, що включає визначення співвідношення верхнього фарінгеального простору (UP) до нижнього фарінгеального простору (LP) за методом McNamara та відрізняється тим, що відображає співвідношення UP до LP та є більш стабільним та абстрактним показником, тому що не залежить від віку, статі та розміру кісткових структур, визначають за допомогою коефіцієнту F за формулою:

$$F = \frac{UP}{LP} F = \frac{UP'}{LP'}$$

де F – іскомий коефіцієнт, UP - верхній фарінгеальний простір (у мм), тобто ширина носоглотки від точки на задній поверхні передньої половини м'якого піднебіння до найближчої точки задньої стінки глотки, а LP – нижній фарінгеальний простір (у мм), тобто відстань від точки перетину заднього контуру язика та краю нижньої щелепи до найближчої точки на задній стінці глотки, який дозволяє виявити порушення прохідності верхніх дихальних шляхів та забезпечити ефективну експрес-діагностику у ортодонтичних пацієнтів із заднім положенням нижньої щелепи та супутньою ЛОР-патологією. Коефіцієнт F в нормі повинен бути в межах 1,35-1,43. У пацієнтів із зубощелепними аномаліями, зміщенням нижньої щелепи назад та порушенням носового дихання до початку ортодонтичного лікування превалюють розміри

- нижнього фарінгеального простору і коефіцієнт F зменшується. У процесі ортодонтичного лікування дітей нижня щелепа переміщується вперед, батьки всіх пацієнтів відзначають поліпшення у дітей носового дихання, нічний сон із закритим ротом, коефіцієнт F збільшується до норми.
8. Підвищення ефективності діагностики та критеріїв лікування ортодонтичних хворих із симптомами порушення прохідності верхніх дихальних шляхів, обумовлених наявністю зміщення нижньої щелепи та язика до низу та заду. Запропонований коефіцієнт F дозволяє забезпечити ефективну експрес-діагностику ортодонтичних пацієнтів із заднім положенням нижньої щелепи та супутньої ЛОР-патологією. Знання положення в сагітальній площині язика, м'якого піднебіння, ступеня розвитку аденоїдних вегетацій, положення нижньої щелепи забезпечує вибір більш доцільного методу лікування пацієнта. Використання запропонованого методу дозволить підвищити ефективності діагностики та критеріїв лікування ортодонтичних хворих із симптомами порушення прохідності верхніх дихальних шляхів, обумовлених наявністю зміщення нижньої щелепи та язика до низу та заду і попередить розвиток ускладнень в найближчі та віддалені терміни спостережень.
 9. Ортопантомограф с цефалостатом, телерентгенографія черепа пацієнта в боковій проекції до і після ортодонтичного лікування, лінійка, штангенциркуль.
 10. Ортодонтична патологія, яка супроводжується симптомами порушення прохідності верхніх дихальних шляхів.
 11. Протипоказання до проведення рентгенологічних досліджень у пацієнта.
 12. Можлива помилка – недотримання правил виконання телерентгенографії.
 13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», 36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
 14. Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр» Голосіївського району м. Києва, філія №3, вул. Якубовського, 6; Шевченківська філія медичного центру «Дент-Ін», м. Київ, вул. Дмитріївська, 80.
 15. Курєдова В.Д. (053228966), Прокоп'єва П.Ю. (0672328300), Кім Г.О. (0503981524).

Реєстр. № 478/1/14

1. СПОСІБ ВІДВЕДЕННЯ БІОПОТЕНЦІАЛІВ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ЕЛЕКТРОПЛАТИ.
2. НДР «Нові технології, сучасні і удосконалені зуботехнічні матеріали в реабілітації хворих з патологією зубо-щелепної системи», 0111U006304, 2011-2015 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель № 73738 Україна. МПК А61В 5/0492 (2006.01). Електроплата/ Ю.І. Семененко, І.П. Семененко, В.М.Дворник, В.В. Рубаненко (UA). – Заявка у 2012 02280: Заявл. 27.02.2012; Опубл. 10.10.2012, Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Конструкція нової форми електроплати, яка виконується у вигляді пластини з закріпленими відвідними електродами. Відрізняється від інших аналогів тим, що на пластині виконаний приціл у вигляді графічного зображення або наскрізного отвору, які розташовані на середині відстані між центрами електродів, що дозволяє отримати достовірні дані електроміографії.
8. Метод забезпечує можливість швидко і точно орієнтувати електроплату згідно проекції моторної точки на обличчі пацієнта при повторних дослідженнях, що дозволяє отримати достовірні дані електроміографії.

9. Кутомір для визначення координат моторної точки, електроплата для відведення біопотенціалів жувальних м'язів, маркер для нанесення позначки на шкіру пацієнта, 70 % етиловий спирт – для знежирення шкіри, хірургічний пластир шириною 2 см – для фіксації електроплат на шкірі обличчя.
10. Електроплата з біполярними електродами використовується для відведення біотоків з ділянки жувальних м'язів під час проведення глобальної електроміографії.
11. При рубцевому спотворенні шкіри в ділянці жувальних м'язів.
12. Не виявлено
13. Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Семененко Ю.І. (053229852), Семененко І.П. (053229852), Дворник В.М. (053229852), Рубаненко В.В.

Реєстр. № 479/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЛЮДЕЙ.**
2. НДР «Визначити роль запальних захворювань зубо-щелепного апарату в розвитку хвороб, пов'язаних із системним запаленням», 0112U001538, 2012-2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель №83466 Україна, МПК G01N33/48; A61C 19/00. Спосіб діагностики запальних захворювань тканин пародонта у ВІЛ-інфікованих людей./ Петрушанко Т.О., Весніна Л.Е., Мамонтова Т.В., Іленко Н.В.; №u201304008; заявл. 01.04.13; опубл. 10.09.13, Бюл. № 17.
6. Немає.
7. Діагностика запальних захворювань тканин пародонта у ВІЛ-інфікованих включає стандартизоване суб'єктивне та об'єктивне обстеження пацієнта, загальноприйняте клінічне обстеження порожнини рота, проведення індексної оцінки стану тканин пародонта, забір та лабораторне дослідження ротової рідини. Додатково визначають імунну відповідь організму за рівнем концентрації основних про- та протизапальних цитокінів - інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) та фактору некрозу пухлин- α (ФНП- α) у ротовій рідині, а стресорне навантаження - за рівнем концентрації кортизолу у ротовій рідині.
8. Можливість підвищення ступеня ефективності діагностики запальних захворювань тканин пародонта ВІЛ-інфікованих, створення можливостей прогнозування темпів розвитку патології тканин пародонта з огляду на стадію розвитку ВІЛ-інфекції, попередження розвитку ускладнень та обтяжуючої супутньої патології.
9. Імуноферментний аналізатор; тест-системи для проведення імуноферментного аналізу: набори для визначення концентрації цитокінів ФНП- α та ІЛ-10 у ротовій рідині; набір для визначення концентрації кортизолу у ротовій рідині.
10. Діагностика запальних захворювань тканин пародонта у ВІЛ-інфікованих пацієнтів.
11. Не виявлено.
12. Не виявлено.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.

15. Петрушанко Т.О., Весніна Л.Е., Мамонтова Т.В., Іленко Н.В. (0956078294).

Реєстр. № 480/1/14

1. **СПОСІБ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ УТВОРЕННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ, ГОЛОВИ ТА ШИЇ.**
2. НДР «Алгоритм хірургічного та консервативного лікування хворих, що мають косметичні дефекти тканин щелепно-лицевої ділянки, інволюційний птоз шкіри обличчя та шиї, больові синдроми обличчя та профілактика утворення патологічних рубцевозмінених тканин», 0114U001910, 2014-2018 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Деклараційний патент на корисну модель №84183, Україна, МПК А61В19/00. Спосіб інтраопераційної профілактики утворення патологічних рубців голови та шиї Аветіков Д.С., Ставицький С.О., Трапова Х.О., Розколупа О.О – №u 2013 05239; заявл. 23.04.2013; опубл. 10.10.2013, Бюл.№19.
6. Аветіков Д.С. Гістохімічні особливості будови та формування келоїдних рубців голови та шиї людини / Д.С. Аветіков, С.О. Ставицький // Вісник проблем біології і медицини. – 2012. – №1. – С. 271-273.
7. Пропонується спосіб інтраопераційної профілактики утворення патологічних рубців голови та шиї удосконаленням відомого способу, шляхом фіксації країв рани шкірним клеєм, що сприяє покращенню місцевої гемодинаміки, зменшенню місцевої циркуляторної гіпоксії, відтворенням ангиогенезу та відсутністю шкірних швів.
8. Очікується, що дана схема профілактики патологічних рубців значно зменшить частоту виникнення післяопераційних рецидивів та покращить клінічний перебіг даної патології.
9. Шкірний клей.
10. Закриття післяопераційної рани після планових оперативних втручань.
11. Немає.
12. Не виявлено.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Аветіков Д.С., Ставицький С.О. (0503042343).

Реєстр. № 481/1/14

1. **СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ.**
2. НДР «Патогенетичні підходи до методів лікування основних стоматологічних захворювань на основі вивчення механізмів пошкодження твердих тканин зубів, тканин ендодонту, пародонта та слизової оболонки порожнини рота», 0104U004411, 2004-2014рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Пат. 73973 Україна, МПК А61К 6/00. Спосіб комплексного лікування генералізованого пародонтиту у хворих на ішемічну хворобу серця / / Ждан В.М., Бойченко О.М., Ніколішин А.К., Катрушов О.В., Костенко В.О. ; № u 2012 04496 ; Заявл. 09.04.2012 , опубл. 10.10.2012, Бюл. № 19.
6. Немає.

7. У хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) зі стабільною стенокардією напруги з помірною хронічною серцевою недостатністю (СН І, ф.к. ІІ за NYHA) лікування хронічного генералізованого пародонтиту (ХГП) у стадії загострення після проведення професійної гігієни порожнини рота поряд з засобами базисної терапії пропонується призначати антигіпоксанти 3-гідрокси-6-метил-2-етилпіридину сукцинат (мексикор) протягом 10 діб (у капсулах по 100 мг 3 рази на добу) перорально із місцевим введенням цієї речовини в тканини пародонту шляхом інстиляцій 5% розчину та накладання твердіючої пов'язки такого складу: 5% розчин 3-гідрокси-6-метил-2-етилпіридину сукцинату - 2 мл; оксид цинку та порошок дентину по 3,5 г; ланолін - 1 г, на слизову оболонку ясен з вестибулярної та оральної сторін альвеолярних відростків верхньої та нижньої щелепи. У хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруги з вираженою хронічною серцевою недостатністю (починаючи з СН ІА, ф.к. ІІІ за NYHA) комплексне лікування ХГП у стадії загострення наведена вище антигіпоксична терапія доповнюється призначенням препарату коензиму Q₁₀ (у капсулах по 0,9 г на добу) протягом 10 діб; доза мексикору збільшується (по 200 мг 3 рази на добу) протягом 10 діб.
8. Покращення пародонтальних індексів, процесів регіонарної гемодинаміки та мікроциркуляції, корекція метаболічних процесів у тканинах пародонта (пероксидного окиснення ліпідів, розладів антиоксидантної та нітроксидергічної систем).
9. 3-Гідрокси-6-метил-2-етилпіридину сукцинат (мексикор) у капсулах по 100 мг, коензим Q₁₀ у капсулах, 5% розчин 3-гідрокси-6-метил-2-етилпіридину сукцинату, оксид цинку, порошок дентину, ланолін.
10. У комплексній терапії при загостренні хронічного генералізованого пародонтиту у хворих на ішемічну хворобу серця, стабільну стенокардію напруги з ознаками хронічної серцевої недостатності.
11. Підвищена індивідуальна чутливість до препарату, печінкова або ниркова недостатність, вік до 18 років (ефективність та безпека не встановлені), вагітність, лактація.
12. У рідких випадках є вірогідність виникнення побічних ефектів, які пов'язані із проведенням маніпуляцій та прийомом антигіпоксичних лікарських засобів, таких як алергічні реакції, диспептичні розлади, метеоризм, нудота та сухість у порожнині рота, які швидко зникають самостійно або при відміні препаратів.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Ждан В.М., Бойченко О.М. (0532222882), Ніколішин А.К., Катрушов О.В., Костенко В.О.

Реєстр. № 482/1/14

1. **СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ.**
2. НДР «Роль запальних захворювань зубо-щелепного апарату в розвитку хвороб, пов'язаних із системним запаленням», 0112U001538, 2012-2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель №75796 Україна, МПК А61J 3/00; А61К 8/97; А61К8/30. Спосіб комплексного лікування запальних захворювань тканин пародонта ВІЛ-інфікованих. / Петрушанко Т.О., Іленко Н.В.; № у 2012 07362; заявл. 18.06.12; опубл. 10.12.12, Бюл. № 23.

6. Немає.
7. Комплекс заходів включає зняття зубних відкладень, призначення індивідуально розробленого алгоритму гігієни порожнини рота з лікувально-профілактичним комплексом з максимально природним складом, широким спектром дії у фізіологічно збалансованих співвідношеннях. 2 рази на день за 30 хвилин до їжі протягом 21 дня рекомендуємо вживати комплексний фіточай з трави золототисячника та листя м'яти перцевої по ½ склянки, природний лимоннокислий кальцій приймати по 1 чайній ложці в день, краще ввечері, до або під час їжі протягом 21 дня. У ранковому та вечірньому комплексах гігієнічного догляду за порожниною рота (2 рази на добу) після полоскання, очистки міжзубних проміжків, чистки язика і зубів та термозагартування призначаємо препарат трав'яний екстракт у вигляді розчину - 15 крапель препарату розчинити у 50 мл води для ротових ванночок та полоскання порожнини рота. Потім використовуємо гелеву форму високомолекулярної гіалуронової кислоти у вигляді втирання в ясна шляхом пальцевого масажу продовж 2 хвилин, після проведення процедур утриматися від вживання їжі протягом 30 хв. Лікувальний комплекс призначаємо на 21 день.
8. Покращення результатів терапевтичного лікування запальних захворювань тканин пародонта, стабілізація клінічної картини у найближчі та віддалені терміни, попередження виникнення запальних реакцій ясен у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією.
9. Лікарські засоби: трава золототисячника (*Herba Cent aurii*), м'ята перцева (*Mentha piperita*), природний лимоннокислий кальцій, трав'яний екстракт, гелева форма високомолекулярної гіалуронової кислоти.
10. Запальні захворювання тканин пародонта у ВІЛ-інфікованих пацієнтів.
11. Не виявлено.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Петрушанко Т.О., Іленко Н.В. (0956078294).

Реєстр. № 483/1/14

1. **СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА.**
2. НДР «Розробка нових підходів до діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у пацієнтів із порушеннями опорно-рухового апарату», 0112u004469, 2012-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель 15052 U Україна, А61С 7/00. Пристрій для лікування дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба /Л.В. Смаглюк, А.В. Ляховська, З.С. Медяник; заявники та патентовласники Смаглюк Любов Вікентіївна, Ляховська Анастасія Віталіївна, Медяник Зоя Станіславівна. – № u 2013 15052 заявл. 23.12.2013, опубл. 11.08.2014. Бюл. № 6.
6. Інформаційний лист №156 «Пристрій для лікування дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба».
7. Лікування дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба відбувається за допомогою пристрою, який містить оклюзійні накладки, що з'єднані у фронтальній ділянці над'ясеневою частиною та виконані на бокову групу зубів верхньої щелепи, починаючи з перших премолярів (14, 24). Над'ясенева частина

- товщиною 3-8 мм розміщується на верхній третині коронок фронтальних зубів та яснах в ділянці цих зубів. Пристрій виготовляється з м'якого еластично-термопластичного матеріалу на основі моделей верхньої та нижньої щелеп після одержання повних анатомічних відбитків індивідуально для кожного пацієнта.
8. Використання запропонованого способу підвищує ефективність лікування дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба, зменшує суб'єктивні незручності при використанні апарату, скорочує час адаптації пацієнта до пристрою, зменшує вартість виготовлення пристрою.
 9. Відбитковий матеріал (альгінатний, силіконовий), резинова чашка, шпатель для замішування відбиткового матеріалу, гіпс для виготовлення моделей, термопластичний матеріал, апарати для формування під тиском, мікромотор з прямим наконечником, фісурні бори, карборундові головки для наконечника.
 10. Дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба.
 11. Не виявлено.
 12. Можливі помилки: у визначенні необхідної товщини оклюзійних накладок.
 13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
 14. Немає.
 15. Смаглюк Л.В., Ляховська А.В. (0669945461), Медяник З.С.

Реєстр. № 484/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ТА ХРОНІЧНОГО СІАЛОДЕНІТУ НА ФОНІ ХРОНІЧНОЇ НІТРАТНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ.**
2. НДР «Вроджені та набуті морфо-функціональні порушення зубо-щелепної системи, органів і тканин голови та шиї, їх діагностика, хірургічне та консервативне лікування», 0111U006301, 2011-2015 рр.; «Кисень та NO-залежні механізми ушкодження внутрішніх органів та їх корекція фізіологічно активними речовинами», 0108U010079, 2008-2014 рр.
3. Стоматологія
4. 2+, С.
5. Пат. 86628 Україна, МПК А61К39/00. Спосіб лікування гострих та хронічних сіалоденітів на фоні хронічної нітратної інтоксикації / Аветіков Д.С., Бондаренко В.В. ; № u 2013 07026 ; заявлено 04.06.2013, опубліковано 10.01.2014. Бюл. № 1.
6. Немає.
7. На тлі хронічної нітратної інтоксикації у пацієнтів з гострим та хронічним сіалоденітом поряд із базисним лікуванням (антибіотикотерапія, нестероїдні протизапальні засоби, антигістамінні та дезінтоксикаційні препарати) додатково призначається церулоплазмін внутрішньовенно, крапельно із розрахунку 0,1 г, розчинений у 200 мл 5% розчину глюкози або ізотонічного розчину натрію хлориду, щоденно протягом 5 діб. За цих умов введення церулоплазміну зменшує рівень утворення цитотоксичної кількості агресивних продуктів біотрансформації нітратів та нітритів (оксиду азоту та пероксинітриту), зменшує термін лікування гострих та хронічних сіалоденітів.
8. Зниження терміну лікування гострих та хронічних запальних процесів в слинних залозах. Дія церулоплазміну посилює антиоксидантний захист в тканинах при надлишковому надходженні неорганічних нітросполук в організм людини, виявляє супероксиддисмутазну активність, обмежує утворення активних форм кисню й азоту.
9. Церулоплазмін, 5% розчин глюкози, система для внутрішньовенних інфузій.

10. Гострі та хронічні сіалоденіти в осіб, при надходженні надлишкової кількості нітратів та нітритів з водою, овочами, проживанні на території, забрудненій промисловими нітросполуками.
11. Підвищена чутливість до препаратів білкового походження.
12. Не виявлено.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Аветіков Д.С., Бондаренко В.В. (0532272777), Костенко В.О.

Реєстр. № 485/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ З ВИКОРИСТАННЯМ ОЗОНОТЕРАПІЇ.**
2. НДР «Удосконалити методи профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань у дітей із факторами ризику», 0111U006760, 2011-2015 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель № 89513 України, МПК А61Q 11/00(2014.01). Спосіб лікування запальних захворювань тканин пародонта у дітей з використанням озонотерапії/ Каськова Л.Ф., Новіков Є.М., Новікова С.Ч. Заявка № u 2013 12979; заявлено 08.11.2013. Опубліковано 25.04.2014, Бюл. № 8.
6. Каськова Л.Ф. Обґрунтування можливості застосування озону під час лікування захворювань тканин пародонта у дітей / Л.Ф. Каськова, Є.М. Новіков // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Медична наука в практиці охорони здоров'я. – Полтава, 2012. – С. 16.
7. Спосіб лікування запальних захворювань тканин пародонта у дітей з використанням озонотерапії, що включає проведення комплексу лікувально-реабілітаційних заходів, направлених на усунення набряку, гіперемії, кровоточивості та зменшення запалення тканин пародонта з урахуванням загального стану здоров'я дитини, стоматологічного статусу професійної та особистої гігієни порожнини рота. Лікування проводиться за схемою дітям призначають професійну та особисту гігієну, у якості гігієнічних засобів використовуються зубна паста, зубний ополіскувач, бальзам для ясен, комбінований препарат полівітамінів з мінералами «Юнівiт» та місцеву озонотерапію на запалену ділянку ясен. Зубну пасту використовують 2 рази за добу, зубний ополіскувач використовують для полоскання порожнини рота після кожного вживання їжі в об'ємі – один ковпачок на одну процедуру ополіскування, зубний бальзам для ясен наносити на запалену ділянку ясен і розподілити тонким шаром, використовувати два рази на день, «Юнівiт» приймають перорально по 1 пігулці 3 рази за день використовують протягом місяця, два рази на рік з інтервалом півроку додатково застосовується місцева озонотерапія, що включає зрошення ясен озono-повітряною сумішшю при застосуванні прибору для генерації озону (для використання в стоматології).
8. Використання запропонованого способу забезпечило комплексну дію на ключові ланцюги патогенетичних механізмів розвитку патології тканин пародонта і дозволило досягти істотного поліпшення стоматологічного статусу дітей, зменшити кількість клінічних проявів запальних захворювань тканин пародонта, покращити гігієну порожнини рота, підвищити швидкість слиновиділення, покращити фізичні та біохімічні показники ротової рідини, нормалізувати показник ступеня дисбіозу, редукція показника РМА відповідала 75,9%.

9. Зубна паста, до складу якої входять цитрат кальцію та екстракт аптечної ромашки. Цитрат кальцію поповнює дефіцит кальцію в складі зубної емалі. Екстракт ромашки має антисептичну, протизапальну дію. Зубний ополіскувач, до складу якого входить антибактеріальний компонент і екстракт кропиви, що володіє потужною кровоспиняючою та протизапальною дією на ясна. Бальзам для ясен, який містить в своєму складі сік листя алое, що знімає запалення ясен, та відвар 5 лікувальних трав (ромашки, деревію, звіробою, чистотілу та кропиви) укріплює ясна, запобігає ризику повторних проявів захворювань. Комбінований препарат полівітамінів з мінералами і застосування прибору для генерації озону призначеного до використання в стоматології.
10. Захворювання тканин пародонта у дітей.
11. Індивідуальна несприйнятливості окремих компонентів, що входять до складу препаратів комплексу.
12. Не виявлено.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Каськова Л.Ф., Новіков Є.М., Новікова С.Ч. (0532226829).

Реєстр. № 486/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ КАРІЄСУ ЗУБІВ З ВИКОРИСТАННЯМ АТРАВМАТИЧНОЇ ВІДНОВНОЇ МЕТОДИКИ.**
2. НДР «Патогенетичні підходи до методів лікування основних стоматологічних захворювань на основі вивчення механізмів пошкодження твердих тканин зубів, тканин ендодонту, пародонту та слизової оболонки порожнини рота», 0104U004411, 2007-2012 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель № 44742 Україна, А61С 7/00 Інструмент для атравматичної обробки каріозних порожнин / А.К. Ніколішин, А.В. Зайцев; заявл. 21.05.2009; опубл. 12.10.2009, Бюл. № 19; Патент на корисну модель № 55156 Україна, А61С 5/04 Пристрій для замішування пломбувального матеріалу / А.К. Ніколішин, А.В. Зайцев, В.М. Коваль, Ю.Ю. Гриценко; заявл. 07.05.2010; опубл. 10.12.2010, Бюл. № 23; Патент на корисну модель № 55155 Україна, А61С 5/04 Пристрій для конденсування пломбувального матеріалу / А.К. Ніколішин, А.В. Зайцев, В.М. Коваль, Ю.Ю. Гриценко; заявл. 07.05.2010; опубл. 10.12.2010, Бюл. № 23; Патент на корисну модель № 73856 Україна, А61С 3/03, А61С 7/00 Спосіб лікування карієсу зубів з використанням атравматичної відновної методики / А.К. Ніколішин, А.В. Зайцев, Н.В. Котелевська, Ю.Ю. Гриценко; заявл. 26.03.2012; опубл. 10.10.2012, Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Спосіб проведення лікування карієсу зубів, що включає використання атравматичної відновної методики, хіміко-механічну обробку каріозних порожнин, замішування пломбувального матеріалу та конденсацію пломбувального матеріалу за допомогою механізованих стоматологічних інструментів. Хіміко-механічну обробку каріозних порожнин проводять за допомогою інструмента для атравматичної обробки каріозних порожнин, замішування пломбувального матеріалу проводять за допомогою пристрою для замішування пломбувального матеріалу, конденсацію пломбувального матеріалу в обробленій каріозній порожнині проводять за допомогою пристрою для конденсування пломбувального матеріалу. Спосіб здійснюють наступним чином:

- встановлення попереднього діагнозу; видалення зубних нашарувань; хіміко-механічна обробка каріозної порожнини за допомогою набору матеріалів для хіміко-механічної обробки і інструмента для атравматичної обробки каріозних порожнин; обробка каріозної порожнини за допомогою кондиціонера; замішування пломбувального матеріалу за допомогою пристрою для замішування пломбувального матеріалу; внесення і конденсація пломбувального матеріалу в каріозній порожнині за допомогою пристрою для конденсації пломбувального матеріалу; перевірка прикусу.
8. Використання заявленого способу лікування карієсу зубів покращує ефективність лікування карієсу: при використанні в лікуванні карієсу атравматичною відновною технікою механізованих інструментів зменшується час обробки каріозної порожнини, полегшується обробка каріозної порожнини, покращується щільність пломбувальної маси, покращується з'єднання пломбувальної маси з твердими тканинами зуба, завдяки чому зростає адгезія пломби з твердими тканинами зуба.
 9. Обладнання і матеріали терапевтичного відділення стоматологічної поліклініки, набір матеріалів для хіміко-механічної обробки, інструмент для атравматичної обробки каріозних порожнин, пристрій для замішування пломбувального матеріалу, пристрій для конденсації пломбувального матеріалу.
 10. Карієс зубів.
 11. Наявність у хворого водія серцевого ритму.
 12. Можлива помилка – неповне видалення інфікованого дентину. Шлях її усунення та запобігання – уважне і ретельне видалення інфікованого дентину.
 13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
 14. Немає.
 15. Ніколішин А.К., Зайцев А.В. (0663634900), Котелевська Н.В., Гриценко Ю.Ю.

Реєстр. № 487/1/14

- 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ІІ СТУПЕНЯ.**
2. НДР «Відновлення стоматологічного здоров'я у пацієнтів з основними стоматологічними захворюваннями та їх реабілітація», 0111U006300, 2012-2017 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель № 65423 України, 2011 року, МПК (2006.01) А61С 3/025; (2006.01) А61К 35/74. Спосіб лікування хворих на генералізований пародонтит ІІ ступеня. /Скрипников П.М., Бобирьов В.М., Коломієць С.В., Островська Г.Ю. Заявка №u201104593, заявлено 14.04.2011. Дата публікації відомостей про видачу патенту 12.12.1011. Номер бюлетеня № 23.
6. Бібліографічна стаття «Мультибіотик «Симбітер» в комплексному лікуванні захворювань тканин пародонту» /Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы и перспективы развития стоматологии», посвященная 70-летию профессора Рузина Г.П. Харьков. – 2011. – С. 198.
7. Дана корисна модель передбачає послідовне виконання ряду клінічних етапів: видалення зубних нашарувань, з одночасним місцевим застосуванням остеотропних, ноотропних, антимікробних, протизапальних і антисептичних речовин, який відрізняється тим, що видалення над- та підсеневих нашарувань здійснюється апаратом Вектор, пародонтальні кишені заповнюються живою формою мультипробіотика та місцево поверх пародонтальних кишень на ясна фіксується стоматологічна плівка для аплікації. 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.
8. Дана методика дозволить створити депо лікарської речовини безпосередньо в осередку запального процесу, що дозволить досягти підвищення ефективності лікування хворих на генералізований пародонтит. Запропонований спосіб може бути використаний в стоматологічній практиці для лікування хворих на генералізований пародонтит.
 9. Апарат Вектор, жива форма ацидофільного мультипробіотика, стоматологічна плівка для аплікації на ясна.
 10. Генералізований пародонтит II ступеня тяжкості, з глибиною пародонтальних кишень до 4 мм.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
 14. Немає.
 15. Скрипников П.М. (0532228818), Бобирьов В.М. (0532271769), Коломієць С.В. (0532228818), Островська Г.Ю. (0532564732).

Реєстр. № 488/1/14

1. **СПОСІБ ОЦІНЮВАННЯ СТАНУ РУБЦЕВОЗМІНЕНОЇ ШКІРИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ.**
2. НДР «Алгоритм хірургічного та консервативного лікування хворих, що мають косметичні дефекти тканин щелепно-лицевої ділянки, інволюційний птоз шкіри обличчя та шиї, больові синдроми обличчя та профілактика утворення патологічних рубцевозмінених тканин», 0114U001910, 2014-2018 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Деклараційний патент на корисну модель №83166, Україна, МПК А61В8/13. Спосіб оцінювання стану рубцевозміненої шкіри голови та шиї Аветіков Д.С., Ставицький С.О. – №u 2013 03468; заявл. 21.03.2013; опубл. 27.08.2013, Бюл. № 16.
6. Аветіков Д.С. Ефективність використання спіральної комп'ютерної томографії у комплексній діагностиці рубцевих змін шкіри голови та шиї на доопераційному етапі/ Д.С. Аветіков, С.О. Ставицький // Вісник проблем біології і медицини. – 2011. – Том 15. №3-4.(додаток №1) – С. 54-56.
7. Поставлена задача вирішується розробкою способу клінічної диференційної діагностики типу рубцевозмінених тканин на доопераційному етапі. Для реалізації даного способу визначають показники розбіжностей щільності в одиницях Хаунсфілда та внутрішнього розташування келоїдних та гіпертрофічних рубців, що визначається спіральною комп'ютерною томографією. Аналіз даних проводився на підставі різниць щільностей. Щільність (коефіцієнт абсорбції) розраховувалась в одиницях Хаунсфілда (HU). Згідно цієї шкали коефіцієнт абсорбції води приймають за 0, кісткова тканина володіє найбільшою щільністю (+1000), повітря має найменшу щільність (-1000). Виходячи з вищенаведеного, для кожної тканини є свій власний коефіцієнт абсорбції, який в нормі являється постійною величиною. Для прикладу коефіцієнт абсорбції непошкодженої шкіри варіює в межах 20-24 од. HU.

8. Очікується, що дана схема диференційної діагностики патологічних рубців значно зменшить частоту виникнення післяопераційних рецидивів та покращить клінічний перебіг даної патології, зменшить період реабілітації після хірургічного лікування рубцевих змін.
9. Спіральний комп'ютерний томограф.
10. Диференційна діагностика типу рубцевих тканин на етапах планування методик лікувальних засобів, топографія рубцевих змін.
11. Немає.
12. Не виявлено.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Аветіков Д.С., Ставицький С.О. (0503042343), Розколупа О.О., Яценко І.В., Локес К.П.

Реєстр. № 489/1/14

1. **СПОСІБ ПЕРЕДАЧІ ФЛЮОРЕСЦЕНЦІЇ КОРОНКИ ЗУБУ НАНОКОМПОЗИТНИМИ МАТЕРІАЛАМИ.**
2. НДР «Відновлення стоматологічного здоров'я у пацієнтів з основними стоматологічними захворюваннями та їх реабілітація», 0111U006300, 2011-2015 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Пат.71836, Україна, МПК А61С13/003(2006.1) Спосіб передачі флюоресценції коронки зубу наноккомпозитними матеріалами./ Скрипников П.М., Шиленко Д.Р., Дубина В.А., Писаренко О.А.; Заявник та правовласник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». - №u2012 01155, Заявл. 6.02.2012.; Опубл. 25.07.2012; Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Даний спосіб передбачає послідовне виконання ряду клінічних етапів: послідовним виконанням наступних етапів: оптична оцінка природнього рівня флюоресценції природніх зубів підсвічуванням світлом пристрою «DIAGNOdent»; формування базового шару реставрації з матеріалу з великою оптичною густиною n_1 , що відповідає природнім межах флюоресценції; послідовне накладання шару(ів) наноккомпозитного матеріалу з низькою оптичною густиною n_2 з метою формування остаточного контуру та кольору (відтінку, світлоти, інтенсивності тону) реставрації; за необхідністю (за умови чітко вираженого прозорого ріжучого краю) накладання шару Translucent; шліфівка, поліровка, остаточна полімеризація. Запропонований спосіб може бути використаний в терапевтичній стоматології для реставрації фронтальної групи зубів з урахуванням особливостей флюоресценції природніх тканин зубів.
8. Підвищення якості реставрації фронтальної ділянки щелеп за рахунок врахування особливостей флюоресценції коронки зубу та роботи з наноккомпозитами
9. Наноккомпозитні матеріали з різним ступенем оптичної густини, адгезив, фотополімерна лампа.
10. Зуби фронтальної ділянки з дефектами твердих тканин.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».

14. Немає.
15. Писаренко О.А. (0532691211), Шиленко Д.Р. (0686437777), Дубина В.О.

Реєстр. № 490/1/14

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ВИНИКНЕННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ, ЩО ЛОКАЛІЗОВАНІ В ДІЛЯНКАХ ГОЛОВИ ТА ШИЇ ПІСЛЯ ПЛАНОВИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ.**
2. НДР «Алгоритм хірургічного та консервативного лікування хворих, що мають косметичні дефекти тканин щелепно-лицевої ділянки, інволюційний птоз шкіри обличчя та шиї, больові синдроми обличчя та профілактика утворення патологічних рубцевозмінених тканин», 0114U001910, 2014-2018 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Деклараційний патент на корисну модель №77438, Україна, МПК А6119/00. Спосіб профілактики виникнення патологічних рубців, що локалізовані в ділянках голови та шиї після планових оперативних втручань Аветіков Д.С., Ставицький С.О., Скрипник В.М. – №и 2012 10271; заявл. 30.08.2012; опубл. 11.02.2013, Бюл.№3.
6. Аветіков Д.С. Гістохімічні особливості будови та формування келоїдних рубців голови та шиї людини / Д.С. Аветіков, С.О. Ставицький // Вісник проблем біології і медицини. – 2012. – №1. – С. 271-273.
7. Пропонується спосіб профілактики патологічних рубців голови та шиї, що включає внутрішньорубцеве введення антигіпоксанту та протирубцевого крему за допомогою ультрафонофорез, який відрізняється тим, що як антигіпоксанти використовуються природній фосфотидилхолін – ліпін до 500 мг на одне відвідування, 2 рази на тиждень курсом 7 відвідувань, а як протирубцевий крем застосовують крем «Дермофібразе», що вводять 3 рази на тиждень курсом 12 відвідувань.
8. Очікується, що дана схема профілактики патологічних рубців значно зменшить частоту виникнення післяопераційних рецидивів та покращить клінічний перебіг даної патології.
9. Препарат ліпін, протирубцевий крем "Дермофібразе", 70% етиловий спирт, апарат УЗТ– 1.
10. Профілактика патологічних рубців після планових оперативних втручань.
11. Немає.
12. Не виявлено.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Аветіков Д.С., Ставицький С.О. (0503042343).

Реєстр. № 491/1/14

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ У ДІТЕЙ ІЗ ФЛЮОРОЗОМ ЗУБІВ**
2. НДР «Відновлення стоматологічного здоров'я у пацієнтів із основними стоматологічними захворюваннями та їх реабілітація», 0111U006300, 2011 – 2015 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Деклараційний патент на корисну модель № 86883, Україна, МПК(2013.01) А61К6/00. - № и 201309710; заявл.05.08.2013 р.; опубл. 10.01.2014р. Бюл. №1.

6. Деклараційний патент на корисну модель № 86883, Україна, МПК(2013.01) А61К6/00. - № u 201309710; заявл. 05.08.2013 р.; опубл. 10.01.2014р. Бюл. №1.
7. Суть полягає у визначенні показань та оптимізації схеми використання лікувально-профілактичного комплексу, що включає професійне чищення зубів, полоскання порожнини рота зубним еліксіром, що містить лізоцим 3-4 рази на добу після прийому їжі по 1-2 чайних ложки на 1/4 склянки води, наступне призначення аплікацій стоматологічного крему, який містить аморфний кальцію фосфат, 1 раз на день після чищення зубів, протягом місяця, 3 рази на рік з інтервалом 3 місяці, герметизацію фісур перших постійних молярів у дітей відразу після прорізування зубу з урахуванням одонтогліфічного малюнку жувальної поверхні молярів, форми, глибини та положення фісур і ямок, призначення полівітамінного препарату з вмістом кальцію, фосфору, вітаміну Д₃ один раз на день протягом 1 місяця. Контроль профілактики здійснюють кожні 4 місяці за гігієнічним індексом (ГІ) Федорова-Володкіної та індексом кп_n, при погіршенні яких на 1-2 бали збільшують кількість аплікацій до 2-х на день. Через рік при ГІ від 1 до 2 балів і стабільному кп_n за відсутності флюорозу зубів курс профілактики проводять 1 раз на рік, 1 місяць – щоденно. В осіб із 2-5 ступенями флюорозу (за ВООЗ) курси профілактики проводять 2 рази на рік протягом місяця щоденного застосування до визрівання емалі.
8. Медичний та економічний. Метод розширить спектр профілактичних заходів та засобів: підвищує та оптимізує ефективність профілактики карієсу при різних ступенях активності карієсу на фоні ендемічного флюорозу та профілактики ускладнень флюорозу в дітей із моменту прорізування постійних зубів, профілактики карієсу на фоні системної гіпоплазії емалі.
9. Лікар-стоматолог, обладнаний стоматологічний кабінет; стерильний набір стоматологічного інструментарію, торційні щітки, полірувальні гумові насадки, флоси, паста низької абразивності для професійної гігієни порожнини рота, індикаторний розчин для визначення гігієнічного індексу, зубна паста, зубний еліксир з лізоцимом, стоматологічний крем з аморфним кальцію фосфатом, герметик, полівітамінний препарат.
10. Компенсована, субкомпенсована та декомпенсована форми карієсу, флюороз зубів, гіпоплазія емалі.
11. Протипоказанням до застосування є реакції гіперчутливості на молочні продукти, зокрема казеїн, екстракт зеленого чаю, папаїн, екстракт ромашки, екстракт перлів, екстракт шавлії, біоконцентрат лаванди, тетракалій пірофосфат, ПВП в анамнезі чи підозра на їх наявність.
12. Не виявлено.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Шешукова О.В., Труфанова В.П. (0505910092), Поліщук Т.В., Падалка А.І.

Реєстр. № 492/1/14

1. **СПОСІБ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ ОЦІНКИ СИМЕТРІЇ ЗУБНИХ РЯДІВ, НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ТА СПІВВІДНОШЕННЯ ЩЕЛЕП.**
2. НДР «Удосконалити профілактику та лікування стоматологічних захворювань у пацієнтів на тлі зниженої неспецифічної резистентності, обумовленої антропогенними та біогеохімічними макро- та мікроелементами», 0120U000532, 2013-2015 рр.; «Стан ортодонтичного здоров'я та його корекція у пацієнтів різного віку із дистальним прикусом», 0113U003539, 2013-2018 рр.
3. Стоматологія.

4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель №91760, МПК 7 А61В 6/14 (2006.01). Спосіб рентгенологічної оцінки на ортопантограмі симетрії зубних рядів, нижньої щелепи та співвідношення щелеп / Куроєдова В.Д., Макарова О.М. Заявка № u201402270; заявлено 06.03.2014. Оpubліковано 10.07.2014. Бюл. № 13.
- 6.** Немає.
7. Спосіб рентгенологічної оцінки симетрії зубних рядів, нижньої щелепи та співвідношення щелеп передбачає отримання ортопантограми на цифровому апараті при правильному позиціонування голови; її креслення, вимірювання нанесених лінійних та кутових параметрів та відрізняється тим, що виконується розрахунок індексів форми суглобових голівок, індексу симетрії кутів нижньої щелепи, індексу симетрії гілки нижньої щелепи, індексів симетрії тіла нижньої щелепи, індексів симетрії верхнього та нижнього зубних рядів та індексів співвідношення щелеп.
8. Запропонований спосіб рентгенологічної оцінки симетрії зубних рядів, нижньої щелепи та співвідношення щелеп дозволяє одночасно оцінити симетрію нижньої щелепи, її суглобових голівок, верхнього та нижнього зубних рядів, співвідношення щелеп одна відносно одної та провести диференційну діагностику асиметрії прикусу в зв'язку із асиметрією зубних рядів чи з асиметрією елементів нижньої щелепи та її положення відносно верхньої.
9. Цифровій панорамній рентген-апарат.
10. Асиметрії оклюзії, що супроводжуються нейтральним співвідношенням молярів з одного боку та дистальним з протилежного.
11. Немає.
12. Неправильне положення голови під час зйомки. Для його усунення слід використовувати підборідний упор та рамку для фіксації голови і лазерну проектну сітку для правильного її встановлення.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». Адреса: 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Куроєдова В.Д., Макарова О.М. (0951303950).

Реєстр. № 493/1/14

- 1. СПОСІБ СИСТЕМНОЇ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ НЕХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ.**
2. НДР «Визначення ролі Toll-подібних рецепторів у патогенезі інфекційних захворювань», 0113U001514, 2013- 2018 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель № 88041, МПК А61К 6/00 А61 Р 31/04. Спосіб системної антибіотикотерапії при нехірургічному лікуванні хронічного генералізованого пародонтиту / Непокупна-Слободянюк Т.С., Скрипников П.М.; заявник ВДНЗУ «УМСА».-№ u 2013 12072; заявл.15.10.2013 ; опубл. 25.02.2014. Бюл. № 4.
6. Немає.
7. Суть полягає в оптимізації режиму використання азитроміцину додатково до консервативного лікування хронічного генералізованого пародонтиту І-ІІІ ступенів тяжкості загостреного перебігу. Системна

- антибіотикотерапії азитроміцином розпочинається одночасно з первинною пародонтальною терапією: зняттям зубних відкладень чи іригацією пародонтальних кишень при ексудації; не замінює корекцію травматичної оклюзії, реставрацій, шинування, протезування. З першого дня пародонтальної терапії за 2 години до початку стоматологічних маніпуляцій, пацієнту призначають 500 мг азитроміцину 1 раз на день, продовжують протягом 7 днів, потім по 500 мг 1 раз на тиждень – 12 тижнів.
8. Метод оптимізує консервативне лікування хронічного генералізованого пародонтиту всіх ступенів тяжкості, що покращує медичне стоматологічне обслуговування та стан здоров'я переважно дорослого населення України. Тривалий курс антибіотикотерапії азитроміцином при ХГП дозволяє досягти стійкий клінічний ефект у 80% хворих протягом щонайменше 12 місяців із задовільною переносимістю.
 9. Стандартно обладнаний стоматологічний кабінет; стерильний набір стоматологічного інструментарію, обладнання для зняття зубних відкладень та інших процедур пародонтологічної терапії; ліцензований препарат азитроміцину.
 10. Хронічний генералізований пародонтит I, II та III ступенів тяжкості, загострений перебіг, у пацієнтів без супутніх хронічних захворювань, або із хронічними захворюваннями, які можуть моделювати перебіг хронічного генералізованого пародонтиту, а саме: ІХС стенокардія напруження, ФК I та II; ХОЗЛ; хронічний гастрит із зниженою кислотоутворюючою функцією шлунку у стані ремісії; ХЗН-I: хронічний некалькульозний пієлонефрит у стані ремісії ХНН-0; хронічний некалькульозний холецистит у стані ремісії; ЦД2 у стані компенсації вуглеводного обміну.
 11. Гіперчутливість до азитроміцину, відсутність 90% зубів.
 - 12.** Частота алергічних реакцій при лікуванні азитроміцином становить не більше 0,1%.
 13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
 14. Немає.
 15. Скрипников П.М., Шинкевич В.І. (066 055 0186).

Реєстр. № 494/1/14

- 1. СПОСІБ ШИНУВАННЯ ЗУБІВ ФРОНТАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.**
2. НДР «Відновлення стоматологічного здоров'я у пацієнтів з основними стоматологічними захворюваннями та їх реабілітація», 0111U006300, 2011-2015 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Пат. 70444, Україна, МПК А61С 13/23 (2006.01). Спосіб шинування зубів фронтальної ділянки нижньої щелепи.// Белікова Н.І., Шиленко Д.Р., Беліков О.Б.; Заявник та правовласник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». - № 2011 14349, Заявл. 05.12.2011.; Опубл. 11.06.2012; Бюл. № 11.
6. Немає.
7. Даний спосіб передбачає внутрішньокоронкове шинування передніх зубів верхньої щелепи за допомогою вестибулярної шини, що розміщується у відпрепарованому жолобку у верхній частині перших різців, з наступним поступовим опусканням ретенційної борозни з арматурою до пришийкового краю коронкової частини іклів, глибиною 0,75 мм на різцях, з поступовим збільшенням глибини до 2,5 мм на іклах, шириною 2 мм, і формуванням

- апроксимальних поверхонь зубів що шинують із збереженням їх мікрорухливості у шині. Запропонований спосіб може бути використаний в терапевтичній стоматології для шинування рухомих зубів фронтальної ділянки верхньої щелепи.
8. Шинування зубів за запропонованим способом збільшує максимально допустиме оклюзійне навантаження на зуби, збільшує максимально допустиме оклюзійне навантаження на зуби за рахунок біомеханічної доцільності конструкції шини. Покращення результатів лікування.
 9. Адгезивна система, композитний фото полімерний матеріал, скловолоконна арматура.
 10. Патологічна рухомість зубів фронтальної ділянки верхньої щелепи 1-2 ступеня тяжкості.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна
 14. Буковинський державний медичний університет. м. Чернівці.
 15. Беліков О.Б., Белікова Н.І. (0532691211), Шиленко Д.Р. (0686437777).

Реєстр. № 495/1/14

1. **СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ВНУТРІШНЬОКІСТКОВИЙ ОДНОЕТАПНИЙ ІМПЛАНТАТ.**
2. **НДР «Удосконалення ортопедичних методів профілактики та лікування вторинної адентії, патологічної стертості, уражень тканин пародонту та захворювань СНЩС у дорослих на тлі загально соматичної патології», 0111U004872, 2011-2015 рр.**
3. Стоматологія.
4. 2 +, С.
5. Патент України на корисну модель № 56183, МПК А61С 8/00 (2011.01). Стоматологічний внутрішньокістковий одноетапний імплантат / Лейбук В.П., Чертов С.О., Білий С.М., Король Д.М. № у 2010 05726; Заявл. 12.05.2010; Опубл. 10.01.2011, Бюл. № 1.
6. Немає.
7. Стоматологічний одноетапний внутрішньокістковий імплантат, що включає циліндричну внутрішньокісткову частину з різьбою, яка в апікальній частині переходить у конічну, внутрішній основний контур різьби імплантату конічної форми із змінною висотою витків і поступовим зменшенням у коронковому напрямку, профіль різьби внутрішньокісткової частини імплантату трапецієподібно-притискний з кутом нахилу 15 градусів і кроком 1,25 мм, з можливістю потовщення кромки різі в апікально-коронковому напрямі, деротаційний елемент у вигляді кутової проточки різальних витків основної різі на витках конічної частини імплантату під кутом 90 градусів відносно осі імплантату, елемент первинної стабілізації імплантату виконаний у пришийковій частині імплантату у вигляді триходової мікрорізьби, трансгінгівальну частину з полірованою поверхнею у вигляді конуса, з розширенням у напрямку коронкової частини, внутрішньо ясенну частину, над ясенну частину у вигляді конусу, елемент для введення імплантату у вигляді чотиригранника.
8. Стоматологічний одноетапний внутрішньокістковий імплантат відрізняється тим, що на над'ясенній частині виконана одна поперекова проточка, а на трансгінгівальній частині імплантату виконаний радіальний уступ, додатково в конструкцію імплантату включені допоміжні компоненти для формування

ясенної манжетки, виконані з фторопласту у вигляді формуючого ковпачка та формуючого кільця, з можливістю використання в залежності від міжальвеолярної оклюзійної висоти. При висоті більше ніж 6,0 мм використовують формуючий ковпачок, при висоті менше ніж 6,0 мм використовують формуюче кільце. Формуючий ковпачок представляє собою циліндр із сферичним закругленням у верхній частині та конічним у нижній частині, загальна висота ковпачка 6,0 мм, діаметр циліндру 5,5 мм, висота конічної частини 3,0 мм, діаметр основи ковпачка 4,2 мм. Внутрішня поверхня ковпачка являє собою конус, в нижній частині якого виконаний радіальний виступ для з'єднання та фіксації з проточкою на над'ясенній частині імплантату. Формуюче кільце виконане у вигляді обернено усіченого конусу діаметром 5,5 мм у верхній частині та діаметром основи 4,2 мм, загальною висотою 3,0 мм. Наскрізний вертикальний отвір у кільці виконаний у вигляді конусу, діаметр основи кільця відповідає діаметру уступу на імплантаті, на внутрішній поверхні кільця виконаний радіальний виступ для з'єднання та фіксації з проточкою на над'ясенній частині імплантату.

9. Стоматологічний одноетапний внутрішньокістковий імплантат, комплект інструментів для його встановлення, фізіодиспенсер, фізіологічний розчин, анестетик.
10. Повні і часткові дефекти зубних рядів.
11. Не виявлено.
12. Можливі помилки: погане знеболення перед проведенням операції встановлення імплантату, недостатня фіксація імплантата у кістці.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», 36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Лейбук В.П. (0532532521), Чертов С.О. (0532532521), Білий С.М. (0532532521), Король Д.М. (0532532401).

Реєстр. № 496/1/14

1. ТЕЛЕСКОПІЧНА СИСТЕМА ФІКСАЦІЇ.

2. НДР «Нові технології, сучасні і удосконалені зуботехнічні матеріали в реабілітації хворих з патологією зубо-щелепної системи», 0111U006304, 2011-2015 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель № 67475 Україна. МПК А61С 13/277 (2006.01). Телескопічна система фіксації / Ю.Є. Шиян, Є.Г. Шиян (UA). – Заявка у 2011 08617; Заявл. 11.07.2011; Опубл. 27.02.2012, Бюл. № 4є.
6. Немає.
7. Знімні протези із запропонованою системою виключають використання зовнішніх телескопічних металевих ковпачків.
8. Запропонована технологія виготовлення знімних протезів із телескопічною фіксацією зменшує кількість технологічних і клінічних етапів виготовлення таких протезів, клінічних відвідувань пацієнтами, покращується фіксація знімних протезів із можливістю її дозованої активації.
9. Не потребує.
10. При виготовленні знімних пластинкових протезів, особливо при виготовленні протезів естетичного спрямування.
11. Немає.
12. Немає.

13. Вищий Державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Шиян Ю.Є. (0532273008), Шиян Є.Г. (0532273008).

Реєстр. № 497/1/14

1. **ЗАСТОСУВАННЯ СКЛОВОЛОКОННОГО ШТИФТА В ЯКОСТІ ПАРАПУЛЬПАРНОГО ШТИФТА.**
2. НДР «Медико-біологічна адаптація дітей зі стоматологічною патологією в сучасних екологічних умовах», 0108 U 010993, 2007-2012 рр.
3. Стоматологія.
4. 1-.
5. Патент на корисну модель № 76094, Зареєстровано 25.12.12 р. Бюл. №24 «Застосування скловолоконного штифта в якості парапульпарного штифта».
6. Немає.
7. За допомогою свердла, яке є в наборі з металевими парапульпарними штифтами, створюється парапульпарний канал. Найоптимальніший варіант його розміщення – перпендикулярно до поверхні дентину й паралельно до осі зуба. Товщина та висота скловолоконного штифта підганяється під розмір створеного парапульпарного каналу алмазними циліндричними борами, дисками чи скальпелем. Довжина внутрішньодентинної частини штифта повинна бути не менше 2 мм. Для зниження напруження в пломбі йу твердих тканинах зуба оптимальне співвідношення між довжиною внутрішньодентинної і внутрішньопломбової частин штифта повинно становити 1:1. Діаметр внутрішньопломбової частини штифта формується при потребі залежно від величини дефекту зуба. Штифт не повинен доходити до ріжучого краю на 0,5 мм. Після припасування скловолоконний штифт фіксується в парапульпарному каналі склоіономерним цементом подвійного затвердіння.
8. Підвищення міцності фіксації пл. омби та її естетичних властивостей.
9. Стандартний скловолоконний штифт, бори, свердло з набору металевих парапульпарних штифтів, диски, скальпель, мікрометр, пломбувальні матеріали.
10. Реставрація каріозних порожнин IV класу за Блеком.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.
14. Немає.
15. Костюк І.Р., Мельничук Г.М. (0342231129).

Реєстр. № 498/1/14

1. **ПУСТОТІЛИЙ МЕТАЛЕВИЙ ЦИЛІНДР КОНОНЕНКА Ю.Г. ДЛЯ ПРЕПАРУВАННЯ ЗУБІВ ПІД КОРОНКИ.**
2. НДР «Комплексна оцінка та оптимізація методів прогнозування, діагностики та лікування стоматологічних захворювань у населення різних вікових груп», 011U001788, 2014-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 1+.
5. Деклараційний патент № 93297, опубліковано 25.09.2014 р. Бюлетень ВАК № 18 «Пустотілий металевий циліндр Кононенко Ю.Г. для препарування зубів під коронки».

6. Немає.
7. Пустотілий металевий циліндр для препарування зубів під коронки складається з робочої та хвостової частин. Пустотіла робоча частина має на внутрішній та торцевій стороні циліндра абразивне покриття, що дозволяє при препаруванні поодиноких зубів торцевою стороною циліндра знімати виступаючі місця коронки зуба, внутрішньою боковою стороною циліндра надати коронці зуба округлої форми, а внутрішньою, наближеної до хвостової частини круглою поверхнею циліндра шліфувати жувальну поверхню зуба і таким чином препарувати всі поверхні зуба до потрібного розміру.
8. Економія часу при препаратівці коронки зуба.
9. Пустотілий металевий циліндр Кононенко Ю.Г.
10. Зуби, які підлягають підготовці під коронки.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.
14. Немає.
15. Кононенко Ю.Г.(0955318868).

Реєстр. № 499/1/14

1. **СПОСІБ АПЛІКАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ КОРЕНЕВОЇ ПУЛЬПИ БАГАТОКОРЕНЕВОГО ЗУБА ПРИ ЛІКУВАННІ ПУЛЬПІТУ.**
2. НДР «Комплексна оцінка та оптимізація методів прогнозування, діагностики та лікування стоматологічних захворювань у населення різних вікових груп», 011U001788, 2014- 2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 1+.
5. Деклараційний патент № 93294, опубліковано 25.09.2014 р. Бюлетень ВАК № 18 «Спосіб аплікаційного знеболення кореневої пульпи багато кореневого зуба при лікуванні пульпіту».
6. Немає.
7. Препарування пульпової камери, формування алмазним циліндричним бором порожнини циліндричної форми на відповідну глибину, виготовлення вкладки із самотвердіючої пластмаси з закусочною пластиною, яка щільно через целулоїдну плівку прилягає до стінок порожнини та створює через неї тиск зубами антагоністами на змочену знеболюючим розчином губку, що сприяє дифузії анестетика у пульпу кореневих каналів зуба.
8. Швидка дифузія анестетика у пульпу кореневого каналу.
9. Анестетик, самотвердіюча пластмаса.
10. Кореневі канали із особливостями анатомічної будови.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.
14. Немає.
15. Кононенко Ю.Г., Палійчук І.В., Рожко М.М., Палійчук М.І.

Реєстр. № 500/1/14

1. **СПОСІБ АПЛІКАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ КОРЕНЕВОЇ ПУЛЬПИ ОДНОКОРЕНЕВОГО ЗУБА ПРИ ЛІКУВАННІ ПУЛЬПИ.**

2. НДР «Комплексна оцінка та оптимізація методів прогнозування, діагностики та лікування стоматологічних захворювань у населення різних вікових груп», 011U001788, 2014- 2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 1+.
5. Деклараційний патент № 92409, опубліковано 11.08.2014 р. Бюлетень ВАК №15 «Спосіб аплікаційного знеболення кореневої пульпи однокореневого зуба при лікуванні пульпи».
6. Немає.
7. Знеболення кореневої пульпи однокореневого зуба виконують наступним чином: формують в каналі порожнину циліндричної форми на місці частково видаленої кореневої пульпи, вводять у циліндричну порожнину пухку турунду, змочену розчином анестетика та корок з медичної гуми, за допомогою стандартного металевго штифта, натискаючи на нього, створюють компресію, що забезпечує дифузію розчину анестетика в залишки кореневої пульпи та її оптимальне знеболення.
8. Покращення аплікаційного знеболення залишків кореневої пульпи.
9. Розчин анестетика, корок з медичної гуми, металевий штифт, циліндрична пухка турунда.
10. Знеболення кореневої пульпи однокореневого зуба при лікуванні пульпіту.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.
14. Немає.
15. Кононенко Ю.Г., Палійчук І.В., Рожко М.М., Палійчук М.І.

Реєстр. № 501/1/14

1. **СПОСІБ ВИГОТОВЛЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПАРОДОНТАЛЬНОЇ КАПИ.**
2. НДР «Розробка методів діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у населення, що проживає в екологічно несприятливих умовах», 011U003681, 2011-2013 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++.
5. Патент України на корисну модель № 76260, опубл. 25.12.2012, Бюл. № 24 «Спосіб виготовлення індивідуальної пародонтальної капи».
6. Немає.
7. Спосіб здійснюється таким чином: отримують відбитки з обох щелеп; виготовляють гіпсові моделі; намічають межі майбутньої капи; формують простір для лікарських композицій за допомогою смужки алюмінієвої фольги, по всій ширині стандартного рулону, складеної в 8-16 разів, шириною 1-1,5 см, яку адаптують до моделі з вестибулярного та орального боків за допомогою гладилки таким чином, щоб її верхній край прилягав до нижньої третини зубів і перекривав зону зубних сосочків і маргінальних ясен, а нижній – зону коміркових ясен. Смужку фіксують до моделі за допомогою універсального клею. Капу формують в апараті-формувачі зі стандартної термопластичної еластичної пластинки товщиною 0,9-1,0 мм.
8. Спрощується етап моделювання простору для лікарських композицій.
9. Стандартні повні перфоровані відбиткові ложки, альгінатний відбитковий матеріал, гумова колба, шпатель, гіпс 3 і 4 класу (ISO); ніж гіпсовий, алюмінієва

харчова фольга, гладилка, універсальний клей, апарат-формувавч, стандартні термопластичні еластичні пластинки товщиною 0,9-1,0 мм.

10. Як засіб для доставки медикаментів до тканин пародонта при генералізованому пародонтиті.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.
14. Немає.
15. Семенюк Г. Д., Мельничук Г.М., Кошкін О.Є., Бігун Р.М.

Реєстр. № 502/1/14

1. **СПОСІБ ВИГОТОВЛЕННЯ НАВІГАЦІЙНИХ ШАБЛОНІВ З НАПРЯМНИМИ ДЛЯ ПІЛотної ПОСТАНОВКИ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТІВ.**
2. НДР «Комплексна оцінка та оптимізація методів прогнозування, діагностики та лікування стоматологічних захворювань у населення різних вікових груп», 011U001788, 2014- 2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 1+.
5. Деклараційний патент № 90967, опубліковано 10.06.2014 р. Бюлетень ВАК № 11 «Спосіб виготовлення навігаційних шаблонів з напрямними для пілотної постановки дентальних імплантів».
6. Немає.
7. Включає попереднє сканування щелеп на конусній томографії та наступне планування постановки дентальних імплантів в комп'ютерній програмі із зняттям відбитку та виготовлення моделі, причому виготовлену модель з маркерами попередньо сканують і спів ставляють її тривимірну реконструкцію в комп'ютерній програмі з рентгенологічними даними томографа, при цьому використовують маркерну навігацію та відео реєстратор і на основі отриманих даних здійснюють подальшу пілотно постановку напрямних на моделі.
8. Покращення якості та точності постановки імплантів в ротовій порожнині.
9. Спіральна комп'ютерна томографія, програмне забезпечення, гіпсові моделі.
10. Пацієнти, яким потрібно попереднє планування постановки дентальних імплантів.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.
14. Немає.
15. Рожко М.М., Ерстенюк Г.М., Штурмак В.М. (0986078722).

Реєстр. № 503/1/14

1. **СПОСІБ ВНУТРІШНЬОПУЛЬПАРНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ПУЛЬПУ.**
2. НДР «Комплексна оцінка та оптимізація методів прогнозування, діагностики та лікування стоматологічних захворювань у населення різних вікових груп», 011U001788, 2014-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 1+.

5. Деклараційний патент № 91332, опубліковано 25.06.2014 р. Бюлетень ВАК №12 «Спосіб внутрішньо пульпарної анестезії при лікуванні пульпіту».
6. Немає.
7. Після накладання на пульпу зуба девіталізуючої пасти, підтвердження наявності вузького кореневого каналу із збереження больової чутливості кореневої пульпи – розкривають пульпову камеру порожнини зуба так, щоб зберегти коронкову пульпу. Голкою шприца вводять внутрішньопульпарно розчин анестетика в ділянку устя вузького кореневого каналу, насичують знеболюючим розчином коронкову пульпу зуба так, що останній інфільтрував у пульпу вузького кореневого каналу, що в свою чергу створює умови для оптимального і миттєвого знеболення пульпи.
8. Миттєве знеболення пульпи кореневих каналів.
9. Рентгенівський знімок, анестетик, шприц.
10. Кореневі канали з вузьким корневим отвором.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.
14. Немає.
15. Кононенко Ю.Г., Рожко М.М., Палійчук І.В., Василюшин У.Р.

Реєстр. № 504/1/14

1. **СПОСІБ ЕКСПРЕС-ДІАГНОСТИКИ СТАНУ ЖУВАЛЬНИХ ТА СКРОНЕВИХ М'ЯЗІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ЕЛЕКТРОНЕЙРОМІОГРАФА «НЕЙРО-ЕМГ-МИКРО».**
2. НДР «Розробка методів діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у населення, що проживає в екологічно несприятливих умовах», 011U003681, 2011-2013 рр.
3. Стоматологія.
4. 1++.
5. Деклараційний патент № 79727, опубліковано 25.04.2013 р. Бюлетень ВАК № 8 «Спосіб експрес-діагностики стану жувальних та скроневих м'язів за допомогою електронейроміографа «НЕЙРО-ЕМГ-МИКРО».
6. Немає.
7. Показники отримуються при виконанні стоматологічних проб – максимального відкриття рота та максимального стиснення щелеп. За отриманими показниками проводиться побудова графіка скаттерограмитурно-амплітудного аналізу по Willison, який базується на графічному відображенні математичних алгоритмів співвідношень максимальних амплітуд турнів до частоти турнів за одну секунду часу. Отримані показники обчислюються автоматично в комп'ютерній програмі «Нейро-МВП». Дані подаються в «оцифрованому» формалізованому виді на графіку у вигляді своєрідної «хмари» розподілу, завдяки чому можна провести порівняльний аналіз даних, в тому числі в динаміці спостереження за пацієнтами на етапах лікування, виявити первинно-м'язове ураження чи вторинне нейрогенне ураження ділянки.
8. Дозволить покращити якість та точність діагностики стану жувальних та скроневих м'язів.
9. Електронейроміограф «НЕЙРО-ЕМГ-МИКРО».
10. Діагностика стану жувальних та скроневих м'язів.
11. Немає.
12. Немає.

13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.
14. Немає.
15. Костишин А.Б. (0508697682), Рожко М.М., Пелехан Л.І.

Реєстр. № 505/1/14

1. **СПОСІБ ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ВАГІТНИХ ЖІНОК НА ТЛІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ.**
2. НДР «Комплексна оцінка та оптимізація методів прогнозування, діагностики та лікування стоматологічних захворювань у населення різних вікових груп», 011U001788, 2014-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 1++.
5. Деклараційний патент № 91623, опубліковано 10.07.2014 р. Бюлетень ВАК № 13 «Спосіб загального лікування генералізованого пародонтиту у вагітних жінок на тлі залізодефіцитної анемії».
6. Немає.
7. Спосіб загального лікування ГП у вагітних жінок із залізодефіцитною анемією включає мануальне і місцеве медикаментозне лікування, яке полягає у призначенні додатково всередину комбінованого препарату заліза і аскорбінової кислоти «СорбіферДурулес» по 1 таблетці 2 рази на добу за 30 хвилин до їди (тривалість лікування визначається за індивідуальними даними щодо вмісту заліза в плазмі крові), а також вітамінно-мінеральний комплекс «Вітрумпренатал форте» по 1 таблетці 1 раз на день протягом місяця в II триместрі по 1 таблетці 2 рази на день і з 32 тижня до кінця вагітності (у III триместрі).
8. Нормалізація функціонального стану організму вагітної жінки, підвищення ефективності лікування ГП.
9. «СорбіферДурулес», «Вітрумпренатал форте».
10. Лікування залізодефіцитної анемії у вагітних із ГП.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.
14. Немає.
15. Бойчук-Товста О.Г. (0508496052), Рожко М.М., Катеринюк В.Ю., Ільницька О.М.

Реєстр. № 506/1/14

1. **СПОСІБ ЗАГАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У СОМАТИЧНО ЗДОРОВИХ ОСІБ ТА У ЛЮДЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ.**
2. НДР «Комплексна оцінка та оптимізація методів прогнозування, діагностики та лікування стоматологічних захворювань у населення різних вікових груп», 011U001788, 2014-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 1++.
5. Патент України на корисну модель № 88501, опубл. 25.03.2014р. Бюлетень ВАК № 6 «Спосіб загального лікування генералізованого пародонтиту у соматично здорових осіб та у людей із захворюваннями гепатобіліарної системи».
6. Немає.

7. Ефективність лікування вивчали за біохімічними показниками сироватки крові та ротової рідини до і після лікування (ГП) у хворих на хронічний криптогенний гепатит і субкомпенсований цироз печінки. Для загальнолікування ГП використовується гепатопротектор-антиоксидант „Глутаргін” у дозі 0,25 г по 2 табл. 2 рази на день 15-20 днів у необтяжених супутньою патологією хворих або у дозі 0,75 г по 2 табл. 2 рази на день 15-20 днів у хворих на ГП із супутньою патологією ГБС, а також „Кальцемін” по 1 табл. 2 рази на день 15-20 днів для всіх хворих.
8. Дозволить підвищити ефективність лікування хворих на генералізований пародонтит без та із захворюваннями гепатобіліарної системи.
9. Гепатопротектор «Глутаргін», остеотропний препарат «Кальцемін», 0,05% розчин «Хлоргексидину біглюконат» та гель «Метродент», предметне скельце, шпатель, набір інструментів для пародонтологічного лікування.
10. Генералізований пародонтит у пацієнтів із супутньою патологією печінки та у соматично здорових.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.
14. Немає.
15. Кашівська Р.С., Рожко М.М., Мельничук Г.М., Мельничук А.С., Катеринюк В.Ю. (0342231129).

Реєстр. № 507/1/14

1. **СПОСІБ ЗНЕБОЛЕННЯ, ЛІКУВАННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ЧАСТКОВО ЗРУЙНОВАНОГО ЗУБА, УРАЖЕНОГО ПУЛЬПІТОМ, ЗА КОНОНЕНКОМ-РОЖКОМ.**
2. НДР «Комплексна оцінка та оптимізація методів прогнозування, діагностики та лікування стоматологічних захворювань у населення різних вікових груп», 011U001788, 2014- 2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 1+.
5. Деклараційний патент № 92425, опубліковано 11.08.2014 р. Бюлетень ВАК № 15 «Спосіб знеболення, лікування та відновлення частково зруйнованого зуба, ураженого пульпітом, за Кононенком-Рожком».
6. Немає.
7. Проводять додаткову аплікаційну анестезію пульпи під тиском, створюють герметизацію порожнини вказаного зуба, шляхом виготовлення і фіксації на зубі вкладки у вигляді ковпачка, після чого на жувальній поверхні вкладки формують отвір і препарують порожнину зуба – до пульпової камери, потім на пульпу накладають пухкий тампон, змочений розчином анестетика, а порожнину зуба закривають корком з медичної гуми та натискають на вказаний корок, що створює компресію розчину анестетика та забезпечує якісне аплікаційне знеболення пульпи під тиском, після чого проводять безболісне лікування та пломбування каналів зуба, а порожнину зуба та отвір вкладки закривають пломбою, що повністю відновлює анатомічну форму та жувальну ефективність зуба.
8. Досягнення якісного ташвидкого знеболення пульпи частково зруйнованого зуба.
9. Анестетик, пухкий тампон.
10. Частково зруйнована коронка зуба, ураженого пульпітом.
11. Немає.

12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.
14. Немає.
15. Кононенко Ю.Г.(0955318868), Рожко М.М.

Реєстр. № 508/1/14

1. **СПОСІБ ІНСТРУМЕНТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ БОЛЬОВОЇ ЧУТЛИВОСТІ КОРЕНЕВОЇ ПУЛЬПИ ТА СТАНУ КОРЕНЕВОГО КАНАЛУ ПРИ ЛІКУВАННІ ПУЛЬПИТУ МЕТОДОМ ДЕ ВІТАЛЬНОЇ ЕКСТИРПАЦІЇ.**
2. НДР «Комплексна оцінка та оптимізація методів прогнозування, діагностики та лікування стоматологічних захворювань у населення різних вікових груп», 011U001788, 2014-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 1+.
5. Деклараційний патент № 91757, опубліковано 10.07.2014 р. Бюлетень ВАК № 13 «Спосіб інструментальної діагностики больової чутливості кореневої пульпи та стану кореневого каналу при лікуванні пульпиту методом де вітальної екстирпації».
6. Немає.
7. Після видалення коронкової пульпи в вузький кореневий канал вводять вимірвальний інструмент, при наявності болючості проводять додаткове знеболення, після чого вказаний інструмент просовують на всю довжину каналу, при цьому одночасно проводиться інструментальне дослідження стану відповідного каналу на наявність можливих звужень, згинів, що створює умови для аналогічного введення наступного ендодонтичного інструменту і забезпечує якісне, не болюче видалення кореневої пульпи.
8. Покращення якості діагностики при лікуванні кореневих каналів..
9. Ендодонтичні інструменти, анестетик.
10. Зуби, яким проводять ендодонтичне лікування.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.
14. Немає.
15. Кононенко Ю.Г.

Реєстр. № 509/1/14

1. **СПОСІБ ІНТЕГРАЛЬНОЇ ОЦІНКИ ГІГІЄНІЧНОГО СТАНУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ОСІБ ІЗ ЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ.**
2. НДР «Розробка методів діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у населення, що проживає в екологічно несприятливих умовах», 011U003681, 2011-2013 рр.
3. Стоматологія.
4. 1+.
5. Деклараційний патент № 101919, опубліковано 13.05.2013 р. Бюлетень ВАК № 9 «Спосіб інтегральної оцінки гігієнічного стану ротової порожнини у осіб із знімними протезами».
6. Немає.

7. Оцінку гігієнічного стану кожного компоненту ротової порожнини у осіб із знімними протезами проводять за розробленим авторами індексом (Патент № 80649 України на винахід «Спосіб визначення індексу гігієни знімних протезів за допомогою рідини «Колор-тест», опубл.25.07.07, Бюл.16). Критерії оцінки індексу: 1,1–1,5 – хороший догляд, 1,6–2,0 – задовільний догляд, 2,1–2,5 – незадовільний догляд, 2,6–3,4 – поганий, 3,5–5,0 – дуже поганий. Стан гігієни незнімних конструкцій та природних зубів, що залишилися, визначають за спрощеним гігієнічним індексом ротової порожнини ОНІ-S і його компонентами. Гігієнічний стан язика визначають за індексом (ГСЯ С.Б.Улітовського). Рівень галітозу діагностують за допомогою галіметра та оцінюють за шкалою відповідно до інструкції прилада.
8. Дозволить індивідуалізувати схему корекції.
9. Галіметр, рідина «Колор-тест».
10. Пацієнти із знімними протезами.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.
14. Немає.
15. Михайленко Т.М.(0678112008), Рожко М.М.

Реєстр. № 510/1/14

1. **СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ.**
2. НДР «Розробка методів діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у населення, що проживає в екологічно несприятливих умовах», 011U003681, 2011-2013 рр.
3. Стоматологія.
4. 1++.
5. Патент України на корисну модель № 76258, опубл. 25.12.2012, Бюл. №24 «Спосіб комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит».
6. Немає.
7. Спосіб здійснюється наступним чином: пацієнту видаляють над'- і під'ясенні зубні відкладення, дають рекомендації щодо подальшого дотримання гігієни ротової порожнини, проводять функціональне вибіркове пришліфовування за Дженкельсоном і закритий кюретаж пародонтальних кишень (за показаннями) та призначають такий фармакотерапевтичний комплекс: для місцевого лікування – гель «Метродент» (для аплікацій на ясна двічі на добу по 30 хв, курс лікування – 7-14 днів) і препарат «Септофіт-діет» (по одній таблетці 4 рази на добу тримати в роті до повного розсмоктування, курс лікування – 7-14 днів); для загального лікування – синбіотик «Ацидолак» (по 2 саше 2 рази на добу, курс лікування – 10-14 днів) й «Оліговіт» (по 1 таблетці 1 раз на добу, курс лікування – 20 днів).
8. Дозволить підвищити ефективність лікування хворих на генералізований пародонтит.
9. Набір інструментів для пародонтологічного лікування, гель «Метродент», препарати «Септофіт-діет», «Оліговіт», «Ацидолак».
10. Генералізований пародонтит.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.

14. Немає.
15. Семенюк Г. Д., Мельничук Г.М, Мельничук С.С.

Реєстр. № 511/1/14

1. **СПОСІБ КОНОНЕНКА Ю.Г. ІН'ЄКЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ КОРЕНЕВОЇ ПУЛЬПИ ПРИ ЛІКУВАННІ ПУЛЬПІТУ.**
2. НДР «Комплексна оцінка та оптимізація методів прогнозування, діагностики та лікування стоматологічних захворювань у населення різних вікових груп», 011U001788, 2014- 2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 1+.
5. Деклараційний патент № 91780, опубліковано 10.07.2014 р. Бюлетень ВАК № 13 «Спосіб Кононенка Ю.Г. ін'єкційного знеболення кореневої пульпи при лікуванні пульпіту».
6. Немає.
7. Проводять додаткове ін'єкційне знеболення при болючості пульпи в вузькому кореновому каналі після її девіталізації в сформоване устя кореневого каналу вводять голку шприца, проводять її герметизацію, після чого впорскують знеболюючий розчин внутрішньоканально під тиском, що забезпечує оптимальне знеболення кореневої пульпи та можливість її безболісного видалення при лікуванні пульпіту.
8. Швидке і безболісне видалення пульпи з кореневого каналу.
9. Анестетик, ін'єкційна голка.
10. Лікування пульпіту.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.
14. Немає.
15. Кононенко Ю.Г.

Реєстр. № 512/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ НА ФОНІ СИСТЕМНОЇ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ.**
2. НДР «Оптимізація комплексного лікування патології пародонта, тканин зубів у стоматологічних хворих та при супутній патології», 0114U000905.
3. Стоматологія.
4. 1+.
5. Патент на корисну модель № 66198 Україна (51) МПК (2011.01) А61С 19/00. Спосіб лікування генералізованого пародонтиту на фоні системної антибіотикотерапії супутньої патології. Бюл. № 24 заявл. 26.12.2011, опубл. 26.12.12 Матвійків Т.І., Герелюк В.І., Нейко Н.В.
6. Немає.
7. Спосіб лікування полягає у застосуванні загальної терапії з використанням патогенетичного препарату і професійну гігієну порожнини рота з метою досягнення протизапального, імуномодельючого, десенсибілізуючого ефекту, яку проводять напередодні, під час або безпосередньо після призначення системної антибіотикотерапії супутньої патології механічною обробкою поверхні коренів зубів, зняттям над- та підясенних твердих зубних відкладень і поліруванням поверхні кореня зубів.

8. Наявність необхідних засобів та приладів стоматологічного призначення практично у всіх лікувальних закладах, невелика вартість та трудоемкість проведених лікувально-профілактичних процедур, можливість надання такої стоматологічної допомоги на етапах лікування супутньої патології антибіотиками в умовах стаціонару.
9. Стоматологічна установка, лоток з інструментами для огляду пародонтологічного хворого, кюретки Грейсі, ультразвуковий апарат для зняття зубних відкладень, анестетик для проведення знеболення, щітки та гумові чашечки різної жорсткості та абразивності, паста для зняття зубних відкладень, розчин антисептика для ротової порожнини, десенситайзер.
10. Генералізований пародонтит I-II ступеня розвитку у хворих на фоні системної антибіотикотерапії супутньої патології.
11. Наявність імплантатів; наявність ортопедичних конструкцій в ротовій порожнині; пацієнтам з аритмією, деякими хронічними захворюваннями – астмою, бронхітом; при гострих респіраторних захворюваннях; при захворюваннях, що відносяться до груп ризику (туберкульоз, ВІЛ, гепатит).
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
14. Немає.
15. Матвійків Т.І. (0993627706), Герелюк В.І. (0675831365), Нейко Н.В.

Реєстр. № 513/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДИСБІОЗУ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ НА ТЛІ СИСТЕМНОЇ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ.**
2. НДР «Оптимізація комплексного лікування патології пародонта, тканин зубів у стоматологічних хворих та при супутній патології», 0114U000905.
3. Стоматологія.
4. 1+.
5. Патент на корисну модель № 66715 Україна (51) МПК (2011.01) Спосіб лікування дисбіозу порожнини рота у хворих генералізованим пародонтитом на тлі системної антибіотикотерапії супутньої патології” Бюл. №1 заявл. 10.01.2012, опубл. 10.01.2012. Матвійків Т.І., Герелюк В.І., Нейко Н.В.
6. Немає.
7. Спосіб лікування включає в себе загальноприйняті місцеві та загальні заходи (проведення професійної гігієни порожнини рота: зняття зубних відкладень, полірування поверхні кореня), який відрізняється тим, що після проведення загальноприйнятих місцевих та загальних заходів лікування додатково проводять полоскання і/або іригацію порожнини рота природним протимікробним антисептиком Стоматофітом за схемою, яка включає полоскання і/або іригацію ротової порожнини рота упродовж 10 днів 15%-м водним розчином Стоматофіту із розрахунку 10 мл препарату, розведеного в ¼ склянки кип'яченої води, 3 рази на день з наступним використанням через годину після кожного полоскання пробіотика Ентерожерміна шляхом утримування протягом 3-5 хвилин в порожнині рота вмісту одного флакона Ентерожерміна (5 мл) з наступним його проковтуванням.
8. Наявність необхідних засобів та приладів стоматологічного призначення практично у всіх лікувальних закладах. Широке використання та призначення лікарями запропонованих фармацевтичних препаратів. Відсутність побічних ефектів та відносно невелика вартість і трудоемкість проведених лікувально-

профілактичних процедур, можливість надання такої стоматологічної допомоги на етапах лікування супутньої патології антибіотиками в умовах стаціонару.

9. Стоматологічна установка, лоток з інструментами для огляду пародонтологічного хворого, кюретки Грейсі, ультразвуковий апарат для зняття зубних відкладень, іригатор для іригацій пародонтальних кишень, анестетик для проведення знеболення, щіточки та гумові чашечки різної жорсткості та абразивності, паста для зняття зубних відкладень, розчин антисептика для ротової порожнини Стоматофіт, десенситайзер, суспензія пробіотика Ентерожерміна, зубна паста наосновілікарських трав.
10. Генералізований пародонтит I-II ступеня розвитку у хворих на фоні системної антибіотикотерапії супутньої патології.
11. Наявність імплантатів; наявність ортопедичних конструкцій в ротовій порожнині; пацієнтам з аритмією, деякими хронічними захворюваннями – астмою, бронхітом; при гострих респіраторних захворюваннях; при захворюваннях, що відносяться до груп ризику (туберкульоз, ВІЛ, гепатит). Непереносимість та наявність алергічних реакцій до запропонованих фармацевтичних препаратів.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
14. Немає.
15. Матвійків Т.І. (0993627706), Герелюк В.І. (0675831365), Нейко Н.В.

Реєстр. № 514/1/14

1. **СПОСІБ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ПІДГОТОВКИ ПАЦІЄНТА ДО ПРОВЕДЕННЯ ПОВЕРХНЕВОЇ ЕЛЕКТРОМІОГРАФІЇ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ.**
2. НДР «Розробка методів діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у населення, що проживає в екологічно несприятливих умовах», 011U003681, 2011-2013 рр.
3. Стоматологія.
4. 1+.
5. Деклараційний патент № 80030, опубліковано 13.05.2013 р. Бюлетень ВАК № 9 «Спосіб медикаментозної підготовки пацієнта до проведення поверхневої електроміографії жувальних м'язів».
6. Немає.
7. Базуючись на фармакологічних властивостях препарату розчину «NOVO-PASSIT» та часу максимально допустимої тривалості електроміографічного дослідження жувальних м'язів 30 хв. Пропонується прийом пацієнтом 2,5 мл розчину «NOVO-PASSIT» із невеликою кількістю води за 15 хв. перед проведенням електроміографічного дослідження жувальних м'язів, що дозволяє забезпечити максимальне розслаблення жувальних м'язів, знизити психоемоційний стан пацієнта та дозволить отримати уніфікований підхід стосовно отриманих результатів електроміографії.
8. Дозволить отримати максимальне розслаблення жувальних м'язів пацієнта.
9. «NOVO-PASSIT», електроміограф.
10. Категорія пацієнтів з нестабільним психоемоційним станом (страх, стрес, нервозність).
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.

14. Немає.

15. Костишин А.Б. (0508697682), Рожко М.М., Пелехан Л.І., Гриб В.А.

Реєстр. № 515/1/14

1. СПОСІБ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГРАНУЛЮЮЧОГО ПЕРІОДОНТИТУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ.

2. НДР «Медико-біологічна адаптація дітей зі стоматологічною патологією в сучасних екологічних умовах», 0108 U 010993, 2007-2012 рр.

3. Стоматологія.

4. 1+.

5. Патент на корисну модель № 76058 Зареєстровано 25.12.12 р, Бюл. №24 «Спосіб місцевого лікування хронічного гранулюючого періодонтиту постійних зубів у дітей».

6. Немає.

7. Ефективність лікування вивчали за клініко-рентгенологічними, біохімічними показниками та в експерименті. Виявлено швидше стихання запальних явищ, кількість відвідувань зменшувалася на 1-2 рази, ускладнень не було. Хворі зуби витримували герметизм найчастіше під першою-другою герметичною пов'язкою з настоянкою живокосту, посилення болю та загострення процесу не спостерігалось у 90,6% випадків. На рентгенограмах виявлено тенденцію до відновлення кісткової тканини через 6 місяців від початку лікування у 37,3% випадків. У ротовій рідині дітей спостерігалось зниження активності кислої фосфатази та підвищення активності лужної фосфатази, зменшення рівня кальцію та фосфору. Морфологічні дослідження показали, що паста не має місцевого токсичного впливу, а найбільш виражені процеси регенерації кістки нижньої щелепи були зафіксовані у тварин на 28-у добу після оперативного втручання.

8. Підвищення ефективності лікування хронічного гранулюючого періодонтиту постійних зубів у дітей, профілактика ускладнень.

9. Стандартні набори реактивів для біохімічного визначення кислої та лужної фосфатаз, рівня кальцію та фосфору в ротовій рідині, 1% спиртовий розчин хлорофіліпту, живокосту настоянка, кальцію гідроксид, гліцерин, предметне скельце, шпатель, набір інструментів для ендодонтичного лікування.

10. Хронічний гранулюючий періодонтит постійних зубів у дітей.

11. Немає.

12. Немає.

13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.

14. Немає.

15. Костюк І.Р., Мельничук Г.М., Костюк В.М., Михайлюк І.О. (0342231129).

Реєстр. № 516/1/14

1. СПОСІБ МІСЦЕВОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ.

2. НДР «Комплексна оцінка та оптимізація методів прогнозування, діагностики та лікування стоматологічних захворювань у населення різних вікових груп», 011U001788, 2014-2016 рр.

3. Стоматологія.

4. 1++.

5. Патент України на корисну модель №82218, опубліковано 27.07.2013 р. Бюлетень ВАК № 14 «Спосіб місцевого медикаментозного лікування генералізованого пародонтиту».
6. Немає.
7. Спосіб місцевого медикаментозного лікування ГП виконується таким чином: проводиться професійна гігієна ротової порожнини і призначаються полоскання 15% водним розчином «Стоматофіт» 3-4 рази на добу. Після цього проводяться аплікації на ясна та інстиляції в пародонтальні кишені пасти на основі препаратів «Глутаргін» і «Атоксіл» на 20-30 хв (при кожному прийомі), курс становить 5-8 днів. Паста готується таким чином: у фарфорову ступку відважують 2,0 г кремнію діоксиду (препарат „Атоксіл”) і поступово додають – 4-5 мл розчину аргініну глютамату (препарат «Глутаргін» 4%) та змішують до утворення однорідної консистенції.
8. Дозволить підвищити ефективність лікування хворих на ГП без та із захворюваннями гепатобіліарної системи.
9. Гепатопротектор предметне скельце, шпатель, набір інструментів для пародонтологічного лікування, «Стоматофіт», «Глутаргін», «Атоксіл».
10. ГП початкового-I ступеня у пацієнтів із супутньою патологією печінки та у соматично здорових.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.
14. Немає.
15. Кашівська Р.С., Рожко М.М., Мельничук Г.М., Мельничук А.С. (0342231129).

Реєстр. № 517/1/14

1. **СПОСІБ ПРОВЕДЕННЯ ОЗОНОТЕРАПІЇ ТКАНИН ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА У ОСІБ ІЗ ЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ.**
2. НДР «Комплексна оцінка та оптимізація методів прогнозування, діагностики та лікування стоматологічних захворювань у населення різних вікових груп», 011U001788, 2014-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 1++.
5. Деклараційний патент № 85580, опубліковано 25.11.2013 р. Бюлетень ВАК № 22 «Спосіб проведення озонотерапії тканин протезного ложа у осіб із знімними конструкціями зубних протезів».
6. Немає.
7. Проведення озонотерапії тканин протезного ложа у осіб із знімними конструкціями зубних протезів включає використання рекомендованого виробником типу зонда, потужності, визначення індексів гігієни наявних структур ротової порожнини, відповідно до збільшення значень яких та наявних структур ротової порожнини – встановлення часу, величини потужності, інтервалу між процедурами, кількості процедур.
8. Покращення якості гігієни ротової порожнини.
9. Апарат для проведення озонотерапії.
10. Пацієнти із знімними конструкціями зубних протезів.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.

14. Немає.
15. Михайленко Т.М., Рожко М.М., Андрійців С.С.

Реєстр. № 518/1/14

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ДЦП.**
2. НДР «Розробка методів діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у населення, що проживає в екологічно несприятливих умовах», 011U003681, 2011-2013 рр.
3. Стоматологія.
4. 1+.
5. Деклараційний патент № 77602, опубліковано 25.02.2013 р. Бюлетень ВАК № 4 «Спосіб профілактики і лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей, хворих на ДЦП».
6. Немає.
7. Зубний еліксир «Біодент-3» використовують – 2 ч.лож. на ¼ склянки води, ополіскувати ротову порожнину 2 рази на день після їжі протягом 1 місяця, 2 рази на рік. Зубний еліксир «Санодент» 1 ч.лож. на ¼ склянки води, ополіскувати ротову порожнину протягом 1 хв. перед сном протягом 1 місяця. Професійну гігієну ротової порожнини проводити дітям з ДЦП 12 років – 1 раз на рік, дітям 17 років – 2 рази на рік.
8. Дозволить зменшити інтенсивність та поширеність запального процесу в ротовій порожнині, нормалізується кількість імуноглобуліну А, а також нормалізується кількість лізоциму в слині.
9. Еліксир «Санодент», «Біодент-3».
10. Хронічний катаральний гінгівіт у дітей з ДЦП.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.
14. Немає.
15. Боднарчук Ю.Б. (0668098508), Рожко М.М., Попович З.Б., Кріль І.А.

Реєстр. № 519/1/14

1. **СПОСІБ ФІКСАЦІЇ ПОВЕРХНЕВИХ НАШКІРНИХ ЕЛЕКТРОДІВ НА MUSCULUSMASSETER ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПОВЕРХНЕВОЇ ЕЛЕКТРОМІОГРАФІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ БЕЗЗУБИМИ ЩЕЛЕПАМИ.**
2. НДР «Комплексна оцінка та оптимізація методів прогнозування, діагностики та лікування стоматологічних захворювань у населення різних вікових груп», 011U001788, 2014- 2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 1++.
5. Деклараційний патент № 92558, опубліковано 26.08.2014 р. Бюлетень ВАК № 16 «Спосіб фіксації поверхневих нашкірних електродів на MUSCULUSMASSETER для проведення поверхневої електроміографії у пацієнтів із беззубими щелепами».
6. Немає.
7. Для проведення поверхневої електроміографії використовуються стандартні поверхневі нашкірні електроди з шириною пластин 5 мм, заземлюючий електрод, який фіксується на шиї пацієнта. На електрод наноситься

провідниковий гель чи паста, які фіксуються з допомогою лейкопластиру на очищену та висушену поверхню шкіри. Спосіб фіксації поверхневих на шкірних електродів на musculusmasseter проводиться завдяки фіксації поверхневих електродів на musculusmasseter, таким чином що активний електрод знаходиться над черевцем жувального м'яза, в той час як референтний електрод розташовується на спинці носа.

8. Покращення якості діагностики стану жувальних м'язів у пацієнтів із беззубими щелепами.
9. Провідниковий гель або паста, електроміограф.
10. Пацієнти з беззубими щелепами.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.
14. Немає.
15. Сарапук В.І., Рожко М.М., Пелехан Л.І., Костишин А.Б.

Реєстр. № 520/1/14

1. **СТОПОР-ШТОВХАЧ ДЛЯ ІН'ЄКЦІЙНОЇ ГОЛКИ.**
2. НДР «Розробка методів діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у населення, що проживає в екологічно несприятливих умовах», 011U003681, 2011-2013 рр.
3. Стоматологія.
4. 1+.
5. Деклараційний патент № 102043, опубліковано 27.05.2013 р. Бюлетень ВАК № 10 «Стопор-штовхач для ін'єкційної голки».
6. Немає.
7. Стопор-штовхач, виконаний у вигляді знімної насадки конусоподібної форми із наскрізним осьовим каналом для пропуску ділянки голки з загостреним кінцем, причому широкий торець є уколом для пальця, а вузький торець для виходу і обмеження занурення загостреного кінця голки. Від осьового каналу під кутом 90° радіально відходить і розповсюджується в глибині паралельно площадці паз, утворюючи Г-подібну форму на боковій поверхні в межах півкола, в якому фіксується інша ділянка голки, яка виконана з можливістю вигину на 90° і завороту під упорною площадкою.
8. Дозволить покращити якість проведення ін'єкційних маніпуляцій та зменшення травматизації покривного епітелію.
9. Ін'єкційна голка, стопор-штовхач, виготовляється згідно з кресленням.
10. Проведення ін'єкцій.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, тел./факс. (03422) 2-42-95.
14. Немає.
15. ІвановС.О. (0506714822), Рожко М.М.

Реєстр. № 521/1/14

1. **СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА.**
2. НДР «Клініка, діагностика, лікування вроджених вад розвитку обличчя,

- захворювань зубів і пародонту», 0109U002900.
3. Стоматологія.
 4. 2+, С.
 5. Немає.
 6. Немає.
 7. Спосіб здійснюють таким чином. Білих лабораторних нелінійних щурів самців із середньою масою тіла (160 ± 10) г утримують в стандартних умовах віварію. Напередодні перед дослідом за 12-16 годин їх утримують в окремій клітці без їжі з доступом до води. Вранці наступного дня тваринам внутрішньошлунково вводять 0,25 мл 10 % розчину спирту та через 5 хвилин 0,5 мл 1,25 % розчину соляної кислоти. Після цього проводять годування за стандартним раціоном віварію. Таку схему застосовують протягом 7 діб, а висновок про розвиток запального процесу роблять за морфологічними ознаками і змінами біохімічних показників.
 8. Відомий спосіб моделювання запальних процесів слизової оболонки, який включає введення у порожнину шлунка подразнюючого субстрату-жовчі. Недоліком відомого способу є недостатня технологічність і експериментальна інформативність, зумовлена тим, що введена жовч у просвіт шлунка не є його локальним субстратом, що може спотворювати результати експерименту. Поставлене завдання вдосконалити відомий спосіб шляхом застосування методичного прийому, спрямованого на введення в порожнину шлунка більш фізіологічного субстрату, чим досягають підвищення технологічності і експериментальної інформативності. При вирішенні поставленого завдання було взято до уваги те, що соляна кислота є постійним компонентом шлунка, а етиловий спирт у деякій кількості періодично може потрапляти з їжею.
 9. 10 % розчин етилового спирту; 1,25 % розчин соляної кислоти; зонд для внутрішньошлункового введення розчинів.
 10. Може знайти застосування в експериментальній стоматології для вивчення патогенезу запальних процесів слизової оболонки порожнини рота та розробки засобів корекції на фоні гастродуоденіту.
 11. Немає.
 12. Для якісного відтворення запальних процесів слизової оболонки порожнини рота необхідно ендogaстральний зонд обережно вводити в шлунок не травмуючи стравоходу. Для цього тварину необхідно надійно зафіксувати.
 13. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001.
 14. Немає.
 15. Авдєєв О.В., Мисула Н.І. (0964504291).

Реєстр. № 522/1/14

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ КРАЙОВОГО ПРИЛЯГАННЯ ПЛОМБИ.

2. НДР «Розробка і впровадження нових методів діагностики, лікування та профілактики карієсу та його ускладнень, захворювань пародонту і слизової оболонки порожнини рота», 0110U003018, 2010-2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.

5. Спосіб визначення крайового прилягання пломби: Пат. 70147 України, МПК А61С 5/00 / М.В. Помойницька, В.Г. Помойницький, В.В. Помойницький (Україна). – Опубл. 25.05.2012. – Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Поряд з загальноприйнятим способом визначення крайового прилягання пломби, що включає препарування каріозних порожнин, їх пломбування, занурення зубів у 2% р-н метиленового синього як барвну суміш, повздовжне розпилювання зубів та визначення ступеня проникнення барвника на межі «пломба-зуб» додатково до 10 мл 2% р-ну метиленового синього додають 1 мл 5% р-ну ЕДТА та витримують зуби у барвній суміші впродовж 12 годин під тиском 1 атм.
8. Медичні: підвищення точності визначення крайового прилягання пломби на 40% та скорочення тривалості експерименту у 6 разів. Соціальні: визначення адгезивних властивостей пломбувальних матеріалів в експериментальних умовах дає можливість об'єктивної оцінки їх якості та може ураховуватися при виборі матеріалів для постійних пломб та створенні і апробації нових матеріалів. Економічні: підвищення точності експериментального визначення крайового прилягання пломб сприяє створенню пломбувальних матеріалів з високою адгезією до тканин зубів, це поліпшує якість пломбування, запобігає розвитку вторинного карієсу, а відтак знижує зверненість осіб працездатного віку до лікаря-стоматолога.
9. Видалені зуби, медичний шприц 20 мл, 2% р-н метиленового синього, 5% р-н ЕДТА.
10. Експериментальне дослідження адгезії пломбувальних матеріалів.
11. Немає.
12. При чіткому виконанні формули наукового повідомлення ускладнень або помилок не повинно бути.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», вул. Держинського, 9, м. Дніпропетровськ, 49044, Україна. Тел. (0562) 312257, факс (0562) 464191.
14. Немає.
15. Помойницька М.В. (06775659332), Помойницький В.Г., Помойницький В.В.

Реєстр. № 523/1/14

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМ ПЕРІОДОНТИТУ.

2. НДР «Розробка і впровадження нових методів діагностики, лікування та профілактики карієсу та його ускладнень, захворювань пародонту і слизової оболонки порожнини рота», 011U003018, 2010-2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С
5. Спосіб лікування деструктивних форм періодонтиту: Пат. 903603 України, МПК А61С 5/00 / А.В. Самойленко, П.І. Гриценко (Україна). - Опубл. 10.10.2014. - Бюл. № 19.
6. Немає
7. Спосіб лікування деструктивних форм періодонтиту, що включає, окрім традиційних втручань (препарування каріозної порожнини, розкриття порожнини зуба, створення доступу до корневих каналів, видалення розпаду пульпи, механічну та медикаментозну обробку корневих каналів), місцеву імунологічну корекцію шляхом ведення в кореневі канали суміші, яка містить поліоксидоній, причому в суміш до поліоксидонію додають янтарну кислоту, розведена 10% розчином димексиду до пастоподібної консистенції, у співвідношенні 1:1. Отриману пасту вводять в кореневі канали до фізіологічного отвору на 10 днів.
8. Розроблений спосіб забезпечує, поряд зі скорочення термінів регенерації кісткової тканини за рахунок місцевої імуномодуючої дії поліоксидонію на періапикальні тканини, підвищення синтезу колагену та припинення подальшої деструкції кістки за рахунок антиоксидантної, метаболічної та антигіпоксичної дії янтарної кислоти. Крім того, димексид, сприяючи глибокому проникненню лікарських засобів у тканини, створює їх депо у вогнищі запалення; виключається системний вплив препаратів. Підвищення ефективності лікування періодонтиту запобігає передчасну втрату зубів, усуває негативний вплив вогнища одонтогенної інфекції, що поліпшує якість життя пацієнтів. Це, у свою чергу, має економічний ефект за рахунок скорочення відвідуваності стоматологічних клінік пацієнтами працездатного віку, зменшення потреби в ортопедичному лікуванні хворих, поліпшення якості та зниження строків лікування асоційованих загальносоматичних захворювань.
9. Стоматологічна установка, набір стоматологічних інструментів; антисептичні засоби, таблетована форма поліоксидонію, субстанція-порошок янтарної кислоти, розчин димексиду.
10. Деструктивні форми хронічного верхівкового періодонтиту.
11. Не визначені.
12. При чіткому виконанні формули нововведення ускладнень або помилок не повинно бути.
13. Державний заклад «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України», вул. Держинського 9, м. Дніпропетровськ, 49600, тел. (0562) 312257, факс (0562) 464191.

14. Немає.

15. Самойленко А.В. (06775659332), Гриценко П.І.

Реєстр. № 524/1/14

1. СПОСІБ ОЦІНКИ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ.

2. НДР «Розробка і впровадження нових методів діагностики, лікування та профілактики карієсу та його ускладнень, захворювань пародонту і слизової оболонки порожнини рота», 0110U003018, 2010-2014 рр.

3. Стоматологія.

4. 2+, С.

5. Спосіб оцінки ступеня тяжкості генералізованого пародонтиту: Пат. 57775 України, МПК G01N 30/00, 30/02, 33/00, 33/48 / А.В. Самойленко, І.І. Самойленко, В.Ю. Орищенко, Л.М. Бабенко, Л.А. Климович (Україна). – Опубл. 10.03.2011. – Бюл. № 5.

6. Немає.

7. Спосіб оцінки ступеня тяжкості генералізованого пародонтиту, що базується на результатах вивчення показників синтезу та метаболізму симпатно-адреналової системи (САС) у добовій сечі хворих з різним перебігом захворювання та полягає в обчислюванні коефіцієнтів співвідношень сум попередників САС до їх посередників: $A+HA/DA (K_1)$ та $A+HA+DA/ДОФА (K_2)$, де А – адреналін, НА – норадреналін, ДА – дофамін, ДОФА – діоксифенілаланін. Якщо коефіцієнт K_1 дорівнює 0,186-0,221, а коефіцієнт K_2 становить 1,382-1,426 або коли зростання K_1 по відношенню до умовної норми \leq зростання K_2 , визначають латентний перебіг генералізованого пародонтиту; якщо K_1 відповідає 0,223-0,249, а K_2 сягає 1,300-1,369 або коли зростання K_1 по відношенню до умовної норми \geq зростання K_2 , діагностують прогресуючий перебіг генералізованого пародонтиту.

8. Медичні: підвищення точності діагностики та прогнозування перебігу пародонтиту до 95%. Соціальні: своєчасна діагностика пародонтиту з урахуванням особливостей його клінічного перебігу дає можливість вибрати оптимальний підхід до лікування та профілактики захворювання, що сприяє підвищенню ефективності лікування, запобігає ускладненням пародонтиту та передчасній втраті зубів, усуває негативний вплив вогнищ одонтогенної інфекції на організм. що в цілому сприяє загальному оздоровленню населення. Економічні: диференційовані лікувально-профілактичні заходи призведуть до зниження відвідуваності стоматологічних клінік пацієнтами працездатного віку;

- зменшення потреби в ортопедичному лікуванні хворих; поліпшення якості та зниження строків лікування асоційованих загальносоматичних захворювань.
9. Реактиви для визначення катехоламінів в одній порції добової сечі за флюорометричним методом, пробірки, колонки, штативи, флюориметр.
 10. Генералізований пародонтит.
 11. Немає.
 12. При чіткому виконанні формули ускладнень або помилок не повинно бути.
 13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», вул. Держинського 9, м. Дніпропетровськ, 49044, Україна, тел. (0562) 312257.
 14. Немає.
 15. Самойленко А.В. (06775659332), Самойленко І.І., Орищенко В.Ю., Бабенко Л.М., Климович Л.А.

Реєстр. № 525/1/14

1. СПОСІБ ПЛОМБУВАННЯ КАРІОЗНОЇ ПОРОЖНИНИ.

2. НДР «Розробка і впровадження нових методів діагностики, лікування та профілактики карієсу та його ускладнень, захворювань пародонту і слизової оболонки порожнини рота», 0110U003018, 2010-2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Спосіб пломбування каріозної порожнини: Пат. 66285 України, МПК А61С 17/00, 5/00 / А.В. Самойленко, М.В. Помойницька, В.Г. Помойницький (Україна). – Опубл. 26.12.2011. – Бюл. № 24.
6. Немає.
7. Поряд з загальноприйнятим алгоритмом дій при пломбуванні каріозної порожнини (препарування, нанесення протравлюючого гелю, промивання водою, висушування повітрям, нанесення адгезива, внесення композиту) під час висушування каріозної порожнини вимірюють вологість дентину та висушування завершують, коли вологість дентину досягає 19,7-20,3%.
8. Медичні: підвищення терміну фіксації пломбувального матеріалу у каріозній порожнині в середньому в 3 рази. Соціальні: підвищення ефективності лікувальних втручань при карієсі запобігає розвиток вторинного карієсу і подальших ускладнень

хвороби, появу вогнищ одонтогенної інфекції, що знижує ризик розвитку хроніосепсису, асоційованих соматичних захворювань. Економічні: підвищення якості пломбування призведе до зниження відвідуваності стоматологічних клінік особами працездатного віку, запобігає ускладнень каріозної хвороби.

9. Стоматологічна установка; вологовимірjувач, який реєструє вологiсть у відсотках; 33-37% р-н фосфорної кислоти для протравлення емалі і дентину.
10. Карієс зубів та його ускладнення.
11. Немає.
12. При чіткому виконанні формули наукового повідомлення ускладнень або помилок не повинно бути.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, 49044, Україна. Тел. (0562) 312257, факс (0562) 464191.
14. Немає.
15. Самойленко А.В. (06775659332), Помойницька М.В., Помойницький В.Г.

Реєстр. № 526/1/14

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ДІАГНОСТИКИ ОСТЕОПЕНІЇ.

2. НДР «Розробка і впровадження нових методів діагностики, лікування та профілактики карієсу та його ускладнень, захворювань пародонту і слизової оболонки порожнини рота», 0110U003018, 2010-2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Спосіб прогнозування та діагностики остеопенії: Пат. 73882 України, МПК А61В 6/00, А61В 8/08 / А.В. Самойленко А.В., В.О. Дрок, В.А. Самойленко, В.Ю. Орищенко (Україна). – Опубл. 10.10.2012. – Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування та діагностики остеопенії, що ґрунтується на результатах комплексного дослідження кісткових маркерів в ротовій рідині, включає визначення загального кальцію, кісткової лужної фосфатази, остеокальцину та С-кінцевих телопептидів, для яких попередньо встановлюють нормативні значення для здорової кісткової тканини, а прогнозування та діагностику

- остеопенії здійснюють за величиною відхилення кожного зазначеного маркера від нормативного показника.
8. Медичні: підвищення точності прогнозування та діагностики остеопенічних станів. Соціальні: виявлення ознак остеопенії альвеолярного відростка та своєчасна диференційована корекція порушень процесів остеогенезу та резорбції кістки сприяє підвищенню щільності кісткових тканин, що запобігає ускладнень з боку зубо-щелепної системи. Економічні: рання діагностика та нормалізація щільності кістки альвеолярного відростка сприяє профілактиці розвитку чи прогресуванню зубо-щелепних аномалій і захворювань пародонта, що призведе до зниження відвідуваності пацієнтами стоматологічних клінік та витрат на їх лікування.
 9. Тест-системи, набір реагентів для визначення кісткової лужної фосфатази, набір реагентів для визначення кальцію, ІФА-аналізатор MAGO, спектрофотометр.
 10. Стоматологічні захворювання, що супроводжуються ознаками остеопенії.
 11. Немає.
 12. При чіткому виконанні формули наукового повідомлення ускладнень або помилок не повинно бути.
 13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», вул. Дзержинського 9, м. Дніпропетровськ, 49044, тел. (0562) 312257.
 14. Немає.
 15. Самойленко А.В. (06775659332), Дрок В.О., Самойленко В.А., Орищенко В.Ю.

Реєстр. № 527/1/14

- 1. ПРИСТРІЙ ДЛЯ УСУНЕННЯ МІОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ.**
2. НДР «Розробка і впровадження нових методів діагностики, лікування та профілактики карієсу та його ускладнень, захворювань пародонту і слизової оболонки порожнини рота», 0110U003018, 2010-2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Пристрій для усунення міофункціональних порушень: Пат. 53518 України, МПК А61С 7/00 / В.О. Дрок, А.В. Самойленко (Україна). – Опубл. 11.10.2010. – Бюл. № 19.
6. Немає.

7. Пристрій для усунення міофункціональних порушень, що містить двоплечу пружину з дроту, зігнутого у вигляді петлі за формою англійської шпильки, і вестибулярні пластинки трикутної форми, додатково забезпечений петлею з дроту з вільно обертовою на ній кулькою, жорстко пов'язаною з вестибулярною пластинкою одного з плечей двоплечної пружини, при цьому вестибулярні пластинки виконані у вигляді прямокутника.
8. Медичні: отримання як статистичних, так і динамічних видів навантаження для кругового м'яза рота та м'язів язика; збільшення площі накладок для губ; можливість адаптування до індивідуальних особливостей зубо-щелепної системи та використання для самостійних тренувань. Соціальні: використання пристрою дозволяє визначити початковий рівень витривалості м'язів губ і язика шляхом обліку виконання вправ до відчуття легкої втомленості та відзначає динаміку відвідування лікаря, що підвищує мотивацію пацієнта до лікування. Економічні: ефективне лікування зубо-щелепних аномалій запобігає захворюванням пародонта, рання діагностика та нормалізація щільності кістки альвеолярного відростка сприяє профілактиці розвитку чи прогресуванню зубо-щелепних аномалій і захворювань пародонта, що призведе до зниження відвідуваності пацієнтами стоматологічних клінік та їх лікування.
9. Модель верхньої щелепи пацієнта.
10. Зубо-щелепні аномалії.
11. Немає.
12. При чіткому виконанні формули наукового повідомлення ускладнень або помилок не повинно бути.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», вул. Дзержинського 9, м. Дніпропетровськ, 49600, Україна, тел. (0562) 312257, факс (0562) 464191.
14. Немає.
15. Дрок В.О., Самойленко А.В. (06775659332).

Реєстр. № 528/1/14

1. **ВИЗНАЧЕННЯ ІНТЕГРАТИВНОГО КОЕФІЦІЄНТУ $K=AOA/ПОЛ$ У РОТОВІЙ РІДИНІ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ У ПОЄДНАННІ З ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ, ЯК НЕСПЕЦИФІЧНОГО МАРКЕРА ПЕРЕБІГУ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ.**
2. НДР «Захворювання пародонта. Їх зв'язок з патологією внутрішніх органів та станом довкілля», 0110U002155, 2010- 2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.

5. Інформаційний лист № 415-2012р. «Визначення інтегративного коефіцієнту $K=AOA/ПОЛ$ у ротовій рідині на генералізований пародонти у поєднанні з залізодефіцитною анемією, як неспецифічного маркера перебігу запального процесу» ЛНМУ імені Данила Галицького, автор: Слаба О.М.
6. Впроваджено згідно актів впровадження без оплати в стоматологічні медичні заклади.
7. Ротову рідину збирали ранком, перед прийомом їжі та до чистки зубів без стимуляції на протязі 30 хв. Зібрану ротову рідину герметично закривали і до дослідження тримали в холодильнику не більше 6-12 год. При виконанні методики відібрані проби центрифугували при 3000 об/хв впродовж 15 хв і проводили дослідження супернатанту. Визначали ступінь активації реакцій ліпопероксидації за вмістом первинних(дієнові кон'югати) та проміжні (малоновий діальдегід) продуктів вільнорадикального окислення. Фізіологічну антиоксидантну систему оцінювали за активністю антипероксидного ферменту – каталази і ензиму антирадикальної дії –супероксиддисмутази.
8. Метод визначення $K=AOA/ПОЛ$ у ротовій рідині представляє не розрізнений аналіз, а їх комплексну оцінку із обчисленням інтегративного показника загального балансу протидіючих факторів вільнорадикального окислення та компонентів антиоксидантного захисту.
9. Лабораторні реактиви та приладдя.
10. Захворювання тканин пародонту.
11. Немає.
12. Немає.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
14. Немає.
15. Слаба О.М. (067627477).

Реєстр. № 529/1/14

1. **ЗАСІБ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ У ФОРМІ ГЕЛЮ**
2. НДР «Захворювання пародонта. Їх зв'язок з патологією внутрішніх органів та станом доквілля», 0110U002155, 2010- 2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2 +, С.
5. Патент № 84785 U МПК А61К6/00, А61Р37/00 Засіб для місцевого лікування та профілактики захворювань пародонта хворих на вперше діагностований туберкульоз легень у формі гелю /Скалат А.П., Федін Р.М., Заболотний Т.Д.-№ u201307621; заявл. 17.06.2013; опубл. 25.10.2013, бюл.№20
6. Немає.
7. Суть даного методу: завдяки удосконаленню складу та кількісного співвідношення інгредієнтів, забезпечить антимікробну, протизапальну, знеболюючу, ранозагоюючу, капілярозміцнювальну, антиоксидантну, інтерферонініндукуючу активність, нормалізує вміст вітамінів, мікроелементів,амінокислот, ферментів у ротовій рідині.
8. Упровадження даного засобу забезпечить більш виражений протизапальний, антисептичний та імуномодельючий ефект, скорочення термінів лікування катарального гінгівіту та генералізованого пародонти ту на вперше діагностований туберкульоз легень, відсутність побічної дії.
9. Засіб у формі гелю, який містить ізоніазид, сухий ліофілізований фітоекстракт листя шавлії лікарської, сухий ліофілізований фітоекстракт листя скумпії

звичайної, сухий концентрований екстракт Алое Вера, мірамістин, віт.В6, олію м'яти перцевої, метилцелюлозу, воду очищену.

10. Захворювання пародонту із супутньою патологією
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010, Україна, тел. (032) 2767817.
14. Немає.
15. Скалат А.П., Федін Р.М., Заболотний Т.Д.

Реєстр. № 530/1/14

1. ЗАСІБ ДЛЯ РЕВІТАЛІЗАЦІЇ ТА БІОРЕПАРАЦІЇ ПЕРІАПІКАЛЬНИХ ТА М'ЯКИХ ТКАНИН ПОРОЖНИНИ РОТА.

2. НДР «Обґрунтування застосування лікарських засобів і розпрацювання оптимальних методів для профілактики, лікування та реабілітації хворих з одонтопародонтологічною патологією», 0110U002154, 2010-2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Пат. №85259 UA, МПК А61К 6/00 А 61Р 1/02. Засіб для ревіталізації і біорепарації періапікальних та м'яких тканин порожнини рота. / Зубачик В.М., Ган І.В. - №и 2013 07327; заявл. 10.06.2013; опубл. 11.11.2013р., Бюл. № 21.
6. Немає.
7. Засіб для ревіталізації і біорепарації періапікальних та м'яких тканин порожнини рота, який містить гіалуронову кислоту, модифіковану вітаміном С та амінокислотами - проліном, лізином, гліцином і додатково містить гідролізат колагену 1%, 2- диметиламіноетанол 4- ацетоамінобензоату 6% та органічний кремній 1% у рівних співвідношеннях компонентів.
8. Запропонований засіб для ревіталізації та біорепарації періапікальних та м'яких тканин порожнини рота сприятливо впливає на біоревіталізацію періапікальних та м'яких тканин порожнини рота.
9. Засіб для ревіталізації і біорепарації періапікальних та м'яких тканин порожнини рота, який містить гіалуронову кислоту, модифіковану вітаміном С та амінокислотами - проліном, лізином, гліцином і додатково містить гідролізат колагену 1%, 2- диметиламіноетанол 4- ацетоамінобензоату 6% та органічний кремній 1% у рівних співвідношеннях компонентів.
10. Для лікування м'яких та періапікальних тканин порожнини рота.
11. Немає.
12. Немає.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
14. Немає.
15. Зубачик В.М., Ган І.В.

1. **ЗАСТОСУВАННЯ МОДИФІКОВАНОГО СПОСОБУ ЗАКРИТТЯ НОРИЦЕВОГО ХОДУ ПРИ КІСТЕКТОМІЇ.**
2. НДР «Оптимізація діагностично-лікувального процесу хворих з кістковими і м'якотканинними дефектами та деформаціями різної етіології, травматичними і запальними ураженнями щелепно-лицевої ділянки», 0110U008228, 2011-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Інформаційний лист №322 «Застосування модифікованого способу закриття норицевого ходу при кістектомії». - Київ, 2014.
6. Немає.
7. Викроюють трапецієподібний або півмісяцевий клапот з основою, оберненою до перехідної згортки, незалежно від того, на якій щелепі знаходиться кіста, таким чином, щоб він перекривав не менш як 1 см межі кісткового дефекту, слизово-окісний клапот відшаровують від кістки, після відшарування клаптя його утримують тупим гачком і приступають до кістектомії з резекцією верхівки кореня причинного зуба та згладжування гострих країв кісткової рани з ревізією останньої, після чого на слизово-окісному клапті операційної рани викроюють окісний трапецієподібний клапот, обернений основою до зубоясенного краю, при цьому основа окісного клаптя має знаходитись на 0,5 см вище норицевого ходу на слизово-окісному клапті верхньої щелепи і нижче норицевого ходу на нижній щелепі, після препарування клаптя довжиною не менш як 1-1,5 см та шириною не менш як 1 см його обертають донизу на верхній щелепі і доверху на нижній щелепі та підшивають саморозсмоктуючим шовним матеріалом до окістя або краю слизово-окісного клаптя так, щоб окісний клапот перекривав норицевий хід на слизово-окісному клапті, разом з окісним клаптем слизово-окісний клапот укладають на операційну рану і ушивають.
8. Ефективний результат лікування хворих з ускладненими хронічними періодонтитами та одонтогенними кістами щелеп ґрунтується на застосуванні методу кістектомії з пластикою норицевого ходу, що і є профілактикою нагноєння кров'яного згустка в кістковій порожнині та попереджує рецидив норицевого ходу.
9. Карпульний шприц, голка для карпульного шприца, карпули з анестетиком, гачок Фарабефа, слиновідсмоктувач, скальпель, распатор, кюретажна ложка, прямий наконечник, бори, фреза, пінцет анатомічний, пінцет хірургічний, ножиці, голкотримач, шовний матеріал, марлеві кульки.
10. Хронічні періодонтити та одонтогенні кісти, ускладнені норицевим ходом.
11. Об'ємна деструкція кісткової тканини, більше 3 см.
12. Нагноєння кров'яного згустку внаслідок активізації інфекції в залишковій порожнині або інфікування його мікрофлорою порожнини рота в зв'язку з недостатньо щільним зашиванням норицевого ходу, який знаходиться в проекції кісткового дефекту, що не сприяє первинному загоєнню останнього. Ці недоліки спричиняють інфікування кісткової порожнини після операції, що веде за собою ретракцію кров'яного згустка, внаслідок чого він відшаровується від кісткових стінок, сироватка крові проникає через післяопераційну рану в порожнину рота, створюючи умови для вторинного інфікування кісткової рани.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69б.
14. Немає.
15. Готь І.М., Корнієнко Г.І., Корнієнко М.М. (0938396875).

Реєстр. № 532/1/14

- 1. ПРИСТРІЙ ДЛЯ ДІАФАНОСКОПІ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ СИНУСІВ.**
2. НДР «Оптимізація діагностично- лікувального процесу хворих з кістковими і м'якотканинними дефектами та деформаціями різної етіології, травматичними і запальними ураженнями щелепно-лицевої ділянки», 0110U008228, 2010-2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Пат. №89296 U Україна, МПК А61В 1/06 (2006.01), А61В 1/233 (2006.01). Пристрій для діафаноскопії верхньощелепних синусів/ Сороківський І.С., Готь І.М., Мокрик О.Я, Рихлюк С.В.; заявники та патентовласники: Сороківський І.С., Готь І. М., Мокрик О.Я, Рихлюк С.В. -№201314398; заявл. 09.12.2013; опубл. 10.04.2014, бюл. №7.
6. Немає.
7. Запропонований пристрій дозволяє покращити діагностику гіперпластичних процесів у верхньощелепних синусах шляхом зміни елементів конструкції для збільшення світлового потоку, який проходить крізь тканини.
8. Запропонований пристрій покращує діагностику гіперпластичних процесів верхньощелепних синусів, оскільки у діафаноскоп встановлено потужне джерело світла, яке забезпечує збільшення світлового потоку, який проходить крізь тканини. Пристрій має невеликі розміри, що забезпечує його комфортність, виготовлений із світлопроникного, нешкідливого для організму людини матеріалу.
9. Комп'ютер, що проводить зчитування та інтерпретацію інформації, отриманої за допомогою пристрою.
10. Односторонній гіперпластичний процес верхньощелепного синуса.
11. Немає.
12. Помилка діагностики односторонніх гіперпластичних процесів у верхньощелепних синусах.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
14. Немає.
15. Сороківський І.С. (0979035289), Готь І.М., Мокрик О.Я., Рихлюк С.В.

Реєстр. № 533/1/14

- 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ОДНОБІЧНИХ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ СИНУСАХ.**
2. НДР «Оптимізація діагностично- лікувального процесу хворих з кістковими і м'якотканинними дефектами та деформаціями різної етіології, травматичними і запальними ураженнями щелепно-лицевої ділянки», 0110U008228, 2010-2014 рр.
3. Стоматологія.

4. 2+, С.
5. Пат. №89322 УУкраїна, МПК А61В 1/06 (2006.01), А61В 1/233 (2006.01). Спосіб діагностики однобічних гіперпластичних процесів у верхньощелепних синусах / Сороківський І. С., Готь І. М., Мокрик О. Я.; заявники та патентовласники: Сороківський І. С., Готь І. М., Мокрик О. Я. -№ 201314890; заявл. 19.12.2013; опубл. 10.04.2014, бюл. №7.
6. Немає.
7. Спосіб дозволяє покращити діагностику однобічних хронічних гіперпластичних процесів у верхньощелепних синусах.
8. Запропонований спосіб покращує діагностику однобічних хронічних гіперпластичних процесів у верхньощелепних синусах, оскільки використання світлонепроникної бінокулярної маски дозволяє проводити дослідження без спеціальних вимог до освітлення, а змонтовані на ній цифрові близькофокусні відеокамери, підсвічені інфрачервоними діодами, світло яких лежить поза межами світлосприйняття людського ока, забезпечують об'єктивну реєстрацію динамічної зміни діаметру зіниць. Математична обробка отриманих результатів проводиться за допомогою спеціально розробленої комп'ютерної програми, що дозволяє автоматизувати та значно пришвидшити їх інтерпретацію. Обстеження триває декілька хвилин і не створює дискомфорту для пацієнтів.
9. Комп'ютер, пристрій для діафаноскопії верхньощелепних синусів.
10. Односторонні гіперпластичні процеси верхньощелепного синуса.
11. Немає.
12. Помилка діагностики односторонніх гіперпластичних процесів у верхньощелепних синусах.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
14. Немає.
15. Сороківський І.С.(0979035289), Готь І.М., Мокрик О.Я.

Реєстр. № 534/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СТУПЕНЮ ОКЛЮЗІЙНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ЧАСТКОВИХ ДЕФЕКТАХ ЗУБНИХ РЯДІВ ПАЦІЄНТА.**
2. НДР «Розробка диференційованої діагностично-лікувальної тактики та способів попередження ускладнень на основі комплексної оцінки дефектів і деформацій зубо-щелепової системи», 0110U002151, 2010- 2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент № 73442 МПК А61С7/00 Спосіб протезування незнімними стоматологічними конструкціями при оклюзійних порушеннях/ Вовк Ю.В., І.М.Угляр; ЛНМУ ім. Д. Галицького. - Заявл.№ u201202524 від 02.03.12; Опубл. 25.09.12, Бюл. № 18
6. Впроваджено згідно актів впровадження без оплати в медичні заклади.

7. Визначаємо об'єм та місцезнаходження дефектів зубних рядів у залежності від загальної кількості наявних зубів та зубів, які вирізняються особливостями оклюзії у центральному співвідношенні і максимальному їх змиканні та при артикуляційних рухах. Запропонований спосіб діагностики здійснюють наступним чином. Під час клінічного обстеження пацієнта визначають кількість наявних зубів на верхній і нижній щелепах та об'єм дефектів зубних рядів у фронтальних та бічних відділах. За допомогою артикуляційного паперу встановлюють особливості контактних співвідношень у центральній оклюзії та при максимальному змиканні зубів, а також виявляють оклюзійні перешкоди при зміщенні нижньої щелепи вперед, назад та в сторони.
8. Запропонований спосіб створює можливість діагностики ступеню оклюзійних порушень у пацієнтів при часткових дефектах зубних рядів з диференційованим встановленням умовно легкого, середнього та важкого оклюзійних порушень з метою їх нормалізації для вдосконалення ортопедичного стоматологічного лікування пацієнтів.
9. Відбитки та діагностичні моделі, зафіксовані в артикуляторі
10. Пацієнти з частковими дефектами зубних рядів.
11. Немає.
12. Відторгнення імплантату разом з протезними конструкціями.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
14. Немає.
15. Вовк Ю.В., Угляр І.М. (0677631712).

Реєстр. № 535/1/14

1. СПОСІБ КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ КОМПОНЕНТІВ ТЮТЮНОВОГО ДИМУ НА МАСУ ТЮТЮНУ З ВИКОРИСТАННЯМ НАСАДКИ МАРМАК.

2. НДР «Обґрунтування застосування лікарських засобів і розпрацювання оптимальних методів для профілактики, лікування та реабілітації хворих з одонтопародонтологічною патологією», 0110U002154, 2010-2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Пат. №83328 UA. Спосіб кількісного визначення компонентів тютюнового диму на масу тютюну з використанням насадки МарМак / Зубачик В.М., Ільчишин М.П., Чобіт М.Р. / - №и 201212647; заявл. 05.11.2012; опубл. 10.09.2013 р., Бюл. № 17.
6. Впроваджено згідно з актами впровадження без оплати в медичні заклади: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра терапевтичної стоматології, кафедра ФПДО терапевтичної стоматології.
7. Спосіб кількісного визначення компонентів тютюнового диму на масу тютюну з використанням насадки МарМак включає спалювання тютюну з виведенням складників тютюнового диму у рідину для отримання точних величин компонентів тютюнового диму.
8. Спосіб абсорбування компонентів тютюнового диму з використанням насадки МарМак дозволив би використовувати точну масу тютюну для визначення кількісного вмісту продуктів неповного згорання тютюну (нікотин, смоли,

ефірні масла, чадний газ тощо) у рідкій фазі, які у подальшому використовуються для моделювання процесу поглинання цих продуктів слизовою оболонкою порожнини рота та тканинами пародонту у лабораторних тварин.

9. Насадка МарМак, абсорбер, кільця Рашіга, рідина (дистильована вода).
10. Запальні захворювання пародонту.
11. Немає.
12. Немає.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
14. Немає.
15. Ільчишин М.П. (0975854948).

Реєстр. № 536/1/14

1. СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МЕТОДУ ФОТОДИНАМОТЕРАПІЇ.

2. НДР «Обґрунтування застосування лікарських засобів і розпрацювання оптимальних методів для профілактики, лікування та реабілітації хворих з одонтопародонтологічною патологією», 0110U002154, 2010-2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент 77137 Україна. Спосіб комплексного лікування генералізованого пародонтиту із застосуванням методу фотодинамотерапії / О.Л. Личковська, Г.М. Мельничук, Л.В. Завербна, А.С. Мельничук, Р.С. Катівська, Л.Т. Личковська, Р.А. Дацко; заявники та патентовласники О.Л. Личковська, Г.М. Мельничук, Л.В. Завербна, А.С. Мельничук, Р.С. Катівська, Л.Т. Личковська, Р.А. Дацко.- № 201209996; заявл. 20.08.2012; опубл. 25.01.2013, Бюл. № 2.
6. Інтегровано у лікувальний та навчальний процес в Стоматологічний медичний центр ЛНМУ імені Данила Галицького згідно акту впровадження без оплати.
7. Спосіб комплексного лікування генералізованого пародонтиту із застосуванням методу фотодинамотерапії, в якому для загального лікування призначається препарат метаболічної дії апілак у вигляді сублінгвальних таблеток по 10 мг три рази на добу впродовж 15 днів, а для місцевої обробки пародонтальних кишень із метою впливу на патогенну мікрофлору використовується фотоактивована дезінфекція (фотодинамотерапія) діодним лазерним апаратом із довжиною хвилі 660 нм та 1% розчин метиленового синього, яка здійснюється після поетапного використання різних ультразвукових апаратів (п'єзокерамічного скейлера з додатковою обробкою пародонтальних кишень ультразвуковими алмазними періонасадками у т. зв. «пародонтальному» режимі та системи «Вектор»).

8. Запропонований спосіб лікування дозволяє досягти значного позитивного результату в терапії генералізованого пародонтиту та уникнути можливих побічних ефектів від традиційної схеми лікування, а також, враховуючи безболісність та атравматичність методу, - бажаної співпраці з пацієнтами. Завдяки поєднанню системного застосування препарату метаболічної дії з місцевою ультразвуковою та лазерною обробкою пародонтальних кишень досягається вплив на різні ланки патологічного процесу, що сприяє швидкому поліпшенню стану тканин пародонта та суттєвому збільшенню термінів ремісії захворювання.
9. Апарат «Вектор» з набором насадок, полірувальна суспензія гідроксиапатиту кальцію, п'єзокерамічний скейлер, ультразвукові металеві насадки та періонасадки з алмазним покриттям.
10. Генералізований пародонтит хронічного перебігу початкового-I та I-II ступенів тяжкості.
11. Наявність протипоказань щодо застосування ультразвукового способу лікування та лазеротерапії.
12. Немає.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
14. Немає.
15. Личковська О.Л. (0671778707).

Реєстр. № 537/1/14

1. **СПОСІБ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ УЛЬТРАЗВУКОВИХ АПАРАТІВ.**
2. НДР «Обґрунтування застосування лікарських засобів і розпрацювання оптимальних методів для профілактики, лікування та реабілітації хворих з одонтопародонтологічною патологією», 0110U002154, 2010- 2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент №76814 UA. Спосіб місцевого лікування генералізованого пародонтиту із використанням ультразвукових апаратів/ Личковська О.Л., Мельничук Г.М., Денєга І.С., Завербна Л.В., Мельничук А.С., Катівська Р.С., Личковська Л.Т., Гисик М.В. / UA/-№и 201209946; заявл. 17.08.2012; опубл. 10.01.2013 р., Бюл. №1, 2013 р.
6. Інтегровано у лікувальний та навчальний процес в 1-ій комунальній стоматологічній поліклініці м. Львова та в Стоматологічному медичному центрі ЛНМУ імені Данила Галицького згідно актів впровадження без оплати.
7. Спосіб місцевого лікування генералізованого пародонтиту із застосуванням ультразвукової обробки пародонтальних кишень, який ґрунтується на тому, що для кінцевої обробки використовують п'єзокерамічний скейлінг із періонасадками, покритими дрібнозернистим алмазним напиленням, у

«пародонтальному» режимі для одержання гладкої поверхні та «Вектор-терапію» для фінішного полірування корневих поверхонь зубів часточками гідроксиапатиту кальцію розміром до 10 мкм.

8. Запропонований спосіб лікування дозволяє досягти високої клінічної ефективності місцевого лікування генералізованого пародонтиту, який є малоінвазивним, дієвим у боротьбі з під'ясеними відкладеннями, грануляціями та біоплівкою і завдяки гладкій полірованій поверхні сприяє усуненню запалення та поліпшенню трофічних процесів в тканинах пародонта.
9. Апарат «Вектор» з набором насадок, полірувальна суспензія гідроксиапатиту кальцію, п'єзокерамічний скейлер, ультразвукові металеві насадки та періонасадки з алмазним покриттям.
10. Генералізований пародонтит хронічного перебігу початкового-I та I-II ступенів тяжкості.
11. Наявність протипоказань щодо застосування ультразвукового способу лікування.
12. Немає.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
14. Немає.
15. Личковська О.Л. (0671778707).

Реєстр. № 538/1/14

1. СПОСІБ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ.

2. НДР «Обґрунтування застосування лікарських засобів і розпрацювання оптимальних методів для профілактики, лікування та реабілітації хворих з одонтопародонтологічною патологією», 0110U002154, 2010- 2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Пат. 77131 Україна. Спосіб місцевого лікування генералізованого пародонтиту / О.Л.Личковська, Г.М. Мельничук, Л.В. Заверена, Л.Т. Личковська, С.С. Мельничук; заявники та патентовласники О.Л. Личковська, Г.М. Мельничук, Л.В. Заверена, Л.Т. Личковська, С.С. Мельничук.- №и 2012 09938; заявл. 17.05.2012; опубл. 25.01.2013, Бюл. №2.
6. Інтегровано у лікувальний та навчальний процес в 1-ій комунальній стоматологічній поліклініці м. Львова та в Стоматологічному медичному центрі ЛНМУ імені Данила Галицького згідно з актами впровадження без оплати .
7. Спосіб місцевого лікування генералізованого пародонтиту із застосуванням фінішної ультразвукової обробки пародонтальних кишень періонасадками дрібнозернистим алмазним напиленням і «Вектор-терапією» відрізняється тим, що після скейлінгу додатково наноситься на ясна гель «Генгігель» у вигляді аплікацій на 20-30 хвилин двічі на день, упродовж 10 днів.

8. Запропонований спосіб лікування дозволяє здійснити малотравматичну та ефективну обробку пародонтальних кишень з усуненням під'ясенних зубних відкладень, грануляцій, розм'якшеного цементу, мікробної біоплівки, а також ліквідувати запалення та поліпшити репаративні процеси в тканинах пародонта завдяки багатогранній позитивній дії препарату «Генгігель».
9. Апарат «Вектор» з набором насадок, полірувальна суспензія гідроксиапатиту кальцію, п'єзокерамічний скейлер, ультразвукові металеві насадки та періонасадки з алмазним покриттям, гель «Генгігель».
10. Хронічний генералізований пародонтит початкового-I та I-II ступенів тяжкості.
11. Наявність протипоказань щодо застосування ультразвукового способу лікування, індивідуальна чутливість до препарату «Генгігель».
12. Немає.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
14. Немає.
15. Личковська О.Л. (0671778707).

Реєстр. № 539/1/14

1. **СПОСІБ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ОЦІНКИ РЕТЕНЦІЇ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ НИЖНЬОГО ТРЕТЬОГО МОЛЯРА.**
2. НДР «Оптимізація діагностично-лікувального процесу хворих з кістковими і м'яко-тканинними дефектами та деформаціями різної етіології, травматичними і запальними ураженнями щелепно-лицевої ділянки», 0110U008228, 2011-2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2⁺.С.
5. Пат.№89563 У Україна, МПК А 61 С 3/00. Спосіб передопераційної оцінки ретенції атипового видалення нижнього третього моляра / Заявники та патентовласники Варес Я.Е., Кияк С.В. – № у 2013 13650; заявл. 25.11.2013; опубл. 25.04.2014, Бюл.№8.
6. Передача способу передопераційної оцінки ретенції атипового видалення нижнього третього моляра здійснена в практичну медицину (стоматологічні заклади) через акти впровадження безоплатно.
7. Спосіб передопераційної оцінки ретенції атипового видалення нижнього третього моляра включає клінічне та рентгенологічне обстеження за допомогою панорамної або прицільної рентгенографії для встановлення клінічних та рентгенологічних передопераційних показників. Додатково визначають показники: стать, вік, індекс маси тіла, величину максимального відкривання рота пацієнта, вираженість у останнього блювотного рефлексу, інформацію про паління пацієнтом, гігієну ротової порожнини пацієнта, наявність періодонтиту, перикоронариту (в анамнезі), наявність резорбції кістки, величину коронки ретенуваного третього моляра по відношенню до сусіднього другого моляра, стадію розвитку кореня, ширину кореня третього моляра, кількість коренів, вид контакту з сусіднім другим моляром, стан періодонтальної щілини, відношення кореня до нижньощелепного каналу. Визначені показники оцінюють за спеціальною шкалою і показники вводять в електронну анкету «Картка пацієнта» та аналізують за допомогою спеціальної комп'ютерної програми, що

- дає можливість визначати спосіб операційного втручання і прогнозувати можливі внутрішньо- та післяопераційні ускладнення.
8. Запропонований спосіб дозволяє мінімізувати внутрішньоопераційні ускладнення, час операції, післяопераційні ускладнення, поліпшити передопераційну діагностику ретенуваних третіх молярів, а також скоротити післяопераційний період у пацієнтів після атипового видалення нижніх третіх молярів.
 9. Панорамна або прицільна рентгенографія, комп'ютерна програма «X-ray analyzer».
 10. Наявність нижніх ретенуваних третіх молярів.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69, тел. (032) 275-76-32.
 14. Немає.
 15. Варес Я.Е., Кияк С.В. (0501324226).

Реєстр. № 540/1/14

1. **СПОСІБ ПРОТЕЗУВАННЯ НЕЗНІМНИМИ СТОМАТОЛОГІЧНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ПРИ ОКЛЮЗІЙНИХ ПОРУШЕННЯХ.**
2. НДР Розробка диференційованої діагностично-лікувальної тактики та способів попередження ускладнень на основі комплексної оцінки дефектів і деформацій зубо-щелепової системи, 0110U002151, 2010- 2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Патент № 73442 МПК А61С7/00 Спосіб протезування незнімними стоматологічними конструкціями при оклюзійних порушеннях/Вовк Ю.В., І.М.Угляр; ЛНМУ ім.Д.Галицького.-Заявл.№u201202525 від 02.03.12; Опубл.25.09.12, Бюл.№18.
6. Впроваджено згідно актів впровадження без оплати в медичні заклади.
7. За допомогою даного способу визначається різновид оклюзійних порушень зубощелепної системи пацієнтів, у залежності від якого обирається спосіб заміщення дефектів зубних рядів щелеп незнімними стоматологічними конструкціями.
8. Запропонований спосіб створює можливість індивідуалізованого протезування пацієнтів із оклюзійними порушеннями при часткових дефектах зубних рядів, що дозволяє вдосконалити та підвищити ефективність ортопедичного стоматологічного лікування з нормалізацією оклюзії при її порушеннях, досягненням комфортності протезування, покращенням якості конструкцій, здовженням строку їх служби та скороченням термінів звикання до виготовлених протезів.
9. Використано відбитки та діагностичні моделі зафіксовані в артикуляторі.
10. Часткові дефекти зубних рядів.
11. Немає.
12. Відторгнення імплантату разом з протезними конструкціями.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
14. Немає.
15. Вовк Ю.В. (2750991), Угляр І.М. (0677631712).

Реєстр. № 541/1/14

1. **СПОСІБ ФІКСАЦІЇ ЕЛЕКТРОДІВ ДЛЯ РЕОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН У ДІЛЯНЦІ КУТА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.**
2. НДР «Оптимізація діагностично-лікувального процесу хворих з кістковими і м'якотканинними дефектами та деформаціями різної етіології, травматичними і запальними ураженнями щелепно-лицевої ділянки», 0110U008228, 2010-2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Пат. №89299 U Україна, МПК А61В 5/05 (2006.01), А61В 5/0408 (2006.01). Спосіб фіксації електродів для реографічного дослідження м'яких тканин у ділянці кута нижньої щелепи/ Хомич Н.М., Локота Ю. Є., Горицька К. В., Горицький В. М.; заявники та патентовласники: Хомич Н.М., Локота Ю. Є., Горицька К. В, Горицький В. М. - №201314428; заявл. 09.12.2013; опубл. 10.04.2014, бюл. №7.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб дозволяє покращити фіксацію електродів у ділянці кута нижньої щелепи та досягнути більшої достовірності отриманих результатів дослідження.
8. Запропонований спосіб поліпшує фіксацію електродів, оскільки еластичний шолом відповідає рельєфу обличчя і збільшує, таким чином, щільність та площу прилягання електродів. Крім того, такий спосіб фіксації виключає похибки на вологість, жирність, алергічні реакції, наявність волосяних покривів.
9. Реограф, що забезпечує фіксацію параметрів кровотоку м'яких тканин у ділянці кута нижньої щелепи та їх інтерпретацію.
10. Пацієнти після операцій у ділянці кута нижньої щелепи.
11. Немає.
12. Помилка при фіксації електродів для реографічного дослідження кровотоку м'яких тканин у ділянці кута нижньої щелепи.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
14. Немає.
15. Хомич Н.М. (0976939240), Локота Ю.Є., Горицька К.В., Горицький В.М.

Реєстр. № 542/1/14

1. **СПОСІБ ФІКСАЦІЇ ЕЛЕКТРОДІВ ПРИ РЕОГРАФІЇ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА ЩЕЛЕПНИХ КІСТОК.**
2. НДР «Оптимізація діагностично-лікувального процесу хворих з кістковими і м'яко-тканинними дефектами та деформаціями різної етіології, травматичними і запальними ураженнями щелепно-лицевої ділянки», 0110U008228.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.

5. Пат. № 93335 U Україна, А61В5/053, А61К 6/10. Спосіб фіксації електродів при реографії альвеолярного відростка щелепних кісток / Заявники і патентовласники: Палій А.В.– № u 2014 04565; заявл. 28.04.2014; опубл. 25.09.2014, Бюл. № 18.
6. Статті в журналах, тези наукових конференцій, згідно назви наукового продукту, яку запропоновано для впровадження в практичну медицину.
7. Спосіб фіксації електродів при реографії альвеолярного відростка щелепних кісток включає виготовлення та використання індивідуальної капи. Капу виготовляють прямим методом з силіконової відбиткової маси, електроди фіксують в капі, після чого капу розміщують в ротовій порожнині
8. Запропонованим способом фіксації досягається оптимальний контакт електродів з слизовою оболонкою досліджуваної ділянки альвеолярного відростка щелепної кістки та досягаються необхідні для проведення розрахунків показники імпедансу.
9. Ссиліконова відбиткова маса.
10. Для оцінки стану місцевого кровообігу ділянки альвеолярного відростка
11. Немає.
12. Немає.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
14. Немає.
15. Палій А.В. (0671372605).

Реєстр. № 543/1/14

1. СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО УСУНЕННЯ ПЕРФОРАТИВНИХ ОРОАНТРАЛЬНИХ СПОЛУЧЕНЬ.

2. НДР «Оптимізація діагностично- лікувального процесу хворих з кістковими і м'якотканинними дефектами та деформаціями різної етіології, травматичними і запальними ураженнями щелепно-лицевої ділянки», 110U008228, 2010- 2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Пат. №89295 U Україна, МПК А61В 17/03 (2006.01), А61К 6/00 / Сороківський І. С., Готь І. М.; заявники та патентовласники: Сороківський І. С., Готь І. М. -№ 201314393; заявл. 9.12.2013; опубл. 10.04.2014, бюл. №7.
6. Немає.
7. У лунку видаленого зуба вводять колагеновий матеріал у формі конуса, у відпрепаровані кишені між кісткою та слизово-окісним клаптом за допомогою атравматичного шовного матеріалу з обох боків лунки по чергово вводять двошарову біорезорбуючу полімерну самоклеючу мембрану, на слизову оболонку альвеолярного відростка накладають зближувачий шов, а поверх рани наносять двошарову біорезорбуючу полімерну самоклеючу мембрану із вмістом 0,05 мг/см² гентаміцину та призначають її щоденні аплікації протягом 7 днів..
8. Запропонований спосіб покращує хірургічне усунення перфоративних ороантральних сполучень після видалення зубів верхньої щелепи, оскільки забезпечує надійне герметичне закриття перфорації, зменшує ступінь післяекстракційної атрофії альвеолярного відростка, зберігає глибину присінка ротової порожнини в ділянці ороантрального сполучення у порівнянні із

лікуванням відомим способом, полегшує перебіг післяопераційного періоду за рахунок зменшення травматичності проведеного втручання.

9. Колагенові конуси, біорезорбуюча бар'єрна мембрана, атравматичний шовний матеріал.
10. Пацієнти із гострими після екстракційними ороантральними сполученнями.
11. Ороантральні сполучення, що наступили раніше 24 год перед звертанням пацієнта, наявність патологічних процесів у верхньощелепних синусах.
12. Негерметичність пластичного закриття, що веде до формування ороантральної норичі.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
14. Немає.
15. Сороківський І.С. (0979035289), Готь І.М.

Реєстр. № 544/1/14

1. ФІТОГЕЛЬ ДЛЯ СТОМАТОЛОГІЇ.

2. НДР «Обґрунтування застосування лікарських засобів і розпрацювання оптимальних методів для профілактики, лікування та реабілітації хворих з одонтопародонтологічною патологією», 0110U002154, 2010-2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Пат. №78112 UA Україна. Фітогель для стоматології / Левицький А.П., Селіванська І.О., Фурдичко А.І., Ступак О.П., Кнава О.Е., Декіна С.С., Деньга О.В., Гончарук С.В.; Державна установа «Інститут стоматології НАМН України»: №и 201210143; заявл. 27.08.2012; опубл. 13.07.2013 р., Бюл. №5.
6. Згідно з актами впровадження використано в медичних закладах.
7. За допомогою використання антимікробного ферменту рослинного або тваринного походження визначається спосіб покращення лікування запально-дистрофічних процесів у тканинах порожнини рота, а також розвитку каріозного процесу в зубах.
8. Запропонований спосіб створює можливість покращення лікування запальних захворювань пародонту завдяки зниженню рівня маркерів запалення що свідчить про високу антизапальну ефективність запропонованого засобу.
9. Фітогель для стоматології, який містить антимікробний фермент, екстракт рослинний та гелеутворюючу композицію на основі карбоксиметилцелюлози натрієвої солі.
10. Запальні захворювання пародонту.
11. Немає.

12. Немає.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
14. Немає.
15. Фурдичко А.І. (0676880214).

Реєстр. № 545/1/14

- 1. КОМПОЗИЦІЙНИЙ МАТЕРІАЛ ДЛЯ ЗАМІЩЕННЯ КІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ ЩЕЛЕПИ.**
2. НДР «Клініко-лабораторне обґрунтування застосування сучасних медичних технологій для діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань», 0104U000711, 2011-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++ В.
5. Деклараційний патент № 93056, опублікований 10.09.2014 «Композиційний матеріал для заміщення кісткових дефектів щелепи».
6. Деклараційний патент № 93056, опублікований 10.09.2014 «Композиційний матеріал для заміщення кісткових дефектів щелепи».
7. Композиційний матеріал для заміщення кісткових дефектів щелеп, що включає плазму, збагачену факторами росту людини та додатково містить аутогенний, ксеногенний чи алогенний остеотропний матеріал.
8. Скорочення часу загоєння кісткового дефекту, зменшення запалення, зменшення больових відчуттів.
9. Рентгенівський знімок, шовний матеріал, анестетик, аутогенний, ксеногенний чи алогенний остеотропний матеріал, центрифуга, колби, набір для забору крові.
10. Операція видалення зубу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька,9.
14. Немає.
15. Климентьев В.Г., Павленко М.О., Климентьева А.В.

Реєстр. № 546/1/14

- 1. КОМПОЗИЦІЙНИЙ МАТЕРІАЛ ДЛЯ ЗАМІЩЕННЯ КІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ ЩЕЛЕПИ.**
2. НДР «Клініко-лабораторне обґрунтування застосування сучасних медичних технологій для діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань», 0104U000711, 2011-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++ В.
5. Деклараційний патент № 93057, опублікований 10.09.2014 «Композиційний матеріал для заміщення кісткових дефектів щелепи».
6. Деклараційний патент № 93057, опублікований 10.09.2014 «Композиційний матеріал для заміщення кісткових дефектів щелепи».
7. Композиційний матеріал для заміщення кісткових дефектів щелеп, що включає повідон-йод (10% розчин) і аутогенний, ксеногенний чи алогенний перемелений остеотропний матеріал.

8. Скорочення часу загоєння кісткового дефекту, зменшення запалення, зменшення больових відчуттів.
9. Рентгенівський знімок, шовний матеріал, анестетик, аутогенний, ксеногенний чи алогенний остеотропний матеріал, 10% розчин повідон-йоду.
10. Операція видалення зубу.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Климентьєв В.Г., Павленко М.О., Климентьєва А.В.

Реєстр. № 547/1/14

1. **СПОСІБ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ПОВІДОН-ЙОДУ.**
2. НДР «Клініко-лабораторне обґрунтування застосування сучасних медичних технологій для діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань», 0104U000711, 2011-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++ В.
5. Деклараційний патент № 93060, опублікований 10.09.2014 «Спосіб дентальної імплантації з використанням повідон-йоду»
6. Деклараційний патент № 93060, опублікований 10.09.2014 «Спосіб дентальної імплантації з використанням повідон-йоду».
7. Спосіб дентальної імплантації включає препарування кісткового ложа та встановлення імплантату. Після препарування кісткового ложа здійснюється іригація кісткового каналу розчином повідон-йоду. Іригацію кісткового каналу здійснюють 10 % розчином повідон-йоду. Імплантат перед встановленням обробляють 10% розчином повідон-йоду і встановлюють за допомогою інструментального вгвинчування.
8. Скорочення часу загоєння кісткового дефекту, зменшення запалення, зменшення больових відчуттів.
9. Рентгенівський знімок, шовний матеріал, анестетик, розчин повідон-йоду.
10. Операція дентальна імплантація.
11. Немає.
12. Ускладнень або помилок при використанні нововведення немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Климентьєв В.Г., Павленко М.О., Климентьєва А.В.

Реєстр. № 548/1/14

1. **СПОСІБ ЗАГОЄННЯ ЛУНКИ ВИДАЛЕНОГО ЗУБА З ВИКОРИСТАННЯМ ПОВІДОН-ЙОДУ.**
2. НДР «Клініко-лабораторне обґрунтування застосування сучасних медичних технологій для діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань», 0104U000711, 2011-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++ В.

5. Деклараційний патент № 93059, опублікований 10.09.2014 «Спосіб загоєння лунки видаленого зуба з використанням повідон-йоду».
6. Деклараційний патент № 93059, опублікований 10.09.2014 «Спосіб загоєння лунки видаленого зуба з використанням повідон-йоду».
7. Спосіб загоєння лунки видаленого зуба включає введення в лунку зуба пацієнта місцевої крові, яку отримують після видалення зуба. Після здійснення кюретажу лунку заповнюють отриманим кров'яним згустком, потім лунку іригують розчином повідон-йоду і накладають шви.
8. Скорочення часу загоєння кісткового дефекту, зменшення запалення, зменшення больових відчуттів.
9. Рентгенівський знімок, шовний матеріал, анестетик, розчин повідон-йоду.
10. Операція видалення зуба.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Климентьев В.Г., Павленко М.О., Климентьева А.В.

Реєстр. № 549/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ І-ІІ СТУПЕНЯ, ХРОНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ.**
2. НДР «Оптимізація комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит І-ІІ ступеня із застосуванням магнітно-лазерної терапії у поєднанні з антигомотоксичним препаратом», 0111U002802, 2011-2014 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++, С.
5. Пат. на корисну модель № 80189 Україна, МПК А61С 17/00. Заявник та патентовласник Волінська Т.Б., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 13.05.2013, Бюл. № 9/2013.
6. Немає.
7. Спосіб лікування генералізованого пародонтиту І-ІІ ступеня, хронічного перебігу, включає проведення загальноприйнятої базисної терапії, як включає закритий кюретаж. Після проведення закритого кюретажу призначають магнітно-лазерну терапію один сеанс через день, всього 10 процедур, одночасно в поєднанні з антигомотоксичним препаратом «Траумель С», який застосовують по 1 таблетці 3 рази на день сублінгвально, протягом одного місяця.
8. Винахід дозволяє скоротити терміни лікування генералізованого пародонтиту при хронічному перебігу до 10 діб і домогтися стійкої ремісії протягом 12 місяців за допомогою магнітно-лазерної терапії одночасно в поєднанні з антигомотоксичним препаратом «Траумель С», що сприяє усуненню запалення у тканинах пародонту, та значного зменшення пародонтопатогенних видів мікроорганізмів у пародонтальних кішнях і відновленню нормального мікробіоценозу порожнини рота. Спосіб простий у застосуванні.
9. Апарат для лазеротерапії з магнітною насадкою потужністю 50 мТл., антигомотоксичний препарат «Траумель С».
10. Генералізований пародонтит І-ІІ ступеня, хронічного перебігу.
11. Онкологічні захворювання, фотодерматоз, вагітність, індивідуальна непереносимість засобу «Траумель С».
12. Немає.

13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9. Кафедра терапевтичної стоматології ІС НМАПО імені П.Л. Шупика, 01004, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 1А.
14. Київська міська бальнеолікарня, 02094, м. Київ, вул. Попудренка 34.
15. Білоклицька Г.Ф., Волінська Т.Б. (0675625605).

Реєстр. № 550/1/14

31. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У СТАДІЇ ЗАГОСТРЕННЯ.

32. НДР «Патогенетичне обґрунтування нових підходів профілактики та лікування генералізованих захворювань тканин пародонта та супутньої їм патології твердих тканин зубів», 0111U002802, 2011-2016 рр.
33. Стоматологія.
34. 2++, С.
35. Пат. на корисну модель № 88932 Україна, МПК А61К 33/38. Заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; Інститут біології південних морів ім. О.О. Ковалевського НАН України, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.04.2014, Бюл. № 7/2014.
36. Немає.
37. Спосіб лікування генералізованого пародонтиту в стадії загострення, до складу якого входить проведення базового первинного пародонтологічного лікування і місцева терапія із застосуванням антибактеріальних засобів, відрізняється тим, що в якості антибактеріального засобу використовують препарат «Аргодерм» у нативній формі, який вводять в пародонт альні кишені шляхом інстиляцій з експозицією 15 хвилин через 24-48 годин, курс лікування 5 процедур.
38. Винахід дозволяє скоротити терміни лікування генералізованого пародонтиту при загостреному перебігу до 5 діб і домогтися стійкої ремісії протягом 1-2 місяців за допомогою введення в пародонт альні кишені шляхом інстиляцій нативного препарату «Аргодерм», який володіє високою антибактеріальною і фунгіцидною дією, що сприяє усуненню пародонтопатогенних видів мікроорганізмів і відновленню нормального мікробіоценозу порожнини рота. Спосіб простий у застосуванні.
39. Лікарський антисептичний засіб «Аргодерм».
40. Генералізований пародонти у стадії загострення.
41. Індивідуальна непереносимість засобу.
42. Немає.
43. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9. Кафедра терапевтичної стоматології ІС НМАПО імені П.Л. Шупика, 01004, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 1А.
44. Інститут біології південних морів ім. О.О. Ковалевського НАН України, 99011, м. Севастополь, пр. Нахімова.
45. Білоклицька Г.Ф., Рябушко В.І., Павленко Е.М. (0679515836).

Реєстр. № 551/1/14

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННИХ КІСТ І КІСТОГРАНУЛЬОМ.

2. НДР «Клініко-лабораторне обґрунтування застосування сучасних медичних технологій для діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань», 0104U000711, 2011-2016 рр.
3. Стоматологія.

4. 2++ В.
5. Деклараційний патент № 93066, опублікований 10.09.2014 «Спосіб консервативного лікування одонтогенних кіст і кістогранульом».
6. Деклараційний патент № 93066, опублікований 10.09.2014 «Спосіб консервативного лікування одонтогенних кіст і кістогранульом».
7. Під час операції резекції верхівки кореня зуба в порожнину, що виникла під дією лізісу тканин вводиться плазма крові людини збагачена факторами росту.
8. Скорочення часу загоєння кісткового дефекту, відсутність запалення, зменшення больових відчуттів.
9. Рентгенівський знімок, прямий наконечник для механічної бормашини, шаровидні бори, центрифуга, колби, шовний матеріал, анестетик.
10. Одонтогенні кісти та кістогранульоми.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Климентьев В.Г., Павленко М.О., Климентьева А.В.

Реєстр. № 552/1/14

1. **СПОСІБ НЕГАЙНОЇ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ АУТОПЛАЗМИ, ЗБАГАЧЕНОЇ ФАКТОРАМИ РОСТУ ЛЮДИНИ, ТА ПОВІДОН-ЙОДУ.**
2. НДР «Клініко-лабораторне обґрунтування застосування сучасних медичних технологій для діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань», 0104U00711, 2011-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++ В.
5. Деклараційний патент № 93054, опублікований 10.09.2014 «Спосіб негайної дентальної імплантації з використанням аутоплазми, збагаченої факторами росту людини, та повідон-йоду».
6. Деклараційний патент № 93054, опублікований 10.09.2014 «Спосіб негайної дентальної імплантації з використанням аутоплазми, збагаченої факторами росту людини, та повідон-йоду».
7. Спосіб негайної дентальної імплантації включає використання ауто плазми, прямому з венозної крові пацієнта, безпосередньо перед операцією, отримують аутоплазму, збагачену факторами росту людини. Виконують препарування кістки направляючим бором. Проводять іригацію кісткового каналу аутоплазмою, збагаченою факторами росту людини, та зволоження нею самого імплантата. Методом інструментального вгвинчування встановлюють імплантат, покриваючи імплантат біологічною фібриновою мембраною. Через 3-6 місяців встановлюють постійну ортопедичну конструкцію з опорою на дентальний імплантат.
8. Скорочення часу загоєння кісткового дефекту, зменшення запалення, зменшення больових відчуттів.
9. Рентгенівський знімок, шовний матеріал, анестетик, центрифуга, набір для забору крові, 10% розчин повідон-йоду.
10. Операція дентальна імплантація.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

14. Немає.
15. Климентьев В.Г., Павленко М.О., Климентьева А.В.

Реєстр. № 553/1/14

- 1. СПОСІБ НЕГАЙНОЇ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕРБІЄВОГО ЛАЗЕРА.**
2. НДР «Клініко-лабораторне обґрунтування застосування сучасних медичних технологій для діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань», 0104U000711, 2011-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++ В
5. Деклараційний патент № 93061, опублікований 10.09.2014 «Спосіб негайної дентальної імплантації з використанням ербієвого лазера».
6. Деклараційний патент № 93061, опублікований 10.09.2014 «Спосіб негайної дентальної імплантації з використанням ербієвого лазера».
7. Спосіб негайної дентальної імплантації, при якому кюретаж лунки видаленого зуба здійснюється за допомогою ербієвого лазера, безпосередньо після чого виконують імплантацію.
8. Скорочення часу загоєння кісткового дефекту, зменшення запалення, зменшення больових відчуттів.
9. Рентгенівський знімок, шовний матеріал, анестетик, ербієвий лазер.
10. Операції видалення зубів та негайна імплантація.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Климентьев В.Г., Павленко М.О., Климентьева А.В.

Реєстр. № 554/1/14

- 1. СПОСІБ РЕГЕНЕРАЦІЇ ТКАНИН З ВИКОРИСТАННЯМ АУТО ПЛАЗМИ, ЗБАГАЧЕНОЇ ФАКТОРАМИ РОСТУ ЛЮДИНИ.**
2. НДР «Клініко-лабораторне обґрунтування застосування сучасних медичних технологій для діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань», 0104U000711, 2011-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 2++ В.
5. Деклараційний патент № 93058, опублікований 10.09.2014 «Спосіб регенерації тканин з використанням аутоплазми, збагаченої факторами росту людини».
6. Деклараційний патент № 93058, опублікований 10.09.2014 «Спосіб регенерації тканин з використанням аутоплазми, збагаченої факторами росту людини».
7. Спосіб регенерації тканин з використанням аутоплазми, збагаченої факторами росту людини, включає використання плазми, що готується центрифугуванням. Безпосередньо перед проведенням хірургічного лікування здійснюють забір венозної крові пацієнта з подальшим одержанням аутоплазми у центрифuzі, а для пришвидшення отримання аутоплазми, збагаченої факторами росту людини, у різних її формах використовується апарат «Plasmatherm H», одержану аутоплазми, збагачену факторами росту, вводять у проблемну зону.
8. Скорочення часу загоєння кісткового дефекту, зменшення запалення, зменшення больових відчуттів.

9. Рентгенівський знімок, шовний матеріал, анестетик, центрифуга, апарат «Plasmatherm H», колби, набір для забору крові.
10. Операція видалення зубу.
11. Немає.
12. Ускладнень або помилок при використанні нововведення немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Климентьев В.Г., Павленко М.О., Климентьева А.В.

Реєстр. № 555/1/14

- 1. ФАРМАЦЕВТИЧНА КОМПОЗИЦІЯ ДЛЯ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ.**
2. НДР «Клініко-лабораторне обґрунтування застосування сучасних медичних технологій для діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань», 0104U000711, 2011-2016 рр..
3. Стоматологія.
4. 2++ В.
5. Деклараційний патент № 93055, опублікований 10.09.2014 «Фармацевтична композиція для дентальної імплантації».
6. Деклараційний патент № 93055, опублікований 10.09.2014 «Фармацевтична композиція для дентальної імплантації».
7. Фармацевтична композиція для дентальної імплантації включає плазму, збагачену факторами росту людини, яка містить 10%-ий повідон-йод у наступному співвідношенні компонентів: плазма, збагачена факторами росту людини - 30-70%, 10 % розчин повідон-йоду - 70-30%.
8. Скорочення часу загоєння кісткового дефекту, зменшення запалення, зменшення больових відчуттів.
9. Рентгенівський знімок, шовний матеріал, анестетик, 10% розчин повідон-йоду, колби, набір для забору крові, центрифуга.
10. Операція дентальна імплантація.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Климентьев В.Г., Павленко М.О., Климентьева А.В.

Реєстр. № 556/1/14

- 1. КОМПОЗИЦІЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯІМПЛАНТАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ.**
2. НДР «Розробка сучасних стратегій діагностики та лікування захворювань пародонта та слизової оболонки порожнини рота в осіб працездатного віку», 0111U005409, 2011-2013 рр.
3. Стоматологія.
4. 1+, А.
5. Пат. на корисну модель № 87822 України, МПК А61В 10/00. Заявник та патентовласник Столяр В.Г., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.02.2014, Бюл. № 4/2014.
6. Немає.

7. Суть наукової продукції полягає у підвищенні ефективності лікування запальних ускладнень. Метою є вдосконалення способу лікування запальних ускладнень (мукозиту та періімплантиту) у пацієнтів похилого віку з внутрішньокістковими імплантатами медикаментозної композиції до складу якої уведено препарати, що пригнічують анаеробну мікрофлору та дріжджеподібні гриби у навколоімплантантній області нормалізують процеси обміну речовин (ліпін) та процеси тканинного дихання (цитохром С) у тканинах.
8. Запропоноване удосконалення – медикаментозний комплекс, який дозволяє на тривалий час зняти запалення пригнітивши анаеробну та грибову мікрофлору у зоні запалення навколо імплантата, сприяє нормалізації процесів обміну та тканинного дихання у тканинах за рахунок насичення капілярів гемоглобіном. Ефективність медикаментозного комплексу - 98,9 %.
9. Наявність всіх складових для приготування мазі.
10. Фармакологічна композиція призначена для гігієни порожнини рота і профілактики запальних ускладнень.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра терапевтичної стоматології, м. Київ, вул. Зоологічна 1, Стоматологічний медичний центр НМУ ім. О.О. Богомольця.
14. Немає.
15. Столяр В.Г. (0979799877).

Реєстр. № 557/1/14

1. **ПРОГНОСТИЧНА МОДЕЛЬ ОЦІНКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ М'ЯЗІВ М'ЯКОГО ПІДНЕБІННЯ ПРИ ЙОГО НЕЗРОЩЕНІ.**
2. НДР «Профілактика первинних та вторинних ускладнень при лікуванні вроджених та набутих захворювань щелепно-лицевої ділянки у дітей», 0114U001347, 2014-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 1+, А.
5. Немає.
6. Немає.
7. Регенерація м'язів має важливе клінічне значення при незрошеннях твердого та м'якого піднебіння. Задачею є визначення рівня експресії генів міогеніна та міостатину у м'язах м'якого піднебіння, які регулюють регенерацію м'язових волокон. Вказана задача вирішується тим, що під час операції у хворих береться фрагмент м'язів м'якого піднебіння. З отриманих біоптатів м'язової тканини виділяється тотальна РНК за допомогою фенол-хлороформової екстракції. Після зворотної транскрипції, кДНК використовувалася для ПЛР зі застосуванням TaqMan-технології.
8. Запропонований спосіб дозволяє, провести оцінку стану м'язів м'якого піднебіння та визначити індивідуальний комплекс реабілітаційних заходів.
9. Обладнання операційної, скальпель, генетичні маркери, фенол-хлороформова екстракція, лабораторія.
10. Незрошення твердого та м'якого піднебіння.
11. Немає.
12. Можливі помилки на етапі виділення РНК. Профілактика - ретельне виконання всіх лабораторних прийомів передбачених запропонованим способом.

13. Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, 01133, м. Київ, вул. Підвисоцького 4б, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку.
14. Інститут фізіології ім. О.О.Богомольця.
15. Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Єгоров Р.І. (044) 284-22-06.

Реєстр. № 558/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКВІДАЦІЇ ДЕФЕКТІВ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА ПРИ ОДНОБІЧНИХ НЕЗРОЩЕННЯХ.**
2. НДР «Профілактика первинних та вторинних ускладнень при лікуванні вроджених та набутих захворювань щелепно-лицевої ділянки у дітей», 0114U001347, 2014-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 1+, А.
5. Немає.
6. Немає.
7. Спосіб хірургічного лікування дефектів альвеолярного відростка при однобічних незрощеннях включає викруюється слизово-окісний клапоть прямокутної форми на бічній поверхні лемешу та нижньому полюсі чотириохкутного хряща за площею у 1.5-2 рази більше, ніж дефект. Прямокутний слизово-окісний клапоть распатором відшаровується від кістки лемешу та нижнього полюсу чотириохкутного хряща, «виймається» зовні і укладається на відкинутий на 180° слизово-окісний клапоть шириною 5мм з малого фрагмента. В новому положенні комбінований слизово-окісний клапоть фіксують вікрилом до ранової поверхні тканин малого фрагмента дефекту.
8. Спосіб дозволяє зменшити травматичність операції, знижує вірогідність виникнення рецидиву, а також роз'єднує носову і ротову порожнини, покращує носове дихання за рахунок повного закриття дефекту піднебіння, відновлює функцію харчування і мови.
9. Обладнання операційної, шовний матеріал (вікрил), голки, голкоутримувачі.
10. Дефекти альвеолярного відростка при однобічних незрощеннях.
11. Невеликі після операційні дефекти, а також виражені рубцеві зміни тканин альвеолярного відростка при однобічних незрощеннях.
12. Можливий ризик виникнення рецидивів через ригідність і порушення мікроциркуляції в переміщених слизово-окісних клаптів, а також недорозвинення фрагментів верхньої щелепи внаслідок рубцевих змін м'яких тканин.
13. Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, 01133, м. Київ, вул. Підвисоцького 4б, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку.
14. Немає.
15. Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Єгоров Р.І. (044) 284-22-06.

Реєстр. № 559/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКВІДАЦІЇ ДЕФЕКТІВ ТВЕРДОГО ПІДНЕБІННЯ ПРИ ДВОБІЧНИХ НЕЗРОЩЕННЯХ ЙОГО.**
2. НДР «Профілактика первинних та вторинних ускладнень при лікуванні вроджених та набутих захворювань щелепно-лицевої ділянки у дітей», 0114U001347, 2014-2016 рр.
3. Стоматологія.

4. 1+, А.
5. Немає.
6. Немає.
7. Спосіб хірургічного лікування дефектів твердого піднебіння включає одночасне викроюють два язикоподібних слизово-окісних клаптя з бокових фрагментів твердого піднебіння, розсікають слизову оболонку та окістя на фрагментах паралельно краю дефекту, відступивши від нього на 6мм, і смужку відсепаровують по всій довжині, перекидають на 180° в бік дефекту. В передньому та середньому відділах лемешу викроюють трапецеподібний єдиний слизово-окісний клапоть, який «виймають» з глибини і мобілізують до переднього відділу дефекту твердого піднебіння, вкладають на перекинуті на 180° слизово-окісні клапті по краях незрощення і фіксують П-подібними швами з вікрилу. Язикоподібні слизово-окісні клапті з бокових фрагментів твердого піднебіння зміщують в дистальну частину дефекту та зшивають вікрилом між собою та лемешевим клаптем.
8. Спосіб дозволяє зменшити травматичність операції, знижує вірогідність виникнення рецидиву, а також роз'єднує носову і ротову порожнини, покращує носове дихання за рахунок повного закриття дефекту піднебіння, відновлює функцію харчування і мови.
9. Обладнання операційної, шовний матеріал (вікрил), голки, голкоутримувачі.
10. Залишкові дефекти твердого піднебіння.
11. Великі післяопераційні дефекти, а також виражені рубцеві зміни тканин навколо дефекту твердого піднебіння.
12. Можливий ризик виникнення рецидивів через порушення мікроциркуляції в переміщених слизово-окісних клаптях, а також недорозвинення фрагментів верхньої щелепи внаслідок рубцевих змін м'яких тканин.
13. Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, 01133, м. Київ, вул. Підвисоцького 4б, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку.
14. Немає.
15. Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Сторов Р.І. (044) 284-22-06.

Реєстр. № 560/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ КАВЕРНОЗНОЇ ГЕМАНГІОМИ ОБЛИЧЧЯ.**
2. НДР «Профілактика первинних та вторинних ускладнень при лікуванні вроджених та набутих захворювань щелепно-лицевої ділянки у дітей», 0114U001347, 2014-2016 рр.
3. Стоматологія..
4. 1+, А.
5. Немає.
6. Немає.
7. За допомогою КТ з контрастуванням визначаються розширені привідні та дренажні венозні судини. Хірургічно виконується доступ до цих судин через розріз на шкірі в 1-2см., проводиться виділення ділянки судини в 1см. та її перев'язка. В привідні 1-2 вени ставлять канюлі нижче їх лігування для витікання надлишків склерозанта та витискаємої крові. Склерозуючий розчин (відповідно до інструкції) вводиться в дренажну вену вище її лігування. Контроль заповнення новоутворення проводиться візуально інтраопераційно по кольору шкіри, вона стає блідою в ділянці новоутворення та прилеглих колатералів. Після введення склерозуючого розчину рани ушиваються пошарово. Накладається компресійна пов'язка на 7 діб. Оцінка та контроль результатів

- лікування проводиться доплерографією. Відсутність фіксування датчиком кровотоку в склерозованій ділянці та зменшення показників швидкості кровотоку в колатеральних кровоносних судинах свідчить про зменшення кровонаповнення самої гемангіоми.
8. Запропонований спосіб дозволяє, застосовуючи перев'язку венозних судин новоутворення під контролем зору з урахуванням глибини їх розташування, запобігти тромбоутворенню в сусідніх з пухлиною ділянках, зменшити вірогідність реканалізації, завдяки збереженню склерозанта безпосередньо в даній ділянці; дозволяє усунути деформацію, відтворити анатомічну форму і розмір ділянки, враженої гемангіомою. Ефективність способу 90 %.
 9. Обладнання операційної, шовний матеріал (вікріл), голки, голкоутримувачі, склерозуюча речовина, шприци для склерозуючої речовини.
 10. Кавернозна форма гемангіоми обличчя.
 11. Згідно з інструкції склерозуючої речовини.
 12. Паравазальне введення препарату може спровокувати некроз тканин та гіперпігментацію шкіри. Недозоване введення препарату призводить як до венозних тромбозів судин при більшій кількості препарату, так і до їх реканалізації у віддаленому періоді.
 13. Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, 01133, м. Київ, вул. Підвисоцького 4б, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку.
 14. Немає.
 15. Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Коротченко Г.М., Кисельова Н.В. (044) 284-22-06.

Реєстр. № 561/1/14

1. **СПОСІБ МЕХАНОТЕРАПІЇ РОТОРОЗШИРЮВАЧЕМ ДЛЯ ДІТЕЙ.**
2. НДР «Профілактика первинних та вторинних ускладнень при лікуванні вроджених та набутих захворювань щелепно-лицевої ділянки у дітей», 0114U001347, 2014-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 1+, А.
5. Немає.
6. Немає.
7. За допомогою роторозширювачів виготовлених із С - силіконового інертного відбиткового матеріалу, великих та малих висотою 1-4 см., за формою тварин, за смаком цукерки, яскравого жовтого кольору, пружньо-еластичної консистенції проводиться механотерапія, що включає розміщення роторозширювача на оклюзійних поверхнях кутніх зубів спочатку на висоту 1 см., яка змінюється кожні 2-3 хв. на 0,5 см. протягом 15 хв. 4 рази на добу. Оцінка та контроль результатів лікування проводиться за допомогою визначення індексу тривожності до та після занять механотерапією.
8. Запропонований спосіб механотерапії роторозширювачами для дітей дозволяє знизити індекс тривожності в 3-4,5 рази та проводити заняття з механотерапії в сприятливих психологічних умовах, що покращує психоемоційний контакт лікар-пацієнт, дитина-логопед.
9. С-силіконовий матеріал, форми тварин.
10. Діти після артропластики СНЩС та з мовленнєвими порушеннями.
11. Немає.
12. Немає.

13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку, м. Київ, вул. Підвисоцького 4б, дитяча клінічна лікарня № 7.
14. Інститут корекційної педагогіки та психології Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова.
15. Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Конопляста С.Ю., Яковенко А.О., Петрікова А.О., Дубініна А.І. (044) 284-22-06.

Реєстр. № 562/1/14

1. СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ.

2. НДР «Вивчити особливості системного та місцевого імунітету і цитокинового статусу у хворих з різною соматичною патологією, інфікованих герпесвірусними, грибковими та атипovими збудниками, та розробити нові методи діагностики, патогенетичного лікування та імунореабілітації», 0112U001765, 2012-2014 рр.
3. Стоматологія, клінічна імунологія.
4. 1+, А.
5. Пат. на корисну модель № 88053 Україна, МПК G01N 33/68. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.02.2014, Бюл. № 4/2014.
6. Немає.
7. У даному способі оцінки ефективності лікування генералізованого пародонтиту в слині визначають до та після лікування вміст прозапальних цитокинів – фактора некрозу пухлин- α , інтерлейкіну-1 β , інтерлейкіну-6 та протизапального інтерлейкіну-4 і при зниженні концентрації прозапальних після лікування та зростанні протизапального інтерлейкіну-4 до значень, які не відрізняються від норми, оцінюють лікування як ефективне.
8. Більш ефективна оцінка клінічної динаміки, зменшення матеріальних витрат і скорочення часу для оцінки перебігу захворювання та його ступеня тяжкості, як наслідок - зменшення тимчасової та стійкої втрати працездатності, інвалідизації, підвищення якості життя хворих.
9. Обладнання імунологічної лабораторії: центрифуга РС-6, аналізатор імуноферментний Ц 01-С, холодильник, термостат ТС 80-М2; реактиви: набори реагентів для імуноферментного аналізу Pго Соп для визначення ФНП- α , ІЛ-1 β та ІЛ-6, фізіологічний розчин; вироби медичного призначення: спирт, вата, дозатори, піпетки, наконечники.
10. Генералізований пародонти.
11. Немає.
12. Використання самої суті нововведення (спосіб оцінки ефективності лікування генералізованого пародонтиту) не асоціюється з будь-якими ускладненнями та помилками.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, 01601, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 13.
14. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, Інститут проблем патології НМУ.
15. Бичкова Н.Г., Антоненко М.Ю., Мариніна О.І., Борисенко А.В., Кузьміна І.С., Мурланова К.С. (067-609-35-81).

Реєстр. № 563/1/14

1. **СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНИХ НЕЗРОЩЕНЬ ТВЕРДОГО ТА М'ЯКОГО ПІДНЕБІННЯ.**
2. НДР «Профілактика первинних та вторинних ускладнень при лікуванні вроджених та набутих захворювань щелепно-лицевої ділянки у дітей», 0114U001347, 2014-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 1+, А.
5. Немає.
6. Немає.
7. Усунення незрощення здійснюється за рахунок викроювання піднебінних слизово-окісних клаптів, виведення судинно-нервових пучків, проведення розрізів в ретромолярних просторах за альвеолярний паросток верхньої щелепи, розсічення підслизового шару та отримують доступ до гачка крилоподібного відростка, завдяки міжфасціального проміжку, відокремлення від внутрішньої поверхні внутрішньої пластинки крилоподібного відростка основної кістки до нижнього полюса, освіжають краї незрощення, формують два трикутних клаптя на основних слизово-окісних клаптях, які в подальшому взаємопереміщуються та проводять ушивання їх. Дефект в передньому відділі закривають за допомогою клаптів М.Д. Дубова та Б.Д. Кабакова. Таким чином, одноетапно проводиться ліквідація незрощення м'якого піднебіння та профілактика утворення післяопераційних дефектів на кордоні твердого та м'якого піднебіння.
8. Медичні - покращення анатомічного, косметичного та функціонального результатів, створення умов для розвитку верхньої щелепи, формування прикусу та налагодження функції мови та харчування; соціальні - скорочення строків лікування та соціальної адаптації дитини в суспільстві; економічні - зменшення коштів на лікування та ліжко днів.
9. Обладнання операційної, скальпель, распатори, шовний матеріал (вікрил), Surgicel, голки, голкоутримувачі.
10. Вроджені незрощення твердого та м'якого піднебіння.
11. Немає.
12. Післяопераційне утворення дефекту - ретельне виконання всіх хірургічних прийомів передбачених запропонованим способом.
13. Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, 01133, м. Київ, вул. Підвисоцького 4б, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку.
14. Немає.
15. Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Єгоров Р.І. (044) 284-22-06.

Реєстр. № 564/1/14

1. **СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВТОРИННИХ ДЕФЕКТІВ ТВЕРДОГО ПІДНЕБІННЯ.**
2. НДР «Профілактика первинних та вторинних ускладнень при лікуванні вроджених та набутих захворювань щелепно-лицевої ділянки у дітей», 0114U001347, 2014-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. На комірковому відростку фронтальної частини верхньої щелепи від перехідної складки ведуть розрізи слизової оболонки та окістя через гребінь відростку на піднебінну поверхню його до переднього краю дефекту піднебіння.

Відшаровують та перекидають на 180° основний слизово-окісний клапоть, деепітелізують його з обох боків, створюючи ранову поверхню. По боках дефекту викроюють слизово-окісні клапті, які повертають у бік дефекту. Далі укладають основний слизово-окісний клапоть на «підкладкові клапті» та дистальний край його вшивають у створену в ділянці заднього краю дефекту міжтканову нішу. Для закриття ранової поверхні перекинутого основного слизово-окісного клаптя викроюють та переміщують за площиною, більший слизово-окісний клапоть з одного боку дефекту. Скелетовану вестибулярну поверхню коміркового відростка закривають язикоподібним клаптем слизової з присінку.

8. Спосіб хірургічного лікування вторинних дефектів твердого піднебіння дає можливість, застосовуючи в якості пластичного матеріалу слизово-окісний клапоть, викроєний з вестибулярної та піднебінної поверхонь коміркового відростка, збільшити площу та мобільність його, чим покращити умови ліквідації дефекту, а перекриття ранової поверхні єдиного клаптя переміщенням по площині, більшим слизово-окісним клаптем мінімізує можливість утворення вторинних дефектів у бічних відділах. Позитивний результат отримано в 75% випадків.
9. Обладнання операційної, шовний матеріал (вікріл), голки, голкотримачі.
10. Запропонований спосіб може бути використаний для лікування хворих з дефектами твердого піднебіння за умов відсутності фронтальної групи зубів.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку, м. Київ, вул. Підвисоцького, 4-б, дитяча клінічна лікарня №7.
14. Немає.
15. Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Чехова І.І. (044) 284-22-06.

Реєстр. № 565/1/14

1. **ФАРМАКОЛОГІЧНА КОМПОЗИЦІЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯІМПЛАНТАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ.**
2. НДР «Розробка сучасних стратегій діагностики та лікування захворювань пародонта та слизової оболонки порожнини рота в осіб працездатного віку», 0111U005409, 2011-2013 рр.
3. Стоматологія.
4. 1+, А.
5. Пат. на корисну модель № 85444 Україна, МПК А61К 35/00. Заявник та патентовласник Столяр В.Г., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.11.2013, Бюл. № 22/2013.
6. Немає.
7. Суть наукової продукції полягає у підвищенні ефективності лікування запальних ускладнень (мукозиту, переїмпантиту). Поставлена задача вирішується тим, що фармакологічна композиція для лікування і профілактики післяїмпантаційних ускладнень, яка призначена для гігієни порожнини рота і профілактики запальних ускладнень, яка відрізняється наявністю рослинної фармакологічної композиції з вираженою антибактеріальною та протизапальною дією.
8. Запропоноване удосконалення - медикаментозний комплекс, який призначений для гігієни порожнини рота і профілактики запальних ускладнень, відрізняється наявністю рослинної фармакологічної композиції з вираженою антибактеріальною та протизапальною дією, не викликає ряд побічних ефектів

- (зміна кольору зубів і слизової оболонки, десквамація епітелію слизової оболонки порушення смакових відчуттів, виникнення дисбактеріозу в порожнині рота) і загострення патологічного процесу; придатний для тривалого застосування. Ефективність медикаментозного комплексу - 98,9 %.
9. Наявність всіх складових для приготування ополіскувала.
 10. Фармакологічна композиція призначена для гігієни порожнини рота і профілактики запальних ускладнень.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра терапевтичної стоматології, м. Київ, вул. Зоологічна 1, Стоматологічний медичний центр НМУ ім. О.О. Богомольця.
 14. Немає.
 15. Столяр В.Г. (0979799877).

Реєстр. № 566/1/14

1. **СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИХ АРТРИТІВ У ХВОРИХ З ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ.**
2. НДР «Комплексна реабілітація хворих після реконструктивно-відновлювальних операцій на кістках лицьового черепа», 0109U008567, 2010-2015 рр.
3. Стоматологія.
4. С.
5. Пат. № 19091, Україна, МПК (2006): А61N 1/30, А61К/35/68. Спосіб комплексного лікування хворих посттравматичними артритами скронево-нижньощелепного суглоба / Бабов Є.Д., Волковишський А.В.; заявник та патентовласник Одеський національний медичний університет. - № u200608477; заявл. 28.07.2006; опубл. 15.12.2006, Бюл. № 12.
6. Немає.
7. Поставлена задача вирішується наступним чином: при лікуванні посттравматичних артритів скронево-нижньощелепного суглоба після переломів нижньої щелепи рекомендовано використання запропонованого способу, який включає іонофорез с долобене-гелем та терафлекс-кремом М.
8. Застосування способу дозволяє мінімізувати патологічні наслідки для скронево-нижньощелепного суглоба при переломах нижньої щелепи. При цьому досягається раннє усунення больового синдрому, нормалізація стану постраждалих, раннє відновлення функції скронево-нижньощелепного суглоба та м'язів обличчя.
9. Електроміограф.
10. Комплексне лікування післятравматичних артритів у хворих з зубощелепними деформаціями
11. Немає.
12. Не відмічені.
13. Одеський національний медичний університет, 65082, м. Одеса, Валіховський провулок, 2.
14. Немає.
15. Шнайдер С.А., Бабов Є.Д., Волковишський А.В., Репужинський Й.М., Світлична О.М.(0672926086).

Реєстр. № 567/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПРОМЕНЕВИХ РЕАКЦІЙ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА.**
2. НДР «Розробити гігієнічні засоби та обґрунтувати способи їх застосування для профілактики і лікування променевих уражень слизової оболонки порожнини рота в хворих при променевої терапії», 0114U000772, 2014-2016 рр.
3. Стоматологія.
4. С.
5. Заявка на винахід (корисна модель) №u201404694 від 05.05.2014 «Гель для лікування променевих реакцій слизової оболонки порожнини рота на променевої терапії». Кравченко Л.С., Бас А.О., Солоденко Г.М.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб лікування променевих реакцій слизової оболонки порожнини рота (СОПР) включає накладання аплікацій тонким шаром спеціального гелю, що містить прополіс, віск із забрусу, амарантову олію, лізоцим та інші біологічно активні речовини на ділянки уражених тканин 3-4 рази на день до повного розсмоктування, впродовж 8-10 днів, що значно прискорює загоювання і регенерацію тканин.
8. Розроблений спосіб профілактики і лікування променевих реакцій СОПР знизить ризик ускладнень при променевої терапії, сприятиме скороченню термінів реабілітації хворих із забезпеченням функціонального, безболісного, комфортного стану в порожнині рота. Соціальна ефективність – підвищення якості життя людей, за рахунок зняття гостроти та тривалості променевих реакцій СОПР, покращення стоматологічного здоров'я доступними методами профілактики та лікування. Економічна ефективність пов'язана зі зменшенням економічних витрат, пов'язаних зі скороченням часу перебування хворих у онкологічних установах, за рахунок зниження проявів променевих ускладнень, тривалості променевої терапії, непередбачених перерв у лікуванні, ранньої реабілітації.
9. Стоматологічний шпатель.
10. Стан слизової оболонки ротової порожнини у хворих після проведеної променевої терапії.
11. Немає.
12. Не відмічені.
13. Одеський національний медичний університет, 65082, м. Одеса, Валіховський провулок, 2.
14. Немає.
15. Кравченко Л.С., Романова Ю.Г., Бас А.О. (0662485657).

Реєстр. № 568/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ВЕРХІВКОВОГО ПЕРІОДОНТИТУ.**
2. НДР «Діагностика та лікування захворювань органів та тканин щелепно-лицьової ділянки», 0113U002274.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 25236 U, UA, МПК А61Р 1/02. Спосіб лікування хронічного верхівкового періодонтиту / Палій О.В., Гришанин Г.Г., Рябоконт Є.М.; ХНМУ - Заявка № u 2007 04806; заявл. 28.04.2007; опубл. 25.07.2007, Бюл. № 11.
6. Спосіб підвищення ефективності консервативного лікування хворих на хронічні форми верхівкового періодонтиту шляхом розробки методу медикаментозної обробки кореневих каналів зубів з використанням пробіотику «Хілак форте» та нітрату срібла.

7. Спосіб лікування хронічного верхівкового періодонтиту, що включає видалення розпаду пульпи, дію на мікрофлору каналу і навколоверхівкові тканини лікарськими засобами та пломбування каналів, при цьому кореневий канал обробляють пробіотиком Хілак форте, іригацію якого виконують в кількості не менше 5 мл, після чого канал промивають фізіологічним розчином. Через 2-3 дні, в залежності від форми періодонтиту канал обробляють повторно таким же чином, підсушують поверхню дентину та наносять аплікацію 20 % розчином азотнокислого срібла, який підсушують струменем повітря та осаджують, неосажене срібло підсушують паперовими пінами, при цьому дисколорит коронки зуба усувають обробкою її поверхні 2,5 % розчином гіпохлориту натрію та механічною обробкою.
8. Медичні – спільне застосування препаратів сприяє репаративним процесам у періапикальних тканинах, не потребує призначення антибіотиків, дозволяючи при цьому використовувати біологічно натуральні препарати. Розроблений метод лікування може бути рекомендований для впровадження в стоматологічну практику, особливо в тих випадках, коли повноцінна інструментальна обробка кореневих каналів неможлива з анатомо-топографічних причин, що обумовлює соціальну ефективність способу. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 2,85 грн. на лікування 1 кореневого каналу зуба з хронічним верхівковим періодонтитом за рахунок зниження витрат на 22,5 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 525 хворих на рік, економічний ефект складає 1496 грн. 25 коп. на рік.
9. Пробіотик Хілак форте, 20 % розчин азотнокислого срібла, 2,5 % розчин гіпохлориту натрію.
10. Хронічні форми верхівкового періодонтиту.
11. Немає.
12. Порушення технології призначення та виконання.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Палій О.В., Гришанин Г.Г., Рябоконт С.М. (0663256094).

Реєстр. № 569/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПЕРФОРАТИВНОГО МІЖКОРЕНЕВОГО ПЕРІОДОНТИТУ.**
2. НДР «Діагностика та лікування захворювань органів та тканин щелепно-лицьової ділянки», 0113U002274.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Пат. № № 55926 U, UA, A61K 6/02; A61C 5/00. Спосіб лікування хронічного перфоративного міжкореневого періодонтиту / Доля Е.І., Рябоконт С.М.; ХНМУ. - Заявка № u 2010 08557; заявл. 08. 07. 2010; опубл. 27.12.2010, Бюл. № 24.
6. Спосіб лікування хронічного деструктивного періодонтиту зубів включає використання багаті тромбоцитами плазми як біологічної мембрани, яку розміщують через перфораційний канал до границі з вогнищем запалення в періодонті.
7. Спосіб лікування хронічного міжкореневого періодонтиту який відрізняється комплексним застосуванням багаті тромбоцитами плазми як біологічної мембрани та пломбуванні перфораційного каналу мінерал триоксид агрегатним цементом.
8. Медичні - підвищення ефективності лікування хворих з перфорацією зубів в ділянці фуркації коренів зубу які ускладнені хронічними формами періодонтиту,

забезпечення високої клініко-рентгенологічної ефективності лікування хворих з хронічним періодонтитом. Соціальні - підвищення якості життя пацієнта та збереження функціонально придатних зубів, економічна - зниження витрат на подальше лікування зубів. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 41,15 грн. на лікування 1 хворого на міжкореневий перфоративний періодонтит за рахунок зниження витрат на застосування пломбувальних матеріалів на 17,6 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 96 хворих на рік, економічний ефект складає 844,8 грн. на рік.

9. Мінерал триоксид агрегатний цемент «Триоксидент»; пробірки-епіндорф; лікар-лаборант.
10. Пацієнти з перфорацією в ділянці фуркації коренів ускладнених хронічними формами періодонтиту.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Рябоконт Є.М., Доля Е.І. (0632316299).

Реєстр. № 570/1/14

1. СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЕСУ ЗУБІВ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З ЙОГО ВИСОКОЮ ІНТЕНСИВНІСТЮ.

2. НДР «Діагностика та лікування захворювань органів та тканин щелепно-лицьової ділянки», 0113U002274.
3. Стоматологія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 69380 U, UA, МПК: А61Q11/00. Спосіб профілактики карієсу зубів / Левицький А.П., Волкова О.С., Селіванська І.О.; ДУ «Інститут стоматології АМН України». - Заявка № u 2011 12468; Заявл. 24.10.2011; опубл. 25.04.2012, Бюл. № 8.
6. Спосіб профілактики карієсу зубів в осіб молодого віку з його високою інтенсивністю шляхом додавання до стандартної схеми лікарського засобу, переважно з діючими речовинами лецитином та цитратом кальцію, що включає дослідження клініко-лабораторних показників, зокрема мінералізуючого потенціалу та рівня кальцію в ротовій рідині, з наступним порівнянням їх з нормою та оцінкою лікування як ефективного.
7. Спосіб профілактики карієсу зубів в осіб молодого віку з його високою інтенсивністю, згідно з яким рекомендовано ендогенне використання засобу з діючими речовинами лецитину та цитрату кальцію, як додавання до комплексних гігієнічно-профілактичних заходів, що призводить до зниження приросту інтенсивності та підвищенню редукції приросту карієсу зубів за рахунок збільшення мінералізуючих властивостей ротової рідини та вмісту кальцію.
8. Медичні – зниження ризику прогресування каріозного процесу, підвищенню редукції приросту карієсу зубів і нормалізації гомеостазу ротової рідини у хворих на множинний карієс. Соціальні – покращення стоматологічного статусу, що призведе до підвищення якості життя у осіб молодого віку з множинним карієсом зубів. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 86,0 грн. на лікування 1 хворого з множинним карієсом за рахунок зниження витрат на 28,3 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 246 хворих на рік, економічний ефект складає 21156 грн. на рік.

9. Препарат «Лецитин-2», який містить соняшниковий лецитин та цитрат кальцію, у оптимальному співвідношенні 2:1.
10. Профілактика карієсу зубів з його високою інтенсивністю у осіб молодого віку.
11. Індивідуальна підвищена чутливість до складових речовин.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Рябоконт Є.М., Волкова О.С. (0506405175).

СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА

Реєстр. № 571/1/14

1. **СПОСІБ ВИЯВЛЕННЯ ЛОКАЛІЗАЦІЇ КУЛІ В ГНИЛІСНО-ЗМІНЕНОМУ ТРУПІ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТАЛОДЕТЕКТОРА.**
2. НДР «Визначення закономірностей морфогенезу органів, тканин та судинно-нервових утворень організму в нормі, експерименті та під дією зовнішніх чинників. Морфо-експериментальне обґрунтування дії нових хірургічних шовних матеріалів при використанні їх в шовній практиці», 0113u001024, 2012-2017 рр.
3. Судова медицина.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель 83219 Україна, МПК А 61В 17/00 (2013.01). Спосіб виявлення локалізації кулі в гнилісно-зміненому трупі з використанням металодетектора / Мустафіна Г.М., Лукачіна Є.І., Черняк В.В.; винахідники Мустафіна Г.М., Лукачіна Є.І., Черняк В.В., власник Мустафіна Г.М., Лукачіна Є.І., Черняк В.В. – у 2013 03903 заявл.29.03.2013; опубл.27.08.2013, Бюл.№16, Інформаційний лист: Спосіб виявлення локалізації кулі в гнилісно-зміненому трупі з використанням металодетектора / Черняк В.В., Мустафіна Г.М., Лукачіна Є.І., позитивне рішення від 15.05.14р, вихідний № 1902 від 13.06.14 бр.
6. Немає.
7. Виявлення локалізації кулі в гнилісно-зміненому трупі з використанням металодетектора проводять таким чином. Труп знаходиться на суцільно-кам'яному секційному столі з кам'яними ніжками. Спочатку проводять сканування трупа в горизонтальному положенні на спині, при цьому фіксуються позначки попереднього ідентифікування металевих предметів. Далі - повторне сканування після зміни його положення (перевертання на правий та лівий бік, живіт) з метою уточнення локалізації металевих предметів у даних ділянках трупа. При скануванні тулуба, згідно з показами металодетектора (звукових сигналів та індикації на рідкокристалічному екрані) виявляють металеві предмети малих розмірів. Враховуючи визначену локалізацію металевих предметів і припустивши можливі напрямки ранових каналів, з обережністю розпочинають внутрішнє дослідження (розтин) трупа. Дрібні кулі в гнилісно-змінених м'яких тканинах трупа визначити на дотик дуже складно. Завдяки попередньо визначеній локалізації куль за допомогою металодетектора вилучають кулі та фрагменти шкіри з округлими дефектами на початку кожного ранового каналу.
8. Використання мобільного ґрунтового металодетектора при дослідженні трупа із вираженими гнилісними змінами надало можливість виявити локалізацію куль, що в подальшому значно полегшило і прискорило проведення всіх етапів судово-медичної експертизи гнилісно-зміненого трупа.

9. Кам'яний секційний стіл з кам'яними ніжками; мобільний ґрунтовий метало детектор.
10. Виявлення локалізації кулі в гнилісно-зміненому трупі з використанням металодетектора та діагностика вогнепальних ушкоджень частин тіла і тканин при проведенні судово-медичного дослідження трупа із вираженими гнилісними змінами та виявлення локалізація всіх куль в тілі померлого.
11. Немає.
12. Судово-медичне дослідження проводиться з обов'язковим використанням лише кам'яного секційного стола з кам'яними ніжками.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Обласне бюро судово-медичної експертизи департаменту охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації.
15. Черняк В.В. (053274305), Мустафіна Г.М., Лукачіна Є.І.

Реєстр. № 572/1/14

1. **ДИНАМІКА МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ П'ЯТКОВИХ КІСТОК В ПЕРІОД РОСТУ.**
2. НДР «Ототоження загальних фенотипічних ознак людини за факторними критеріями кісток кисті та стопи», 0111U009938, 2011-2016 рр.
3. Судово-медична експертиза.
4. 4, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Рентгенографію стопи чи ізольованої п'яtkової кістки проводять на рентген – діагностичному апараті в боковій проекції; денситометрію знімків – в 8 точках, фіксованих в центрі та рівномірно по периметру з використанням рентгенівського денситометричного приладу. У результаті встановлено, що значення середнього показника оптичної щільності кісткової тканини, в сукупності по всіх точках, не має вірогідних відмінностей для диференціації вікових груп. Натомість, ділянками, в яких діагностовано чітку вікову градацію мінеральної щільності п'яtkових кісток в періоди 13-16 років і 17-21 років в порівнянні з віковими групами 1-3 роки, 4-7 років і 8-12 років є *faciesarticularistalarimedia*, *sulcuscalcaneus* та *faciesarticularistalarisanterior*. Зафіксований рентгенограмою негативний відбиток п'яtkової кістки може слугувати речовим доказом для підтвердження отриманих даних.
8. Адекватність застосування рентгенограм – денситометричних показників кісткової тканини п'яtkових кісток для визначення їх вікової градації в період росту дозволить підвищити доказовість судово-медичних експертиз розчленованих трупів, ізольованих частин тіла та їх кісткових рештків.
9. Рентген-діагностичний апарат, рентген-плівка, денситометр.
10. Судово-медична експертиза кісткових рештківвідчленованої стопи невідомої особи.
11. Розтроджені кістки.
12. При чіткому дотриманні методики похибка малоюмовірна.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», 76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2.
14. Немає.
15. Федорчук С.М., Витвицький З.Я., Купчак Р.М. (0342243308).

Реєстр. № 573/1/14

1. **ОЦІНКА РЕНТГЕНОГРАМ – ДЕНСИТОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ П'ЯСТКОВИХ КІСТОК КИСТІ, ЩО ЗАЗНАЛА ВПЛИВУ МЕХАНІЧНОГО ФАКТОРА.**
2. НДР «Ототожнення загальних фенотипічних ознак людини за факторними критеріями кісток кисті та стопи», 0111U009938, 2011-2016 рр.
3. Судово-медична експертиза.
4. 4, С.
5. Рац. пропозиція №7/2704.-2013.
6. Немає.
7. Рентгенографію відчленованих кистей чи їх кісткових рештків проводять на рентген-діагностичному апараті в стандартній прямій проекції; денситометрію знімків – в 6 точках головок, тіла та основи п'ясткових кісток з використанням 12-ти ступінчастого алюмінієвого клина (еталона). Зниження рівня мінеральної щільності кісткової тканини, порівняно з вихідними значеннями, встановлено для основи і тіла V п'ясткових кісток кисті, що зазнала впливу фізичних навантажень. Зафіксована рентгенограма дозволяє задокументувати об'єкт дослідження і, в разі необхідності, провести повторну експертизу.
8. Визначення регіональної належності п'ясткових кісток та їх ділянок, які найбільш уразливі при фізичному навантаженні дозволить підвищити доказовість судово-медичних експертиз розчленованих трупів, ізольованих частин тіла та їх кісткових рештків.
9. Рентген-діагностичний апарат, рентген-плівка, денситометр.
10. Судово-медична експертиза кісткових рештків відчленованої кисті невідомої особи.
11. Розтрощені кістки.
12. При чіткому дотриманні методики похибка малоюмовірна.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», 76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2.
14. Немає.
15. Федорчук С.М. (0342243308).

Реєстр. № 574/1/14

1. **РІВЕНЬ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ФАЛАНГ КИСТІ В ДЕФІНІТИВНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ.**
2. НДР «Ототожнення загальних фенотипічних ознак людини за факторними критеріями кісток кисті та стопи», 0111U009938, 2011-2016 рр.
3. Судово-медична експертиза.
4. 4, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Рентгенографію відчленованої кисті чи ізольовані фаланги кисті проводять на рентген – діагностичних апаратах в стандартній прямій проекції; денситометрію знімків – в 6 точках головок, тіла і основи проксимальних чи середніх фаланг кисті з використанням 12-ти ступінчастого алюмінієвого клина (еталона). Значення рівня мінеральної щільності кісткової тканини в ділянці основи та головки ($<1.5 \text{ мг/см}^3$) проксимальних/середніх фаланг кисті і тіла ($<1.6 \text{ мг/см}^3$) зазначених кісток свідчить про вплив механічного чинника. Зафіксований рентгенограмою негативний відбиток коротких трубчастих кісток кисті є речовим доказом отриманих даних.

8. Встановлення мінеральної щільності фаланг кисті з врахуванням їх порядкової локалізації та впливу на них механічних чинників в дефінітивному періоді онтогенезу дозволить підвищити доказовість судово-медичних експертиз розчленованих трупів, ізольованих частин тіла та їх кісткових рештків.
9. Рентген-діагностичний апарат, рентген-плівка, денситометр.
10. Судово-медична експертиза кісткових рештків та відчленована кисть невідомої особи.
11. Розтриті кістки.
12. При чіткому дотриманні методики похибка малоюмовірна.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», 76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2.
14. Немає.
15. Федорчук С.М. (0342243308).

Реєстр. № 575/1/14

1. **НОВІ МЕТОДИКИ ПРИГОТУВАННЯ ЦИТОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ТА ВИЗНАЧЕННЯ НАЯВНОСТІ СПЕРМИ В СЛІДАХ НА РЕЧОВИХ ДОКАЗАХ.**
2. НДР «Судово-медична оцінка вогнепальних ушкоджень тіла і одягу», 0106V009578.
3. Судово-медична цитологія.
4. 2+, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Вперше для пошуку сперми в слідах на речових доказах за наявністю сперматозоїдів запропоновано забарвлення препаратів азур-еозиною сумішшю та акридиновим оранжевим.
8. Підвищення об'єктивності судово-медичних експертиз шляхом запровадження нової методики приготування цитологічних препаратів за допомогою ультразвукової бані. Одержані результати досліджень є фундаментальною основою для підвищення об'єктивності судово-медичних експертиз, покращення якості проведення судово-цитологічних досліджень речових доказів. Розроблені рекомендації можуть бути застосовані в бюро судово-медичної експертизи та у ВНМЗ післядипломної освіти при підготовці фахівців з судово-медичної експертизи.
9. Лаборант, лабораторний посуд, судово-медичний експерт-цитолог.
10. Ідентифікації осіб.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи» МОЗ України.
14. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
15. Бурчинський В.Г., Хохолева Т.В., Старовойтова Р.О., Хохолева Т.В. (044) 440-47-71.

Реєстр. № 576/1/14

1. **СКАНУЮЧИ МЕТОДИКИ КОМП'ЮТЕРНОЇ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ОСОБИ ЗА ЦИФРОВИМИ ОРТОПАНТОГРАМАМИ.**
2. НДР «Клініко-експериментальне обґрунтування експертної оцінки якості надання стоматологічної допомоги населенню та ідентифікації стоматологічного статусу особи при виконанні судово-медичних експертиз», 0109U000115.

3. Судово-медична експертиза, стоматологія ідентифікація особи за стоматологічним статусом, оцінювання якості надання стоматологічної допомоги.
4. 1++, А.
5. Пат. на корисну модель № 86490 Україна, МПК А61В 6/14. Заявник та патентовласник Костенко Є.Я., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.12.2013, Бюл. № 24/2013; Пат. на корисну модель № 86492 Україна, МПК А61В 6/00. Заявник та патентовласник Костенко Є.Я., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.12.2013, Бюл. № 24/2013.
6. Немає.
7. Вперше в Україні обґрунтовано комп'ютерну ідентифікацію особи за стоматологічним статусом на основі контрастного контурування цифрових рентгенологічних зображень, яка враховує особливості лікування та відновлення основних стоматологічних захворювань.
8. Вдосконалення системи ідентифікації осіб за одонтологічним статусом та оцінювання якості надання стоматологічної допомоги.
9. Медична сестра, лікар стоматолог, ортопантомограф.
10. Ідентифікації осіб за одонтологічним статусом та оцінювання якості надання стоматологічної допомоги.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Ужгородський національний університет» МОН України.
14. Інститут стоматології НМАПО імені П.Л. Шупика МОЗ України.
15. Мішалов В.Д., Біда В.І., Костенко Є.Я. (044) 440-47-71.

Реєстр. № 577/1/14

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ВИДУ ПНЕВМАТИЧНОЇ ЗБРОЇ ПРИ УРАЖЕННІ ІМІТАТОРІВ ТКАНИН І ПОРОЖНИСТИХ ОРГАНІВ ЛЮДИНИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ.**
2. НДР «Комплексна судово-медична оцінка ушкоджень із пневматичної зброї (експериментально-морфологічне дослідження)», 0113U004460.
3. Судово-медична експертиза.
4. 2+.
5. Пат. 92061 Україна, МПК (2014.01) А61 5/00 F41В 11/00. Спосіб визначення виду пневматичної зброї при ураженні імітаторів тканин і порожнистих органів людини в експерименті / Козаченко І. М. ; патентовласник Харківська МАПО. – № у 2014 02389; заявл. 11.03.2014; опубл. 25.07.2014, Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Опрацьована корисна модель слугує для встановлення виду пневматичної зброї при ураженні імітаторів тканин і порожнистих органів людини в експерименті з використанням способу, в якому за рахунок дослідження характеру ушкодження імітаторів порожнистих органів людини, як ізольованих, так і через матеріали одягу, досягається визначення потужності зброї.
8. Упровадження способу визначення виду пневматичної зброї при експериментальному ураженні імітаторів тканин і порожнистих органів людини надасть можливість за морфологічними особливостями диференціювати ушкодження заподіяні з пневматичної зброї різної потужності, чого бракувало у раніше запропонованих способах.
9. Імітатори біологічних тканин і одягу, пневматична зброя різної потужності та снаряди до неї для експериментальної стрільби.

10. Необхідність під час виконання судово-медичної експертизи живих осіб, трупів, а також інших об'єктів експертизи визначення виду застосованої пневматичної зброї.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти, 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58.
14. Немає.
15. Козаченко І.М. (0577117902).

ТЕРАПІЯ

Реєстр. № 578/1/14

1. **ЛЕГЕНЕВА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ АБО ДЕФІЦИТУ МАСИ ТІЛА.**
2. НДР «Генетичні, метаболічні аспекти, запалення, дисфункція ендотелію та лікування при поєднаній патології внутрішніх органів», 0112U003546, 2012 - 2016 рр.
3. Терапія.
4. З, D.
5. Немає.
6. Немає.
7. Пропонується для впровадження в практику поліклінічних та стаціонарних відділеннях пульмонологічного та терапевтичного профілю на фоні загальноприйнятої терапії (продовжені бронходилататори або їх поєднання з інгаляційними глюкокортикостероїдами) хворих на хронічне обструктивне захворювання легень на тлі ожиріння або дефіциту маси тіла призначали індивідуальну легеневу реабілітацію (навчання пацієнта, припинення хворими куріння, психологічна підтримка, дихальна гімнастика, фізичні навантаження, дієтична підтримка впродовж шести місяців). Легенева реабілітація виявилася найефективнішою у хворих на ХОЗЛ із ІМТ від 25-29,9 кг/м². У даного контингенту хворих вірогідно знизилась задишка (на 30,2%) та кількість балів за тестом оцінки ХОЗЛ (на 31,3%), покращились показники ФЗД (ОФВ₁ зріс на 6%) за збільшення толерантності до фізичного навантаження (на 11,8%). Аналіз індексу BODE виявив суттєве зниження кількості балів після лікування (на 44,7%). При використанні легеневої реабілітації в комплексній терапії хворих на ХОЗЛ із ожирінням через шість місяців лікування відзначалося зменшення ІМТ і відсотку жирової маси за зростання м'язової маси і зменшення рівня вісцерального жиру. Слід відзначити суттєве зменшення задишки та кількості балів за тестом оцінки ХОЗЛ, а також покращення толерантності до фізичних навантажень і відповідно зменшення кількості балів за індексом BODE. У хворих на ХОЗЛ із ІМТ 18,5-24,9 кг/м² вірогідно зменшилася задишка (на 21,6%), зріс на 4,5% ОФВ₁, істотно зменшилася кількість балів за тестом оцінки ХОЗЛ (на 32,4%). Індекс BODE в даній групі пацієнтів суттєво покращився: кількість балів після лікування зменшилася на 22,4%. Застосування пульмональної реабілітації у хворих на ХОЗЛ із дефіцитом маси тіла хоча і мало менш виражений позитивний ефект, однак призводило до вірогідного покращання ІМТ, м'язової маси, задишки, толерантності до фізичних навантажень і відповідно кількості балів за тестом оцінки ХОЗЛ та індексом BODE. Порівняно із групою хворих, яким не призначалася пульмональна реабілітація, індекс BODE в

контрольній групі через 6 міс лікування зростав, особливо у хворих на ХОЗЛ із дефіцитом маси тіла. Відомо, що хворі на ХОЗЛ із ожирінням I та II ст. та надмірною масою тіла мають вищі показники ОФВ₁, ніж за наявності дефіциту маси тіла. Зазначається також, що 20-30% хворих на ХОЗЛ із нормальним ІМТ мають знижену м'язову масу та зростання жирової маси незалежно від тяжкості обструкції. У рандомізованому контрольованому дослідженні щодо ефективності коротко- та довгострокових реабілітаційних програм у хворих на ХОЗЛ продемонстровано позитивний вплив на якість життя пацієнтів, задишку та толерантність до фізичного навантаження та менший вплив на ФЗД. Аналіз отриманих даних підтвердив ефективність використання легеневої реабілітації в комплексній терапії ХОЗЛ задля покращання перебігу захворювання у хворих з різною масою тіла.

8. Підвищення ефективності лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень на тлі ожиріння або дефіциту маси тіла. Медична ефективність: покращання результатів ефективності терапевтичних заходів, зменшенню частоти і тяжкості ускладнень. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів та зниження частоти загострення, подовженню тривалості ремісії. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень на тлі ожиріння або дефіциту маси тіла шляхом підвищення ефективності лікувальних заходів (за рахунок застосування легеневої реабілітації, зменшення середнього терміну стаціонарного лікування хворого).
9. Опитувальник тест оцінки ХОЗЛ, спірометр, пульсоксиметр, апарат для біоімпедансного аналізу.
10. Хворі на ХОЗЛ на тлі ожиріння або дефіциту маси тіла в період загострення хвороби та за стабільного його перебігу.
11. Серцева недостатність ІІБ-ІІІ стадія, легенева недостатність ІІІ стадія.
12. Для запобігання виникнення тяжкої задишки збільшувати інтенсивність навантажень у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень потрібно поступово. Ніколи не слід доводити до тяжкої задишки. Якщо хворий втомився, підсилася задишка, з'явився біль в ногах або руках, обов'язково слід відпочити або перервати заняття, прийняти бронхорозширювальні ліки. Для того, щоб зменшити задишку під час фізичного навантаження, іноді буває корисним використовувати бронхорозширювальний інгалятор до її початку. Перед тим, як почати фізичні тренування, обов'язково треба визначитися чи немає протипоказань, особливо це стосується захворювань серця.
13. Буковинський державний медичний університет, 58000, м. Чернівці, Театральна площа, 2 тел/факс: (0372) 55-37-54.
14. Немає.
15. Ступницька Г.Я. (0509641773), Федів О.І. (0503741659).

Реєстр. № 579/1/14

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ АБО ДЕФІЦИТУ МАСИ ТІЛА ЗА МОДИФІКОВАНИМ ІНДЕКСОМ BODE.**
2. НДР «Генетичні, метаболічні аспекти, запалення, дисфункція ендотелію та лікування при поєднаній патології внутрішніх органів», 0112U003546, 2012-2016 рр.
3. Терапія.

4. 3, D.
5. Немає.
6. Немає.
7. Пропонується для впровадження в практику поліклінічних та стаціонарних відділень пульмонологічного та терапевтичного профілю удосконалити спосіб оцінки ефективності реабілітаційних програм у хворих на ХОЗЛ за модифікованим індексом BODE шляхом біоімпедансного аналізу для забезпечення оцінки ефективності реабілітаційних програм хворих на ХОЗЛ. Ефективність реабілітаційних програм у хворих на ХОЗЛ як із дефіцитом маси тіла, так із ожирінням, особливо абдомінальним, важко оцінити тільки за індексом маси тіла (ІМТ). ІМТ не може повністю відобразити характер дефіциту чи збільшення структурних компонентів тіла хворого, оскільки важливого значення набуває зростання саме м'язової маси, нормалізація відсотку жирової маси та, особливо, рівня вісцерального жиру внаслідок застосування реабілітаційних програм. Спосіб оцінки ефективності реабілітаційних програм у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень на тлі ожиріння або дефіциту маси тіла за модифікованим індексом BODE здійснюється наступним чином: на початку та в кінці реабілітаційної програми натще проводиться біоімпедансний аналіз за допомогою портативного апарату BC-601 (TANITA, Японія), що дозволяє виміряти ІМТ, відсоток жирової маси, м'язову масу, рівень вісцерального жиру. Спірографія проводиться для визначення об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁). Вимірюється в метрах відстань, пройдена хворим за шість хвилин (табл. 1).

Таблиця 1

Модифікована шкала BODE

	Показники	Кількість балів			
		0	1	2	3
body-mass index	ІМТ	21-28	29-34	>35	<21
	% жирової маси	нормальний відповідно до статі	збільшена на 20%	збільшена на 50%	збільшена у 2 рази
	М'язова маса	нормальна	зменшена на 10%	зменшена на 30%	зменшена на 50%
	Рівень вісцерального жиру	<12	>12		
obstruction	ОФВ ₁ , % від належного значення	>65	50-64	34-49	<35
dyspnea	Диспное, шкала MMRC, бали	0-1	2	3	4
exercise capacity	Відстань пройдена хворим за 6 хвилин, м	>350	250-349	150-249	<149

Критеріями ефективності реабілітаційних програм є зростання м'язової маси, нормалізація відсотку жирової маси та рівня вісцерального жиру. Реабілітаційна програма слід вважати ефективною,

якщо кількість балів після курсу лікування зменшується на
табільше при терміні реабілітації 6 місяців.

5

13. Підвищення оцінки ефективності реабілітаційних програм у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень на тлі ожиріння або дефіциту маси тіла за модифікованим індексом BODE. Медична ефективність: покращання результатів оцінки ефективності реабілітаційних програм, зменшенню частоти і тяжкості ускладнень. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності оцінки лікувальних заходів та зниження частоти загострення, подовженню тривалості ремісії. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень на тлі ожиріння або дефіциту маси тіла шляхом підвищення ефективності лікувальних заходів (за рахунок застосування критеріїв оцінки реабілітаційних програм, зменшення середнього терміну стаціонарного лікування хворого).
14. Спірометр, апарат для біоімпедансного аналізу.
15. Хворі на ХОЗЛ на тлі ожиріння або дефіциту маси тіла в період загострення хвороби та за стабільного його перебігу.
16. Протипоказаннями до застосування може слугувати серцева некомпенсована серцева недостатність.
17. Для запобігання виникнення помилок в даних біоімпедансного аналізу, потрібно проводити обстеження натще.
18. Буковинський державний медичний університет, 58000, м. Чернівці, Театральна площа, 2 тел/факс: (0372) 55-37-54.
19. Немає.
20. Ступницька Г.Я. (0509641773), Федів О.І. (0503741659).

Реєстр. № 580/1/14

1. **СПОСІБ РАЦІОНАЛЬНОЇ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ.**
2. НДР «Комплексне дослідження генетично обумовлених особливостей NF-KB опосередкованої сигнальної трансдукції, що визначає розвиток хронічного системного запалення, у хворих на метаболічний синдром та цукровий діабет 2 типу», 2301020, 2011-2015 рр.
3. Кардіологія, ендокринологія
4. 2+, С.
5. Деклараційний патент на корисну модель 83145 Україна. МПК А61К31/00. Спосіб раціональної комплексної терапії хворих з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом 2 типу / З.О.Шаєнко, М.С.Расін, І.П.Кайдашев, О.В.Лігоненко, І.І.Дігтяр.-Заявл. 18.03.13; Опубл. 27.08.13 // Бюл. №16.
6. Немає.
7. Дослідження проводилося на базі науково-дослідного інституту генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» та ендокринологічного відділення 1-ї міської лікарні м. Кременчука у 95 хворих з ІХС (стенокардія напруги 1-2 функціональний клас) та субкомпенсованим ЦД 2 типу (39 чоловіків та 56 жінок). Середній вік хворих складав $59,40 \pm 8,01$ років. Середня тривалість ЦД2 становила $5,3 \pm 0,7$ року, ІХС – $4,2 \pm 0,7$. До включення в дослідження хворі отримували метформін, середній рівень HbA1c на тлі монотерапії становив $8,90 \pm 0,76\%$. Хворі були повністю обстежені клінічно, лабораторно й інструментально. У дослідження не включалися пацієнти, які

перенесли в найближчі 6 місяців гострий коронарний синдром, інсульт, хірургічні втручання, важкі соматичні і психічні захворювання, а також хворих з погано контрольованою АГ, стенокардією III - IV ФК, з серцевою недостатністю 3 і 4 функціонального класу NYHA, з аритміями, які потребували спеціальному антиаритмічного лікування, з нирковою або печінковою недостатністю, з декомпенсованим цукровим діабетом, відомою непереносимістю тiazолідиндіонів або метформіну. Безпечність лікування визначалася по частоті епізодів гіпоглікемії, алергічних реакцій, даних ЕКГ, а також за показниками біохімічного та загальних аналізів крові та сечі з визначенням функціональних показників печінки і нирок. Автори не спостерігали будь-яких змін у функціональних показниках печінки і нирок, а також явищ алергії в досліджених групах хворих. Після скринінгу та стабілізації показників ІХС хворі протягом місяця отримували стандартний комплекс медикаментозної терапії, який включав: ізосорбідудинітрат 20 мг 2 рази на добу, ацетилсалицилова кислота 75 мг 1 раз на добу, амлодипін 5-10 мг 1 раз на добу, бісопролол 2,5-5 мг 1 раз на добу, аторвастатин 10 мг 1 раз на добу. До стандартного комплексу додавали метформін – препарат Сіофор у дозі 1700-2250 мг/добу, в залежності від маси тіла, розділений на 3 прийоми під час, або після вживання їжі та піоглітазон – препарат Піоглар у дозі 30 мг/добу, однократно, незалежно від прийому їжі.

8. Застосування запропонованого способу дозволяє знизити інсулінорезистентність, рівень системного запалення, нормалізувати глікемію та ліпідний обмін, покращити функцію β-клітин підшлункової залози і відповідно цим забезпечити надійний метаболічний контроль, корекцію ризику кардіоваскулярних ускладнень та покращити клінічний перебіг захворювання.
9. Лікарські засоби: препарат Сіофор та препарат Піоглар.
10. Ішемічна хвороба серця у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу.
11. Індивідуальна непереносимість тiazолідиндіонів або метформінів. Цукровий діабет 1 типу, стан кетоацидозу. Вагітність. Лактація. Вік до 18 років. Хворі з погано контрольованою артеріальною гіпертензією, зі стенокардією III-IV ФК, з серцевою недостатністю 2Б та 3 стадією та захворювання печінки з підвищенням вмісту АлТ та АсТ, з остеопорозом.
12. При появі диспептичних розладів, набряків, збільшенні рівня печінкових ферментів, явищ гіпоглікемії, анемії, остеопорозу слід зменшити дозу або відмовитись від застосування препарату. Літнім жінкам рекомендується додатковий прийом препаратів кальцію.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
14. Немає.
15. Шаєнко З.О. (0536772346), Расін М.С. (0532676269), Кайдашев І.П. (0532676269), Лігоненко О.В. (0532226874), Дігтяр І.І. (0532)681659).

Реєстр. № 581/1/14

1. **ВИКОРИСТАННЯ ОМЕГА-3 ПОЛІНЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ ТА ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ ТА МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.**
2. НДР «Кардіо-метаболічні порушення та їх корекція у хворих на артеріальну гіпертензію», 0111u006407, 2011-2013 рр.
3. Терапія.
4. 2++, С.

5. Патент № 75850 від 10.12.2012 «Спосіб попередження розвитку стану гіперкоагуляції, асоційованого з дисліпідемією та імунним запаленням, у хворих на фібриляцію передсердь з метаболічним синдромом».
6. Немає.
7. Лікувальну дію омега-3 поліненасичених жирних кислот вивчали у хворих з фібриляцією передсердь та метаболічним синдромом. Висновок про фармакотерапевтичну ефективність досліджуваного препарату робили на основі клінічного обстеження 39 хворих, оцінки перорального глюкозотолерантного тесту та ліпідограма, визначення рівня інсуліну, С-реактивного протеїну імуноферментним методом в сироватці крові. Встановлено, що досліджуваний препарат в дозі 1000 мг/добу володіє гіполіпідемічним та протизапальними ефектами, що пов'язано із стабілізацією клітинних мембран.
8. Підвищення ефективності лікування та профілактики системного запалення та гіперліпідемії у хворих з фібриляцією передсердь та метаболічним синдромом. Застосування омега-3 поліненасичених жирних кислот попереджує виникнення фатальних і не фатальних серцево-судинних подій та дозволяє покращити якість життя хворих на артеріальну гіпертензію з фібриляцією передсердь та метаболічним синдромом.
9. Стандартні набори реактивів для біохімічного визначення показників ліпідного спектру крові; тест UBI MAGIWEL CRP Quantitative для визначення рівня С-РП в сироватці крові.
10. Фібриляція передсердь у хворих на артеріальну гіпертензію із метаболічним синдромом.
11. Немає.
12. Чітке дотримання режиму застосування препарату унеможливорює ускладнення, а дотримання правил забору крові – помилок при використанні нововведення.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
14. Немає.
15. Оринчак М.А., Василечко М.М. (0342527240).

Реєстр. № 582/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ ІЗ ДІАСТОЛІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА МЕТАБОЛІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ.**
2. НДР «Кардіо-метаболічні порушення та їх корекція у хворих на артеріальну гіпертензію», 0111u006407, 2011-2013 рр.
3. Терапія.
4. 2++, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Проводять вимірювання офісного артеріального тиску, добове моніторування артеріального тиску, ехокардіографію із визначенням фракції викиду (ФВ), пероральний глюкозотолерантний тест з визначенням порушення толерантності до глюкози та рівня ендогенного інсуліну в крові натще і через дві години після навантаження глюкозою, цитокіновий профіль: фактор некрозу пухлин- α , інтерлейкін-6, інтерлейкін-10, трансформуючий фактор росту- β , судинні розчинні молекули адгезії (sVCAM-1) імуноферментним методом. При наявності ознак артеріальної гіпертензії, діастолічної серцевої недостатності (ФВ > 45%), інсулінорезистентності з реактивною/спонтанною гіперінсулінемією та активацією про- і протизапальних цитокінів застосовують телмісартан по 40-80

- мг/д, торасемід 5-10 мг/д та аторвастатин 10 мг/д всередину. В умовах реактивної/спонтанної гіперінсулінемії зростає активність про- та проти запальних цитокінів, що проявляється важчим перебігом артеріальної гіпертензії з діастолічною серцевою недостатністю. Клінічну ефективність оцінюють за рівнем артеріального тиску (бажаний рівень офісного <140/90 мм рт.ст. та середньодобового <125/85 мм рт.ст.), фракції викиду (>45%), ендогенного інсуліну натще та після навантаження (<20 мкОД/мл), зниженням ступеня активності про- та проти запальних цитокінів, що проявляється позитивною динамікою клінічних проявів у хворих на артеріальну гіпертензію з діастолічною серцевою недостатністю через чотири тижні лікування. Після проведення лікування виявлено зниження активності про- та проти запальних цитокінів, що супроводжується стабілізацією артеріального тиску у 75% випадках та зменшенням функціонального класу серцевої недостатності у хворих на артеріальну гіпертензію з діастолічною серцевою недостатністю.
8. Запропонований спосіб дозволяє підвищити ефективність лікування хворих на артеріальну гіпертензію із діастолічною серцевою недостатністю та метаболічними порушеннями, зменшити ризик виникнення кардіоваскулярних подій.
 9. Тонometr, апарат АВРМ-04 для проведення добового моніторингу артеріального тиску, ехокардіограф Sonoace-4800. Стандартні біохімічні набори для визначення ліпідного спектру крові та глюкози, набір реактивів для імуноферментного визначення рівня ендогенного інсуліну, фактору некрозу пухлин- α , інтерлейкіну-6, інтерлейкін-10, трансформуючого фактору росту- β , судинних розчинних молекул адгезії (sVCAM-1) в крові. Таблетовані лікарські препарати – телмісартан, торасемід та аторвастатин.
 10. Артеріальна гіпертензія ускладнена діастолічною серцевою недостатністю з метаболічними порушеннями.
 11. Печінкова та ниркова недостатність тяжкого ступеня, систолічна серцева недостатність із зниженням артеріального тиску.
 12. Диференційний підхід до призначення лікарських препаратів телмісартану, торасеміду та аторвастатину, а також чіткого дотримання кратності прийому та дозування даних препаратів.
 13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
 14. Немає.
 15. Оринчак М.А., Шеремета О.М. (0678102167).

Реєстр. № 583/1/14

1. СПОСІБ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ У ПОСІДНАННІ З ДИСБІОЗОМ КИШЕЧНИКА ШЛЯХОМ КОРЕКЦІЇ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКА.
2. НДР «Роль дисбіозу кишечника в перебігу цирозу печінки: нові можливості лікувального впливу».
3. Терапія.
4. 2++, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Проводили сонографію органів черевної порожнини, реогепаатографію, патоморфологічне дослідження некропсійного матеріалу тканини печінки, бактеріологічне дослідження калу, нейропсихометричні тести,

- визначали рівень ендогенної інтоксикації (рівень середньомолекулярних пептидів, аміаку, розрахунок ЛІІ). Хворим на цироз печінки призначали препарати лакто- та біфідобактерій - біфілактестрата гідрогель метилкремнієвої кислоти – ентеросгель. Клінічну ефективність оцінювали за збільшенням титру біфідо- та лактобактерій, суттєвим зниженням E.coli з лактозонегативною та гемолітичною активністю, та умовно-патогенних ентеробактерій, зниженням показників ендогенної інтоксикації та покращенням виконання нейропсихометричних тестів.
- Запропонований спосіб застосування препаратів «Біфілактестрата» та «Ентеросгель» призводить до вірогідно кращої редукції суб'єктивних і об'єктивних проявів цирозу, вираженості функціонально-біохімічних синдромів, сприяє суттєвому нормуванню показників мікробіоценозу кишечника, дозволяє більше ефективно впливати на прояви ендогенної інтоксикації та печінкової енцефалопатії.
8. Запропонований спосіб дозволить підвищити ефективність і оптимізувати лікування цирозу печінки у поєднанні з дисбіозом кишечника і досягти нормування показників мікробіоценозу кишечника та печінкової енцефалопатії.
 9. Біфілактестрата, ентеросгель.
 10. Цироз печінки, дисбіоз кишечника.
 11. Не виявлені. Використання препарату (ентеросгель, біфілактестрата) може бути обмежене у зв'язку з непрохідністю кишечника, галактоземією (біфілактестрата).
 12. Не відмічали.
 13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
 14. Немає.
 15. Глушко Л.В. (0509527968), Гавриш І.М. (0976430797).

Реєстр. № 584/1/14

1. **СПОСІБ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ДІАГНОСТИКИ ГІПЕРТЕНЗИВНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ХВОРИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.**
2. НДР «Кардіо-метаболічні порушення та їх корекція у хворих на артеріальну гіпертензію», 0111u006407, 2011-2013 рр.
3. Терапія.
4. 2++, С.
5. Стаття Оринчак М.А. Взаємозв'язок між біомаркерами ураження органів-мішеней та рівнем ендогенного інсуліну у хворих з гіпертензивною нефропатією та метаболічним синдромом / М.А. Оринчак, О.С. Човганюк, І.О. Гаман, І.І. Вакалюк // Український журнал нефрології та діалізу. – 2013. – Додаток №1 до №3 (39). – С.30-35.
6. Немає.
7. Для діагностики гіпертензивної нефропатії у хворих із метаболічним синдромом проводять загальноприйняте обстеження, визначають рівень креатиніну в крові біохімічним методом, рівень ендогенного інсуліну, С-реактивного протеїну, фактору некрозу пухлин- α , В-типу натрійуретичного пептиду в сироватці крові імуноферментним методом та наявність мікроальбумінурії в добовій сечі. У пацієнтів із гіпертензивною нефропатією у поєднанні з метаболічним синдромом спостерігається інсулінорезистентність з реактивною/спонтанною гіперінсулінемією у 76% випадках; інсулінорезистентність супроводжується порушенням функціонального стану нирок із появою мікроальбумінурії, підвищенням рівня креатиніну в крові на 40% та зменшенням швидкості клубочкової фільтрації у 1,5 рази;

- рівень біомаркерів ураження органів-мішеней збільшується при інсулінорезистентності, максимально – при спонтанній гіперінсулінемії.
8. Запропонований спосіб дозволяє підвищити якість діагностики гіпертензивної нефропатії у хворих із метаболічним синдромом.
 9. Стандартний біохімічний набір для визначення рівня креатиніну в крові, набір реактивів для імуноферментного визначення рівнів С-реактивного протеїну, фактору некрозу пухлин- α , В-типу натрійуретичного пептиду, ендогенного інсуліну; тест-полоски для визначення рівня мікроальбуміну в добовій сечі.
 10. Гіпертензивна нефропатія у хворих із метаболічним синдромом.
 11. Тяжка печінкова, ниркова, серцева недостатність.
 12. Чітке дотримання режиму застосування препарату унеможливує ускладнення, а дотримання правил забору крові, зберігання плазми крові, техніки визначення рівня креатиніну, С-реактивного протеїну, фактору некрозу пухлин- α , В-типу натрійуретичного пептиду, ендогенного інсуліну, мікроальбуміну рії – помилок при використанні нововведення.
 13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2, кафедра внутрішньої медицини стоматологічного факультету.
 14. Немає.
 15. Оринчак М.А., Гаман І.О. (0342527240), Човганюк О.С., Вакалюк І.І.

Реєстр. № 585/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СТУПЕНЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО ПОШКОДЖЕННЯ СУДИН У ХВОРИХ НА ДОДІАЛІЗНОМУ ЕТАПІ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК.**
2. НДР «Роль порушень нейро-ендокринних та імунних взаємозв'язків і розробка методів їх корекції у хворих із вторинним остеопорозом», 0110U001825.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. 57841 Україна, А61В 10/00. Спосіб визначення вмісту циркулюючих ендотеліальних клітин у плазмі крові / Сусла О.Б., Мисула І.Р.; заявник і патентовласник Державний вищий навчальний заклад Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського. – № u 2010 11243; заявл. 20.09.2010; опубл. 10.03.2011, Бюл. № 5.
6. Немає.
7. Запропонована наукова (науково-технічна) продукція передбачає удосконалення діагностики ступеня атеросклеротичного пошкодження судин за додіалізної хронічної хвороби нирок шляхом підрахунку плазмової кількості циркулюючих ендотеліальних клітин (ЦЕК) у хворих залежно від наявності гіпоехогенних (м'яких) і гіперехогенних (кальцифікованих) бляшок. Ехогенність каротидних бляшок у хворих з діагностованою хронічною хворобою нирок I-V стадій, які не перебувають на діалізному лікуванні, визначають згідно з класифікацією Grau-Weale шляхом виконання ультразвукового дуплексного сканування сонних артерій у В-режимі та кольорового дуплексного картування кровоплину, застосовуючи стандартизовані підходи. Ізоляцію та кількісний аналіз ЦЕК проводять у збагаченій тромбоцитами плазмі за методикою J. Hladovec в нашій модифікації. Залежно від ультразвукової морфології каротидних бляшок формують 3 групи пацієнтів: 1-ша – немає бляшок; 2-га – гіпоехогенні бляшки; 3-тя – гіперехогенні бляшки. У хворих з відсутністю бляшок у артеріях еластичного типу вміст десквамованих ендотеліоцитів найнижчий і визначається

- в межах від 4 до 7 клітин в 1 л крові, тоді як у пацієнтів з кальцифікованими бляшками такий найвищий – понад 11 клітин в 1 л крові.
8. Забезпечується підвищення точності діагностики ступеня атеросклеротичного пошкодження судин у хворих на додіалізну хронічну хворобу нирок. Рання діагностика судинної кальцифікації є ефективним інструментом своєчасної профілактики, прогнозу та призначення адекватної терапії, відтак – чинником, що впливає на розвиток серцево-судинних ускладнень і якість життя таких хворих. Застосування у науковій (науково-технічній) продукції кількісного визначення ЦЕК як маркера пошкодження ендотелію є достатньо коректним, методично зручним, дозволяє отримати високоточні результати та на відміну від інших методик визначення показників, які характеризують ступінь пошкодження ендотелію (фактор Віллебранда, тромбомодулін тощо) – економічно малозатратним.
 9. Ультразвуковий апарат експертного класу, оснащений доплерівським блоком та лінійним датчиком 7,5-12,0 МГц, фазово-контрастний або люмінесцентний мікроскоп з базовою комплектацією об'єктивом $\times 40$ та окуляром $\times 10$, камера Горяєва, фізіологічний розчин, аденозиндифосфат або його натрієва сіль, центрифуга з відносною величиною прискорення 395g і 2100g.
 10. Хворі на хронічну хворобу нирок у додіалізованому періоді.
 11. Немає.
 12. Рекомендації авторів та дотримання державних стандартів щодо експлуатації діагностичної апаратури та лабораторної техніки, чіткого алгоритму визначення плазмового вмісту ендотеліальних клітин дозволяють уникнути помилок при використанні наукової (науково-технічної) продукції.
 13. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України».
 14. Немає.
 15. Швед М.І., Сусла О.Б. (0352273348).

Реєстр. № 586/1/14

1. **СПОСІБ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ ПРОЯВІВ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ТА СУБКЛІНІЧНИЙ ГІПОТИРЕОЗ.**
2. НДР «Коморбідні стани в клініці внутрішніх хвороб та практиці сімейного лікаря: предиктори розвитку, рання діагностика, профілактика і лікування», 0113U001244.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Патент Україна, МПК: G01N33/48, A61B 5/0205, A61B 8/00, A61K 38/22. Спосіб медикаментозного лікування хворих на стабільну стенокардію та субклінічний гіпотиреоз / Швед М. І., Припхан І. Б.; заявник і патентовласник ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України».- № u201413205.
6. Немає.
7. У хворих із стабільною стенокардією та субклінічним гіпотиреозом з метою підвищення ефективності лікуваного процесу (за рахунок зменшення ішемії міокарда, відновлення метаболізму кардіоміоцитів та покращення функції щитоподібної залози) додатково до стандартного лікування стабільної стенокардії та L-тироксину доцільно призначати комплексну терапію з використанням та L-карнітину. Застосування запропонованої комплексної терапії у пацієнтів із стабільною стенокардією та субклінічним гіпотиреозом

дозволяє досягти стану еутиреозу та відновити хроно- та інотропну функцію кардіоміоцитів шляхом нормалізації Ca^{++} -активованої АТФ-ази, скоротливості міозину, стабілізації функції адренергічних рецепторів, аденілатциклази, протеїнкінази, а додаткове застосування L-карнітину сприяє покращенню антиоксидантного захисту організму, стабілізації функції мембран кардіоміоцитів, внутрішньомітохондріальному утворенню та транспорту АТФ. Запропонована програма саме такого лікування обґрунтована ще й тим, що L-тироксин у середньо-терапевтичній та максимальній дозах може викликати додатково ішемічні зміни та зниження скоротливої функції. Враховуючи необхідність корекції цих проявів у пацієнтів із стабільною стенокардією та субклінічним гіпотиреозом, лікувальна практика передбачає одночасне застосування малих доз L-тироксину та L-карнітину, який покращує функціональний стан клітинних та внутрішньоклітинних мембран кардіоміоцитів, володіє вираженим антиішемічним ефектом, який пов'язаний з посиленням синтезу та збереження достатньої кількості АТФ в умовах гіпоксії. При цьому препарат не впливає на зміну частоти серцевих скорочень і артеріальний тиск, але знижує загальний периферичний опір та попереджує розвиток вазоконстрикції. Окрім того, при виборі препарату бралось до уваги те, що L-карнітин добре переноситься пацієнтами, а побічні реакції виникають вкрай рідко. Спосіб медикаментозного лікування хворих на стабільну стенокардію та субклінічний гіпотиреоз включає стандартну терапію та застосування L-тироксину і відрізняється тим, що додатково призначають L-карнітин в дозуванні 1000 мг/добу внутрішньовенно краплинно протягом 5 днів з подальшим переходом на пероральне застосування за схемою 1000 мг/добу протягом трьох місяців та подальшим зниженням до 500 мг/добу протягом наступних трьох місяців.

8. Відомий спосіб медикаментозного лікування хворих на стабільну стенокардію та субклінічний гіпотиреоз, який включає застосування базової терапії стабільної стенокардії та L-тироксину. Недоліком відомого способу є недостатня технологічна і лікувальна ефективність, яка зумовлена тим, що при застосуванні L-тироксину виникає негативний вплив на перебіг серцево – судинної патології, що проявляється у посиленні ішемії міокарда, виникненні ангінозних приступів, розвитку аритмій та прогресуванні серцевої недостатності. При комплексному використанні L-карнітину, L-тироксину та стандартного лікування підвищується якість лікування проявів серцевої недостатності ішемічного та гіпотиреодногогенезу у хворих із стабільною стенокардією напруження II-III ФК та субклінічним гіпотиреозом.
9. Наявність і ступінь вираженості субклінічного гіпотиреозу оцінюють шляхом визначення рівня гормонів: тиреотропного гормону, тироксину та концентрації антитіл до пероксидази за допомогою електрохемілюмінесцентного аналізатора фірми ROCHE – Elecsys 2010 та стандартного набору реактивів. Визначення показника натрійуретичногопропептиду NTproBNP проводять за допомогою набору для кількісного визначення NTproBNP версія 100506, каталоговий номер № 442-1204. Вираженістьдіастолічноїдисфункції оцінюють за допомогою Ехо-КГ на апараті Philips HD11XE.
10. Поєднання стабільної стенокардії та субклінічного гіпотиреозу, які розвивається у жителів ендемічних йододефіцитних районів та супроводжується ознаками серцевої недостатності.
11. Немає.
12. Рекомендації авторів та дотримання державних стандартів щодо експлуатації запропонованого методу дозволяють уникнути помилок при використанні наукової (науково-технічної) продукції.

13. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України».
14. Немає.
15. Швед М.І., Припхан І.Б. (0967092369).

Реєстр. № 587/1/14

1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ГІПЕРТЕНЗИВНОЇ НЕФРОПАТІЇ.
2. НДР «Ранні прояви нефропатії у хворих на гіпертонічну хворобу в залежності від ремоделювання лівого шлуночка, периферичних артеріальних судин, мікроциркуляторного русла та їх медикаментозна корекція», 0113U008225, 2012-2015 рр.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Деклараційний патент на корисну модель 88443 Україна, МПК (2014.01) А61К 31/00. Спосіб корекції гіпертензивної нефропатії / Фуштей І.М., Токаренко О.О.; заявники та патентовласники ДЗ "ЗМАПО МОЗ України", Фуштей І. М., Токаренко О.О.. - № u 2013 13388; заявл. 18.11.2013; опубл. 11.03.2014, Бюл. № 5.
6. Немає.
7. В основу нововведення поставлена задача підвищення ефективності способу корекції гіпертензивної нефропатії, шляхом диференційованого призначення двокомпонентної та трьохкомпонентної нефропротекторної медикаментозної терапії в залежності від гемодинамічного типу мікроциркуляції, що притаманний хворому.

Причинно-наслідковий зв'язок між заявленою сукупністю ознак і технічним результатом полягає в наступному:

додаткова оцінка показників мікроциркуляції крові методом лазерної доплерівської флоуметрії на початку лікування дозволяє суттєво підвищити розуміння механізмів формування та прогресування гіпертензивної нефропатії;

призначення лікарських засобів для корекції гіпертензивної нефропатії із врахуванням гемодинамічного типу мікроциркуляції, дозволяє використати більш поглиблений, патогенетично обґрунтований підхід в залежності від ситуації, що притаманна конкретній мікроциркуляторній арені;

додаткове призначення лікарських засобів з групи недигідропіридинових антагоністів кальцію або дигідропіридинового антагоністу кальцію - лерканідипіну гідрохлориду хворим у яких виявлено спастичний або застійно-стазичний гемодинамічний тип мікроциркуляції, забезпечує зниження тону м'язової мускулатури аферентної та еферентної артеріол ниркових клубочків, що призводить до зниження внутрішньоклубочкового тиску та проявляється у вигляді посилення нефропротекторного ефекту;

додаткове призначення статинів сприяє відновлюванню порушеної ендотеліальної функції в мікроциркуляторному руслі нирки, що призводить до зменшення транскапілярної втрати альбуміну, і як наслідок проявляється у вигляді посилення нефропротекції.

Диференційоване призначення медикаментозних засобів в залежності від визначеного гемодинамічного типу мікроциркуляції дає можливість оптимізувати об'єм призначення медикаментозних засобів, що володіють нефропротекторними властивостями, зменшити медикаментозне навантаження та досягти скорочення кількості побічних явищ.

Спосіб здійснюється таким чином: хворим на гіпертонічну хворобу із наявністю гіпертензивної нефропатії заздалегідь методом лазерної доплерівської

флоуметрії проводять тестування гемомікроциркуляторного русла в стані спокою, після чого виконують оклюзійну пробу. Спираючись на отримані параметри, що характеризують стан гемомікроциркуляторної системи, а саме показник мікроциркуляції в стані спокою та резерв мікроциркуляторного кровотоку в ході проведення оклюзійної проби, встановлюють гемодинамічний тип мікроциркуляції, характерний для хворого: нормоциркуляторний, гіперемічний, спастичний та застійно-стазичний. При наявності у хворого нормоциркуляторного або гіперемічного типів мікроциркуляції призначають комбінацію лікарських засобів у вигляді блокаторів рецепторів ангіотензину II та статину. Якщо в ході діагностики гемомікроциркуляторної системи у хворого встановлюють наявність спастичного або застійно-стазичного гемодинамічного типу мікроциркуляції, то до призначеної двокомпонентної комбінації лікарських засобів, що складається з блокаторів рецепторів ангіотензину II та статину долучають третій патогенетично обґрунтований для цих гемодинамічних типів мікроциркуляції лікарський засіб у вигляді антагоністу кальцієвих каналів.

При виборі препарату з групи антагоністів кальцієвих каналів, віддають перевагу тим, що здатні усувати ниркову внутрішньоклубочкову гіпертензію, знижуючи тонус гладкої мускулатури, як аферентної так і еферентної артеріоли, що в результаті сприяє зниженню пасажу альбуміну крізь базальну мембрану. Вище названі властивості характерні для недигідропіридинових антагоністів кальцію, а також для дигідропіридинового антагоністу кальцію - леркандипіну гідрохлориду. За виключенням останнього, призначення усіх інших, більш ранніх, дигідропіридинових похідних антагоністів кальцію з метою нефропротекції, не є бажаним, оскільки: по-перше їх нефропротекторний ефект забезпечується лише за рахунок зниження системного артеріального тиску, по-друге вазодилатуюча дія дигідропіридинових антагоністів кальцію більш виражена в аферентній артеріолі ніж в еферентній, що не сприяє зниженню гідростатичного тиску в капілярах клубочків.

Застосування пропонованого способу корекції гіпертензивної нефропатії із диференційованим призначенням комбінацій медикаментозних засобів, в залежності від гемодинамічного типу мікроциркуляції, дозволяє суттєво підвищити ефективність корекції гіпертензивної нефропатії та відвернути появу ускладнень.

8. Медична ефективність: використання зазначеного патогенетично обґрунтованого способу, приведе до суттєвого підвищення ефективності медикаментозної корекції гіпертензивної нефропатії. Внаслідок зменшення медикаментозного навантаження, вдасться досягти скорочення кількості побічних явищ від лікування. 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: диференційоване призначення зазначених комбінацій лікарських засобів дозволить зменшити собівартість лікування.
9. Одноканальний комп'ютеризований лазерний аналізатор капілярного кровотоку, тонометр для вимірювання артеріального тиску за М.С. Коротковим.
10. Гіпертензивна нефропатія.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», 69096, м. Запоріжжя, бул. Вінтера, 20, тел. +380612791638, факс +380612790192.
14. Немає.
15. Фуштей І.М. (0612242076), Токаренко О.О. (0508509425).

- 1. ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ БІОГЕННИХ ПРЕПАРАТІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЕЛОНЕФРИТ ІЗ КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ТА ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМ.**
2. НДР «Генетичні, метаболічні аспекти, запалення, дисфункція ендотелію та лікування при поєднаній патології внутрішніх органів», 0112U003546; 2012-2016 рр.; НДР «Наукове забезпечення реалізації Європейської політики ЗДВ-21 в умовах оптимізації системи охорони здоров'я України», 0112U002809, 2012-2014 рр.
3. Терапія, внутрішні хвороби.
4. 2++, В.
5. Деклараційний пат. на винахід № 43641 А Україна, МПК А63D 15/00. Заявник та патентовласник Волошин О.І., Безрук Т.О., Поканевич В.В., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 17.12.2001, Бюл. № 16/2009.
6. Немає.
7. Впродовж останніх років науковцями все більше уваги приділяється пошуку нових засобів лікування коморбідної терапевтичної патології. Покращення якості життя хворих на хронічні захворювання, подовження ремісії, усунення симптомів супутньої патології є одним із важливих завдань сьогоденної практичної медицини. Хронічний піелонефрит (ХПН) – одне з поширених захворювань нирок. В останні роки уточнена роль антиоксидантної, імунної та інших систем у виникненні патологічних порушень при ХПН. У зв'язку з цим пропонуються різні засоби для лікування в комплексі ХПН. Відомі способи лікування, засновані на використанні коштовних препаратів з великим спектром побічної дії, які впливають на окремі види патологічних порушень. Крім того, у хворих на ХПН досить часто визначаються патологічні порушення інших органів та систем, у тому числі і гастродуоденальної, гепатобіліарної та кровотворної, що вимагає застосування відповідних засобів. Захворювання органів травної системи – поширена соматична патологія як у нашій країні, так і за кордоном, її виявляють у 10-50% працездатного населення і ця негативна тенденція зростає. Супутня патологія органів травлення при хронічному піелонефриті визначається віком та статтю пацієнта, загальною резистентністю організму, професійними шкідливостями, якістю життя та може бути наслідком медикаментозного ураження при лікуванні загострень піелонефриту. Пропонується для впровадження в практику методика диференційованого застосування біогенних препаратів: пилку квіткового (bienen pollen) та фармакологічного препарату на основі комплексу природних небілкових низькомолекулярних органічних сполук негормонального походження, отриманих із тваринної ембріональної тканини (глікопептиди, пептиди, нуклеотиди, амінокислоти) – «Ербісол» в комплексному лікуванні хворих на хронічний піелонефрит із поєднаною патологією гастродуоденальної та гепатобіліарної систем в залежності від віку пацієнтів та клінічних варіантів перебігу коморбідної патології.
- 8.** В основу інновації поставлено задачу удосконалення способу лікування хронічного піелонефриту, забезпечення більш швидкого та сталого одужання, зменшення побічних ефектів лікарських засобів, корекції наявних супутніх чи медикаментозно зумовлених уражень гастродуоденальної та гепатобіліарної систем та уникнення поліпрагмазії у лікуванні коморбідних пацієнтів. Медична ефективність: прискорення регресу симптомів основного та коморбідних

- захворювань системи травлення; прискорення часу настання стану неповної клінічної ремісії; подовження тривалості ремісії основного та коморбідних захворювань системи травлення; зниження частоти рецидивів основного та коморбідних захворювань системи травлення впродовж року. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів. Економічна ефективність: зменшення економічних витрат за рахунок зниження частоти рецидивів основного та коморбідних захворювань системи травлення впродовж року.
9. Пилок квітковий (bienen pollen), Ербісол (розчин для ін'єкцій в ампулах по 1 мл. або 2 мл.).
 - 10.** Хронічний пієлонефрит та коморбідна патологія зумовлена ураженням гастроудоденальної та гепатобіліарної систем.
 - 11.** Індивідуальна непереносимість.
 - 12.** При застосуванні пилку квіткового можливі прояви алергічних реакцій (кропив'янка, набряк Квінке), пов'язаних із індивідуальною непереносимістю. У разі появи проявів – застосування ПК слід відмінити. Препарат Ербісол добре переноситься пацієнтами, побічні явища у більшості випадків не виявляються. Але в деяких випадках у перші 2-5 днів застосування препарат може викликати загострення хронічного процесу, яке не слід розглядати як негативне явище, оскільки у більшості випадків воно є стадією лікувального процесу. Інколи спостерігається підвищення артеріального тиску, в цьому випадку необхідно зменшити дозування препарату Ербісол, або застосувати гіпотензивні засоби.
 13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України: 58002, м. Чернівці, Театральна площа, 2.
 14. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
 15. Безрук Т.О., Безрук В.В., Яценко Ю.Б.

Реєстр. № 589/1/14

- 1. СПОСІБ КОНТРОЛЮ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ПОЄДНАНУ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.**
2. НДР «Вивчити особливості системного та місцевого імунітету і цитокинового статусу у хворих з різною соматичною патологією, інфікованих герпесвірусними, грибковими та атиповими збудниками, та розробити нові методи діагностики, патогенетичного лікування та імунореабілітації», 0112U001765, 2012-2014 рр.
3. Терапія, кардіологія, клінічна імунологія, ендокринологія.
4. 1+, А.
5. Пат. на корисну модель № 87114 Україна, МПК G01N 33/68. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.01.2014, Бюл. № 2/2014.
6. Немає.
7. У даному способі контролю ефективності лікування хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану з метаболічним синдромом, який включає дослідження крові, в сироватці крові визначають до та після лікування вміст прозапальних цитокінів – фактора некрозу пухлин- α , інтерлейкіну-1 β , інтерлейкіну-6 і при зниженні їх вмісту після лікування до значень, які не відрізняються від норми, оцінюють лікування як ефективне.
8. Більш ефективна оцінка клінічної динаміки, зменшення матеріальних витрат і скорочення часу для оцінки перебігу захворювання та його ступеня тяжкості, як

- наслідок - зменшення тимчасової та стійкої втрати працездатності, інвалідизації, підвищення якості життя хворих.
9. Обладнання імунологічної лабораторії: центрифуга PC-6, аналізатор імуноферментний Ц 01-С, холодильник, термостат ТС 80-М2; реактиви: набори реагентів для імуноферментного аналізу Pro Cop для визначення ФНП- α , ІЛ-1 β та ІЛ-6, фізіологічний розчин; вироби медичного призначення: спирт, вата, дозатори, піпетки, наконечники.
 10. Артеріальна гіпертензія, поєднана з метаболічним синдромом.
 11. Немає.
 12. Використання самої суті нововведення (спосіб контролю ефективності лікування хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану з метаболічним синдромом) не асоціюється з будь-якими ускладненнями та помилками.
 13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, 01601, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 13.
 14. Немає.
 15. Бичкова Н.Г., Никула Т.Д., Бичков О.А., Хайтович М.В., Бичкова С.А., Ахтемійчук О.С. (044) 234-60-63.

Реєстр. № 590/1/14

- 1. СПОСІБ КОНТРОЛЮ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ПРИ ПЕРСИСТЕНЦІЇ CHLAMYDIA PNEUMONIA.**
2. НДР «Вивчити особливості системного та місцевого імунітету і цитокінового статусу у хворих з різною соматичною патологією, інфікованих герпесвірусними, грибовими та атиповими збудниками, та розробити нові методи діагностики, патогенетичного лікування та імунореабілітації», 0112U001765, 2012-2014 рр.
3. Терапія, пульмонологія, клінічна імунологія.
4. 1+, А.
5. Пат. на корисну модель № 86779 Україна, МПК G01N 33/48. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.01.2014, Бюл. № 1/2014.
6. Немає.
7. У даному способі контролю ефективності лікування хворих на бронхіальну астму при персистенції Chlamydia pneumoniae, який включає дослідження крові, в сироватці крові визначають до та після лікування вміст прозапальних цитокінів – фактора некрозу пухлин- α , інтерлейкіну-1 β , інтерлейкіну-6 і при зниженні їх вмісту після лікування до значень, які не відрізняються від норми, оцінюють лікування як ефективне.
8. Більш ефективна оцінка клінічної динаміки, зменшення матеріальних витрат і скорочення часу для оцінки перебігу захворювання та його ступеня тяжкості, як наслідок - зменшення тимчасової та стійкої втрати працездатності, інвалідизації, підвищення якості життя хворих.
9. Обладнання імунологічної лабораторії: центрифуга PC-6, аналізатор імуноферментний Ц 01-С, холодильник, термостат ТС 80-М2; реактиви: набори реагентів для імуноферментного аналізу Pro Cop для визначення ФНП- α , ІЛ-1 β та ІЛ-6, фізіологічний розчин; вироби медичного призначення: спирт, вата, дозатори, піпетки, наконечники.
10. Бронхіальна астма при персистенції Chlamydia pneumoniae.
11. Немає.

12. Використання самої суті нововведення (спосіб контролю ефективності лікування хворих на бронхіальну астму при персистенції *Chlamydia pneumoniae* не асоціюється з будь-якими ускладненнями та помилками.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, 01601, м. Київ, бул. Т. Шевченка.
14. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, Інститут проблем патології НМУ.
15. Бичкова Н.Г., Бичкова С.А., Голик Л.А., Удовенко Н.С., Чередніченко Л.І. (044) 234-60-63.

Реєстр. № 591/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.**
2. НДР «Дослідити вплив метаболічних порушень на електричну стабільність міокарда у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень та розробити методи фармакологічної корекції», 0110U002344, 2010-2012 рр.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель № 80975, МПК А61К 31/00. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.06.2013, Бюл. № 11/2013.
6. Немає.
7. На підставі отриманих показників імунного статусу визначається тип клітинного імунодефіциту та індивідуальна чутливість лімфоцитів пацієнта до препарату *in vitro*. При Т-хелперному та тотальному Т-клітинному імунодефіциті, що супроводжується низьким імунорегуляторним індексом, найбільш ефективним є застосування Лімфоміозота або Галіум-Хеель по 10 крапель під язик тричі на добу, Траумель С та Ехінацея композитум С по 2,2мл внутрішньом'язово тричі на тиждень та Бронхаліс-Хеель по 1 таблетці тричі на добу, з переважно Т-супресорним та тотальним Т-клітинним імунодефіцитом, що проявляється високим імунорегуляторним індексом, показані Лімфоміозот або Галіум-Хеель по 10 крапель під язик тричі на добу, Траумель С по 2,2 мл внутрішньом'язово тричі на тиждень та Бронхаліс-Хеель по 1таблетці тричі на добу. У разі гіперреактивності імунної системи призначається Лімфоміозот або Галіум-Хеель по 10 крапель під язик тричі на добу та Мукоза композитум по 2,2 внутрішньом'язово тричі на тиждень. Термін призначення препаратів складає 3 тижні.
8. Отримання адекватної імунної відповіді з урахування типу імунодефіциту у хворих на ХОЗЛ.
9. Імунологічна лабораторія, антигомотоксичні препарати.
10. Хронічне обструктивне захворювання II-III стадії у фазі загострення.
11. Лімфоміозот протипоказаний при тиреотоксикозі і гіпертиреозі.
12. При застосуванні антигомотоксичних препаратів можлива до них індивідуальна підвищена чутливість.
13. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра внутрішніх хвороб стоматологічного факультету.
14. Немає.
15. Яременко О.Б., Дудка П.Ф., Бодарецька О.І., Ільницький Р.І., Добрянський Д.І. (044) 540-96-91.

Реєстр. № 592/1/14

- 1. СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ПОЄДНАНУ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.**
- НДР «Вивчити особливості системного та місцевого імунітету і цитокінового статусу у хворих з різною соматичною патологією, інфікованих герпесвірусними, грибковими та атиповими збудниками, та розробити нові методи діагностики, патогенетичного лікування та імунореабілітації», 0112U001765, 2012-2014 рр.
- Терапія, кардіологія, клінічна імунологія, ендокринологія.
- 1+, А.
- Пат. на корисну модель № 86387 Україна, МПК G01N 33/68. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.12.2013, Бюл. № 24/2013.
- Немає.
- У даному способі оцінки ефективності лікування хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану з метаболічним синдромом, який включає дослідження крові, в сироватці крові до та після лікування визначають концентрацію циркулюючих імунних комплексів великого, середнього та малого розміру і при зростанні концентрації ЦІК великого розміру та зниженні рівня ЦІК середнього та малого розміру після лікування оцінюють лікування як ефективне.
- Більш ефективна оцінка клінічної динаміки, зменшення матеріальних витрат і скорочення часу для оцінки перебігу захворювання та його ступеня тяжкості, як наслідок - зменшення тимчасової та стійкої втрати працездатності, інвалідизації, підвищення якості життя хворих.
- Обладнання імунологічної лабораторії: центрифуга РС-6, мікроспектрофотометр, холодильник; реактиви: поліетиленгліколь-6000, бура, борна кислота, фізіологічний розчин; вироби медичного призначення: спирт, вата, дозатори, піпетки, наконечники.
- Артеріальна гіпертензія, поєднана з метаболічним синдромом.
- Немає.
- Використання самої суті нововведення (спосіб оцінки ефективності лікування хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану з метаболічним синдромом) не асоціюється з будь-якими ускладненнями та помилками.
- Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, 01601, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 13.
- Немає.
- Никула Т.Д., Мойсеєнко В.О., Бичков О.А., Бичкова Н.Г. (044) 234-60-63.

Реєстр. № 593/1/14

- 1. СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ПОЄДНАНУ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТА ДИСЛІПІДЕМІЄЮ.**
- НДР «Вивчити особливості системного та місцевого імунітету і цитокінового статусу у хворих з різною соматичною патологією, інфікованих герпесвірусними, грибковими та атиповими збудниками, та розробити нові методи діагностики, патогенетичного лікування та імунореабілітації», 0112U001765, 2012-2014 рр.
- Терапія, кардіологія, клінічна імунологія, ендокринологія.
- 1+, А.
- Пат. на корисну модель № 86388 Україна, МПК G01N 33/68. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.12.2013, Бюл. № 24/2013.

6. Немає.
7. У даному способі оцінки ефективності лікування хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану із цукровим діабетом та дисліпідемією, який включає дослідження крові, в сироватці крові визначають до та після лікування вміст прозапальних цитокінів - фактора некрозу пухлин- α , інтерлейкіну- 1β , інтерлейкіну-6 та інтерлейкіну-8 і при зниженні їх вмісту після лікування до значень, які не відрізняються від норми, оцінюють лікування як ефективне.
8. Більш ефективна оцінка клінічної динаміки, зменшення матеріальних витрат і скорочення часу для оцінки перебігу захворювання та його ступеня тяжкості, як наслідок - зменшення тимчасової та стійкої втрати працездатності, інвалідизації, підвищення якості життя хворих.
9. Обладнання імунологічної лабораторії: центрифуга, аналізатор імуноферментний, холодильник, термостат; реактиви: набори реагентів для імуноферментного аналізу для визначення ФНП- α , ІЛ- 1β та ІЛ-6, фізіологічний розчин; вироби медичного призначення: спирт, вата, дозатори, піпетки, наконечники.
10. Артеріальна гіпертензія, поєднана з цукровим діабетом та дисліпідемією.
11. Немає.
12. Використання самої суті нововведення (спосіб оцінки ефективності лікування хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану із цукровим діабетом та дисліпідемією) не асоціюється з будь-якими ускладненнями та помилками.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, 01601, м. Київ, бул. Т. Шевченка.
14. Немає.
15. Бичкова Н.Г., Хайтович М.В., Красюк О.А., Бичков О.А. (044) 234-60-63).

Реєстр. № 594/1/14

- 1. СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ, ПОЄДНАНЕ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.**
2. НРД «Вивчити особливості системного та місцевого імунітету і цитокінового статусу у хворих з різною соматичною патологією, інфікованих герпесвірусними, грибовими та атиповими збудниками, та розробити нові методи діагностики, патогенетичного лікування та імунореабілітації», 0112U001765, 2012-2014 рр.
3. Терапія, пульмонологія, клінічна імунологія, ендокринологія.
4. I+, А.
5. Пат. на корисну модель № 85801 Україна, МПК G01N 33/68. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.11.2013, Бюл. № 22/2013.
6. Немає.
7. У даному способі оцінки ефективності лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, поєднане із метаболічним синдромом, який включає дослідження крові, в сироватці крові до та після лікування визначають концентрацію циркулюючих імунних комплексів великого, середнього та малого розміру і при зростанні концентрації ЦІК великого розміру та зниженні рівня ЦІК середнього та малого розміру після лікування оцінюють лікування як ефективне.
8. Більш ефективна оцінка клінічної динаміки, зменшення матеріальних витрат і скорочення часу для оцінки перебігу захворювання та його ступеня тяжкості, як наслідок - зменшення тимчасової та стійкої втрати працездатності, інвалідизації, підвищення якості життя хворих.

9. Обладнання імунологічної лабораторії: центрифуга, мікроспектрофотометр, холодильник; реактиви: поліетиленгліколь-6000, бура, борна кислота, фізіологічний розчин, вироби медичного призначення: спирт, вата, дозатори, піпетки, наконечники.
10. Хронічне обструктивне захворювання легень, поєднане із метаболічним синдромом.
11. Немає.
12. Використання самої суті нововведення (спосіб оцінки ефективності лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, поєднане із метаболічним синдромом) не асоціюється з будь-якими ускладненнями та помилками.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, 01601, м. Київ, бул. Т. Шевченка, 13.
14. Немає.
15. Бичкова С.А., Гавриленко Т.І., Бичкова Н.Г., Красюк О.А (044) 234-60-63.

Реєстр. № 595/1/14

- 1. СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ, ПОЄДНАНЕ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.**
2. НДР «Вивчити особливості системного та місцевого імунітету і цитокінового статусу у хворих з різною соматичною патологією, інфікованих герпесвірусними, грибовими та атіповими збудниками, та розробити нові методи діагностики, патогенетичного лікування та імунореабілітації», 0112U001765, 2012-2014 рр.
3. Терапія, пульмонологія, клінічна імунологія, ендокринологія.
4. 1+, А.
5. Пат. на корисну модель № 85339 Україна, МПК G01N 33/68. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 11.11.2013, Бюл. № 21/2013.
6. Немає.
7. У даному способі оцінки ефективності лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, поєднане із метаболічним синдромом, який включає дослідження крові, в сироватці крові визначають до та після лікування вміст прозапальних цитокінів - фактора некрозу пухлин- α , інтерлейкіну- 1β та інтерлейкіну-6 і при зниженні їх вмісту після лікування до значень, які не відрізняються від норми, оцінюють лікування як ефективне.
8. Більш ефективна оцінка клінічної динаміки, зменшення матеріальних витрат і скорочення часу для оцінки перебігу захворювання та його ступеня тяжкості, як наслідок - зменшення тимчасової та стійкої втрати працездатності, інвалідизації, підвищення якості життя хворих.
9. Обладнання імунологічної лабораторії: центрифуга, аналізатор імуоферментний, холодильник, термостат; реактиви: набори реагентів для імуоферментного аналізу для визначення ФНП- α , ІЛ- 1β та ІЛ-6, фізіологічний розчин; вироби медичного призначення: спирт, вата, дозатори, піпетки, наконечники.
10. Хронічне обструктивне захворювання легень, поєднане із метаболічним синдромом.
11. Немає.
12. Використання самої суті нововведення (спосіб оцінки ефективності лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, поєднане із

метаболічним синдромом) не асоціюється з будь-якими ускладненнями та помилками.

13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, 01601, м. Київ, бул. Т. Шевченка.
14. Немає.
15. Бичкова Н.Г., Бичкова С.А., Хайтович М.В., Гавриленко Т.І. (044) 234-60-63.

Реєстр. № 596/1/14

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ПОЄДНОНОЇ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.**
2. НДР «Вивчити особливості системного та місцевого імунітету і цитокінового статусу у хворих з різною соматичною патологією, інфікованих герпесвірусними, грибовими та атипovими збудниками, та розробити нові методи діагностики, патогенетичного лікування та імунореабілітації», 0112U001765, 2012-2014 рр.
3. Терапія, кардіологія, клінічна імунологія, ендокринологія.
4. 1+, А.
5. Пат. на корисну модель № 87117 Україна. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.01.2014, Бюл. № 2/2014.
6. Немає.
7. У даному способі оцінки тяжкості перебігу артеріальної гіпертензії, поєднаної з метаболічним синдромом, який включає дослідження крові, в сироватці крові визначають вміст прозапальних цитокінів- фактора некрозу пухлин- α , інтерлейкіну- 1β , інтерлейкіну-6 і при збільшенні їх рівня вище норми оцінюють тяжкість перебігу артеріальної гіпертензії, поєднаної з метаболічним синдромом.
8. Більш ефективна оцінка клінічної динаміки, зменшення матеріальних витрат і скорочення часу для оцінки перебігу захворювання та його ступеня тяжкості, як наслідок - зменшення тимчасової та стійкої втрати працездатності, інвалідизації, підвищення якості життя хворих.
9. Обладнання імунологічної лабораторії: центрифуга аналізатор імуноферментний, холодильник, термостат; реактиви: набори реагентів для імуноферментного аналізу для визначення ФНП- α , ІЛ- 1β та ІЛ-6, фізіологічний розчин; вироби медичного призначення: спирт, вата, дозатори, піпетки, наконечники.
10. Артеріальна гіпертензія, поєднана з метаболічним синдромом.
11. Немає.
12. Використання самої суті нововведення (спосіб оцінки тяжкості перебігу артеріальної гіпертензії, поєднаної з метаболічним синдромом.) не асоціюється з будь-якими ускладненнями та помилками.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, 01601, м. Київ, бул. Т. Шевченка.
14. Немає.
15. Бичкова Н.Г., Бичков О.А., Хайтович М.В., Бичкова С.А., Красюк О.А., Ахтеймічук О.С. (067-609-35-81).

Реєстр. № 597/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ВІДПОВІДІ НА ЛІКУВАННЯ ЛЕФЛУНОМІДОМ ЩОДО ПСОРИАТИЧНОГО УРАЖЕННЯ ШКІРИ У ХВОРИХ З ПСОРИАТИЧНИМ АРТРИТОМ.**

2. НДР «Розробка раціональних підходів до діагностики і лікування ішемічних, запально-деструктивних уражень внутрішніх органів та опорно-рухового апарата», 0113U001483, 2013-2015 рр.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель № 83275 Україна, МПК А61В 10/00. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.08.2013, Бюл. №16/2013.
6. Немає.
7. У хворих на псоріатичний артрит з псоріатичним ураженням шкіри для прогнозування відповіді на базисну терапію з використанням лефлуноміду (ЛФ) доцільно використовувати значення індексу PASI: позитивний результат лікування щодо шкірних проявів з високою вірогідністю очікується у хворих зі значенням рахунку PASI до початку лікування $\geq 7,7$ бали.
8. Прогностична цінність рівня С-реактивного білка (СРБ), яка була підтверджена в попередніх роботах щодо відповіді на лікування імунобіологічними базисними препаратами з боку шкірних проявів псоріазу, не була підтверджена щодо можливості отримання відповіді на лікування ЛФ - OR=1,06; 95% ДІ 0,38-2,97 ($p>0,05$). Використання значенням рахунку PASI дає змогу зі значно більшою вірогідністю прогнозувати можливість отримання відповіді з боку шкірних проявів псоріазу на лікування ЛФ (OR=6,11; 95% ДІ 1,98-18,9, $p<0,05$) порівняно з наявним аналогом (рівень СРБ).
9. Лікар-ревматолог та/або лікар-дерматолог, який володіє методикою оцінки рахунку PASI.
10. Псоріатичний артрит з ураженням шкіри.
11. Немає.
12. Для отримання позитивного результату лікар-ревматолог має бути спеціально підготованим для оцінки рахунку PASI, оскільки оцінка цього рахунку не входить в перелік обов'язкових практичних навичок лікаря-ревматолога. За відсутності такої підготовки хворого слід направити до лікаря-дерматолога.
13. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця.
14. Немає.
15. Яременко О.Б., Федьков Д.Л. (0664667147).

Реєстр. № 598/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ВІДПОВІДІ НА ЛІКУВАННЯ ЛЕФЛУНОМІДОМ ЩОДО УРАЖЕННЯ СУГЛОБІВ У ХВОРИХ З ПСОРИАТИЧНИМ АРТРИТОМ.**
2. НДР «Розробка раціональних підходів до діагностики і лікування ішемічних, запально-деструктивних уражень внутрішніх органів та опорно-рухового апарата», 0113U001483, 2013-2015 рр.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель № 83274 Україна, МПК G01N 33/48. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.08.2013, Бюл. № 16/2013.
6. Немає.
7. У хворих на псоріатичний артрит з ураженням периферичних суглобів для прогнозування відповіді на базисну терапію з використанням лефлуноміду (ЛФ) доцільно використовувати рахунок болючих суглобів: позитивний результат

- лікування з високою вірогідністю очікується у хворих з рахунком болючих суглобів до початку лікування ≥ 40 балів.
8. Прогностична цінність рівня С-реактивного білка (СРБ), яка була підтверджена в попередніх роботах щодо відповіді на лікування з використанням імунобіологічних базисних препаратів, не була підтверджена щодо можливості отримання відповіді на лікування ЛФ - OR=0,86; 95% ДІ 0,30-2,50 ($p>0,05$). Використання рахунку болісних суглобів дає змогу зі значно більшою вірогідністю прогнозувати можливість отримання відповіді на лікування ЛФ (OR=8,50; 95% ДІ 2,37-30,5, $p<0,05$) порівняно з наявним аналогом (рівень СРБ).
 9. Лікар-ревматолог.
 10. Псоріатичний артрит з ураженням периферичних суглобів.
 11. Немає.
 12. Для отримання позитивного результату слід застосовувати саме методику оцінки рахунку болючих та припухлих) суглобів, а не кількості суглобів або оцінки суглобового статусу з обстеженням іншої кількості суглобів.
 13. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця.
 14. Немає.
 15. Яременко О.Б., Федьков Д.Л. (0664667147).

Реєстр. № 599/1/14

1. **СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК.**
2. НДР «Розробка раціональних підходів до діагностики і лікування ішемічних, запально-деструктивних уражень внутрішніх органів та опорно-рухового апарату», 0113U001483, 2013-2015 рр.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель № 81918 Україна, МПК А61В 5/00. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.07.2013, Бюл. №13/2013.
6. Немає.
7. Для ранньої діагностики атеросклерозу у хворих на системний червоний вовчак доцільно проводити ультразвукове дослідження артерій нижніх кінцівок з метою виявлення потовщення комплексу інтіма-медіа $\geq 0,8$ мм та/або атеросклеротичних бляшок.
8. Для діагностики атеросклерозу у хворих на системний червоний вовчак застосовують ультразвукове дослідження екстракраніальних (шийних) ділянок сонних артерій. Однак, у хворих на системний червоний вовчак, по-перше, ознаки атеросклерозу в артеріях нижніх кінцівок виявляються вірогідно частіше порівняно з рекомендованим для ранньої діагностики атеросклерозу судинним басейном – екстракраніальними артеріями (прототип), а також коронарними артеріями. По-друге, в 77,6% випадків ураження артерій нижніх кінцівок поєднується з ураженням екстракраніальних та/або коронарних артерій, але ізольоване ураження артерій нижніх кінцівок спостерігається у 13% хворих, що в 2,6 рази частіше порівняно з екстракраніальними артеріями (5%) та в 4,3 рази частіше порівняно з коронарними артеріями (3%) (обидва $p<0,05$). Тобто ультразвукове дослідження артерій нижніх кінцівок залишає недіагностованим атеросклероз іншої локалізації лише у 8% хворих, тоді як ультразвукове дослідження екстракраніальних артерій (прототип) – у 16%.
9. Лікар ультразвукової діагностики, який володіє методикою дослідження судин, апарат ультразвукової діагностики.

10. Системний червоний вовчак.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця.
14. Олександрівська клінічна лікарня міста Києва.
15. Яременко О.Б., Матіяшук І.Г. (0503343931).

Реєстр. № 600/1/14

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ З НЕСТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ З УРАХУВАННЯМ РІВНЯ ХОЛЕСТЕРИНУ ЛІПОПРОТЕЇДІВ ДУЖЕ НИЗЬКОЇ ЩІЛЬНОСТІ.**
2. НДР «Нейрогуморальні ефекти у прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з дисфункцією нирок та анемічним синдромом», 0111U001395.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 82395 U, UA, МПК G01N 33/00. Спосіб діагностики кардіоваскулярного ризику у хворих із сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу / Трифонова Н.С., Біловол О.М., Кравчун П.Г.; ХНМУ. - № u 2013 03171; заявл. 15.03.2013; опубл. 25.07.2013, Бюл. № 14.
6. Використання запропонованого способу дозволить попередити фатальні кардіоваскулярні події у хворих з нестабільною стенокардією за наявності метаболічних порушень, що асоціюється зі зниженням рівня інвалідизації і зростанням виживаності у хворих даної когорти.
7. Спосіб включає визначення рівня холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності імуноферментним методом й при підвищенні рівня холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності у хворих з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу по відношенню до контрольних цифр даного показника для хворих з нестабільною стенокардією без цукрового діабету 2 типу діагностують підвищення кардіоваскулярного ризику.
8. Медичні – зниження ризику розвитку фатальних кардіоваскулярних подій у пацієнтів з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу на 10,4 %. Соціальні – зниження рівня інвалідизації і зростання виживаності хворих з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 45,28 грн. на лікування 1 хворого на нестабільну стенокардію і цукровий діабет 2 типу за рахунок зниження ліжко-днів на 8,5 %. Пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1990 хворих на рік, економічний ефект складає 90107 грн. на рік.
9. Реактиви для визначення рівня холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності імуноферментним методом з використанням діагностичного набору DRG (біотинільовані антитіла); автоматичний фотометр, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Нестабільна стенокардія, цукровий діабет.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Кравчун П.Г. (0577062993).

Реєстр. № 601/1/14

- 1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ З НЕСТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ З УРАХУВАННЯМ РІВНЯ ХОЛЕСТЕРИНУ ЛІПОПРОТЕЇДІВ НИЗЬКОЇ ЩІЛЬНОСТІ.**
2. НДР «Нейрогуморальні ефекти у прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з дисфункцією нирок та анемічним синдромом», 0111U001395.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Патент 82395, UA, МПК G01N 33/00. Спосіб діагностики кардіоваскулярного ризику у хворих із сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу/ Трифонова Н.С., Біловол О.М., Кравчун П.Г.; ХНМУ. - № u 2013 03171; заявл. 15.03.2013; опубл. 25.07.2013, Бюл. № 14.
6. Використання запропонованого способу дозволить попередити фатальні кардіоваскулярні події у хворих з нестабільною стенокардією за наявності метаболічних порушень, що асоціюється зі зниженням рівня інвалідизації і зростанням виживаності у хворих даної когорти.
7. Спосіб включає визначення рівня холестерину ліпопротеїдів низької щільності імуноферментним методом й при підвищенні рівня холестерину ліпопротеїдів низької щільності у хворих з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу по відношенню до контрольних цифр даного показника для хворих з нестабільною стенокардією без цукрового діабету 2 типу діагностують підвищення кардіоваскулярного ризику.
8. Медичні – зниження ризику розвитку фатальних кардіоваскулярних подій у пацієнтів з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу на 9 %. Соціальні – зниження рівня інвалідизації і зростання виживаності хворих з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 45,28 грн. на лікування 1 хворого на нестабільну стенокардію і цукровий діабет 2 типу за рахунок зниження ліжко-днів на 7,6 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1990 хворих на рік, економічний ефект складає 90107 грн. на рік.
9. Реактиви для визначення рівня холестерину ліпопротеїдів низької щільності імуноферментним методом з використанням діагностичного набору DRG (біотинільовані антитіла); автоматичний фотометр, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Нестабільна стенокардія, цукровий діабет.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Кравчун П.Г. (0577062993).

Реєстр. № 602/1/14

- 1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ З НЕСТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ШЛЯХОМ ОЦІНКИ РІВНЯ ТРИГЛЦЕРИДІВ.**

2. НДР «Нейрогуморальні ефекти у прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з дисфункцією нирок та анемічним синдромом», 0111U001395.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Патент 82395, UA, МПК G01N 33/00 (2013.01). Спосіб діагностики кардіоваскулярного ризику у хворих із сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу / Трифонова Н.С., Біловол О.М., Кравчун П.Г.; ХНМУ. - № у 2013 03171; заявл. 15.03.2013; опубл. 25.07.2013, Бюл. № 14.
6. Використання запропонованого способу дозволить попередити фатальні кардіоваскулярні події у хворих з нестабільною стенокардією за наявності метаболічних порушень, що асоціюється зі зниженням рівня інвалідизації і зростанням виживаності у хворих даної когорти.
7. Спосіб включає визначення рівня тригліцеридівімуноферментним методом й при підвищенні рівня тригліцеридів у хворих з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу по відношенню до контрольних цифр даного показника для хворих з нестабільною стенокардією без цукрового діабету 2 типу діагностують підвищення кардіоваскулярного ризику.
8. Медичні – зниження ризику розвитку фатальних кардіоваскулярних подій у пацієнтів з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу на 9,4 %. Соціальні – зниження рівня інвалідизації і зростання виживаності хворих з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 45,28 грн. на лікування 1 хворого на нестабільну стенокардію і цукровий діабет 2 типу за рахунок зниження ліжко-днів на 8,9 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1990 хворих на рік, економічний ефект складає 90107 грн. на рік.
9. Реактиви для визначення рівня тригліцеридівімуноферментним методом з використанням діагностичного набору DRG (біотинільовані антитіла); автоматичний фотометр, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Нестабільна стенокардія, цукровий діабет.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Кравчун П.Г. (0577062993).

Реєстр. № 603/1/14

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ З НЕСТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ШЛЯХОМ ОЦІНКИ РІВНЯ ХОЛЕСТЕРИНУ ЛППОПРОТЕЇДІВ ВИСОКОЇ ЩІЛЬНОСТІ.**
2. НДР «Нейрогуморальні ефекти у прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з дисфункцією нирок та анемічним синдромом», 0111U001395.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Патент 82395, UA, МПК G01N 33/00. Спосіб діагностики кардіоваскулярного ризику у хворих із сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу/ Трифонова Н.С., Біловол О.М., Кравчун П.Г.; ХНМУ. - № у 2013 03171; заявл. 15.03.2013; опубл. 25.07.2013, Бюл. № 14.

6. Використання запропонованого способу дозволить попередити фатальні кардіоваскулярні події у хворих з нестабільною стенокардією за наявності метаболічних порушень, що асоціюється зі зниженням рівня інвалідизації і зростанням виживаності у хворих даної когорти.
7. Спосіб включає визначення рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності імуноферментним методом й при зниженні рівня холестерину ліпопротеїдів низької щільності у хворих з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу по відношенню до контрольних цифр даного показника для хворих з нестабільною стенокардією без цукрового діабету 2 типу діагностують підвищення кардіоваскулярного ризику.
8. Медичні – зниження ризику розвитку фатальних кардіоваскулярних подій у пацієнтів з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу на 7,9 %. Соціальні – зниження рівня інвалідизації і зростання виживаності хворих з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 45,28 грн. на лікування 1 хворого на нестабільну стенокардію і цукровий діабет 2 типу за рахунок зниження ліжко-днів на 8,1 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1990 хворих на рік, економічний ефект складає 90107 грн. на рік.
9. Реактиви для визначення рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності імуноферментним методом з використанням діагностичного набору DRG (біотинільовані антитіла); автоматичний фотометр, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Нестабільна стенокардія, цукровий діабет.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Кравчун П.Г. (0577062993).

Реєстр. № 604/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО ПРОЦЕСУ І РЕМОДЕЛЮВАННЯ СУДИН У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ.**
2. НДР «Оптимізувати діагностику та корекцію судинного ураження у хворих на гіпертонічну хвороба у поєднанні з ожирінням на основі вивчення функціонального стану ендотелію та генетичних порушеннях», 0112U002385.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 84749 U, UA, МПК G01N 33/49. Спосіб діагностики атеросклеротичного процесу і ремоделювання судин у хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням / Андрєєва А.О, Бабак О.Я., Школьник В.В.; ХНМУ – Заявка № u201306929; заявл. 03.06.2013; опубл. 25.10.2013, Бюл. № 20.
6. Спосіб діагностики атеросклеротичного процесу і ремоделювання судин у хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням, що включає визначення лабораторно-інструментальних показників, зокрема рівня вісфатину, підвищення якого асоціюється з прогресуванням ремоделювання загальних сонних артерій.
7. Спосіб діагностики атеросклеротичного процесу і ремоделювання судин у хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням, який включає вимірювання і моніторингу атерогенних факторів ризику розвитку серцево-судинних ускладнень, який відрізняється тим, що в сироватці крові пацієнтів

- імуноферментним методом визначають концентрацію вісфатину і при його значенні $25,43 \pm 1,93$ нг/мл та більше діагностують наявність атеросклеротичного процесу і ремоделювання судин.
8. Медичні - запобігання розвитку серцево-судинних ускладнень у жінок, шляхом ранньої діагностики з визначенням рівня вісфатину в сироватці крові. Соціальні - попередження розвитку кардіоваскулярних ускладнень, дозволить знизити частоту госпіталізацій, тим самим зекономити витрати на ліжко-день. Економічні - скорочення фінансових витрат в розмірі 2,27 грн. на діагностику 1 хворого гіпертонічною хворобою на тлі ожиріння за рахунок ліжко-днів на 20%. Пропускна здатність спеціального відділення – 19980 хворих на рік, ціна медичної послуги на рік – 45354,6 грн., собівартість запропонованого способу 40819,14 грн., рентабельність – 11,1%, економічний ефект склав 7131,23 грн.
 9. Центрифуга лабораторна, пробірки центрифужні, дозатори автоматичні, наконечники для дозаторів, штативи для пробірок, пробірки, набір реагентів для визначення вісфатину людини в сироватці крові, імуноферментний аналізатор, структурний стан загальної сонної артерії оцінювали при вимірюванні комплексу інтима-медіа, який визначали за допомогою ехокардіографічного дослідження.
 10. Артеріальна гіпертензія, ожиріння.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Харківський національний медичний університет
 14. Немає.
 15. Андрєєва А.О., Бабак О.Я., Школьник В.В. (0688888182).

Реєстр. № 605/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ.**
2. НДР «Патогенетичні аспекти атерогенезу у хворих на ЦД та методи його корекції», 0109U001743.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 77475, U, UA, МПК G01N 33/00. Спосіб діагностики неалкогольної жирової хвороби печінки у хворих на цукровий діабет 2 типу на тлі ожиріння / Огнева О.В., Журавльова Л.В.; ХНМУ. – Заявка № u 201211057; Заявл. 24.09.2012; Опубл. 11.02.2013, Бюл. № 3.
6. Спосіб діагностики та оцінки ефективності лікування і прогресування захворювання у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу на тлі ожиріння при використанні визначення рівнів резистину та інсуліноподібного фактору росту-1, як маркерів цитолізу та холестазу.
7. Спосіб діагностики неалкогольної жирової хвороби печінки у хворих на цукровий діабет 2 типу на тлі ожиріння, що включає визначення показників функціонального стану жирової тканини, який відрізняється тим, що визначають плазмову концентрацію резистину та інсуліноподібного фактору росту-1 і, якщо концентрація резистину $10,0 \pm 0,11$ нг/мл, а інсуліноподібного фактору росту-1 $130,9 \pm 1,89$ нг/мл, діагностують неалкогольну жирову хворобу печінки.
8. Медичні – підвищення ефективності ранньої діагностики та зниження ризику прогресування неалкогольної жирової хвороби печінки на тлі цукрового діабету у хворих з нормальною масою тіла та ожирінням. Соціальні – покращення якості

життя у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки з супутнім цукровим діабетом 2 типу та ожирінням шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 42,0 грн. на лікування 1 хворого на неалкогольну жирову хворобу печінки з цукровим діабетом 2 типу та ожирінням за рахунок зниження ліжко-днів на 20%. Оскільки частота хворих з даною коморбідною патологією в ендокринологічному відділенні становлять близько 75% (825 хворих на рік, виходячи з того, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік), економічний ефект складає 34650 грн. на рік.

9. Імуноферментний аналізатор, набори реактивів для визначення рівня резистину та інсуліноподібного фактору росту-1, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Поєднаний перебіг неалкогольної жирової хвороби печінки та цукрового діабету 2 типу із ожирінням.
11. Немає.
12. Порушення технології виконання.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Журавльова Л.В., Огнева О.В. (0501903558).

Реєстр. № 606/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ РОЗВИТКУ ДІАБЕТИЧНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2 З ПІДВИЩЕНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ.**
2. НДР «Патогенетичні аспекти атерогенезу у хворих на ЦД та методи його корекції», 0109U001743.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 78303, U, UA, МПК: G01N 33/48. Спосіб діагностики розвитку діабетичної кардіоміопатії у хворих на цукровий діабет типу 2 з підвищеною масою тіла та ожирінням / Сокольнікова Н.В., Журавльова Л.В., Котовщикова Н.М., Александрова Н.К.; ХНМУ. - Заявка № u 201211585; Заявл. 08.10.2012; Опубл. 11.03.2013, Бюл. № 5.
6. Спосіб діагностики та оцінки ефективності лікування і прогресування діабетичної кардіоміопатії на тлі цукрового діабету 2 типу у хворих з надмірною масою тіла та ожирінням при використанні визначення рівнів прозапальних цитокінів інтерлейкіну-1 β та інтерлейкіну-6 як маркерів кардіоміофіброзу.
7. Спосіб діагностики розвитку діабетичної кардіоміопатії у хворих на цукровий діабет 2 типу з підвищеною масою тіла та ожирінням, який включає визначення рівнів прозапальних інтерлейкіну-1 β та інтерлейкіну-6. Спосіб відрізняється тим, що у хворих на цукровий діабет 2 типу з підвищеною масою тіла та ожирінням рівень цих інтерлейкінів визначають в сироватці крові хворого імуноферментним методом і діабетичну кардіоміопатію діагностують у хворих з підвищеною масою тіла при рівні інтерлейкіну-1 β 11,34 \pm 0,25 пг/мл, а інтерлейкіну-6 - 10,7 \pm 0,27 пг/мл; у хворих з ожирінням діабетичну кардіоміопатію діагностують при рівні інтерлейкіну-1 β - 14,76 \pm 0,28 пг/мл та рівні інтерлейкіну-6 - 13,28 \pm 0,27 пг/мл.
8. Медичні – підвищення ефективності ранньої діагностики діабетичної кардіоміопатії на тлі цукрового діабету 2 типу у хворих з підвищеною масою тіла та ожирінням. Соціальні – покращення якості життя при діабетичній кардіоміопатії на тлі цукрового діабету 2 типу у хворих з підвищеною масою тіла та ожирінням шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення

фінансових витрат в розмірі 42,0 грн. на лікування 1 хворого на діабетичну кардіоміопатію на тлі цукрового діабету 2 типу з підвищеною масою тіла та ожирінням за рахунок зниження ліжко-днів на 20 %. Оскільки частота хворих з даною коморбідною патологією в ендокринологічному відділенні становить близько 70 % (770 хворих на рік, виходячи з того, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік), економічний ефект складає 32340 грн. на рік.

9. Імуноферментний аналізатор, шприц 10 мл.
10. Діабетична кардіоміопатія на тлі цукрового діабету 2 типу у хворих з підвищеною масою тіла та ожирінням.
11. Немає.
12. Порушення технології виконання.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Журавльова Л.В., Котовщикова Н.М., Александрова Н.К., Сокольнікова Н.В. (0951909265).

Реєстр. № 607/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ РОЗВИТКУ ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2 З ПІДВИЩЕНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ.**
2. НДР «Патогенетичні аспекти атерогенезу у хворих на ЦД та методи його корекції», 0109U001743.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 76795, U, UA, МПК: G01N 33/00. Спосіб діагностики розвитку діастолічної дисфункції у хворих на цукровий діабет типу 2 з підвищеною масою тіла та ожирінням / Сокольнікова Н.В., Журавльова Л.В.; ХНМУ. - Заявка № u 201209269; Заявл. 30.07.2012; Опубл. 10.01.2013, Бюл. № 1.
6. Спосіб діагностики та оцінки ефективності лікування і прогресування метаболічної кардіоміопатії на тлі цукрового діабету 2 типу у хворих з надмірною масою тіла та ожирінням при використанні визначення рівнів адипокінів лептину та резистину як маркерів діастолічної дисфункції.
7. Спосіб діагностики розвитку діастолічної дисфункції у хворих на цукровий діабет 2 типу з підвищеною масою тіла та ожирінням, який включає порівняння змін відношення максимальної швидкості в піку Е до максимальної швидкості в піку А (Е/А) і часу уповільнення раннього діастолічного потоку DT при ехокардіографії трансмітрального кровотоку, який відрізняється тим, що у хворих на цукровий діабет 2 типу з підвищеною масою тіла та ожирінням, коли показник Е/А знаходиться в границях норми або підвищений до попереднього, додатково в сироватці крові хворого імуноферментним методом визначають вміст лептину і, при відхиленні вмісту лептину від контрольних значень та при підвищенні рівня DT, діагностують розвиток діастолічної дисфункції; коли показник DT знаходиться в границях норми або знижений до попереднього, додатково в сироватці крові імуноферментним методом визначають вміст резистину і при відхиленні вмісту резистину від контрольних значень та зниженні рівня Е/А діагностують розвиток діастолічної дисфункції.
8. Медичні – підвищення ефективності ранньої діагностики розвитку діастолічної дисфункції при метаболічній кардіоміопатії на тлі цукрового діабету 2 типу у осіб з підвищеною масою тіла та ожирінням. Соціальні – покращення якості життя хворих на метаболічну кардіоміопатію на тлі цукрового діабету 2

- типу з підвищеною масою тіла та ожирінням шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 42,0 грн. на лікування 1 хворого на метаболічну кардіоміопатію на тлі цукрового діабету 2 типу з підвищеною масою тіла та ожирінням за рахунок зниження ліжко-днів на 20 %. Оскільки частота хворих з даною коморбідною патологією в ендокринологічному відділенні становлять близько 70% (770 хворих на рік, виходячи з того, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік), економічний ефект складає 32340 грн. на рік.
9. Імуноферментний аналізатор, набори реактивів для визначення рівнів лептину та резистину, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
 10. Метаболічна кардіоміопатія на тлі цукрового діабету 2 типу у хворих з підвищеною масою тіла та ожирінням.
 11. Немає.
 12. Порушення технології виконання.
 13. Харківський національний медичний університет.
 14. Немає.
 15. Журавльова Л.В., Сокольнікова Н.В. (0951909265).

Реєстр. № 608/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ.**
2. НДР «Патогенетичні аспекти атерогенезу у хворих на ЦД та методи його корекції», 0109U001743.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 80980, U, UA, МПК G01N 33/00. Спосіб діагностики фіброзу печінки у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки / Журавльова А.К., Боброннікова Л. Р.; ХНМУ. – Заявка № u 201301222; Заявл. 01.02.2013; Опубл. 10.06.2013, Бюл. № 11.
6. Спосіб діагностики фіброзу печінки з визначенням його стадії та оцінки ефективності лікування неалкогольної жирової хвороби печінки з використанням визначення наступних біохімічних маркерів сироватки крові: білірубіну та його фракцій, лужної фосфатази, гамаглутамілтранспептидази, аспартатамінотрансферази (АсАТ) і аланінамінотрансферази (АлАТ) з додатковим розрахуванням співвідношення АсАТ/АлАТ та наступним визначенням лептину та адіпонектину, як маркерів фіброзу печінки.
7. Спосіб діагностики фіброзу печінки, що включає визначення в сироватці крові АсАТ, АлАТ, гамаглутамілтранспептидази, лужної фосфатази, вмісту білірубіну та його фракцій з наступним визначенням співвідношення АсАТ/АлАТ, який відрізняється тим, що у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки при підвищенні показників активності трансаміназ печінки по відношенню до контролю та при величині співвідношення АсАТ/АлАТ > 1 додатково в сироватці крові визначають концентрацію лептину та адіпонектину і при їх підвищенні по відношенню до контролю для жінок та до контролю для чоловіків діагностують фіброз печінки.
8. Медичні – підвищення ефективності ранньої діагностики та зниження ризику прогресування неалкогольної жирової хвороби печінки на тлі цукрового діабету у хворих з нормальною масою тіла та ожирінням. Соціальні – покращення якості життя у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки з супутнім цукровим діабетом 2 типу та ожирінням шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 42,0 грн. на лікування 1 хворого за

рахунок зниження ліжко-днів на 20%. Оскільки частота хворих з даною патологією печінки в ендокринологічному відділенні становлять близько 80% (880 хворих на рік, виходячи з того, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік), економічний ефект складає 36960 грн. на рік.

9. Імуноферментний аналізатор, шприц 10 мл.
10. Хворі на неалкогольну жирову хворобу печінки.
11. Немає.
12. Немає
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Боброннікова Л.Р., Журавльова А.К. (0503005550).

Реєстр. № 609/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ФОРМУВАННЯ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ.**
2. НДР «Оптимізувати діагностику та корекцію судинного ураження у хворих на гіпертонічну хвороба у поєднанні з ожирінням на основі вивчення функціонального стану ендотелію та генетичних порушеннях», 0112U002385.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 84320 U, UA, МПК G01N 33/49. Спосіб діагностики формування кардіоваскулярних ускладнень у жінок, хворих на гіпертонічну хворобу у поєднанні з абдомінальним ожирінням / Андрєєва А.О, Бабак О.Я., Школьник В.В.; ХНМУ. – Заявка № u201306958; заявл. 03.06.2013; опубл. 10.10.2013, Бюл. № 19.
6. Спосіб діагностики формування кардіоваскулярних ускладнень у жінок, хворих на гіпертонічну хворобу у поєднанні з абдомінальним ожирінням, що включає визначення клініко-лабораторних показників, зокрема рівня вісфатину, підвищення якого асоціюється зі зростанням ІМТ у хворих на гіпертонічну хворобу.
7. Спосіб діагностики кардіоваскулярних ускладнень у хворих на гіпертонічну хворобу у поєднанні з абдомінальним ожирінням включає визначення концентрації вісфатину в сироватці крові пацієнта. Для жінок формування кардіоваскулярних ускладнень діагностують при підвищенні попередньо виміряного індексу маси тіла та концентрації вісфатину.
8. Медичні - запобігання розвитку серцево-судинних ускладнень у жінок, шляхом ранньої діагностики з визначенням рівня вісфатину в сироватці крові. Соціальні - попередження розвитку кардіоваскулярних ускладнень, дозволить знизити частоту госпіталізацій, тим самим зекономити витрати на ліжко-день. Економічні - скорочення фінансових витрат в розмірі 2,27 грн. на діагностику 1 хворого гіпертонічною хворобою на тлі ожиріння за рахунок ліжко-днів на 10%. Відомо, що пропускна здатність спеціального відділення – 19980 хворих на рік, ціна медичної послуги на рік – 45354,6 грн., собівартість запропонованого способу 40819,14 грн., рентабельність – 11,1%, економічний ефект склав 7131,23 грн.
9. Центрифуга лабораторна, пробірки центрифужні, дозатори автоматичні, наконечники для дозаторів, штативи для пробірок, пробірки, набір реагентів для визначення вісфатину людини в сироватці крові, імуноферментний аналізатор, визначення індексу маси тіла за формулою маси тіла Кетле: $ІМТ = \text{маса тіла (кг)} / \text{зріст}^2 (\text{м}^2)$.
10. Артеріальна гіпертензія, ожиріння.

11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет
14. Немає.
15. Андрєєва А.О., Бабак О.Я., Школьник В.В. (0688888182).

Реєстр. № 610/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ.**
2. НДР «Оптимізувати діагностику та корекцію судинних уражень у хворих на гіпертонічну хворобу у поєднанні з ожирінням на основі вивчення функціонального стану ендотелію та генетичних порушень», 0112U002385, 2012-2015 рр.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 75195 U, UA, МПК: А61Р 3/04 (2006.01). Спосіб лікування гіпертонічної хвороби у хворих з ожирінням на фоні цукрового діабету 2 типу / Бабак О.Я., Фадеєнко Г.Д., Молодан В.І., Чирва О.В., Гончар О.В., Молодан Д.В.; ХНМУ. – Заявка № u201205380; Заявл. 03.05.2012; Опубл. 26.11.2012, Бюл. № 22.
6. Спосіб лікування гіпертонічної хвороби у хворих з ожирінням на фоні цукрового діабету 2 типу шляхом призначення комбінації блокатора рецепторів ангіотензину II, нетіазидногодіуретика та блокатора кальцієвих каналів в залежності від попереднє визначеного типу поліморфізму генів PPARG і ACE.
7. Спосіб лікування гіпертонічної хвороби у хворих з ожирінням на фоні цукрового діабету 2 типу, який включає попереднє визначення поліморфізму генів PPARG і ACE з наступним призначенням комбінації антигіпертензивних препаратів, який відрізняється тим, що при наявності гомозиготного типу успадкування алелі Pro гена PPARG чи алелі I гена ACE хворим призначають комбінацію блокатора рецепторів ангіотензину II та нетіазидногодіуретика, а носіям Ala-алелі гена PPARG у сполученні з D-алеллю гена ACE генотипу xA1a/xD додатково призначають блокатор кальцієвих каналів.
8. Медичні – підвищення ефективності антигіпертензивної терапії пацієнтів з гіпертонічною хворобою і ожирінням на фоні цукрового діабету 2 типу шляхом призначення індивідуалізованих схем лікування з урахуванням генетичних аспектів окремого хворого, зниження фатального кардіоваскулярного ризику. Соціальні – покращення якості життя за рахунок впровадження генетично персоналізованих (з урахуванням поліморфізму генів PPARG і ACE) лікувальних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 2,27 грн. на лікування 1 хворого на стабільну стенокардію з ожирінням за рахунок зниження ліжко-днів на 10 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1998 хворих на рік, економічний ефект складає 7131,23 грн. на рік.
9. Центрифуга лабораторна, пробірки центрифужні, дозатори автоматичні, наконечники для дозаторів, штативи для пробірок, EDTA, термостабільна ДНК-полімераза BioTaq, праймери, рекстриктаза BstU1, маркер довжини фрагментів GeneRuler™ 100bp DNA Ladder, спектрофотометр, термоциклер, ультрафіолетовий випромінювач, відіосистема, програмне забезпечення.
10. Артеріальна гіпертензія, ожиріння, цукровий діабет 2 типу.
11. Немає.
12. Для пацієнтів з помірним порушенням функції нирок: кожні три місяці контроль рівня креатиніну та електролітів (калій) у плазмі при лікуванні сартанами.

13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Бабак О.Я., Фадеєнко Г.Д., Молодан В.І., Чирва О.В., Гончар О.В., Молодан Д.В. (0502666835).

Реєстр. № 611/1/14

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ.
2. НДР «Оптимізувати діагностику та корекцію судинного ураження у хворих на гіпертонічну хвороба у поєднанні з ожирінням на основі вивчення функціонального стану ендотелію та генетичних порушеннях», 0112U002385.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 83848 U, UA, МПК А61Р 3/04, А61К 31/01. Спосіб лікування хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з ожирінням / Бабак О.Я., Терешкін К.І., Школьник В.В.; ХНМУ. – Заявка № u201306949; заявл. 03.06.2013; опубл. 25.09.2013, Бюл. № 18.
6. Спосіб лікування хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з ожирінням, включає призначення комбінованої антигіпертензивної терапії (олмесартанмедоксомил та амлодипін), що включає дослідження клініко-лабораторних показників, зокрема апеліну та оксиду азоту, з наступним порівнянням його з нормою та оцінкою лікування як ефективного.
7. Спосіб виконують наступним чином: хворому на гіпертонічну хворобу в поєднанні з ожирінням призначають комбіновану терапію, до складу якої входять олмесартанмедоксомил та амлодипін. При цьому олмесартанмедоксомилу призначають 10-20 мг на добу одноразово в ранкові години, а амлодипін призначають у вечірні години в дозі, яку підбирають індивідуально шляхом титрування до отримання гіпотензивного ефекту, тривалість лікування 6 місяців.
8. Медичні – зниження ризику прогресування атеросклерозу у хворих на гіпертонічну хворобу та ожиріння. Соціальні – покращення якості життя у хворих на гіпертонічну хворобу з супутнім ожирінням шляхом удосконалення діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 2,27 грн. на діагностику 1 хворого гіпертонічною хворобою на тлі ожиріння за рахунок ліжко-днів на 20%. Відомо, що пропускна здатність спеціального відділення – 19980 хворих на рік, ціна медичної послуги на рік – 45354,6 грн., собівартість запропонованого способу 40819,14 грн., рентабельність – 11,1%, економічний ефект склав 7131,23 грн.
9. Центрифуга лабораторна, пробірки центрифужні, дозатори автоматичні, наконечники для дозаторів, штативи для пробірок, пробірки, набір реагентів для визначення рівня апеліну людини в сироватці крові, імуноферментний аналізатор, визначення вмісту стабільного метаболіту оксиду азоту – фотометричним методом за реакцією Гріса, визначення оптичної щільності проводили із використанням фотоколориметру, визначення індексу маси тіла за формулою маси тіла Кетле: $ІМТ = \text{маса тіла (кг)} / \text{зріст}^2 (\text{м}^2)$, проведення розрахунку коефіцієнту атерогенності (КА), що означає співвідношення атерогенності атерогенних і антиатерогенних ліпідів і ліпопротеїдів крові за формулою: $КА = ЗХС - ХС ЛПВЩ / ХС ЛПВЩ$, для проведення добового моніторингу артеріального тиску використовувався прилад, в основу роботи якого покладений осцилометричний метод, олмесартанмедоксомил, амлодипін.
10. Артеріальна гіпертензія, ожиріння.

11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Терешкін К.І., Бабак О.Я., Школьник В.В. (0501776464).

Реєстр. № 612/1/14

- 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ, УСКЛАДНЕНОГО НЕПРОХІДНІСТЮ ТЕРМІНАЛЬНОЇ ЧАСТИНИ ХОЛЕДОХА.**
2. НДР «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактика ускладнень захворювань і травм органів грудної клітини і черевної порожнини», 0110U000649.
3. Хірургія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 77100 U, UA, МПК А61В 17/00. Спосіб лікування хронічного панкреатиту, ускладненого непрохідністю термінальної частини холедоха / Криворучко І.А., Бойко В.В., Красносельський М.В., Тесленко С.М., Гончарова Н.М., Тесленко М.М., Сивожелізов А.В., Свирепю П.В., Тонкоглас О.А., Моїсеєнко А.С., Перепадя С.В.; заявник та патентовласник Харківський національний медичний університет. – Заявка № u201209414; Заявл. 02.08.2012; Опубл. 25.01.2013, Бюл. №2.
6. Спосіб лікування хронічного панкреатиту, ускладненого непрохідністю термінальної частини холедоха.
7. Спосіб лікування хронічного панкреатиту, ускладненого непрохідністю холедоха, що включає резекцію голівки підшлункової залози та формування панкреатоєюноанастомозу на відключеній за Ру петлі тонкої кишки, згідно з яким при непрохідності термінальної частини холедоха на тій же петлі додатково формують холецистоєюноанастомоз між дном жовчного міхура і петлею тонкої кишки, відступивши від дистальної частини панкреатоєюноанастомозу не менше 15 см, крім того між загальною печінковою протокою і карманом Хартмана жовчного міхура формують холецистогепатикоанастомоз.
8. Медичні - розроблено ефективний спосіб лікування хронічного панкреатиту, ускладненого непрохідністю термінальної частини холедоха, шляхом врахування анатомічних особливостей розташування непрохідності.. Соціальні - підвищення якості життя хворого в післяопераційному терміні. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 85,0 грн. на лікування 1 хворого на хронічний панкреатит, ускладнений непрохідністю термінальної частини холедоха, за рахунок зниження ліжко-днів на 6,2 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1000 хворих на рік, економічний ефект складає 85000 грн. на рік.
9. Хірургічний інструментарій для виконання оперативних втручань на органах черевної порожнини.
10. Хронічний панкреатит, ускладнений непрохідністю термінальної частини холедоха.
11. Немає.
12. Порушення технології призначення та виконання.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Криворучко І.А., Бойко В.В., Красносельський М.В., Тесленко С.М., Гончарова Н.М., Тесленко М.М., Сивожелізов А.В., Свирепю П.В., Тонкоглас О.А., Моїсеєнко А.С., Перепадя С.В. (0506305941).

Реєстр. № 613/1/14

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ АНТИОКСИДАНТНОЇ АКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ, ЩО ВКЛЮЧАЄ МЕКСИКОР, У ХВОРИХ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НА ФОНІ ОЖИРІННЯ ЗА РІВНЕМ ЗАГАЛЬНОГО ХОЛЕСТЕРИНУ.**
2. НДР «Нейрогуморальні ефекти у прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з дисфункцією нирок та анемічним синдромом», 0111U001395.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 83488 U, UA, МПК G01N 33/00. Спосіб оцінки антиоксидантної активності комплексної терапії, що включає мексикор, у хворих стабільною стенокардією на фоні ожиріння / Т.Н. Габісонія, П.Г. Кравчун; Харківський національний медичний університет. - № u201304434; заявл. 08.04.13; опубл. 10.09.13, Бюл. №17.
6. Спосіб оцінки ефективності лікування хворих на стабільну стенокардію у поєднанні з ожирінням при додаванні до стандартної терапії мексикору, що включає дослідження клініко-лабораторних показників, зокрема загального холестерину, з наступним порівнянням його з нормою та оцінкою лікування як ефективного.
7. Спосіб оцінки антиоксидативної активності лікарських засобів, що включає моніторинг ліпідного профілю хворого до лікування й після нього, який відрізняється тим, що для оцінки антиоксидативної активності комплексної терапії, що включає мексикор, у хворих на стабільну стенокардію на фоні ожиріння в пробі сироватка крові визначають рівень загального холестерину.
8. Медичні – зниження ризику прогресування атеросклерозу у хворих на стабільну стенокардію та ожиріння. Соціальні – покращення якості життя у хворих на ішемічну хворобу серця з супутнім ожирінням шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 21,0 грн. на лікування 1 хворого на стабільну стенокардію з ожирінням 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 загального холестерину у сироватці крові, стабілізованою гепарином, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Ішемічна хвороба серця, ожиріння.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Кравчун П.Г., Габісонія Т.Н. (0677657520).

Реєстр. № 614/1/14

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ АНТИОКСИДАНТНОЇ АКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ, ЩО ВКЛЮЧАЄ МЕКСИКОР, У ХВОРИХ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НА ФОНІ ОЖИРІННЯ ЗА РІВНЕМ ЛПОПРОТЕЇДІВ НИЗЬКОЇ ЩІЛЬНОСТІ.**
2. НДР «Нейрогуморальні ефекти у прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з дисфункцією нирок та анемічним синдромом», 0111U001395.

3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 83488 U, UA, МПК G01N 33/00. Спосіб оцінки антиоксидантної активності комплексної терапії, що включає мексикор, у хворих стабільною стенокардією на фоні ожиріння / Т.Н. Габісонія, П.Г. Кравчун; Харківський національний медичний університет. - № u201304434; заявл. 08.04.13; опубл. 10.09.13, Бюл. №17.
6. Спосіб оцінки ефективності лікування хворих на стабільну стенокардію у поєднанні з ожирінням при додаванні до стандартної терапії мексикору, що включає дослідження клініко-лабораторних показників, зокрема ліпопротеїдів низької щільності, з наступним порівнянням його з нормою та оцінкою лікування як ефективного.
7. Спосіб оцінки антиоксидативної активності лікарських засобів, що включає моніторинг ліпідного профілю хворого до лікування й після нього, який відрізняється тим, що для оцінки антиоксидативної активності комплексної терапії, що включає мексикор, у хворих на стабільну стенокардію на фоні ожиріння в пробі сироватка крові визначають рівень ліпопротеїдів низької щільності.
8. Медичні – зниження ризику прогресування атеросклерозу у хворих на стабільну стенокардію та ожиріння. Соціальні – покращення якості життя у хворих на ішемічну хворобу серця з супутнім ожирінням шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 21,0 грн. на лікування 1 хворого на стабільну стенокардію з ожирінням 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 загального холестерину у сироватці крові, стабілізованою гепарином, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Ішемічна хвороба серця, ожиріння.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Кравчун П.Г., Габісонія Т.Н (0677657520).

Реєстр. № 615/1/14

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ ВПЛИВУ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ НЕСТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ НА КАРДІОВАСКУЛЯРНИЙ РИЗИК.**
2. НДР «Нейрогуморальні ефекти у прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з дисфункцією нирок та анемічним синдромом», 0111U001395.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Патент 82395, UA, МПК G01N 33/00. Спосіб діагностики кардіоваскулярного ризику у хворих із сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу/ Трифонова Н.С., Біловола О.М., Кравчун П.Г.; ХНМУ. - № u 2013 03171; заявл. 15.03.2013; опубл. 25.07.2013, Бюл. № 14.
6. Використання запропонованого способу дозволить попередити фатальні кардіоваскулярні події у хворих з нестабільною стенокардією за наявності метаболічних порушень, що асоціюється зі зниженням рівня інвалідизації і смертності даної когорти хворих.

7. Спосіб включає визначення рівня інсуліну імуноферментним методом й при підвищенні рівня інсуліну у хворих з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу по відношенню до контрольних цифр даного показника для хворих з нестабільною стенокардією без цукрового діабету 2 типу діагностують підвищення кардіоваскулярного ризику.
8. Медичні – зниження ризику розвитку фатальних кардіоваскулярних подій у пацієнтів з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу на 11-12 %. Соціальні – зниження рівня інвалідизації і смертності хворих з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 45,28 грн. на лікування 1 хворого на нестабільну стенокардію і цукровий діабет 2 типу за рахунок зниження ліжко-днів на 7,3 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1990 хворих на рік, економічний ефект складає 90107 грн. на рік.
9. Реактиви для визначення рівня інсуліну імуноферментним методом з використанням діагностичного набору Insulin-DRG (біотинільовані антитіла); автоматичний фотометр, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Нестабільна стенокардія, цукровий діабет.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Кравчун П.Г. (0577062993).

Реєстр. № 616/1/14

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ ЕРИТРОПОЕТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ТА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК З АНЕМІЄЮ.**
2. НДР «Нейрогуморальні ефекти у прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з дисфункцією нирок та анемічним синдромом», 0111U001395.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 74932 U, UA, МПК G01N 33/48. Спосіб оцінки еритропоезу у хворих на хронічну серцеву недостатність та хронічну хворобу нирок з анемією / Риндіна Н.Г., Кравчун П.Г., Мішина М.М.; ХНМУ. - № у 2012 06575; заявл. 30.05.2012; опубл. 12.11.2012, Бюл. № 21.
6. Використання запропонованого способу дозволить оцінити еритропоетичну активність з використанням біохімічного маркера розчинного рецептора трансферину, що володіє низкою переваг по відношенню до стернальної пункції внаслідок високої специфічності і чутливості, а також більш простої техніки процедури.
7. Спосіб включає визначення маркерів функціонального стану червоного кісткового мозку, який відрізняється тим, що у хворих з поєднаним перебігом хронічної серцевої недостатності, хронічної хвороби нирок та анемією активність еритропоезу оцінюють за рівнем в крові розчинного рецептора трансферину, який визначають імуноферментним методом, і при зниженні рівня розчинного рецептора трансферину порівняно з попередніми або контрольними вимірами реєструють зниження активності еритропоезу, при цьому низьку активність еритропоезу діагностують при рівні $1,265 \pm 0,15$ пкг/мл.

8. Медичні – зниження ризику прогресування хронічної серцевої недостатності у хворих з хронічною хворобою нирок на 10-15 %. Соціальні – покращення якості життя у хворих на хронічну серцеву недостатність та хронічну хворобу нирок з анемією шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 27,0 грн. на лікування 1 хворого на хронічну серцеву недостатність і хронічну хворобу нирок з анемією за рахунок зниження ліжко-днів на 12,2 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Реактиви для визначення розчинного рецептора трансферину (біотинільовані антитіла, кон'югат пероксидази хрину із стрептавідином рідкий, 2 мл, сірчана кислота (H₂SO₄), 6 мл, перекис водню (H₂O₂), 12 мл, автоматичний фотометр, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Хронічна серцева недостатність, хронічна хвороба нирок.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Кравчун П.Г., Риндіна Н.Г. (0501635337).

Реєстр. № 617/1/14

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ, УСКЛАДНЕНИЙ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.**
2. НДР «Нейрогуморальні ефекти у прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з дисфункцією нирок та анемічним синдромом», 0111U001395.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 73569 U, UA, МПК G01N 33/49, A61B 10/00. Спосіб оцінки ефективності лікування хворих на цукровий діабет 2 типу, ускладнений інсулінорезистентністю та артеріальною гіпертензією/Кадикова О.І., Кравчун П.Г.; Харківський національний медичний університет. – № u201204021; заявл. 02.04.2012; опубл. 25.09.2012, Бюл. №18.
6. Розширення арсеналу способів для підвищення ефективності лікування хворих на цукровий діабет 2 типу, ускладнений артеріальною гіпертензією та інсулінорезистентністю.
7. Спосіб оцінки ефективності лікування хворих на цукровий діабет 2 типу, ускладнений інсулінорезистентністю та артеріальною гіпертензією, що включає дослідження клініко-лабораторних показників з наступним порівнянням їх з нормою та оцінкою лікування як ефективного при мінімальному вимірюванні перебігу лікування, який відрізняється тим, що у хворих на цукровий діабет 2 типу, ускладнений інсулінорезистентністю та артеріальною гіпертензією, для порівняння з нормою визначають рівень резистину та адипонектину до лікування та після нього, а лікування оцінюють як ефективне при нормалізації цих показників після лікування або при тенденції до мінімізації відхилення цих показників від норми.
8. Медичні – зниження ризику кардіоваскулярних ускладнень у хворих з артеріальною гіпертензією і цукровим діабетом 2 типу. Соціальні – покращення якості життя у хворих з артеріальною гіпертензією і супутнім цукровим діабетом 2 типу шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 18,0 грн. на лікування 1 хворого з артеріальною гіпертензією і

- цукровим діабетом 2 типу за рахунок зниження ліжко-днів на 8,6 %. Пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 25800 грн. на рік.
9. Вміст адипонектину в сироватці крові хворих визначали імуноферментним методом із використанням набору реактивів. Для визначення рівня резистину було застосовано імуноферментний метод із використанням комерційної тест-системи.
 10. Артеріальна гіпертензія, цукровий діабет.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Харківський національний медичний університет.
 14. Немає.
 15. Кравчун П.Г., Кадикова О.І. (0677657520).

Реєстр. № 618/1/14

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ З НЕСТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ І СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ З УРАХУВАННЯМ СТУПЕНЯ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ.**
2. НДР «Нейрогуморальні ефекти у прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з дисфункцією нирок та анемічним синдромом», 0111U001395.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Патент 82395, UA, МПК G01N 33/00. Спосіб діагностики кардіоваскулярного ризику у хворих із сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу/ Трифонова Н.С., Біловола О.М., Кравчун П.Г.; ХНМУ. - № u 2013 03171; заявл. 15.03.2013; опубл. 25.07.2013, Бюл. № 14.
6. Використання запропонованого способу дозволить попередити фатальні кардіоваскулярні події у хворих з нестабільною стенокардією за наявності метаболічних порушень, що асоціюється зі зниженням рівня інвалідизації і смертності даної когорти хворих.
7. Спосіб включає визначення рівня інсулінорезистентності з використанням індексу НОМА й при підвищенні рівня індексу НОМА у хворих з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу по відношенню до контрольних цифр даного показника для хворих з нестабільною стенокардією без цукрового діабету 2 типу діагностують підвищення кардіоваскулярного ризику.
8. Медичні – зниження ризику розвитку фатальних кардіоваскулярних подій у пацієнтів з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу на 9-10 %. Соціальні – зниження рівня інвалідизації і смертності хворих з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 45,28 грн. на лікування 1 хворого на нестабільну стенокардію і цукровий діабет 2 типу за рахунок зниження ліжко-днів на 8,2 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1990 хворих на рік, економічний ефект складає 90107 грн. на рік.
9. Реактиви для визначення рівня індексу НОМА за формулою: відношення глюкози і інсуліну до 22,5; визначення рівня інсуліну імуноферментним методом з використанням діагностичного набору Insulin-DRG (біотинільовані антитіла),

визначення глюкози глюкозооксидантним методом; автоматичний фотометр, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.

10. Нестабільна стенокардія, цукровий діабет.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Кравчун П.Г. (0577062993).

Реєстр. № 619/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ НЕСТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ШЛЯХОМ ОЦІНКИ РІВНЯ БІОХІМІЧНОГО МАРКЕРА ЕНДОГЕННОЇ ДЕСТРУКЦІЇ PAPP-A.**
2. НДР «Нейрогуморальні ефекти у прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з дисфункцією нирок та анемічним синдромом», 0111U001395.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Патент 81994, UA, МПК G01N 33/00. Спосіб прогнозування розвитку нестабільної стенокардії у хворих на цукровий діабет 2 типу / Трифонова Н.С., Біловол О.М., Кравчун П.Г.; ХНМУ. - № u 2013 03172; заявл. 15.03.2013; опубл. 10.07.2013, Бюл. № 13.
6. Використання запропонованого способу дозволить оцінити ризик розвитку нестабільної стенокардії у хворих з цукровим діабетом 2 типу, що дозволяє попередити коронарні події на тлі метаболічних порушень.
7. Спосіб включає визначення в сироватці крові рівня біохімічного маркера ендогенної деструкції PAPP-A, який відрізняється тим, що розвиток нестабільної стенокардії у хворих на цукровий діабет 2 типу прогнозують при досягненні сироваткового рівня PAPP-A 6,0 мМО/л.
8. Медичні – зниження ризику розвитку нестабільної стенокардії у пацієнтів на цукровий діабет 2 типу на 9-11 %. Соціальні – покращення якості життя у хворих на цукровий діабет 2 типу і ішемічну хворобу серця шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 45,28 грн. на лікування 1 хворого на нестабільну стенокардію і цукровий діабет 2 типу за рахунок зниження ліжко-днів на 8,4 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1990 хворих на рік, економічний ефект складає 90107 грн. на рік
9. Реактиви для визначення біохімічного маркера ендогенної деструкції PAPP-A (біотинільовані антитіла, перекис водню (H₂O₂), 10 мл, автоматичний фотометр, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Нестабільна стенокардія, цукровий діабет.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Кравчун П.Г. (0577062993).

Реєстр. № 620/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ АНЕМІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ, ЩО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК.**
2. НДР «Нейрогуморальні ефекти у прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з дисфункцією нирок та анемічним синдромом», 0111U001395.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат/ № 75820 U, UA, МПК G01N 33/49. Спосіб прогнозування розвитку анемії у хворих на хронічну серцеву / Риндіна Н.Г., Кравчун П.Г., Мішина М.М.; ХНМУ. - № u 2012 07754; заявл. 25.06.2012; опубл. 10.12.2012, Бюл. № 23.
6. Використання запропонованого способу дозволить підвищити ранню діагностику анемії у хворих з хронічною серцевою недостатністю і хронічною хворобою нирок з оцінкою вмісту в сироватці крові інтерлейкіну-6.
7. Спосіб прогнозування розвитку анемії у хворих на хронічну серцеву недостатність і хронічну хворобу нирок, який включає визначення прозапального інтерлейкіну-6 імуноферментним методом в сироватці крові і, якщо концентрація інтерлейкіну-6 знаходиться в межах $16,17 \pm 1,8$ – $50,59 \pm 1,3$ пкг/мл, прогнозують розвиток анемії.
8. Медичні – зниження ризику прогресування хронічної серцевої недостатності у хворих з хронічною хворобою нирок на 9-11 %. Соціальні – покращення якості життя у хворих на хронічну серцеву недостатність та хронічну хворобу нирок з анемією шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 27,0 грн. на лікування 1 хворого на хронічну серцеву недостатність і хронічну хворобу нирок з анемією за рахунок зниження ліжко-днів на 8,6 %. Пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Реактиви для визначення інтерлейкіну-6 (28 mM Na-фосфатний буфер (pH 7,0), 1mMMgCl₂, 4 mM ЕДТА), автоматичний фотометр, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Хронічна серцева недостатність, хронічна хвороба нирок.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Кравчун П.Г., Риндіна Н.Г. (0501635337).

Реєстр. № 621/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ АНЕМІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ.**
2. НДР «Нейрогуморальні ефекти у прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з дисфункцією нирок та анемічним синдромом», 0111U001395.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 75820 U, UA, МПК G01N 33/49. Спосіб прогнозування розвитку анемії у хворих на хронічну серцеву / Риндіна Н.Г., Кравчун П.Г., Мішина М.М.; ХНМУ.- № u 2012 07754; заявл. 25.06.2012; опубл. 10.12.2012, Бюл. № 23.
6. Використання запропонованого способу дозволить підвищити ранню діагностику анемії у хворих з хронічною серцевою недостатністю з оцінкою

- вмісту в сироватці крові гепсидину - центрального регулятора метаболізму заліза.
7. Спосіб прогнозування розвитку анемії у хворих на хронічну серцеву недостатність, який включає визначення регуляторів метаболізму заліза, який відрізняється тим, що як такий регулятор імуноферментним методом в сироватці крові визначають концентрацію гепсидину і, якщо концентрація гепсидину знаходиться в межах $96,12 \pm 1,2$ – $118,59 \pm 1,8$ пкг/мл, прогнозують розвиток анемії.
 8. Медичні – зниження ризику прогресування хронічної серцевої недостатності на 10-12 %. Соціальні – покращення якості життя у хворих на хронічну серцеву недостатність з анемією шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 27,0 грн. на лікування 1 хворого на хронічну серцеву недостатність з анемією за рахунок зниження ліжко-днів на 10,3 %. Пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
 9. Реактиви для визначення гепсидину (100 мМ стрептовідин, 28 мМ Na-фосфатний буфер (рН 7,0), 1мМ MgCl₂, 4 мМ ЕДТА), автоматичний фотометр, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
 10. Хронічна серцева недостатність.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Харківський національний медичний університет.
 14. Немає.
 15. Кравчун П.Г., Риндіна Н.Г. (0501635337).

Реєстр. № 622/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ.**
2. НДР «Нейрогуморальні ефекти у прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з дисфункцією нирок та анемічним синдромом», 0111U001395.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 83487 U, UA, МПК G01N 33/00 Спосіб прогнозування розвитку атеросклерозу у хворих на стабільну стенокардію з супутнім ожирінням/ Т.Н. Габісонія, П.Г. Кравчун; Харківський національний медичний університет. - № u201304433; заявл. 08.04.13; опубл. 10.09.13, Бюл. №17.
6. Спосіб прогнозування розвитку атеросклерозу у хворих на стабільну стенокардію, який включає оцінку динаміки імунологічних показників, який відрізняється тим, що у хворих на стабільну стенокардію з супутнім ожирінням оцінюють динаміку рівня неоптерина, порівнюють одержані значення із значенням цього показника в контролі і при його підвищенні до $9,92 \pm 0,15$ нмоль/л та більше прогнозують розвиток атеросклерозу коронарних артерій.
7. Спосіб прогнозування розвитку атеросклерозу, що включає визначення рівня неоптерина в сироватці крові, який відрізняється тим, що у хворих на стабільну стенокардію з супутнім ожирінням, розвиток серцево-судинних ускладнень прогнозують шляхом моніторингу рівня неоптерина та якщо він більше $9,92 \pm 0,15$ нмоль/л, прогнозують ризик розвитку кардіоваскулярних ускладнень.
8. Медичні – зниження ризику розвитку та прогресування атеросклерозу у хворих на стабільну стенокардію та ожиріння. Соціальні – покращення якості життя у хворих на ішемічну хворобу серця з супутнім ожирінням шляхом діагностичних

- стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 22,0 грн. на лікування 1 хворого на стабільну стенокардію з ожирінням за рахунок зниження ліжко-днів на 11,2 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Реактиви для визначення загального холестерину у сироватці крові, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
 10. Ішемічна хвороба серця, ожиріння.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Харківський національний медичний університет.
 14. Немає.
 15. Кравчун П.Г., Габісонія Т.Н. (0677657520).

Реєстр. № 623/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ПОДІЙ У ХВОРИХ З НЕСТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ШЛЯХОМ ОЦІНКИ РІВНЯ ЗАГАЛЬНОГО ХОЛЕСТЕРИНУ.**
2. НДР «Нейрогуморальні ефекти у прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з дисфункцією нирок та анемічним синдромом», 0111U001395.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Патент 82395, UA, МПК G01N 33/00. Спосіб діагностики кардіоваскулярного ризику у хворих із сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу / Трифонова Н.С., Біловола О.М., Кравчун П.Г.; ХНМУ. - № у 2013 03171; заявл. 15.03.2013; опубл. 25.07.2013, Бюл. № 14.
6. Використання запропонованого способу дозволить попередити фатальні кардіоваскулярні події у хворих з нестабільною стенокардією за наявності метаболічних порушень, що асоціюється зі зниженням рівня інвалідизації і зростанням виживаності даної когорти хворих.
7. Спосіб включає визначення в сироватці крові рівня загального холестерину пероксидазним методом й при підвищенні рівня загального холестерину у хворих з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу по відношенню до контрольних цифр даного показника для хворих з нестабільною стенокардією без цукрового діабету 2 типу діагностують підвищення кардіоваскулярного ризику.
8. Медичні – зниження ризику розвитку фатальних кардіоваскулярних подій у пацієнтів з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу на 8-10 %. Соціальні – зниження рівня інвалідизації і зростання виживаності хворих з сукупним перебігом нестабільної стенокардії і цукрового діабету 2 типу шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 45,28 грн. на лікування 1 хворого на нестабільну стенокардію і цукровий діабет 2 типу за рахунок зниження ліжко-днів на 7,8 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1990 хворих на рік, економічний ефект складає 90107 грн. на рік.
9. Реактиви для визначення рівня загального холестерина (біотинільовані антитіла), автоматичний фотометр, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Нестабільна стенокардія, цукровий діабет.
11. Немає.
12. Немає.

13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Кравчун П.Г. (0577062993).

Реєстр. № 624/1/14

- 1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ, УСКЛАДНЕНИЙ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ.**
2. НДР «Нейрогуморальні ефекти у прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з дисфункцією нирок та анемічним синдромом», 0111U001395.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат.№ 72900 U, UA, МПК G01N 33/00, A61B 10/00. Спосіб прогнозування розвитку кардіоваскулярних ускладнень у хворих на цукровий діабет 2 типу, ускладнений артеріальною гіпертензією та інсулінорезистентністю / О.І. Кадикова, П.П. Кравчун; Харківський національний медичний університет. – № u201204447; заявл. 09.04.2012; опубл. 27.08.2012, Бюл. №16.
6. Визначення клінічного артеріального тиску на обох верхніх кінцівках у стані спокою з кратністю не менш ніж 3 вимірювання з інтервалом 5 хвилин і подальшим обчисленням середніх значень; концентрації інсуліну, sCD40L дозволить поліпшити ранню діагностику кардіоваскулярних ускладнень у хворих з артеріальною гіпертензією і цукровим діабетом 2 типу.
7. Спосіб прогнозування розвитку кардіоваскулярних ускладнень, що включає визначення рівня розчинного CD40L-ліганду (sCD40L) в сироватці крові, який відрізняється тим, що у хворих на цукровий діабет 2 типу, ускладнений артеріальною гіпертензією та інсулінорезистентністю, розвиток серцево-судинних ускладнень прогнозують шляхом моніторингу рівня sCD40L, інсуліну та артеріального тиску після лікування і, якщо після проведеного курсу лікування рівень sCD40L $3,87 \pm 0,13$ нг/мл, інсуліну $24,01 \pm 0,87$ мкОД/мл, а середній артеріальний тиск 130/85 мм рт. ст. та більше, прогнозують ризик розвитку кардіоваскулярних ускладнень.
8. Медичні – зниження ризику кардіоваскулярних ускладнень у хворих з артеріальною гіпертензією і цукровим діабетом 2 типу. Соціальні – покращення якості життя у хворих з артеріальною гіпертензією і супутнім цукровим діабетом 2 типу шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 18,0 грн. на лікування 1 хворого з артеріальною гіпертензією і цукровим діабетом 2 типу за рахунок зниження ліжко-днів на 9,4 %. Пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 25800 грн. на рік.
9. Концентрацію інсуліну визначали імуноферментним методом із використанням тест-системи INSULIN ELISA KIT. Визначення рівня sCD40L проводили імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи.
10. Артеріальна гіпертензія, цукровий діабет.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Кравчун П.Г., Кадикова О.І. (0677657520).

Реєстр. № 625/1/14

1. **СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІЇ НИРОК У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ КАРДІОРЕНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ ІІ ТИПУ.**
2. НДР «Нейрогуморальні ефекти у прогресуванні хронічної серцевої недостатності у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з дисфункцією нирок та анемічним синдромом», 0111U001395.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 73218 U, UA, МПК G01N 33/00. Спосіб ранньої діагностики порушень функції нирок у хворих на хронічний кардіоренальний синдром ІІ типу / Ю.О. Михайлова; Харківський національний медичний університет. – № u201204512; заявл. 10.04.2012; опубл. 10.09.2012, Бюл. №17.
6. Використання запропонованого способу дозволить суттєво підвищити точність ранньої діагностики порушень функції нирок у хворих із хронічним кардіоренальним синдромом ІІ типу та сприятиме більш якісному підбору терапії для попередження розвитку та прогресування ниркової дисфункції у хворих з хронічною серцевою недостатністю.
7. У хворих на хронічний кардіоренальний синдром ІІ типу імуноферментними методами визначають рівень β_2 -мікроглобуліну в сечі, цистатину С, трансформуючого фактору росту $-\beta_1$ в сироватці крові, і якщо вміст β_2 -мікроглобуліну в сечі перевищує норму на 113,9%, вміст цистатину С в сироватці крові перевищує норму на 83,3%, а вміст трансформуючого фактору росту $-\beta_1$ в сироватці крові перевищує норму на 122,8%, діагностують порушення функції нирок.
8. Медичні – зниження ризику прогресування ниркової дисфункції у хворих із хронічною серцевою недостатністю ішемічного генезу на 10-13 %. Соціальні – покращення якості життя у хворих на хронічну серцеву недостатність ішемічного генезу із раннім порушенням функції нирок шляхом діагностичних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 27,0 грн. на лікування 1 хворого на хронічну серцеву недостатність із раннім порушенням функції нирок за рахунок зниження ліжко-днів на 12,2 %. Пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1100 хворих на рік, економічний ефект складає 28600 грн. на рік.
9. Набори для імуноферментного аналізу визначення цистатину С, трансформуючого фактору росту- β_1 , β_2 -мікроглобуліну (біотинільовані антитіла, кон'югат пероксидази хрину із стрептавідином рідкий, 2 мл, сірчана кислота (H_2SO_4), 6 мл, перекис водню (H_2O_2), 12 мл, автоматичний фотометр, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.
10. Хронічна серцева недостатність ішемічного генезу, субклінічна нефропатія.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Кравчун П.Г., Михайлова Ю.О. (0937535364).

Реєстр. № 626/1/14

1. **СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОШКОДЖЕННЯ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ.**

2. НДР «Метаболічні механізми формування респіраторно-ренальної патології: діагностичні та прогностичні критерії, профілактика, лікування», 0110U001806.
3. Терапія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 72902 U, UA, МПК А61В 5/00 G01N 33/00. Спосіб ранньої діагностики пошкодження легень у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень в поєднанні з хронічним панкреатитом / Железнякова Н.М., Бабак О.Я., Боярська Г.М., Осадча О.І.; ХНМУ. - Заявка № u201205069; Заявл. 24.04.2012; Опубл. 27.08.2012, Бюл. № 16.
6. Спосіб ранньої діагностики пошкодження легень у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень в поєднанні з хронічним панкреатитом, що включає вимірювання критеріїв пошкодження легень шляхом дослідження у периферійній крові аутоенсибілізації лімфоцитів по відношенню до тканинних аутоантігенів легень. Показником розвитку аутоімунного ушкодження легень є підвищення вмісту спонтанних аутологічних розеток до 40-45% при активності лімфоцитів в реакції бласттрансформації 10-12%.
7. Спосіб ранньої діагностики пошкодження легень у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень в поєднанні з хронічним панкреатитом, який відрізняється тим, що для оцінки ступеня пошкодження легень проводиться дослідження у периферичній крові аутоенсибілізації лімфоцитів по відношенню до тканинних аутоантігенів легень.
8. Медичні – покращення ранньої діагностики пошкодження легень у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень в поєднанні з хронічним панкреатитом. Соціальні – покращення якості життя за рахунок впровадження більш агресивних заходів щодо запобігання прогресування аутоімунного пошкодження легень та індивідуалізації лікувальних стратегій. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 23,0 грн. на лікування 1 хворого хронічне обструктивне захворювання легень в поєднанні з хронічним панкреатитом за рахунок зниження ліжко-днів на 12,6 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 19950 ліжко/днів на рік, економічний ефект складає 9057 грн. на рік.
9. Пробірки центрифужні, дозатори автоматичні, наконечники для дозаторів, штативи для пробірок, трилон Б, ізотонічний розчин натрію хлориду, мірний циліндр, мікроскоп біологічний, центрифуга, термостат 4-х каналний.
10. Хронічне обструктивне захворювання легень в поєднанні з хронічним панкреатитом.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Державна установа «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України», 04060, м. Київ, вул. Максима Берлінського, 12.
15. Железнякова Н.М., Бабак О.Я., Боярська Г.М., Осадча О.І. (0573739054).

УРОЛОГІЯ

Реєстр. № 627/1/14

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ СПЕРМАТОГЕНЕЗУ У ЧОЛОВІКІВ ІЗ ЗАБРУДНЕНИХ РАДІОНУКЛІДАМИ РЕГІОНІВ.
2. НДР «Визначити роль запальних захворювань чоловічих статевих органів у патогенезі подружнього безпліддя і обґрунтувати методи їхнього лікування», 0113U001486, 2013-2015 рр.

3. Урологія.
4. 1+, А.
5. Пат. на винахід № 72142 Україна, МПК А61В 10/00. Заявник та патентовласник ДУ «Інститут урології» Національної академії медичних наук України, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл.10.08.2012, Бюл. № 15/2012.
6. Немає.
7. Спосіб визначення порушень сперматогенезу у чоловіків із забруднених радіонуклідами регіонів включає визначення імуногістохімічної експресії протеїну Ubiquitin та морфометричних показників в тканині яєчка. При наявності відповідних показників імуногістохімічних коефіцієнтів в клітинах визначають екскреторно-обтураційну або секреторну, або поєднану форму чоловічої неплідності, а також визначають спосіб лікування неплідності та подальший прогноз щодо відновлення фертильності.
8. Запропонований спосіб дає можливість встановити остаточний діагноз за результатами морфологічного дослідження структурних елементів біоптата яєчка з визначенням наявності або відсутності сперматозоїдів в сім'яних каналцях, а також показників імуногістохімічної експресії протеїну Ubiquitin в біоптаті яєчка. Ефективність способу 98,9 %.
9. Імуногістохімічна лабораторія.
10. Порушення сперматогенезу у чоловіків, які проживають на забруднених радіонуклідами територіях України.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра урології, м. Київ, вул. Шовковична 39/1, Олександрівська клінічна лікарня.
14. Державна установа «Інститут урології» Національної академії медичних наук України.
15. Нікітін О.Д., Базалицька С.В., Романенко А.М., Горпинченко І.І. (044) 467-79-99.

Реєстр. № 628/1/14

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ ГЕМАТОТЕСТИКУЛЯРНОГО БАР'ЄРУ.**
2. НДР «Визначити роль запальних захворювань чоловічих статевих органів у патогенезі подружнього беспліддя і обґрунтувати методи їхнього лікування», 0113U001486, 2013-2015 рр.
3. Урологія.
4. 1+, А.
5. Пат. на корисну модель № 76763 Україна, МПК А61В 10/00. Заявник та патентовласник ДУ «Інститут урології» Національної академії медичних наук України, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.01.2013, Бюл. № 1/2013.
6. Немає.
7. Спосіб визначення стану гематотестикулярного бар'єру включає імуногістохімічне визначення експресії протеїнів і відрізняється тим, що визначають імуногістохімічні особливості експресії протеїну Claudin 11 в біоптаті яєчка у хворих на чоловічу неплідність, які оцінюють в балах, і при наявності зрілих сперматозоїдів в каналцях визначають екскреторно-обтураційну форму неплідності, при їх відсутності – секреторну, та при значеннях імуногістохімічного коефіцієнта в клітинах Сертолі та ендотелії гемокапілярів $5,3 \pm 0,42$ бала і нижче діагностують імунний компонент, що потребує додаткової корекції імунних та секреторних порушень сперматогенезу,

хворі на секреторну неплідність, при значенні імуногістохімічного коефіцієнта в клітинах Сертолі $0,8 \pm 0,6$ бала і нижче, мають несприятливий прогноз щодо відновлення сперматогенезу.

8. Покращення діагностики чоловічої неплідності, що дозволить вибрати патогенетично обумовлене лікування патології та корекцію порушень в кожному конкретному випадку та визначити подальший прогноз щодо відновлення сперматогенезу. Ефективність способу 98,9 %.
9. Імуногістохімічна лабораторія.
10. Чоловіча неплідність.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра урології, м. Київ, вул. Шовковична ,39/1, Олександрівська клінічна лікарня.
14. Державна установа «Інститут урології» Національної академії медичних наук України.
15. Нікітін О.Д., Базалицька С.В., Персидський Ю.В., Романенко А.М., Горпинченко І.І. (044) 467-79-99.

Реєстр. № 629/1/14

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ЧОЛОВІЧОЇ НЕПЛІДНОСТІ.

2. НДР «Визначити роль запальних захворювань чоловічих статевих органів у патогенезі подружнього безпліддя і обґрунтувати методи їхнього лікування», 0113U001486, 2013-2015 рр.
3. Урологія.
4. 1+, А.
5. Пат. на корисну модель № 80325.Україна, МПК G01N 33/50. Заявник та патентовласник ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.05.2013, Бюл. № 10/2013.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування результатів чоловічої неплідності, який визначають шляхом фрагментації ДНК, який відрізняється тим, що непошкоджений та непрепарований свіжий-не більше 1 год.30 хв.від забору зразок еякуляту розчиняють у фосфатному буфері до концентрації сперматозоїдів 5-10 млн/мл, після чого 25 мкл.клітинної суспензії наносять на предметне скельце, оброблене агарозним мікрогелем при температурі 22°C , далі виконують занурення скельця з препаратом у кислотний розчин – розчин соляної кислоти з концентрацією в діапазоні від 0,1 N до 0,3 N для денатурації ДНК сперматозоїдів, після цього легуючим розчином - суміш розчинів хлориду натрію в концентрації у діапазоні між 2 M і 3M, дитіотреїтолу в концентрації між 0,01 M і 0,8 M, 2-аміно-2(гідроксиметил)-1,3-пропандіол у концентрації від 0,01 M до 0,4 M та ТритонаХ-100 в концентрації від 0,5 до 1,5%, доводячи рН до значень 7-7,5, при цьому видаляють більшість нуклеопротейнів і, за відсутності масивного пошкодження ДНК, утворюють ядра з великими преолами від петель ДНК, оцінку результату здійснюють за допомогою флюоресцентної мікроскопії, підраховуючи мінімум 200 сперматозоїдів із кожного зразка та розраховуючи відсоток форм із фрагментацією ДНК, якщо менше 30 % клітин мають фрагментовану ДНК, це є позитивним прогностичним чинником для настання клінічної вагітності жінок. При олігоспермії перед розведенням зразок еякуляту центрифугують при 400 об. центрифуги протягом 15 хвилин.

8. Спосіб дозволяє більш адекватно прогнозувати форми чоловічого беспліддя, обумовлені порушеннями структурної організації генетичного матеріалу чоловічих статевих клітин, тим самим суттєво зменшує матеріальні витрати шляхом підвищення ефективності та зменшення кількості циклів екстракорпорального запліднення.
9. Генетична лабораторія.
10. Чоловіча неплідність.
11. Немає.
12. Немає
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра урології, м. Київ, вул. Шовковична 39/1, Олександрівська клінічна лікарня.
14. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
15. Чернукульський І.С., Бойко М.І. (044) 467-79-99.

Реєстр. № 630/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОСТИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ НЕПЛІДНОСТІ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ЧОЛОВІКІВ ІЗ ЗАБРУДНЕНИХ РАДІОНУКЛІДАМИ РЕГІОНІВ.**
2. НДР «Визначити роль запальних захворювань чоловічих статевих органів у патогенезі подружнього беспліддя і обґрунтувати методи їхнього лікування», 0113U001486, 2013-2015 рр.
3. Урологія.
4. 1+, А.
5. Пат. на винахід № 102912 Україна, МПК А61В 10/00. Заявник та патентовласник ДУ «Інститут урології» Національної академії медичних наук України, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.08.2013, Бюл. № 16/2013.
6. Немає.
7. Спосіб включає визначення морфометричних показників та імуногістохімічної експресії протеїну в тканині яєчка, який відрізняється тим, що імуногістохімічні особливості експресії протеїну Ubiquitin у структурних елементах біоптата яєчка визначають за імуногістохімічним коефіцієнтом, який отримують перемноженням значень розповсюдженості і інтенсивності забарвлення, які оцінюють у балах та при наявності зрілих сперматозоїдів в каналцях і при значеннях імуногістохімічного коефіцієнта в клітинах Сертолі: в ядрі - $6,8 \pm 0,5$, цитоплазмі - $5,3 \pm 0,5$ бала, в клітинах Лейдіга: в ядрі - $1,51 \pm 0,5$ і цитоплазмі - $4,6 \pm 0,67$ бала, діагностують екскреторно-обтураційну форму неплідності, поєднану із секреторною, що потребує додаткової до хірургічного лікування корекції ендокринних та секреторних порушень сперматогенезу, при відсутності зрілих сперматозоїдів в каналцях і при значеннях імуногістохімічного коефіцієнта в клітинах Сертолі: в ядрі - $6,9 \pm 0,36$, в цитоплазмі - $5,8 \pm 0,14$ бала, в клітинах Лейдіга: в ядрі - 0, а в цитоплазмі - $5,5 \pm 0,07$ бала, діагностують секреторну неплідність із несприятливим прогнозом щодо відновлення сперматогенезу.
8. Запропонований спосіб дає можливість встановити остаточний діагноз за результатами морфологічного дослідження структурних елементів біоптата яєчка з визначенням наявності або відсутності сперматозоїдів в сім'яних каналцях, а також з урахуванням показників імуногістохімічної експресії протеїну Ubiquitin в біоптаті яєчка. При наявності відповідних показників імуногістохімічних коефіцієнтів в клітинах визначають екскреторно-

обтураційну, секреторну чи поєднану форму чоловічої неплідності, а також визначають спосіб лікування неплідності та подальший прогноз щодо відновлення фертильності. Ефективність способу 98,9 %.

9. Імуногістохімічна лабораторія.
10. Чоловіча неплідність.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра урології, м. Київ, вул. Шовковична 39/1, Олександрівська клінічна лікарня.
14. Державна установа «Інститут урології» Національної академії медичних наук України.
15. Нікітін О.Д., Базалицька С.В., Романенко А.М., Горпинченко І.І. (044) 467-79-99.

Реєстр. № 631/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОСТИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЧОЛОВІЧОЇ НЕПЛІДНОСТІ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ.**
2. НДР «Визначити роль запальних захворювань чоловічих статевих органів у патогенезі подружнього беспліддя і обґрунтувати методи їхнього лікування», 0113U001486, 2013-2015 рр.
3. Урологія.
4. 1+, А.
5. Пат. на винахід № 102955 Україна, МПК А61В 10/00. Заявник та патентовласник ДУ «Інститут урології» Національної академії медичних наук України, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.08.2013, Бюл. № 16/2013.
6. Немає.
7. Спосіб прогностичної діагностики чоловічої неплідності різної етіології включає визначення морфометричних показників та імуногістохімічної експресії протеїну в тканині яєчка, відрізняється тим, що імуногістохімічні особливості експресії протеїну claudin 11 в структурних елементах біоптата яєчка визначають за імуногістохімічним коефіцієнтом, який отримують перемноженням значень розповсюдженості та інтенсивності забарвлення, які оцінюють в балах та при наявності зрілих сперматозоїдів в каналцях визначають екскреторно-обтураційну форму неплідності, при їх відсутності - секреторну, та при значеннях імуногістохімічного коефіцієнта в цитоплазматичній мембрані клітин Сертолі та ендотелію гемокапілярів $5,3 \pm 0,42$ балів і нижче діагностують імунний компонент, що потребує додаткової корекції імунних та секреторних порушень сперматогенезу, хворі ж на секреторну неплідність, при значеннях імуногістохімічного коефіцієнта в цитоплазматичній мембрані клітин Сертолі $0,8 \pm 0,6$ бали і нижче, мають несприятливий прогноз щодо відновлення сперматогенезу.
8. Запропонований спосіб дає можливість встановити остаточний діагноз за результатами морфологічного дослідження структурних елементів біоптата яєчка: при наявності зрілих сперматозоїдів в каналцях - екскреторно-обтураційну, при їх відсутності - секреторну форму чоловічої неплідності та з урахуванням показників імуногістохімічних коефіцієнтів експресії протеїну Claudin 11 визначати наявність або відсутність імунного компонента, що дозволяє вибирати патогенетично обумовлене лікування чоловічої неплідності та корекцію порушень в кожному конкретному випадку та визначати подальший прогноз щодо відновлення сперматогенезу. Ефективність способу 98,9 %.
9. Імуногістохімічна лабораторія.

10. Чоловіча неплідність.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра урології, м. Київ, вул. Шовковична 39/1, Олександрівська клінічна лікарня.
14. Державна установа «Інститут урології» Національної академії медичних наук України.
15. Нікітін О.Д., Базалицька С.В., Персидський Ю.В., Романенко А.М., Горпинченко І.І. (044) 467-79-99.

Реєстр. № 632/1/14

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ АКТИВНИХ І ЛАТЕНТНИХ ФОРМ ЖЕЛАТИНАЗ У ТКАНИНІ ПАЦІЄНТІВ З ВАРИКОЦЕЛЕ.**
2. НДР «Удосконалення малоінвазивних методів хірургічного лікування окремих захворювань судин, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, носоглотки, щитоподібної та прищитоподібних залоз і суглобів, зокрема із використанням імплантатів на основі нанобіосенсорних технологій», 0114U002120.
3. Урологія.
4. 2+С.
5. Пат. на корисну модель № 87180 Україна, МПК А61В 10/00. Заявник та патентовласник Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини «Державного управління справами», зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.01.2014, Бюл. № 2/2014.
6. Немає.
7. Пацієнтам хворим на варикоцеле виконувалась мікрохірургічної субінгвінальної варикоцелектомії за класичною методикою Мармара. Проводився забір частини варикозно розширеної вени сім'яного канатика для подальшого дослідження. Препарат поміщався в рідкий азот і транспортувався до лабораторії, де в ньому визначався рівень ММП-2 та ММП-9. Концентрації активних та латентних форм желатиназ в отриманому зразку визначали методом зимографії в 12 % поліакриламідному гелі з додецилсульфатом натрія і 0,1 % желатину в якості субстрату.
8. Пацієнтам, хворим на варикоцеле, здійснюють мікрохірургічну субінгвінальну варикоцелектомію, під час якої виконують під місцевою анестезією внутрішньо розчином лідокаїну та бупівакаїну, відступивши 1 см. від зовнішнього пахового кільця, поздовжній розріз шкіри по ходу сім'яного канатика розміром до 3 см., після розведення фасцій сім'яний канатик мобілізують і фіксують на крючку або гумових тримачах, за допомогою оптичного збільшення у 8-18 разів ідентифікують, перев'язують і пересікають зовнішню сім'яну вену, після розкриття сім'яного канатика диференціюють вени, сім'яну артерію та лімфатичні судини, використовуючи для диференціації сім'яної артерії інтраопераційно комплекс для доплерографічних обстежень, усі вени виділяють, перев'язують, пересікають і здійснюють забір препарату – частини варикозно розширеної вени сім'яного канатика для подальшого дослідження, поміщаючи препарат у рідкий азот і транспортуючи його до лабораторії для визначення рівняматриксних металопротеїназ, а фасції та підшкірну клітковину зшивають пошарово і на шкіру накладають внутрішньо шкірний шов vicril 4/0, препарат зберігають у рідкому азоті при температурі -180 С не більше ніж 1 місяць, а безпосередньо перед дослідженням подрібнюють у рідкому азоті, концентрації

активних та латентних форм матрикснихметалопротеїназ в отриманому препараті визначають методом зимографії в 12% поліакриламідному гелі з додецилсульфатом натрію і 0,1% желатину, як субстрату, оцінку протеолітичної активності проводять шляхом виміру площі зони лізису і визначають концентрації активних форм ферментів, використовуючи стандартний набір матрикснихметалопротеїназ.

9. Стандартний набір матриксних металопротеїназ. мікроскоп.
10. Варикозне розширення вен сім'яного канатика.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
14. Немає.
15. Бойко М.І., Бойко О.М. (0682017919).

Реєстр. № 633/1/14

1. СПОСІБ ЗАБОРУ ГІСТОЛОГІЧНОГО МАТЕРІАЛУ З ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ.

2. НДР «Удосконалення малоінвазивного хірургічного лікування та знеболювання при захворюваннях черевної стінки, кишечника, жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, нирок та сечовивідних шляхів, матки, вен, хребта та органу слуху в умовах хірургічного стаціонару короткострокового перебування», 0109U006608.
3. Урологія
4. 2+С.
5. Пат. на корисну модель № 74938 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини «Державного управління справами», зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 12.11.2012, Бюл. № 21/2012.
6. Немає.
7. За допомогою резекційної петлі виконують трансуретральну резекцію тканини передміхурової залози на всьому протязі від шийки сечового міхура до сім'яного горбика. Глибина проникнення резекційної петлі не повинна перевищувати 5 мм. у зв'язку з ризиком кровотечі з наявних судин та перфорації хірургічної капсули передміхурової залози. Резектовану тканину видаляють через тубус резектоскопа.
8. Зменшується вірогідність виникнення дизуричних явищ і гострих затримок сечопуску в ранньому післяопераційному періоді, частоту інфекційних ускладнень в післяопераційному періоді і прискорює видалення катетера та відновлювання самостійного сечопуску, швидша реабілітація хворих, скорочення витрат на медикаментозне лікування в п/о періоді.
9. Катетер Фолея, шприц – 20.0, сечоприймач, тубус резектоскопа 26 СнKarlStorz 27040 SL та робочої вставки для лазерного волокна KarlStorz 27050 FL., петля резектоскопу KarlStorz 27040 GP.
10. Лазерна вапоризація передміхурової залози.
11. Немає.
12. Перфорація капсули передміхурової залози. Для запобігання даного ускладнення, зріз некротичної тканини не повинен перевищувати 5 мм., чітке орієнтування в просторі операційного поля.

13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
14. Немає.
15. Журавчак А.З., Дячук М.Д., Мельничук М.П. (0975637943).

Реєстр. № 634/1/14

1. **СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГІДРОНЕФРОЗУ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Удосконалення малоінвазивного хірургічного лікування та знеболювання при захворюваннях черевної стінки, кишечника, жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, нирок та сечовивідних шляхів, матки, вен, хребта та органу слуху в умовах хірургічного стаціонару короткострокового перебування», 0109U006608.
3. Урологія
4. 2+С.
5. Пат. на корисну модель № 74963 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини «Державного управління справами», зареєстрований в державному реєстрі патентів України. Опубл. 12.11.2012, Бюл. № 21/2012.
6. Немає.
7. Нововведення стосується лікування стриктури піело-уретерального сегменту у дітей, а саме лапароскопічної пластики піело-уретерального сегменту. Суть запропонованого нововведення полягає у ретроградному стентуванні сечоводу перед основним етапом операції.
8. Внаслідок нововведення поліпшується візуалізація сечоводу у заочеревинному просторі, що зменшує тривалість і травматичність оперативного втручання.
9. Стент сечоводу, цистоскоп.
10. Структура піелоуретерального сегменту у дітей.
11. Гострі інфекційно-запальні процеси сечових шляхів.
12. Немає.
13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
14. Немає.
15. Журавчак А.З., Шейко М.С., Мельничук М.П., Дячук М.Д. (0957777769).

ФІЗІОТЕРАПІЯ. МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Реєстр. № 635/1/14

1. **СПОСІБ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.**
2. НДР «Органопротекторна ефективність та безпека метаболічних коректорів в терапії коморбідних патологічних станів», 0114U000195, 2014 – 2018 рр.
3. Фізіотерапія.
4. 2++, С.
5. Пат. на винахід № 98876 Україна, МПК А61Н 1/02; А61Н 23/00. Заявник та патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.06.2012, Бюл. № 12. 9с.
6. Немає.

7. Спосіб фізичної реабілітації осіб з метаболічним синдромом досягається тим, що хворому наряду з дієтотерапією, традиційним лікуванням рекомендують проводити заходи, спрямовані на підвищення рухової активності. Проводять метод лікування, що складається з проведення масажу в динамічному режимі 15 хв. Використовується неспецифічний коливальний рух, направлений перпендикулярно площині міжхребцевого диску, з періодом та частотою 0,45 коливань/с. та зусиллям за співвідношенням шийний відділ 12кг, поперековий 35 кг. Відпочинок - 15 хв. Проводять 15 сеансів протягом місяця.
8. Медичні – зменшення маси тіла, зниження артеріального тиску, зниження рівня цукру в крові; соціальні - вкорочення періоду стаціонарного лікування; економічні – скорочення витрат на лікування метаболічного синдрому.
9. Пристрій для профілактики, лікування та реабілітації вертеброгенних порушень.
10. Метаболічний синдром і ожиріння.
11. Немає.
12. Немає.
13. Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова 56.
14. Немає.
15. Макуцинський М.М., Яковлева О.О., Півторак К.В., Феджага І.В. (0962703224).

Реєстр. № 636/1/14

1. **ЗАСТОСУВАННЯ ВИТЯЖІННЯ СУГЛОБІВ ТА ХРЕБТА У ВІДНОВНОМУ ЛІКУВАННІ ЖІНОК В ПЕРІОДІ ПРЕДМЕНОПАУЗИ З ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ ІЗ СУПУТНІМ ПОПЕРЕКОВИМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ.**
2. НДР «Коморбідні стани в клініці внутрішніх хвороб та практиці сімейного лікаря: предиктори розвитку, рання діагностика, профілактика і лікування», 0113U001244, 2013-2017 рр.; «Клінічне обґрунтування використання пелодотерапії та пунктурної фізіотерапії у відновному лікуванні поперекового остеохондрозу поєданого із остеопорозом», 0113U001615, 2013-2015 рр.
3. Курортологія та фізіотерапія, ревматологія, травматологія та ортопедія, неврологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель № 66056 Україна, МПК А61К 33/00 (2011.01). Спосіб лікування хворих на первинний остеоартроз з переважним ураженням колінних суглобів / Бакалюк О.Й., Бакалюк Т.Г., Мартинюк В.І. - № у 2011 05824 заявл. 10.05.2011; опубл. 26.12.2011, Бюл. № 24, 2011 р.
6. Немає.
7. Для лікування жінок на первинний остеоартроз з переважним ураженням колінних суглобів із супутнім остеохондрозом поперекового відділу хребта в схему санаторно-курортного етапу реабілітації додається застосування механічного впливу - підводне витягнення хребта і суглобів зі статичною дією тяги 2-6 кг на кожну кінцівку, тривалість процедури 10 хвилин, на курс 8 процедур, які виконуються через день з наступним опроміненням паравертебральних ділянок поперекового відділу хребта та бокових поверхонь колінних суглобів постійним магнітним полем з величиною індукції 25 мТл та інфрачервоним лазерним випроміненням довжиною хвиль 0,89 мкм. Висновок про ефективність лікування за запропонованим способом здійснюють за результатами клінічних даних, показниками ШОЕ, СРП, артросонографії, електроміографії, реовазографії.

8. Позитивний вплив підводної тракції колінних суглобів та поперекового відділу хребта на клінічну симптоматику захворювання (швидша динаміка больового синдрому, функціональної активності суглобів та хребта); застосування підводного витяжіння дозволяє розвести і розвантажити постійно взаємодіючі суглобові поверхні периферичних суглобів і хребта; збільшення мікроциркуляції в ділянці впливу та прискорення перебігу біохімічних реакцій; релаксація спазмованих м'язів; розтягнення капсули суглоба при витягненні забезпечує альтерацію інкапсульованих вогнищ запалення, тим самим здійснюючи протизапальну дію; нормалізація гемодинаміки та іннервації кінцівок; зменшення кількості та тривалості загострень; збільшення тривалості ремісії у хворих на остеоартроз колінних суглобів з супутнім поперековим остеохондрозом.
9. Пристрій для підводної тракції, басейн.
10. Пацієнти з остеоартрозом колінних суглобів з поперековим остеохондрозом.
11. Сколіоз III ст., секвестровані киля, нестабільність хребта II-III ст., радикуломієлоішемія.
12. Перед призначенням витягнення суглобів та хребта бажано проводити артросонографію, МРТ хребта.
13. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001.
14. Немає.
15. Мисула І.Р., Бакалюк Т.Г., Голяченко А.О., Мартинюк В.І., Левицька Л.В., Квасніцька О.С. (0988364164).

Реєстр. № 637/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРВИННИЙ ОСТЕОАРТРОЗ З ПЕРЕВАЖНИМ УРАЖЕННЯМ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ ТА ЯВИЩАМИ РЕАКТИВНОГО СИНОВІТУ.**
2. НДР «Коморбідні стани в клініці внутрішніх хвороб та практиці сімейного лікаря: предиктори розвитку, рання діагностика, профілактика і лікування», 0113U001244, 2013-2017 рр.
3. Курортологія та фізіотерапія, ревматологія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель № 90114 Україна, МПК А61К 33/00 (2014.01). Спосіб лікування хворих на первинний остеоартроз з переважним ураженням колінних суглобів та явищами реактивного синовіту / Бакалюк О.Й., Бакалюк Т.Г. - № u 2013 15058; заявл. 23.12.2013; опубл. 12.05.2014, Бюл. № 9, 2014 р.
6. Немає.
7. Для лікування хворих на первинний остеоартроз з переважним ураженням колінних суглобів та явищами реактивного синовіту додатково до застосування сірководневих ванн та болюсотерапії проводять підшкірне введення хондропротектора алфлутопа по 0,1 мл за допомогою інсулінового шприца на довжину голки в акупунктурні точки колінного суглоба (E35, RP9, VB33), алгічні локальні ділянки та точки над розширеними заворотами і сумками, з наступним опроміненням точок введення алфлутопу постійним магнітним полем з величиною індукції 25 мТл та інфрачервоним лазерним випроміненням довжиною хвиль 0,89 мкм, на курс – 10 щоденних процедур. Висновок про ефективність лікування за запропонованим способом здійснюють за результатами клінічних даних, показниками ШОЕ, СРП, цитокінового статусу, артросонографії.
8. Позитивний вплив локального застосування алфлутопа шляхом пішкірного введення на клінічну симптоматику захворювання (швидша динаміка больового

синдрому, функціональної активності суглобів); при застосуванні підшкірного введення алфлутопу відбувається пряма дія препарату на орган-мішень шляхом введення препарату в акупунктурну точку, а вплив фізичним фактором на точку, після введення лікарської речовини сприяє поширенню препарату; нормалізуючий вплив на рівень ШОЕ, СРП; позитивна дія на цитокіновий профіль (зниження рівня інтерлейкіну 1 β); дозволяє загальмувати прогресуючу деструкцію суглобового хряща і зменшити прояви остеоартрозу; збільшення тривалості ремісії у хворих із остеоартрозом з супутнім реактивним синовітом.

9. Хондропротектор алфлутоп.
10. Остеоартроз з супутнім реактивним синовітом.
11. Гіперчутливість до препарату.
12. Перед призначенням підшкірного введення алфлутопу бажано проводити артросонографію.
13. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001.
14. Немає.
15. Бакалюк Т.Г. (0988364164).

Реєстр. № 638/1/14

1. **СПОСІБ ПРОВЕДЕННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПОВІТРЯНОЇ КРІОТЕРАПІЇ ЗА МЕТОДИКОЮ ПАНЧЕНКА О.А.**
2. НДР «Розробка методики комплексного лікування пограничних психічних розладів із застосуванням загальної повітряної кріотерапії», 0114U001445, 2014-2015 рр.
3. Фізіотерапія.
4. 2++С.
5. Пат. 91816 Україна, МПК (2014.01), А61В 5/00 Спосіб проведення загальної повітряної кріотерапії за методикою Панченка О.А. / Панченко О.А.; заявник та патентовласник ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України». – № у 2014 03031; заявл. 25.03.2014; опубл. 10.07.14, Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Тривалість перебування пацієнта в передкамері перед входом в основну камеру складає 30 с, після виходу з неї – 10 с. Тривалість перебування пацієнта в основній камері на 1-й процедурі складає 30 с, на 2-й – 1 хв, на 3-й – 2 хв, на 4-й – 3 хв. Індикатором появи бажаних терапевтичних ефектів визначається реєстрація після процедури на гомілках (латеральна поверхня нижньої третини правої та лівої гомілки) поверхневої температури тіла (ПТТ) на рівні від +5 до +2 °С. Якщо після 4-ї процедури ПТТ на гомілках вища за +5 °С, тривалість перебування пацієнта в основній камері збільшується до 4-х хв. Для забезпечення безпеки способу проведення загальної повітряної кріотерапії безпосередньо перед процедурою (після 15-хвилинного відпочинку та адаптації до кімнатної температури) і відразу після процедури проводиться вимірювання поверхневої температури тіла (ПТТ) у десятих симетричних маркованих точках: на передпліччях (на медіальній поверхні середньої третини правого та лівого передпліч), на грудях (на рівні 3-4 міжреберного проміжку по середньо-ключичній лінії грудної клітини праворуч та ліворуч), спині (на рівні 3-4 міжреберного проміжку по лопатковій лінії грудної клітини праворуч та ліворуч), плечах (на латеральній поверхні середньої третини правого та лівого плеча), стегнах (на латеральній поверхні середньої третини правого та лівого стегна). До та після процедури вимірюється артеріальний тиск та підраховується

- частота серцевих скорочень. При груповому відвідуванні кріокамери пацієнти у кількості 2-3 осіб одягаються в нижню білизну з бавовняної тканини, відкриті ділянки тіла додатково захищають: на вуха надягають пов'язку або шапку, на ніс і губи – марлеву пов'язку (не менше 3-х шарів), на руки – рукавички, на ноги – шкарпетки (вище гомілковостопного суглоба) і комфортне взуття; знімають ювелірні вироби, годинники, контактні лінзи.
8. Підвищення ефективності та індивідуалізація лікування, попередження виникнення побічних ефектів, зменшення фінансових витрат на медикаментозне лікування.
 9. Медичне обладнання та устаткування: двокамерна кріокамера для загальної повітряної кріотерапії; безконтактний інфрачервоний медичний термометр; тонометр. Кадрові ресурси: сестра медична з фізіотерапії.
 10. Захворювання кістково-м'язової системи: остеохондроз хребта, артрози, ревматоїдний артрит, хвороба Бехтерева, подагра; хвороби системи кровообігу: гіпертензивна хвороба серця I-II ступенів тяжкості, гіпертензивна енцефалопатія I-II ступенів тяжкості, церебральний атеросклероз, наслідки інфаркту мозку та інсульту в стадії компенсації, головний біль; захворювання нервової системи: розсіяний склероз, енцефалопатія не уточнена, ураження окремих нервів, нервових корінців і сплетінь; хвороби шкіри та підшкірної клітковини: псоріаз, atopічний та алергічний дерматити; хвороби ендокринної системи: порушення обміну речовин, ожиріння; психічні розлади: змішані тривожні, депресивні та соматоформні розлади, неврастенія.
 11. Хвороби системи кровообігу: гострий інфаркт міокарда, або мозку (протягом останніх 6 місяців); гіпертензивна хвороба серця III ступеня тяжкості; гіпертензивна енцефалопатія III ступеня тяжкості; серцева недостатність 2-3 ступенів тяжкості; хвороби органів дихання: гострі інфекційні та вірусні захворювання; гострий ларингіт; хронічний ларингіт в стадії загострення; гострий фарингіт; хронічний фарингіт в стадії загострення; гострий бронхіт; хронічний бронхіт в стадії загострення; гострий синусит; хронічний синусит в стадії загострення; хронічна обструктивна легенева хвороба в стадії загострення; пневмонії; легенева недостатність; дихальна недостатність; хвороби сечостатевої системи: гострий пієлонефрит; хронічний пієлонефрит в стадії загострення; гострий цистит, хронічний цистит в стадії загострення; гостра та хронічна ниркова недостатність; гострий простатит; хронічний простатит в стадії загострення, запальні хвороби жіночих тазових органів в стадії загострення; захворювання периферичних судин (хвороба Рейно, облітеруючий ендартеріїт, васкуліти; тромбофлебіт нижніх кінцівок; тромбоз артерій нижніх кінцівок); злоякісні пухлини; вагітність, період годування груддю; клаустрофобія; холодова алергія.
 12. Припинення курсу загальної повітряної кріотерапії здійснюється у разі підвищення артеріального тиску вище за 160/100 перед процедурою, появи обморожень, клаустрофобії, будь-якої іншої небажаної реакції на кріовплив. Запобігання ускладнень або помилок забезпечується за умови ретельного дотримання вимог до здійснення процедур загальної повітряної кріотерапії за методикою Панченка О.А.
 13. Державний заклад «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України».
 14. Немає.
 15. Панченко О.А. (0627225500).

1. **КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ОЛУЖНЮЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ.**
2. НДР «Дослідження можливостей застосування природних мінеральних вод в комплексній олужнюючій терапії при поєднаній патології органів травлення», 0113U005720.
3. Фізіотерапія; гастроентерологія.
4. 2+, С.
5. Лемко І.С., Яковенко Н.А., Голубка О.П., Гайсак М.О., Фабрі З.Й., Малиновська В.Г. Дослідження метаболічної інтоксикації та особливості її клініко-біохімічної маніфестації при хронічній патології органів травлення // Лабораторна діагностика. – 2013. - № 4 (66). – С.11-16.
6. Немає.
7. Метаболічний ацидоз при хронічній патології органів травлення може бути компенсований протягом тривалого часу завдяки активації компенсаторних механізмів різних рівнів. Виснаження цих механізмів при хронічному перебігу захворювання може призводити до формування і прогресування метаболічної інтоксикації. Механізми компенсації метаболічного ацидозу реалізуються, головним чином, нирками, і тривалий час запобігають прогресуванню метаболічної інтоксикації і розвитку значних змін кислотно-лужної рівноваги організму. Ці механізми забезпечують збільшення секреції H^+ -іонів в дистальному відділі ниркових каналців і реабсорбцію гідрокарбонатів у проксимальному відділі нефрона. Зважаючи на тривалий безсимптомний перебіг хронічного метаболічного ацидозу, важливим є як раннє його виявлення, так і контроль за динамікою під впливом лікування, зокрема, неінтенсивної детоксикаційної терапії із застосуванням природних мінеральних вод з олужнюючими властивостями. Найбільшу діагностичну значимість у виявленні латентних форм метаболічного ацидозу та оцінці ефективності олужнюючої терапії мають наступні показники: рівень сечової екскреції амонію; величина титраційної кислотності сечі; діапазон добових коливань рН сечі. Підвищення добової екскреції аміаку (вище 60 ммоль/л) з сечею, збільшення рівня титраційної кислотності сечі (вище 0,85 ммоль/л) та звуження діапазону добових коливань рН сечі (менше 0,5 одиниць) свідчать про напруження механізмів компенсації метаболічного ацидозу і необхідність проведення олужнюючої терапії. Зменшення в динаміці лікування рівня сечової екскреції аміаку, титраційної кислотності сечі та збільшення діапазону добових коливань рН сечі підтверджують ефективність проведеної олужнюючої терапії.
8. Підвищення ефективності лікування хворих з хронічною патологією органів травлення, які супроводжуються хронічним метаболічним ацидозом, за рахунок раннього виявлення напруження або виснаження механізмів його компенсації та об'єктивізації оцінки ефективності олужнюючої терапії. Комплекс запропонованих методик простий у виконанні, не потребує дорогих реактивів та обладнання.
9. Реактиви для визначення рівня титраційної кислотності та амонію в сечі, рН-метр.
10. Хронічна патологія та функціональні захворювання органів травлення, що супроводжуються хронічним метаболічним ацидозом.
11. Немає.
12. За умови дотримання методики ускладнень та помилок не виявляється.
13. Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України».
14. Немає.

15. Гайсак М.О., Лемко І.С., Малиновська В.Г. (0312637462), Голубка О.П. (0312235585).

Реєстр. № 640/1/14

1. **МЕТОДИКА БАЛЬНЕОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ МЕТАБОЛІЧНОГО АЦИДОЗУ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ.**
2. НДР «Дослідження можливостей застосування природних мінеральних вод в комплексній олузнюючій терапії при поєднаній патології органів травлення», 0113U005720.
3. Фізіотерапія; гастроентерологія.
4. 2+, С.
5. Можливості диференційованого застосування природних мінеральних вод в ранній профілактиці метаболічних порушень при захворюваннях органів травлення: інформаційний лист / М.О.Гайсак, І.С.Лемко, О.П.Голубка, Н.А.Яковенко, В.Г.Малиновська. - № 73-2014. – Київ, 2014. – 4 с.
6. Немає.
7. Для корекції субклінічних форм метаболічного ацидозу при хронічній патології органів травлення застосовується питний прийом природних мінеральних вод, у аніонному складі яких наявні гідрокарбонати. В якості критерію вибору мінеральної води для досягнення оптимального ефекту олузнення у пацієнта проводять дослідження рівня рН та титраційної кислотності сечі (ТКС) її титруванням 0,1 н розчином Na_2CO_3 , який відображає характер порушення фізіологічного балансу кислого та лужних травних секретів.
З урахуванням цих показників з метою досягнення оптимального ефекту олузнення призначається питний прийом мінеральних вод:
 - при рівні ТКС до 0,85 ммоль/л 0,1 н Na_2CO_3 та величині рН < 6,5 призначається питний прийом мінеральних вод, в аніонному складі яких наявні гідрокарбонати, із загальною мінералізацією не більше 3000 мг/л. Мінеральні води даного типу призначаються невеликими дозами (50-75 мл на прийом), до 6-7 раз протягом доби, дегазовані, кімнатної температури.
 - при рівні ТКС > 0,85 ммоль/л 0,1 н Na_2CO_3 призначається питний прийом мінеральних вод, в аніонному складі яких переважають гідрокарбонати, із загальною мінералізацією більше 3000 мг/л. Мінеральні води даного типу призначаються по 100-150 мл, за 15-20 хв. до та через 30-40 хв. після трьох основних прийомів їжі, дегазовані. До їди призначається підігріта до 40-42⁰С мінеральна вода, після їди - кімнатної температури.Запропонована методика бальнеологічної корекції субклінічних форм метаболічного ацидозу із питним прийомом мінеральних вод може призначатися самостійно (в період ремісії основного захворювання) або доповнювати інші методи лікування.
8. Підвищення ефективності лікування хворих з хронічною патологією органів травлення за рахунок відновлення фізіологічного балансу кислого та лужного травних секретів та усунення явищ метаболічного ацидозу.
9. Мінеральні води різної мінералізації з наявністю у аніонному складі гідрокарбонатів, природні та фасовані; рН-метр, 0,1 н розчин Na_2CO_3 .
10. Хронічна патологія та функціональні захворювання органів травлення, що супроводжуються порушенням фізіологічної рівноваги кислого та лужного травних секретів, в т.ч. хронічним метаболічним ацидозом.
11. Немає.

12. За умови дотримання режиму дозування мінеральних вод протипоказань немає.
13. Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України».
14. Немає.
15. Лемко І.С., Гайсак М.О., Голубка О.П. (0312637462), Яковенко Н.А. (0312235585).

Реєстр. № 641/1/14

1. МЕТОДИКА ОЦІНКИ ОЛУЖНЮЮЧИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ПРИРОДНИХ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД IN VITRO.

2. НДР «Дослідження можливостей застосування природних мінеральних вод в комплексній олужнюючій терапії при поєднаній патології органів травлення», 0113U005720.
3. Фізіотерапія; гастроентерологія.
4. 2+, С.
5. Гайсак М.О., Лемко І.С. Обґрунтування можливості застосування природної мінеральної води «Боржомі» в комплексній олужнювальній терапії // Сучасна гастроентерологія. – 2011. - № 5(61). – С.77-84.
6. Немає.
7. В якості критерію вибору мінеральної води для досягнення оптимального ефекту олужнення при патології органів травлення в умовах in vitro досліджуються буферні властивості природних мінеральних вод – буферну ємність і нейтралізуючі властивості.

Буферна ємність (БЄ) – хімічний показник, що відображає здатність антациду стійко утримувати рН на лужному рівні, кількісно вимірюється об'ємом 0,1 н розчину HCl, необхідним для зменшення рН на одиницю. Використовується як критерій спрямованості лікувальної дії мінеральних вод, наявності у неї буферних властивостей.

Нейтралізуюча здатність (НЗ) – фізіологічно-фармакологічний показник вираженості антацидних властивостей, визначається титруванням 0,1 н розчином HCl до рН 3,0-3,5. Відображає тривалість фізіологічної олужнюючої дії певної дози мінеральної води, використовується для розрахунку одноразової та добової її дози.

З огляду на можливості застосування в якості олужнюючої терапії за цими показниками мінеральні води можуть бути розділені на дві групи:

- антациди буферної дії (при величині НЗ вище 40 ммоль HCl / 100 мл мінеральної води), тривалість олужнюючого ефекту яких перевищує 25 хв. в корпусному і 40 хв. – в антральному відділі шлунку; мінеральні води цієї групи належать до рідких антацидів і призначаються з метою олужнення по 100-150 мл, за 15-20 хв. до та через 30-40 хв. після трьох основних прийомів їжі, дегазовані;
- слабкі антациди (при величині НЗ нижче 40 ммоль HCl / 100 мл мінеральної води) за рахунок розведення шлункового соку та зменшення таким чином в ньому концентрації соляної кислоти, тривалість олужнюючого ефекту яких становить до 10 - 12 хв. в корпусному і до 15 - 20 хв. в антральному відділі шлунку; мінеральні води другої групи з метою олужнення призначаються невеликими дозами (50-75 мл на прийом), до 6-7 раз протягом доби, дегазовані, кімнатної температури.

Олужнюючі властивості природних мінеральних вод з різними буферними властивостями можуть використовуватись в корекції явищ метаболічного

- ацидозу, що супроводжують як хронічні захворювання органів травлення, так і інші хронічні патологічні процеси.
8. Підвищення ефективності лікування хворих з хронічною патологією органів травлення, які супроводжуються гіперацидним станом шлункової секреції, за рахунок відновлення фізіологічного балансу кислого та лужних травних секретів та компенсації хронічного метаболічного ацидозу.
 9. Вуглекислі гідрокарбонатні натрієві мінеральні води різної мінералізації, природні та фасовані; рН-метр, 0,1 н розчин соляної кислоти.
 10. Хронічна патологія та функціональні захворювання органів травлення, що супроводжуються хронічним метаболічним ацидозом.
 11. Немає.
 12. За умови дотримання методики лікування ускладнень не спостерігається.
 13. Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України».
 14. Немає.
 15. Гайсак М.О. (0312637462), Лемко І.С., Голубка О.П. (0312235585).

Реєстр. № 642/1/14

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ЧАСТО ХВОРІЮЧИХ ДІТЕЙ.

2. НДР «Розробка методик диференційованої комплексної імунореабілітації дітей з рецидивуючими бронхітами та часто хворіючих дітей на основі галоаерозольтерапії», 0114U001380.
3. Фізіотерапія, сімейна медицина-загальна практика, педіатрія, пульмонологія.
4. 2+, С.
5. Підготовлено заявку на корисну модель «Спосіб визначення ендогенної інтоксикації у часто хворіючих дітей».
6. Немає.
7. Однією з ланок патогенетичних механізмів ендогенної інтоксикації у часто хворіючих дітей (ЧХД) є розвиток оксидантного стресу. Його прояви зберігаються і поза періодом загострення, що може сприяти подальшому прогресуванню патологічного процесу та потребує проведення відновлювального лікування. Рівень малонового диальдегіду (МДА) вважається одним із основних продуктів ліпопероксидації, що накопичуються в крові при синдромі інтоксикації, а механізм захисту визначається активністю супероксиддисмутази (СОД), що відповідає за нейтралізацію ушкоджуючого впливу супероксидних радикалів. Для розкриття патогенетичних механізмів формування бронхо-легеневої патології у дітей і оцінки наростання ендогенної інтоксикації, яка сприяє імуносупресії та хронізації інфекційно-запальних процесів, рекомендується визначення коефіцієнту співвідношення між утворенням вторинних продуктів ПОЛ та можливістю їх елімінації – СОД/МДА. Кореляційний аналіз між величиною співвідношення СОД/МДА та рівнем МСМ підтверджує наявність від'ємного зв'язку між цими показниками ($r = -0,45$), тобто зменшення величини співвідношення нижче нормальних величин ($1,25 \pm 0,04$) супроводжується підвищенням рівню середньомолекулярних пептидів (МСМ), які є маркерами ендогенної інтоксикації. Розрахунок коефіцієнту ендогенної інтоксикації здійснюється наступним чином:
 - визначається активність СОД в еритроцитах крові методом, що ґрунтується на здатності СОД гальмувати реакцію аутоокислення адреналіну при рН=10,2;

- визначається рівень МДА в сироватці крові за здатністю МДА при високих температурах у кислому середовищі реагувати з 2-тіобарбітуровою кислотою і утворювати забарвлений триметилловий комплекс;
- обчислення проводиться за формулою $K = \text{СОД} / \text{МДА}$.

Визначення коефіцієнту співвідношення між утворенням вторинних продуктів ПОЛ та можливістю їх елімінації – СОД/МДА дасть змогу уточнити патогенез запальних процесів, оцінити ступінь розвитку ендогенної інтоксикації, зумовленої оксидантним стресом та вносити відповідні корекції в комплекс лікування.

8. Розрахунок даного співвідношення дає можливість без збільшення об'єму крові, що забирається, або ж без додаткового забору крові у дітей визначити ступінь ендогенної інтоксикації, зумовленої порушенням балансу між процесами ліпопероксидації та АОЗ, і на цій основі внести корективи у програму ведення таких дітей поза гострим періодом. Це дасть можливість оптимізувати лікування, спрямоване на попередження прогресування патологічного процесу і формування хронічної бронхо-легеневої патології в дорослому віці.
9. Реактиви та лабораторне обладнання для визначення рівню МДА та активності СОД.
10. Діагностика і моніторинг проявів оксидантного стресу та ступеню ендогенної інтоксикації у дітей з РБ та групи ЧХД.
11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України».
14. Немає.
15. Лемко О.І., Габор М.Л., Решетар Д.В. (0312637462).

Реєстр. № 643/1/14

1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СЕКРЕТОРНИХ ПОРУШЕНЬ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ.

2. НДР «Функціонально-метаболічне обґрунтування застосування природних мінеральних вод в профілактиці та лікуванні порушень внутрішньосекреторної функції підшлункової залози при патології органів травлення», 0114U001381.
3. **Фізіотерапія; гастроентерологія.**
4. 2+.
5. Обґрунтування доцільності олузнюючої терапії при функціональній недостатності підшлункової залози / М.О.Гайсак, К.І.Вагерич, Т.В.Чайковська, О.П.Голубка, Н.А.Яковенко // XV конгрес СФУЛГ (м.Чернівці, 16-16 жовтня 2014 року): Матеріали. – Чернівці – Київ – Чикаго, 2014. – С.305.
6. Немає.
7. Для раннього виявлення дисфункціональних станів підшлункової залози при патології органів травлення з метою вибору тактики лікування досліджують активність та обчислюють сумарний дебіт альфа-амілази сечі в різні періоди травлення – натще (Д₁) та через 30 (Д₂) і 60 (Д₃) хвилин після стандартного харчового навантаження.

На основі одержаних варіантів панкреатичної секреції та її реакції на харчовий подразник обирають тактику медикаментозної або немедикаментозної корекції виявлених дисфункцій з метою ранньої профілактики формування та прогресування панкреатичної гіпосекреції та вторинного панкреатогенного цукрового діабету:

- при показниках активності альфа-амілази в межах норми (16-32 г/год.•л) і зниженні реакції залози на харчове навантаження із збереженням нормального співвідношення $D_2 > D_3$ виявляють низький ризик формування панкреатичної гіпосекреції та вторинного панкреатогенного цукрового діабету; цей стан не потребує медикаментозної корекції, необхідним є лише дослідження функції підшлункової залози в динаміці;
- при знижених показниках активності альфа-амілази (менше 16 г/год.•л) і незначному зниженні її секреторної реакції на харчове навантаження виявляють помірно виражену панкреатичну гіпосекрецію та незначно підвищений або помірний ризик вторинного панкреатогенного цукрового діабету; в цих випадках доцільним є призначення курсів замісної ферментної терапії та питного прийому мінеральних вод, в аніонному складі яких наявні гідрокарбонати, із загальною мінералізацією не більше 3000 мг/л; доцільним є дослідження цукру крові натще та після харчового навантаження;
- при вираженому зниженні показників активності (8 г/год.•л та менше) та дебітів альфа-амілази (менше 300 г/год.•л) у всі досліджувані періоди травлення і відсутності її реакції на харчове навантаження виявляють виражену панкреатичну гіпосекрецію та високий ризик вторинного панкреатогенного цукрового діабету; в цих випадках доцільним є призначення замісної ферментної терапії на постійній основі та питного прийому мінеральних вод, в аніонному складі яких переважають гідрокарбонати, із загальною мінералізацією більше 3000 мг/л; обов'язковим є дослідження цукру крові та інших показників вуглеводного обміну.

Зважаючи на простоту дослідження, запропонована методика раннього виявлення панкреатичної гіпосекреції та ризику вторинного панкреатогенного цукрового діабету при хронічній патології органів травлення з метою вибору тактики лікування та контролю за його перебігом може проводитись в санаторно-курортних, амбулаторних та інших лікувально-профілактичних закладах різних рівнів.

8. Підвищення ефективності лікування хворих з патологією органів травлення за рахунок раннього виявлення і корекції панкреатичної гіпосекреції.
9. Реактиви для вимірювання рівня альфа-амілази сечі; мінеральні води різної мінералізації з наявністю у аніонному складі гідрокарбонатів, природні та фасовані.
10. Хронічні захворювання органів травлення, що супроводжуються дисфункціональними станами підшлункової залози.
11. Немає.
12. Протипоказань та помилок за умови дотримання методики немає.
13. Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України».
14. Немає.
15. Лемко І.С., Чайковська Т.В., Вагерич К.І., Голубка О.П. (0312637462), Яковенко Н.А. (0312235585).

Реєстр. № 644/1/14

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ-РЕКОНВАЛЕСЦЕНТІВ ПІСЛЯ НЕГОСПІТАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ.

2. НДР «Обґрунтування відновлювального лікування хворих на негоспітальну пневмонію з використанням галоаерозолів», 0111U004754.
3. Фізіотерапія; пульмонологія.
4. 2+, С.
5. Заявка на корисну модель а 2013 13772 від 27.11.2013 р. «Спосіб відновлювального лікування хворих на негоспітальну пневмонію».

6. Немає.

7. Запропонований спосіб полягає у тому, що хворим на негоспітальні пневмонії після гострого періоду хвороби (по завершенні антибіотикотерапії) рекомендують курс відновлювального лікування, що полягає у використанні аерозольних середовищ кам'яної солі – галоаерозольтерапії, яка може проводитись за двома режимами: стандартним та з підвищеним галоаерозольним навантаженням. Основними компонентами механізму дії даного лікувального фізичного чинника є санаційний вплив і гіперосмолярна стимуляція, яка забезпечує муколітичну дію, стимуляцію в'їчастого епітелію, що веде до покращення дренажної функції бронхів і, таким чином, сприяє швидшому завершенню запального процесу та функціональному відновленню бронхо-легеневої системи.

Курс галоаерозольтерапії (ГАТ) включає: період адаптації до лікувального галоаерозолу – 3-4 дні, протягом яких щоденно проходить поступове наростання тривалості галоаерозольних процедур від 15 до 60 хвилин (15 хв., 30 хв., 45 хв. та 60 хв.); основний лікувальний період, що за стандартною методикою включає щоденні, крім неділі, сеанси ГАТ, тривалістю 60 хвилин кожен. Причому концентрація галоаерозолу динамічно змінюється від 12 мг/м³ до 4 мг/м³ протягом 60-хвилинного сеансу, шляхом контрольованої зміни співвідношення частинок розміром до 7 мкм і більше 10 мкм від 200:110 – на початку сеансу до 600:17 – в кінці сеансу галоаерозольтерапії. Це забезпечує «м'який», вплив на організм за рахунок поступового зниження концентрації аерозолу протягом 60-хвилинного безперервного сеансу і є доцільним при відсутності бронхообструктивного синдрому.

При режимі лікування з підвищеним галоаерозольним навантаженням щоденний сеанс ГАТ здійснюється за рахунок проведення двох процедур тривалістю 30 хвилин кожна у фазу високого насичення галоаерозолу (перші 30 хвилин 60-хвилинного сеансу) з інтервалом 3-5 годин між ними. Це зумовлює підвищення сумарної концентрації діючого галоаерозолу у 1,3 рази, причому парціальний вміст крупно-, середньо-, та мілко-дисперсного аерозолу зростає у 1,9, 1,6 і 1,3 рази відповідно, що посилює вплив на відповідні відділи дихальних шляхів і гіперосмолярну стимуляцію мукоциліарного кліренсу та вираженість бактерицидного впливу. Таким чином забезпечується посилення муколітичної та протизапальної дії галоаерозолу, більш швидке і ефективне функціональне відновлення бронхо-легеневої системи при бронхообструкції.

Курс лікування складається із 18-20 сеансів ГАТ. Процедури ГАТ проводяться в спеціально обладнаних приміщеннях, де розпилюється сухий аерозоль кам'яної солі, концентрація та дисперсність якого контролюється за допомогою спеціально розробленої лазерно-оптичної системи.

8. Усунення залишкових запальних проявів та порушень бронхіальної прохідності, забезпечення повноцінного функціонального відновлення бронхо-легеневої системи, попередження розвитку обструктивного бронхіту та проявів дихальної недостатності, скорочення строків реконвалесценції та покращення якості життя хворих.
9. Апарат для проведення галоаерозольтерапії.

10. Хворі на негоспітальні пневмонії у період реконвалесценції з порушеннями прохідності бронхів і без них.
11. Клаустрофобія.
12. За умови дотримання методики лікування ускладнень не спостерігається.
13. Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України».
14. Немає.
15. Лемко О.І., Лемко І.С., Решетар Д.В. (0312637462).

Реєстр. № 645/1/14

1. **МЕТОД КВАЛІМЕТРИЧНОГО ОЦІНЮВАННЯ ЯКОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ВІДПУСКУ ПРОЦЕДУР З ВИКОРИСТАННЯМ ЛІКУВАЛЬНИХ ВОД.**
2. НДР «Наукове обґрунтування критеріїв оцінки природних територій курортів України щодо оголошення їх курортними територіями державного та місцевого значення», 0108U001953.
3. Медична реабілітація, курортологія та фізіотерапія.
4. 1+, В.
5. Літературний письмовий твір наукового характеру «Метод кваліметричного оцінювання якості організації відпуску процедур з використанням лікувальних вод» (автори: Кисилевська Альона Юріївна, Нікіпелова Олена Михайлівна) (свідоцтво про реєстрацію авторського права, видане Державною службою інтелектуальної власності № 45603 від 13.09.2012 р.).
6. Немає.
7. Сутність методу кваліметричного оцінювання якості організації відпуску процедур з використанням лікувальних вод полягає в розрахунку комплексного показника якості організації відпуску процедур з використанням лікувальних вод, який є середньоарифметичним зваженим одиничних показників з урахуванням їх коефіцієнтів вагомості. У якості одиничних показників виступають визначені 25 факторів впливу на якість організації відпуску процедур з використанням лікувальних вод, які теж мають кількісне значення від 0 до 3 балів. Одиничні показники оцінюються за допомогою розробленої анкети, що містить 75 питань. Прийнято значення еталону якості 100 %, для цього використано коефіцієнт перерахунку розмірності 100/9. Метод дозволяє кількісно оцінювати рівень якості організації відпуску процедур з використанням лікувальних вод у кожному санаторно-курортному закладі та виявити невідповідності як у загальному процесі, так і на будь-якій стадії технологічного процесу використання лікувальних вод.
8. За допомогою розробленого методу можливо кваліметрично оцінювати якість організації відпуску процедур в будь-якому санаторно-курортному закладі. Метод дозволяє виявити невідповідності в загальному процесі організації відпуску процедур, надати рекомендації з його оптимізації та покращити якість лікувально-профілактичної допомоги, що здійснюють санаторно-курортні заклади, дасть можливість підвищити ефективність їх роботи. Економічний ефект буде отримано за рахунок конструктивно-ефективних проектних рішень щодо діяльності санаторно-курортних закладів, збільшення кількості осіб, що оздоровляються в них; досягнення середньоєвропейського рівня послуг, що надаються пацієнтам; підвищення рентабельності санаторно-курортних закладів.
9. Немає.
10. Немає.
11. Немає.
12. Немає.

13. Державна установа «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології Міністерства охорони здоров'я України».
14. Співрозробників немає.
15. Кисилевська А.Ю., Нікіпелова О.М. (0482328201).

Реєстр. № 646/1/14

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ У ВОДАХ
2. НДР «Вивчити динаміку змін властивостей мінеральних природних вод різного хімічного складу в залежності від показників мікробіологічного стану», 0113U000632.
3. Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія.
4. 1+, В.
5. Патент на корисну модель № 87497 МПК С 02F1/62. Спосіб визначення важких металів у розчинах, Чуєнко А.В., Добринін О.В., Нікіпелова О.М., Солодова Л.Б.. Зареєстровано в Державному реєстрі патентів України на корисні моделі, опубл. 10.02.2014, бюл.№ 3, заявник та патентовласник ДУ «Укр. НДІ МР та К МОЗ України».
6. Немає.
7. Сутність способу заключається у тому, що визначення металу проводять в однакових умовах для двох паралельних проб. До однієї з цих проб вносять стандартну добавку металу, який визначається, згідно табл. 1. Усі проби попередньо підкислюються 8 % азотною кислотою в кількості 30 мкл на 1 см³ проби. Отримані розчини в об'ємі 20 мкл за допомогою автоматичного дозування вводять в графітову піч і проводять термічну обробку за температурними програмами, які приведені в табл. 2.

Таблиця 1

Стандартні добавки до 1 см³ проби

Метал	Концентрація стандартного зразку, мкг/дм ³	Об'єм стандартного зразку, мкл	Отримана концентрація добавки, мкг/дм ³
Cd	1*10 ²	5-10	0,5-1,0
Pb	1*10 ³	5-10	5-10
V	1*10 ⁴	7-10	70-100

Таблиця 2

Режими атомізації металів

Метал	Висушування		Озолення		Атомізація	
	Температура, °С	Час, с	Температура, °С	Час, с	Температура, °С	Час, с
Cd	90	30	300	15	1800-2000	5
Pb	100	35	400	20	2000-2100	5
V	90	25	1000	10	2600-2700	5

Вимірювання виконують на спектрофотометрі атомної абсорбції Сатурн-4-ЕАВ з дейтерієвим коректором фону і електротермічним атомізатором Графіт-5М.01. Джерелом світла служить лампа з порожнистим катодом. Атомне поглинання

вимірюють по резонансній лінії (Cd – 228,8 нм, Pb – 283,3 нм, V – 318,5 нм). Для визначення важких металів в мінеральних водах за способом атомної абсорбції з прямою електротермічною атомізацією проб пропонується модернізована методика вимірювання кількості свинцю, кадмію та ванадію. Для підвищення точності та надійності результатів вимірювань кількості важких металів поєднують пряму атомну електротермічну абсорбцію з вимірюванням адсорбційності проби, в яку попередньо було внесено стандартну добавку елемента, який потрібно визначити. Залишковий вплив складу мінеральної води виключається проведенням кількісного визначення за способом добавок. Для цього роблять дві паралельні проби. В одну із цих проб вносять добавки металів, які визначаються. У випадку свинцю добавка складає 5 - 10 мкг/дм³, для кадмію – 0,5 – 1,0 мкг/дм³, для ванадію – 70 – 100 мкг/дм³. Визначення проводять при однакових умовах за приведеним вище способом. Обробку результатів визначення концентрації металу X, мкг/дм³ у розчинах проводять за формулою 1.

9. Пряме електротермічне атомно-абсорбційне визначення мікрограмових кількостей елементів в природних водах ускладнено через вплив макрокомпонентів, який пропонується оцінювати шляхом співставлення прямого атомно-абсорбційного визначення концентрації важких металів в мінеральних водах та методу «введено-знайдено» з використанням стандартної добавки металу до досліджуємого зразка. Інноваційним у даному способі є те, що для визначення важких металів у розчинах шляхом ЕТ ААС додатково використовується у якості зразку проба, в якій в досліджуваний зразок внесено стандартну добавку металу, що визначається, а результати вимірювань корегуються відповідно мірі правильності визначення внесеної стандартної добавки за формулою:

$$X = \frac{X_{np} \cdot C_{доб}}{X_{доб} - X_{np}} \quad (1)$$

де: X_{np} – концентрація металу, знайдена у пробі, мкг/дм³; $X_{доб}$ – концентрація металу, знайдена у пробі з добавкою, мкг/дм³; $C_{доб}$ – концентрація добавки металу до проби, мкг/дм³. Це дозволить урахувати негативний вплив макрокомпонентного складу задля підвищення точності і відтворюваності результатів при визначенні важких металів у поверхневих і підземних водах та робить спосіб більш універсальним.

10. 1) Атомно-абсорбційний спектрофотометр з дейтерієвим коректором фону і електротермічним атомізатором. Спектральний діапазон вимірювань від 190 до 855 нм.
 2) Мінеральні природні столові та лікувально-столові води України за ДСТУ 873-93 «Води мінеральні питні. Технічні умови»: хлоридні натрієві, гідрокарбонатні кальцієві, гідрокарбонатні натрієві та ін.
 3) Стандартний зразок складу розчину іонів свинцю (1,0 мг/см³) атестоване значення МСЗ 0525:2003 (ДСЗУ 022.54-96) (відносна похибка атестованого значення МСЗ не перевищує 1 % з вірогідністю 0,95).
 4) Стандартний зразок складу розчину іонів кадмію (1,0 мг/см³) атестоване значення МСЗ 0136:2000 (ДСЗУ 022.54-96) (відносна похибка атестованого значення МСЗ не перевищує 1 % з вірогідністю 0,95).
 5) Стандартний зразок складу розчину іонів ванадію (1,0 мг/см³) атестоване значення МСЗ 0030:1998 (ДСЗУ 022.54-96) (відносна похибка атестованого значення МСЗ не перевищує 1 % з вірогідністю 0,95).
 6) Азотна кислота, концентрована марки «ос ч.» згідно з ГОСТ 11125 – 84.

11. Використання даного способу відноситься до аналітичної хімії при визначенні важких металів(свинцю, кадмію та ванадію) в поверхневих і підземних водах. Пропонується для впровадження в практику роботи лабораторних центрів санітарно-епідеміологічної служби.
12. Немає.
13. Спосіб фактично не має ускладнень завдяки високій селективності, точності та відтворюваності результатів аналізу при визначенні мікрокількостей важких металів у мінеральних водах.
14. Державна установа «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», 65014, м. Одеса, Лермонтовський пров., 6.
15. Співрозробників немає.
16. Чуенко А.В., Добринін О.В., Нікіпелова О.М., Солодова Л.Б. (0487250446).

Реєстр. № 647/1/14

1. **СПОСІБ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.**
2. НДР «Розробити диференційовані комплекси санаторно-курортної реабілітації найбільш поширених супутніх захворювань у дітей після радикального лікування онкопатології», 0111U004328.
3. Медична реабілітація, фізіотерапія і курортологія.
4. 2+, С.
5. Пат. 88912 (UA), МПК А61Н 33/14. Спосіб санаторно-курортної реабілітації дітей з онкогематологічними захворюваннями з використанням «сухих» вуглекислих ванн / Поберська В.О., Шаповалова Г.А., Польщаківа Т.В; заявник ДУ «Укр. НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України». — №и 201310672; заявл. 04.09.2013; опубл. 10.04.2014 р. бюл.№7, 2014 р.
6. Немає.
7. У комплексі санаторно-курортного лікування дітей у періоді ремісії онкогематологічних захворювань від 3 до 5 років призначають «сухі» вуглекислі ванни на верхні та нижні кінцівки зі швидкістю потоку вуглекислого газу 15-20 л/хв, температура газової суміші — 36-37 °С, концентрація CO₂ 1-3 процедури — 10 %, 4-7 процедури — 15 %, тривалість процедури 15 хв; у періоді ремісії більше 5 років тривалість курсу становить до 10 процедур, з підвищенням концентрації CO₂ у 8-10 процедурах до 20 %, тривалість процедури — 15 хв.
8. Зменшення дисбалансу функціонування вегетативної нервової системи, проявів церебро-судинної недостатності та порушень ліквородинаміки головного мозку, тривожності, агресії; поліпшення біоелектричної активності головного мозку, психологічного стану, якості життя (на 14,8 %) дітей у ремісії онкологічних захворювань.
9. Медична сестра фізіотерапевтичного відділення. Пристрій для 4-х камерних ванн СУМВ - М.00.008ПС. Повітряна суміш, що містить CO₂.
10. Вертебробазиллярний артеріальний синдром G 45.0; розлади вегетативної нервової системи G 90; нейроциркуляторна астенія F 45.3; емоційна лабільність (астенічні розлади органічного генезу) F 06.6.
11. Загальні протипоказання для бальнеотерапії, гіпотензія, схильність до кровотеч, тяжкі порушення ритму та провідності серця, гепатоспленомегалія.
12. Для запобігання порушень виконання параметрів відпуску процедури необхідна щорічна перевірка фізіотерапевтичної апаратури.
13. ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України».
14. Співрозробника немає.

Реєстр. № 648/1/14

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ СТРОНЦІЮ.

2. НДР «Вивчити динаміку змін властивостей мінеральних природних вод різного хімічного складу в залежності від показників мікробіологічного стану», 0113U000632.
3. Медична реабілітація, курортологія та фізіотерапія.
4. 1+, В.
5. Пат. № 85067 UA, МПК С 02F1/62. Спосіб визначення стронцію. / О. В. Добринін, А. В. Чуєнко, Л. Б. Солодова, О. М. Нікіпелова.; заявник та патентовласник ДУ «Укр. НДІ МР та К МОЗ України» Зареєстровано в Державному реєстрі патентів України на корисні моделі, опубл. 11.11.2013, бюл. № 21.

6. Немає.

7. Сутність способу заключається у тому, що до 1 см³ аналізуємої проби, яка заздалегідь розведена у 10 разів (2) 0,2 % розчином HNO₃, у якості модифікатора додають 20 мкл 7 ммоль/дм³ LaCl₃. Після цього отримані розчини в об'ємі 20 мкл за допомогою автоматичного дозування вводять у графітову піч і проводять термічну обробку за заданою програмою: висушування 25 с при 110 °С, озолення 10 с при 600 °С, атомізація 5 с при 1550 - 1800 °С, очищення – 8 с при 1900-2100 °С та потоці аргону 30 л/год. Вимірювання виконують на атомно-абсорбційному комплексі «Сатурн-4ЭАВ» з використанням в якості коректору фону галогенної лампи КГМ. Захисний газ – аргон. Джерелом світла служить стронцієва лампа з порожнистим катодом. Атомне поглинання вимірюють по резонансній лінії для стронцію – 460,7 нм. Для визначення стронцію за способом атомної абсорбції з прямою електротермічною атомізацією проб пропонується модернізована температурно-часова програма атомізації, що дозволяє ефективно видаляти залишковий стронцій і таким чином стабілізувати чутливість вимірювання.

Масову концентрацію стронцію в пробах води C_{Sr}, мкг/дм³ розраховують за формулою:

$$C_{Sr} = C_{\text{вимір}} \cdot F,$$

де: C_{вимір} – концентрація стронцію, знайдена за градуєвальною залежністю; F – кратність розбавлення проби.

8. Спосіб визначення стронцію шляхом атомно-абсорбційної спектродотометрії з електротермічною атомізацією. Інноваційним у даному способі є те, що після стадії атомізації додається стадія очищення графітової кювети при температурі, яка перевищує температуру атомізації на 200-300 °С протягом 8 с у максимальному потоці захисного газу. У якості хімічного модифікатора використовують розчин LaCl₃ концентрацією 7 ммоль/дм³, який в об'ємі 20 мкл вносять до кожної проби. Після цього отримані розчини в об'ємі 20 мкл за допомогою автоматичного дозування вводять у графітову піч і проводять термічну обробку за заданою програмою. Використання способу дозволить значно зменшити негативний вплив макрокомпонентного складу визначаємого зразку, що приведе до зростання точності, відтворюваності і збіжності результатів при визначенні стронцію у поверхневих та підземних водах, а також збільшення робочого ресурсу графітової кювети та більш економного витрачання захисного газу.
9. Атомно-абсорбційний спектродотометр з дейтерієвим коректором фону і електротермічним атомізатором (спектральний діапазон вимірювань від 190 до

- 855 nm); мінеральні природні столові та лікувально-столові води України за ДСТУ 873-93 «Води мінеральні питні. Технічні умови»: хлоридні натрієві, сульфатні магнієво-кальцієві, складного аніонного складу та ін.; стандартний зразок складу розчину іонів стронцію (1,0 мг/см³) атестоване значення МСЗ 0148:2000 (ДСЗУ 022.54-96) (відносна похибка атестованого значення МСЗ не перевищує 1 % з вірогідністю 0,95); азотна кислота за ГОСТ 11125 – 84, концентрована марки «ос. ч.»; лантан хлористий шести водний, марки «ч.д.а.».
10. Використання даного способу відноситься до аналітичної хімії при визначенні стронцію в поверхневих і підземних водах. Пропонується для впровадження в практику роботи лабораторних центрів санітарно-епідеміологічної служби.
 11. Немає.
 12. Спосіб фактично не має ускладнень завдяки високій селективності, точності та відтворюваності результатів аналізу при визначенні мікрокількостей стронцію у мінеральних водах.
 13. Державна установа «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», 65014, м. Одеса, Лермонтовський пров., 6.
 14. Співрозробників немає.
 15. Чуєнко А.В., Добринін О.В., Нікіпелова О.М., Солодова Л.Б. (0487250446).

Реєстр. № 649/1/14

1. **СПОСІБ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ЕСЕНЦІАЛЬНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПРИ СУПУТНЬОМУ ОСТЕОХОНДРОЗІ ГРУДНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.**
2. НДР «Розробка системи етапної медичної реабілітації хворих на артеріальну гіпертензію», 0111U004327, 2011 – 2013 рр.
3. Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія.
4. 2++, С.
5. Патент № 79489 UA, А61Н 1/00. Спосіб відновлювального лікування есенціальної артеріальної гіпертензії при супутньому остеохондрозі грудного відділу хребта / Бабов К.Д., Соловійов Ю.Ю., Гоженко О.А., Футрук О.В., Крамаренко О.С. – № у 2012 11877; Опубл.: 25. 04. 2013 р., бюл. № 8.
6. Немає.
7. Розроблено спосіб відновлювального лікування хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію при супутньому остеохондрозі грудного відділу хребта, що включає комплексне застосування кінезітерапії у вигляді мобілізації і постізометричної релаксації м'язів та фізіотерапії у вигляді локальної дозованої вакуумтерапії та магнітотерапії грудного відділу хребта, що проводяться на тлі прийому антигіпертензивних препаратів, після чого рекомендують програму кінезітерапевтичної самостійної корекції грудного відділу хребта. Процедури здійснюють через день, загальний курс лікування 18-21 доба.
8. Зазначена послідовність методів лікування у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію із супутнім остеохондрозом грудного відділу хребта дозволяє покращити функціональний стан та нівелювати больовий синдром в грудному відділі хребта, знижує ризик виникнення несприятливих серцево-судинних подій за рахунок нормалізації показників добового профілю артеріального тиску, що супроводжується покращенням загального стану хворих, зменшенням неврологічних порушень, поліпшенням якості життя означеної категорії хворих.
9. Лікар фізіотерапевт, медична сестра фізіотерапевтичного кабінету, спеціаліст з масажу, апарат магнітотерапевтичний, апарат для проведення вакуум-терапії.

10. Есенціальна артеріальна гіпертензія I-II стадії, 1-2 ступеня у сполученні з остеохондрозом грудного відділу хребта з помірно вираженим ступенем активності запального процесу.
11. Новоутворення будь-якого характеру і локалізації; різке виснаження організму; гострі інфекційні захворювання і гарячкові стани; виражений склероз судин зі схильністю до тромбозів і крововиливів; неврози з афективними станами та судорожними випадками; захворювання серцево-судинної системи: гострі запальні процеси в міокарді, ендокардит, перикардит, пороки серця в стадії декомпенсації, артеріальна гіпертензія III стадії, 3 ступеня, інфаркт міокарда в анамнезі, інсульт в гострому періоді, порушення ритму серця і провідності, часті напади стенокардії, гостра серцево-судинна недостатність; варикозне розширення вен II-III ступеня, тромбофлебіт; гнійні і грибкові ураження шкіри, велика кількість пігментних плям на шкірі в місці передбачуваного впливу; вагітність; індивідуальна непереносимість хворим процедури.
12. Можливі побічні дії та ускладнення від фізіотерапевтичних методів лікування у разі індивідуальної непереносимості фізичного фактору.
13. ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», 65014, м. Одеса, Лермонтовський пров., 6.
14. Співрозробників немає.
15. Бабов К.Д., Соловійов Ю.Ю., Гоженко О.А., Футрук О.В., Крамаренко О.С. (0482372123).

Реєстр. № 650/1/14

1. **СПОСІБ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ЕСЕНЦІАЛЬНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПРИ СУПУТНЬОМУ ОСТЕОХОНДРОЗІ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.**
2. НДР «Розробка системи етапної медичної реабілітації хворих на артеріальну гіпертензію», 0111U004327, 2011 – 2013 рр.
3. Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія.
4. 2++, С.
5. Патент № 79583 UA, A61H 1/00 Спосіб відновлювального лікування есенціальної артеріальної гіпертензії при супутньому остеохондрозі поперекового відділу хребта / Бабов К.Д., Соловійов Ю.Ю., Гоженко О.А., Футрук О.В., Крамаренко О.С. – № u 2012 12601; опубл.: 25. 04. 2013 р., бюл. № 8.
6. Немає.
7. Розроблено спосіб відновлювального лікування хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію при супутньому остеохондрозі поперекового відділу хребта, що включає комплексне застосування кінезітерапії та фізіотерапії на тлі прийому антигіпертензивних препаратів. кінезітерапії і фізіотерапії на тлі прийому антигіпертензивних препаратів. Інноваційним у даному способі є те, що на тлі прийому антигіпертензивних препаратів здійснюють екстензійну терапію, локальну дозовану вакуумтерапію та магнітотерапію поперекового відділу хребта, після чого проводять іммобілізацію поперекового відділу хребта.
8. Зазначена послідовність методів лікування у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію із супутнім остеохондрозом поперекового відділу хребта дозволяє покращити функціональний стан та нівелювати больовий синдром в поперековому відділі хребта, знижує ризик виникнення несприятливих серцево-судинних подій за рахунок нормалізації показників добового профілю артеріального тиску, що супроводжується покращенням загального стану

- хворих, зменшенням неврологічних порушень, поліпшенням якості життя означеної категорії хворих.
9. Апарат магнітотерапевтичний, апарат для проведення вакуум-терапії.
 10. Есенціальна артеріальна гіпертензія I-II стадії, 1-2 ступеня у сполученні з остеохондрозом поперекового відділу хребта з помірно вираженим ступенем активності запального процесу.
 11. Новоутворення будь-якого характеру і локалізації; різке виснаження організму; гострі інфекційні захворювання і гарячкові стани; виражений склероз судин зі схильністю до тромбозів і крововиливів; неврози з афективними станами та судорожними випадками; захворювання серцево-судинної системи: гострі запальні процеси в міокарді, ендокардит, перикардит, пороки серця в стадії декомпенсації, артеріальна гіпертензія III стадії, 3 ступеня, інфаркт міокарда в анамнезі, інсульт в гострому періоді, порушення ритму серця і провідності, часті напади стенокардії, гостра серцево-судинна недостатність; варикозне розширення вен II-III ступеня, тромбофлебіт; гнійні і грибкові ураження шкіри, велика кількість пігментних плям на шкірі в місці передбачуваного впливу; вагітність; індивідуальна непереносимість хворим процедури.
 12. Можливі побічні дії та ускладнення від фізіотерапевтичних методів лікування у разі індивідуальної непереносимості фізичного фактору.
 13. ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», 65014, м. Одеса, Лермонтовський пров. 6.
 14. Співрозробників немає.
 15. Бабов К.Д., Соловійов Ю.Ю., Гоженко О.А., Футрук О.В., Крамаренко О.С. (0482372123).

Реєстр. № 651/1/14

1. **СПОСІБ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ.**
2. НДР «Розробка системи етапної медичної реабілітації хворих на артеріальну гіпертензію», 0111U004327, 2011 – 2013 рр.
3. Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія.
4. 2++, С.
5. Патент № 85189 UA, A61 N 2/00. Спосіб відновлювального лікування хворих на серцево-судинні захворювання / Бабов К.Д., Усенко О.А., Гоженко О.А – № у 201306602; Заявл. 27.05.2013 р.; опубл. 11.11.2013 р. Бюл. №21.
6. Немає.
7. Розроблено спосіб відновлювального лікування хворих на ішемічну хворобу серця у поєднанні з есенціальною артеріальною гіпертензією на санаторному етапі медичної реабілітації шляхом застосування кліматотерапії, дієтотерапії, лікувальної фізкультури у вигляді занять лікувальною дозованою нордичною ходьбою, магнітотерапії сегментарних зон серця, через день почергово з «сухими» вуглекислими ваннами та масаж комірцевої зони на тлі психофізичної гімнастики. Виявлено позитивний вплив на клінічний перебіг поєднаної серцево-судинної патології у вигляді корегуючої дії на добовий профіль артеріального тиску у 84 % хворих, нормалізації показників ліпідного обміну у 78 % хворих, підвищення рівня фізичної працездатності та толерантності до фізичного навантаження у 92 % хворих, покращення якості життя у 93 % хворих.
8. Зазначена послідовність методів лікування у хворих на поєднану серцево-судинну патологію забезпечує підвищення ефективності санаторного етапу лікування, фізичної працездатності, толерантності до фізичних навантажень, вторинну профілактику серцево-судинних захворювань шляхом зменшення

факторів кардіоваскулярного ризику, запобігання інвалідизації та покращення якості життя даної категорії хворих, а також дозволяє зменшити медикаментозне навантаження на пацієнтів.

9. Лікар-фізіотерапевт, інструктор лікувальної фізкультури, масажист, спеціальні телескопічні палки для нордичної ходьби, апарат для проведення магнітотерапії, масажна кушетка, установка для проведення «сухих» вуглекислих ванн з індивідуальними мішкам-ємностями, зал для проведення психофізичної гімнастики.
10. Ішемічна хвороба серця I-II ФК з серцевою недостатністю не вище I стадії, атеросклеротичний кардіосклероз без стенокардії або із стенокардією I-II ФК з серцевою недостатністю не вище I стадії, есенціальна артеріальна гіпертензія I-II стадії, 1-2 ступеня.
11. Нестабільна стенокардія, в тому числі прогресуюча і варіантна; серцева недостатність 2-Б та 3 стадії; важкі порушення ритму та провідності, парні екстрасистоли, ранні екстрасистоли, пароксизми фібриляції передсердь, тахікардія більше 100 ударів/хв; активні запальні захворювання (інфекційні та неінфекційні, лихоманка, тромбофлебіти, ендокардит, перикардит, міокардит (не раніше 3 місяців); наявність важких вад серця; аневризма аорти, постінфарктна аневризма серця; фібриляція шлуночків в анамнезі.
12. При неадекватному розширенні рухового режиму під час проведення занять лікувальною дозованою нордичною ходою можливі ускладнення з боку серцево-судинної системи, а саме - розвиток нападу стенокардії, тахікардії вище субмаксимальних значень для даного пацієнта, поява задишки, втомлюваності нижніх кінцівок, надмірне підвищення або зниження артеріального тиску; під час проведення «сухих» вуглекислих ванн можливе надмірне зниження артеріального тиску.
13. ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», 65014, м. Одеса, Лермонтовський пров., 6.
14. Співрозробників немає.
15. Бабов К.Д., Гоженко О.А., Усенко О.А. (0666616113).

Реєстр. № 652/1/14

1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ МЕТАБОЛІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОРГАНІЗМІ.
2. НДР «Дослідження метаболічних та структурно-функціональних основ механізму дії глин різного складу за умов експериментальної патології», 0113U000633, 2013-2015 рр.
3. Медична реабілітація, курортологія та фізіотерапія.
4. 1+, В.
5. Пат. 89207 UA, МПК: А61К 33/06 «Спосіб корекції метаболічних розладів в організмі»/ Золотарьова Т.А., Алексієнко Н.О., Гуща С.Г., Олешко О.Я., Бахолдіна О.І. ; -№ u201313669, заявл.25.11.2013, опуб.10.04.2014 р., Бюл. №7.
6. Немає.
7. Суть способу полягає у внутрішньому введенні тваринам з експериментальними метаболічними розладами бентонітових глин Дашуківського родовища Черкаської області, що дозволяє нормалізувати функціональний стан нирок, печінки та центральної нервової системи, біохімічні показники крові, імунологічний статус та дистрофічні зміни в органах та тканинах тварин.
8. Перевагою корисної моделі є те, що бентонітові глини застосовуються внутрішньо, як монофактор. Це більш показово демонструє саме їх корегуючі здібності. Крім цього корисна модель доводить, що бентонітові глини поліфункціональні, що є експериментальною передумовою вважати їх

універсальним природним лікувальним засобом. Сьогодні, коли фармацевтичний ринок насичений дорогими лікарськими препаратами, актуальною особливістю застосування бентонітових глин є їх дешевизна.

9. Спектрофотометр, центрифуга, набір для визначення біохімічних, фізіологічних, імунологічних показників, установка «відкрите поле».
10. Метаболічні розлади в організмі, що виникають на тлі відтворення експериментальних патологій.
11. Загальних протипоказань до застосування способу не існує.
12. Гемоліз сироватки може ускладнити виконання досліджень.
13. ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», 65014, м. Одеса, Лермонтовський пров., 6.
14. Співрозробників немає.
15. Золотарьова Т.А., Алексієнко Н.О., Гуща С.Г., Олешко О.Я., Бахолдіна О.І. (0482301743).

Реєстр. № 653/1/14

1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ СТРЕС-ІНДУКОВАНОЇ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ.

2. НДР «Вивчити на органо-клітинно-субклітинному рівні механізм протекторної дії маломінералізованих вод щодо стрес-індукованої ендогенної інтоксикації», 0110U002982, 2010-2012 рр.
3. Медична реабілітація, курортологія та фізіотерапія.
4. 1+, В.
5. Пат. 79479 UA, МПК:А61В5/00 «Спосіб корекції стрес-індукованої ендогенної інтоксикації»/ Золотарьова Т.А., Павлова О.С., Бахолдіна О.І., Олешко О.Я., Родомакін М.В., Алексієнко Н.О., Гуща С.Г., Ярошенко Н.О.; -№ u201211835, заявл.15.10.2012, опуб.25.04.2013 р., Бюл. №8.
6. Немає.
7. Відтворюють модель емоційно іммобілізаційного хронічного стресу у щурів шляхом утримання тварин в окремих клітинах, що обмежують рух, протягом 3-х годин щодня протягом 30 діб. Починаючи з 15 доби експерименту, щурам вводили мінеральну воду (МВ) «Березівська» за допомогою зонду в об'ємі 1% від маси тіла тварин до кінця відтворення моделі, протягом 15 діб.
8. Спосіб, на відміну від існуючих, відрізняється тим, що використовується МВ «Березівська», яка містить кремнієві сполуки, а також органічні, біологічно активні речовини. Ефективність засобу доведена на підставі визначення комплексу основних маркерів ендогенної інтоксикації (ЕІ): (лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), циркулюючі імунні комплекси (ЦІК), молекули середньої маси (МСМ), перекисне окислення ліпідів (ПОЛ)), а також дослідження функціонального стану систем ендогенної детоксикації (вивідна функція нирок, антиоксидантна система (АОС), імунологічні показники). Застосування способу не сприяє виділенню з організму корисних речовин, що спостерігається при інших методах профілактики ЕІ.
9. Спектрофотометр, центрифуга, набір для визначення МСМ, ЛІІ, ПОЛ, ЦІК, набори для визначення показників АОС.
10. Спосіб корекції ефективний в умовах курсу МВ на тлі відтворення експериментальної патології.
11. Загальних протипоказань до застосування способу не існує.
12. Гемоліз сироватки може ускладнити виконання досліджень.
13. ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», 65014, м. Одеса, Лермонтовський пров., 6.

14. Співрозробників не має.
15. Золотарьова Т.А., Павлова О.С., Бахолдіна О.І., Олешко О.Я., Родомакін М.В., Алексієнко Н.О., Гуща С.Г., Ярошенко Н.О. (0482301743).

Реєстр. № 654/1/14

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ.

2. НДР «Розробити диференційовані методи відновлювального лікування хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки на основі застосування природних та преформованих фізичних чинників», 0113U000631, 2014 – 2016 рр.
3. Медична реабілітація, курортологія та фізіотерапія.
4. 2+, С.
5. Патент України № 91733 «Спосіб лікування хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки» МПК: А61К 33/14; Драгомирецька Н.В., Заболотна І.Б., ДУ «Укр. НДІ МР та К МОЗ України», з. и 2014 02125, заявл. 03.03.2014, опубл. 10.07.2014, Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Хворим на неалкогольну хворобу печінки призначають внутрішній курсовий питний прийом водного розчину бішофіту Полтавського родовища мінералізацією 5 г/л (розведення 1:39-1:72) за 30-40-60 хвилин до їжі 3 рази на день протягом 30 діб.
8. Запропонований спосіб лікування дозволяє поліпшити клінічний перебіг неалкогольної жирової хвороби печінки, швидко відновити функціональний стан печінки, в тому числі, ліпідний спектр крові, зменшити інсулінорезистентність, зменшити кардіометаболічний ризик, попередити прогресування захворювання. При цьому не виникає побічних ефектів та алергічних реакцій, що може спостерігатися при медикаментозному лікуванні неалкогольної жирової хвороби печінки, яке укладає в собі тривале використання декількох класів препаратів. Знижується фармакоеконімічна складова лікування даної категорії хворих.
9. Лікар, водний розчин бішофіту Полтавського родовища.
10. Розроблений спосіб лікування застосовують у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки на стадії стеатозу та стеатогепатиту мінімального ступеня активності.
11. Виразкова хвороба шлунку та ДПК у активній стадії, хронічний калькульозний холецистит, діарейний синдром будь-якого генезу.
12. Спосіб лікування, за умов врахування протипоказань, фактично не має ускладнень.
13. ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», 65014, м. Одеса, Лермонтовський пров., 6.
14. Співрозробників немає.
15. Драгомирецька Н.В., Заболотна І.Б. (0675957345).

Реєстр. № 655/1/14

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С.

2. НДР «Розробити систему відновлювального лікування хворих на хронічний вірусний гепатит С на основі застосування природних та преформованих фізичних чинників», 0111U004326, 2011 — 2013 рр.
3. Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія.
4. 2++, В.
5. Патент № 87110 UA, А61Н 39/00, А61К 35/02. Спосіб лікування хворих на хронічний вірусний гепатит С / Драгомирецька Н. В., Калініченко М. В., Іжа Г.М., Заболотна І. Б., Шевченко Н. О. — № u201308665; Заявл. 09.07.13 р.; опубл. 27.01.14 р. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Розроблений спосіб відновлювального лікування хворих-«нон-респондентів» на хронічний вірусний гепатит С (генотип 1в, фаза реплікації) шляхом застосування комбінованого фізіобальнеотерапевтичного комплексу, який включає процедури віброакустичної- і НВЧ-терапії та маломінералізованої гідрокарбонатно-сульфатно-хлоридно натрієвої мінеральної води. Запропонований фізіотерапевтичний комплекс показав позитивний вплив на клінічний перебіг захворювання, нормалізацію функціонального стану печінки, стимуляцію ендогенного інтерферону, покращення показників клітинного імунітету і системи ПОЛ і АОС у пацієнтів, які не відповідають на стандартну протівірусну терапію, що дозволило у всіх хворих знизити більш ніж на 2log вірусологічне навантаження.
8. Запропонований фізіотерапевтичний комплексний підхід до лікування хворих-«нон-респондентів» на хронічний вірусний гепатит С забезпечить підвищення ефективності лікування, за рахунок нормалізації функціонального стану печінки, клітинного імунітету, неспецифічної імунологічної реактивності та ефективного зниження вірусологічного навантаження, що буде проявлятися у більш високому рівню якості життя, запобіганню інвалідизації пацієнтів від ускладнень патологічного процесу у вигляді цирозу або раку печінки.
9. Лікар-фізіотерапевт, лікар-гепатолог/інфекціоніст, апарат для проведення віброакустичної терапії, апарат для проведення НВЧ-терапії, медична кушетка, бутильована газувана маломінералізована гідрокарбонатно-сульфатно-хлоридно натрієва мінеральна вода.
10. Хворі-«нон-респонденти» на хронічний вірусний гепатит С (генотип 1в, фаза реплікації) з низькою і помірно вираженою активністю гепатиту, низьким і високим рівнями вірусологічного навантаження та внутріпечінковим холестазом.
11. Цироз печінки у стадії декомпенсації, цукровий діабет 1—2 типу у стадії декомпенсації, жовчнокам'яна хвороба, нефролітіаз, зловживання алкоголю/наркотиків, інфекції, що викликані іншими вірусами, лихоманка неясної етіології, важке ураження серцево-судинної системи, у тому числі наявність імплантованого електрокардіостимулятора, аутоімунні захворювання, злоякісні новоутворення, вагітність, загальні протипоказання для застосування природних та преформованих фізичних чинників.
12. Призначення запропонованого фізіобальнеотерапевтичного комплексу не викликає ускладнень, за винятком можливої індивідуальної непереносимості фізичних факторів, але при неадекватному призначенні процедур можливе зниження їх лікувальної ефективності.
13. ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», 65014, м. Одеса, Лермонтовський пров., 6.
14. Співрозробників немає.
15. Драгомирецька Н.В., Калініченко М.В., Іжа Г.М., Заболотна І.Б., Шевченко Н.О. (0985080864).

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С.
2. НДР «Розробити систему відновлювального лікування хворих на хронічний вірусний гепатит С на основі застосування природних та преформованих фізичних чинників», 0111U004326, 2011 — 2013 рр.
3. Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія.
4. 2++, В.
5. Патент № 74021 UA, A61H 39/00. Спосіб лікування хронічного вірусного гепатиту С / Драгомирецька Н. В., Калініченко М. В., Іжа Г. М., Заболотна І. Б., Шевченко Н. О., Малихіна Т. І. — № u201204912; Заявл. 19.04.12 р.; опубл. 10.10.12 р. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Розроблено спосіб відновлювального лікування хворих на хронічний вірусний гепатит С (генотип 1в, фаза реплікації) шляхом застосування стандартного противірусного лікування та комбінованого фізіобальнеотерапевтичного комплексу, який включає процедури віброакустичної- і НВЧ-терапії та маломінералізованої гідрокарбонатно-сульфатно-хлоридно натрієвої мінеральної води. Розроблений фармако-фізіотерапевтичний комплекс показав більш ефективний позитивний вплив, ніж у хворих, які приймали тільки препарати противірусної терапії, на клінічний перебіг захворювання, значно вищу (у 10 разів) стимуляцію рівня ендогенного α -ІФН, повну ліквідацію побічних реакцій від противірусної терапії, що дозволило у цих хворих підвищити частоту вірусологічної відповіді до 68 % і пройти усім пацієнтам повний курс медикаментозного противірусного лікування.
8. Зазначений фармако-фізіотерапевтичний комплексний підхід до лікування хворих на хронічний вірусний гепатит С забезпечить підвищення ефективності медикаментозного противірусного лікування, за рахунок ліквідації його побічних реакцій та підвищення частоти вірусологічної відповіді, що буде проявлятися у більш високому рівню якості життя, запобіганню інвалідизації пацієнтів від ускладнень патологічного процесу у вигляді цирозу або раку печінки та дозволить зменшити медикаментозне навантаження на пацієнтів.
9. Апарат для проведення віброакустичної терапії, апарат для проведення НВЧ-терапії, медична кушетка, бутильована газувана маломінералізована гідрокарбонатно-сульфатно-хлоридно натрієва мінеральна вода, препарати стандартної противірусної терапії (альфа-інтерферон-2b аналогічний ендогенному лейкоцитарному інтерферону та рибавірин).
10. Хронічний вірусний гепатит С (генотип 1в, фаза реплікації) з низькою і помірно вираженою активністю гепатиту, низьким і високим рівнями вірусологічного навантаження та внутріпечінковим холестаазом.
11. Цироз печінки у стадії декомпенсації, цукровий діабет 1—2 типу у стадії декомпенсації, жовчнокам'яна хвороба, нефролітіаз, зловживання алкоголю/наркотиків, інфекції, що викликані іншими вірусами, лихоманка неясної етіології, важке ураження серцево-судинної системи, у тому числі наявність імплантованого електрокардіостимулятора, аутоімунні захворювання, злоякісні новоутворення, вагітність, загальні протипоказання для застосування природних та преформованих фізичних чинників.
12. Довготривале призначення препаратів стандартної противірусної терапії (курс триває 12 місяців) може викликати побічні реакції у вигляді грипоподібного синдрому, порушення сну, дратівливості, депресії, алопеції, тромбоцитопенії, лейкопенії, анемії, аутоімунного тиреоїдиту. Призначення запропонованого

фізіобальнеотерапевтичного комплексу не викликає ускладнень, за винятком можливої індивідуальної непереносимості фізичних факторів, але при неадекватному призначенні процедур можливе зниження їх лікувальної ефективності.

13. ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», 65014, м. Одеса, Лермонтовський пров., 6.
14. Співрозробників немає.
15. Драгомирецька Н.В., Калініченко М.В., Іжа Г.М., Заболотна І.Б., Шевченко Н.О., Малихіна Т.І. (0985080864).

Реєстр. № 657/1/14

- 1. СПОСІБ ОЦІНКИ СТАНУ ХВОРИХ З НЕСТАБІЛЬНІСТЮ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА, ЩО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ЦЕФАЛГІЄЮ.**
2. НДР «Розробка програм етапного відновлювального лікування хворих з дегенеративно-дистрофічною патологією хребта, що супроводжується екстравертебральними ускладненнями».
3. Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія.
4. 1+, В.
5. Патент № 85188 «Спосіб оцінки стану хворих з нестабільністю шийного відділу хребта, що супроводжується цефалгією» МПК: А61В 5/00; Ніколаєва Н.Г., Балашова І.В., ДУ «Укр. НДІ МР та К МОЗ України», з. и 2013 06601, заявл. 27.05.2013, опубл. 11.11.2013, Бюл. № 21.
6. Немає.
7. Оцінюють клініко-ортопедичні показники, дані рентгенографії шийного відділу хребта, ультразвукової доплерографії судин головного мозку та шиї та нейропсихологічного тестування. Оцінка показників комплексного обстеження здійснюється на підставі обліку зміни кожного показника у динаміці до, протягом та після курсу лікування в балах від 0 до 3, та при сумі балів від 36 до 24 стан визначається як добрий, від 12 до 24 – як задовільний, від 0 до 12 – як незадовільний. Збільшення суми балів свідчить про ефективність проведеної терапії, відповідно, зменшення сумарного показника – про зворотне, а відсутність зміни суми балів – про відсутність динаміки.
8. Використання інформативних та досить простих діагностичних тестів підвищує ефективність та якість моніторингу стану пацієнтів, дозволяє створити інтегральні критерії ефективності лікувально-реабілітаційних заходів та об'єктивізувати результати лікування, надавати більш вірогідну оцінку результатам реабілітаційних заходів.
9. Гоніометр.
10. Розроблену комплексну шкалу застосовують для оцінки стану хворих з нестабільністю шийного відділу хребта, що супроводжується цефалгією.
11. Немає.
12. Спосіб є діагностичним та не має ускладнень.
13. ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України».
14. Співрозробників немає.
15. Ніколаєва Н.Г., Балашова І.В. (048372123).

Реєстр. № 658/1/14

- 1. СПОСІБ ОЦІНКИ СТАНУ ХВОРИХ НА ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНУ НЕДОСТАТНІСТЬ З НЕСТАБІЛЬНІСТЮ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.**

2. НДР «Розробка програм етапного відновлювального лікування хворих з дегенеративно-дистрофічною патологією хребта, що супроводжується екстравертебральними ускладненнями».
3. Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія
4. 1+, В.
5. Патент № 87658 «Спосіб оцінки стану хворих на вертебро-базиллярну недостатність з нестабільністю шийного відділу хребта» МПК: А61В 5/00; Ніколаєва Н.Г., Довгань О.О., Кірдогло Г.К., Балашова І.В., ДУ «Укр. НДІ МР та К МОЗ України», з. и 2013 11472, заявл. 30.09.2013, опубл. 10.02.2014, Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Комплексно оцінюють суб'єктивні, об'єктивні клінічні та ортопедо-неврологічні показники, дані рентгенографії шийного відділу хребта, стан вегетативної нервової системи, показники ультразвукової доплерографії судин голови та шиї та данні нейропсихологічного тестування в балах від 1 до 3; при сумі балів від 25 до 40 стан оцінюють як незадовільний, від 41 до 60 балів – задовільний, від 61 до 75 балів – як добрий. Збільшення суми балів свідчить про ефективність проведеної терапії, відповідно, зменшення сумарного показника – про зворотне, а відсутність зміни суми балів – про відсутність динаміки.
8. Застосування комплексної оцінки стану хворих на вертебро-базиллярну недостатність з нестабільністю шийного відділу хребта надає можливість підвищити якість діагностики та проведення моніторингу за станом пацієнтів на всіх етапах відновлювального лікування, тим самим – підвищити ефективність реабілітації.
9. Гоніометр.
10. Розроблену комплексну шкалу застосовують для оцінки стану хворих на вертебро-базиллярну недостатність з нестабільністю шийного відділу хребта.
11. Немає.
12. Спосіб є діагностичним та не має ускладнень.
13. ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України».
14. Співрозробників немає
15. Ніколаєва Н.Г., Довгань О.О., Кірдогло Г.К., Балашова І.В. (048372123).

Реєстр. № 659/1/14

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ ФІЗИЧНОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ХВОРИХ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.**
2. НДР «Розробка системи етапної медичної реабілітації хворих на артеріальну гіпертензію», 0111U004327, 2011 – 2013 рр.
3. Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія.
4. 2++, С.
5. Патент № 77277 UA, МПК: А 61В 5/02. «Спосіб оцінки фізичної працездатності хворих на серцево-судинні захворювання» / Бабов К.Д., Усенко О.А., Гоженко О.А. Опубліковано 11.02.2013 р., бюл. № 3.
6. Немає.
7. Розроблено спосіб оцінки фізичної працездатності, який здійснюють шляхом проведення фізичного навантаження на степергометрі та визначення максимальної і порогової частоти серцевих скорочень, після чого визначають ступінь зниження фізичної працездатності (ЗФП) за формулою:

$$\text{ЗФП} = ((220 - V) \times 0,87) - \text{ЧСС пор.} / ((220 - V) \times 0,87) - \text{ЧСС мін.} \times 100\%$$

де 220 – розрахунковий коефіцієнт, 0,87 – розрахунковий коефіцієнт, В – вік пацієнта, ЧСС пор. - порогова частота серцевих скорочень, ЧСС мін. - мінімальна частота серцевих скорочень.

Перед проведенням тесту степергометрії хворому встановлюють апарат добового моніторування електрокардіограми. Далі хворий виконує перше навантаження: підйом по сходинках впродовж 2 хвилин, частота сходження 15 раз за хвилину, висота сходинки – 23 см. Після першого навантаження хворий відпочиває 3 хвилини. Далі виконує друге навантаження: підйом по сходинках впродовж 3 хвилин, частота сходження 20 раз за хвилину. На початку та в кінці кожного навантаження фіксується частота серцевих скорочень. За необхідності пробу припиняють відповідно стандартним критеріям припинення навантажувальних проб. Після закінчення навантажувальної проби за даними ЕКГ моніторування згідно часу початку та закінчення навантаження досліджуються зміни значень частоти серцевих скорочень (мінімальну за добу, порогову під час виконання навантаження). Значення ступеня зниження фізичної працездатності (ЗФП) визначають за вище вказаною формулою.

8. Запропонована методологія дозволяє об'єктивізувати оцінку рівня фізичної працездатності хворих на серцево-судинну патологію, покращує переносимість дослідження хворими. За допомогою означеного методу можна проводити об'єктивну оцінку ефективності лікувальних заходів та порівняльну характеристику різних методів чи комплексів лікування у хворих на серцево-судинну патологію, що дозволить виконувати обґрунтований вибір реабілітаційних програм.
9. Лікар функціональної діагностики, сходинки для проведення степергометрії, апарат для проведення добового моніторування електрокардіограми, секундомер.
10. Ішемічна хвороба серця I-II ФК з серцевою недостатністю не вище II А стадії, атеросклеротичний кардіосклероз без стенокардії або із стенокардією I-II ФК з серцевою недостатністю не вище II А стадії, есенціальна артеріальна гіпертензія I-II стадії, 1-2 ступеня.
11. Нестабільна стенокардія, в тому числі прогресуюча і варіантна; серцева недостатність 2-Б та 3 стадії; важкі порушення ритму та провідності, парні екстрасистоли, ранні екстрасистоли, пароксизми фібриляції передсердь, тахікардія більше 100 ударів/хв; активні запальні захворювання (інфекційні та неінфекційні, лихоманка, тромбофлебіти, ендокардит, перикардит, міокардит (не раніше 3 місяців); наявність важких вад серця; аневризма аорти, постінфарктна аневризма серця; фібриляція шлуночків в анамнезі.
12. При проведенні тесту степергометрії можливий розвиток нападу стенокардії, розвиток патологічної реакції з боку гемодинаміки у відповідь на навантаження (неадекватне підвищення або зниження артеріального тиску, підвищення частоти серцевих скорочень вище максимально допустимих згідно віку пацієнта, або зниження частоти серцевих скорочень), поява головокружіння, слабкості, задишки, що зникають як правило під час відпочинку. Можлива відмова пацієнта від проведення процедури в зв'язку з відчуттям страху.
13. ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», 65014, м. Одеса, Лермонтовський пров. 6.
14. Співрозробників немає.
15. Бабов К.Д., Гоженко О.А., Усенко О.А. (0666616113).

Реєстр. № 660/1/14

1. СПОСІБ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ.

2. НДР «Розробка системи етапної медичної реабілітації хворих на артеріальну гіпертензію», 0111U004327, 2011 – 2013 рр.
3. Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія.
4. 2++, С.
5. Патент № 79586 UA, МПК(2013.01) А61 Н 3/00. Спосіб реабілітації хворих на серцево судинні захворювання / Бабов К.Д., Усенко О.А., Гоженко О.А., Єжов В.В. - № u2012 12651; Заявл. 05.11.2012 р.; опубл. 25.04.2013 р., Бюл. № 8. – 4 с.
6. Немає.
7. Згідно з розробленим способом реабілітації щоденно проводять заняття лікувальною дозованою нордичною ходьбою на відкритому повітрі, до прийому їжі або не раніше ніж через 1 годину після їжі зі спеціальними палками для нордичної ходи, індивідуальний підбір котрих проводять за формулою: довжина палок (см) = зріст (см)*0,7. Техніку лікувальної нордичної ходи здійснюють з формуванням рухового стереотипу «перехресного кроку», який полягає в активних поперемінних рухах плечей услід за викидом вперед рук перехресно з рухом ніг (ліва нога – права рука і навпаки). Інтенсивність фізичного навантаження залежить від рівня фізичної працездатності, яка визначається за допомогою тесту степергометрії. За результатами цих тестів визначають максимально можливе навантаження та відповідну йому максимальну частоту серцевих скорочень. Тренувальне фізичне навантаження за частотою серцевих скорочень повинна складати 75% від максимальних значень, що доведено є найбільш раціональним для покращення функціональних можливостей серцево-судинної системи. Наприклад, якщо частота серцевих скорочень в спокої складає 80 ударів за хвилину, а під час проведення степергометрії досягла 150 ударів за хвилину, то тренувальна частота серцевих скорочень (75% від максимальної) розраховується за формулою: $ЧСС_{\text{тренувальна}} = ЧСС_{\text{спокою}} + 75\% (ЧСС_{\text{макс.}} - ЧСС_{\text{спокою}}) = 80 + 75\%(150 - 80) = 132$ хвилини.
 Дозування фізичного навантаження під час проведення лікувальної дозованої нордичної ходи проводять з урахуванням загального рухового режиму, на якому знаходиться пацієнт на момент початку занять, шляхом вибору протяжності маршруту, темпу ходи, кількості зупинок для відпочинку та їх тривалості.
 Для пацієнтів, що знаходяться на щадному режимі (перші 3-5 днів перебування на санаторно-курортному лікуванні), лікувальна дозована нордична хода призначається переважно на рівній місцевості, на дистанцію до 3 км, в темпі 60-80 кроків за 1 хвилину, з 2-3 зупинками тривалістю 5 хвилин для відпочинку.
 Для пацієнтів, що знаходяться на щадно-тренувальному режимі (4-8 день перебування на санаторно-курортному лікуванні), лікувальна дозована нордична хода призначається також переважно на рівній місцевості, на дистанцію до 4 км, в темпі 80-90 кроків за 1 хвилину, з 2-3 зупинками тривалістю 5 хвилин для відпочинку.
 Для пацієнтів, що знаходяться на тренувальному режимі (з 9-го дня санаторно-курортного лікування), лікувальна дозована нордична хода призначається на рівній або пересічній місцевості (з підйомом 10-15°), на дистанцію до 5 км, в темпі 90-100 кроків за 1 хвилину, з 2 зупинками тривалістю 5 хвилин для відпочинку.
8. Зазначена методологія проведення лікувальної дозованої нордичної ходьби з поступовим контрольованим розширенням об'єму рухового навантаження у хворих на поєднану серцево-судинну патологію забезпечує підвищення ефективності санаторного етапу лікування, сприяє покращенню фізичної працездатності, підвищенню толерантності до фізичних навантажень, здійснює вторинну профілактику серцево-судинних захворювань шляхом зменшення

- факторів кардіоваскулярного ризику, що супроводжується покращенням якості життя даної категорії хворих.
9. Лікар-терапевт, інструктор лікувальної фізкультури, спеціальні телескопічні палки для нордичної ходьби, апарат для вимірювання артеріального тиску.
 10. Ішемічна хвороба серця I-II ФК з серцевою недостатністю не вище II-A стадії, атеросклеротичний кардіосклероз без стенокардії або із стенокардією I-II ФК з серцевою недостатністю не вище II A стадії, есенціальна артеріальна гіпертензія I-II стадії, 1-3 ступеня.
 11. Нестабільна стенокардія, в тому числі прогресуюча і варіантна; серцева недостатність 2-Б та 3 стадії; важкі порушення ритму та провідності, парні екстрасистоли, ранні екстрасистоли, пароксизми фібриляції передсердь, тахікардія більше 100 ударів/хв; активні запальні захворювання (інфекційні та неінфекційні, лихоманка, тромбофлебіти, ендокардит, перикардит, міокардит (не раніше 3 місяців); наявність важких вад серця; аневризма аорти, постінфарктна аневризма серця; фібриляція шлуночків в анамнезі.
 12. При неадекватному розширенні рухового режиму під час проведення занять лікувальною дозованою нордичною ходою можливі ускладнення з боку серцево-судинної системи, а саме - розвиток нападу стенокардії, тахікардії вище субмаксимальних значень для даного пацієнта, поява задишки, втомлюваності нижніх кінцівок, надмірне підвищення або зниження артеріального тиску.
 13. ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», 65014, м. Одеса, Лермонтовський пров., 6.
 14. Співрозробників немає.
 15. Бабов К.Д., Гоженко О.А., Єжов В.В., Усенко О.А. (0666616113).

Реєстр. № 661/1/14

1. **СПОСІБ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.**
2. НДР «Розробити диференційовані комплекси санаторно-курортної реабілітації найбільш поширених супутніх захворювань у дітей після радикального лікування онкопатології», 0111U00432, 2011—2013 рр.
3. Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія.
4. 2+, С.
5. Пат. 79482 (UA), МПК А61N 33/14. Спосіб санаторно-курортної реабілітації дітей з онкологічними захворюваннями / Поберська В.О., Янченко Т.С., Макаренко А.В.; заявник ДУ «Укр. НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України» — № у 201211862; заявл. 15.10.2012; опубл. 25.04.2013 р., бюл. №8, 2013 р.
6. Немає.
7. У комплексі санаторно-курортного лікування дітей призначають «сухі» вуглекислі ванни на нижні кінцівки у періоді ремісії онкологічних захворювань від 3 до 5 років зі швидкістю потоку вуглекислого газу 15 - 20 л/хв, температура газової суміші — 37-38 °С, концентрація CO₂ 1-3 процедури — 10 %, 4-7 процедури — 15 % тривалістю 15 хв; у періоді ремісії більше 5 років тривалість курсу становить до 10 процедур, з підвищенням концентрації CO₂ у 8-10 процедурах до 20 %, тривалість процедури - 15 хв.
8. Підвищення ефективності санаторно-курортної реабілітації дітей у періоді ремісії онкогематологічних захворювань від 3 до 5 та більше 5 років завдяки покращанню інтегральних клініко-функціональних показників, компенсаторно-адаптаційних реакцій, зменшенню ендогенної інтоксикації у 68,8 % дітей, астеноневротичних та психовегетативних проявів, зменшенню дисбалансу

- функціонування вегетативної нервової системи (нейрогуморальної регуляції); економізації функціонування серцево-судинної системи, регуляції симпатoadреналової системи; поліпшення життєвої ємності легень, психологічного стану, якості життя хворих дітей.
9. Пристрій для 4-х камерних ванн. Повітряна суміш, що містить CO₂.
 10. Розлади вегетативної нервової системи G 90; Нейроциркуляторна астенія F 45.3; Емоційна лабільність (астенічні розлади органічного генезу) F 06.6; Кардіоміопатія I 42.9.
 11. Загальні протипоказання для бальнеотерапії, гіпотензія, схильність до кровотеч, тяжкі порушення ритму та провідності серця, гепатоспленомегалія.
 12. Для запобігання порушень виконання параметрів відпуску процедури необхідна щорічна перевірка фізіотерапевтичної апаратури.
 13. ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України».
 14. Співрозробника немає.
 15. Поберська В.О., Янченко Т.С., Макаренко А.В (09787636478).

Реєстр. № 662/1/14

1. **СПОСІБ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**
2. НДР «Розробка системного підходу до санаторно-курортної реабілітації дітей після спеціального лікування онкологічних захворювань», 0114U002261.
3. Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія.
4. 2+, С.
5. Пат. 87657 (UA) А61К 33/00, А61М 21/00. Спосіб санаторно-курортної реабілітації дітей з онкогематологічними захворюваннями. / Поберська В.О., Макаренко А.В., Янченко Т.С., Єременко С.О., Євсєєва С.Л. заявник ДУ «Укр. НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України». - № U 201311471; заявл.30.09.13; опубл. 10.02.2014, бюл. № 3.
6. Немає.
7. Комплексна програма реабілітації дітей у періоді онкологічних захворювань здійснюється на тлі ароматерапії, лікувальної фізичної культури (за дихальною методикою), штучних «сухих» вуглекислих ванн на нижні кінцівки з призначенням питного курсу (21-24 день) фасованої гідрокарбонатно-хлоридної, хлоридно-натрієвої без специфічних компонентів мінеральної води «Царичанська» у ремісії захворювання до 5 років або кремнієвої, гідрокарбонатної з різним складом органічних компонентів мінеральної води «Березівська» у періоді ремісії онкологічних захворювань більше 5 років (3 мл на 1 кг маси тіла на прийом, за 30 хв до їжі, 3 рази на день, щодня, температура води 20 °С. Психологічну підтримку проводить психолог. При наявності вербального типу агресії — 2 рази на тиждень, за наявності непрямого типу агресії — 1 раз на тиждень. Дані процедури застосовують протягом 3 тижнів. У комплексі санаторно-курортного лікування у періоді ремісії онкологічних захворювань від 3 до 5 років призначають «сухі» вуглекислі ванни на нижні кінцівки зі швидкістю потоку вуглекислого газу 15-20 л/хв, температура газової суміші — 37-38 °С, концентрація CO₂ 1-3 процедури — 10 %, 4-7 процедури — 15 % тривалістю 15 хв; у періоді ремісії більше 5 років тривалість курсу становить до 10 процедур, з підвищенням концентрації CO₂ у 8-10 процедурах до 20 %, тривалість процедури — 15 хв.
8. Покращення інтегральних клініко-функціональних показників, компенсаторно-адаптаційних реакцій, зменшення дисбалансу функціонування вегетативної нервової системи, проявів клініко-функціональних порушень гепатобіліарної

- системи, порушень психологічного стану (рівня тривоги, вербального та непрямого типу агресії); поліпшення якості життя хворих дітей, зменшення проявів соціальної дезадаптації.
9. Фасована мінеральна вода «Царичанська», «Березівська». Кабінет психолога. Тести, щодо психологічного тестування. Пристрій для 4-х камерних ванн СУМВ-М.00.008ПС. Повітряна суміш, що містить CO₂.
 10. Розлади вегетативної нервової системи G 90; нейроциркуляторна астенія F 45.3; емоційна лабільність (астенічні розлади органічного генезу) F 06.6, вербальна або непряма агресія; хронічний вірусний гепатит B15 - B19; хронічний гепатит зумовлений лікарськими препаратами K 71; спазм сфінктера Одді K 83.4.
 11. Загальні протипоказання для бальнеотерапії; гіпотензія; схильність до кровотеч; тяжкі порушення ритму та провідності серця; гепатоспленомегалія; загострення захворювань органів травлення та гепатобіліарної системи.
 12. Для запобігання порушень виконання параметрів відпуску процедури необхідна щорічна перевірка фізіотерапевтичної апаратури.
 13. ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України».
 14. Співрозробників немає.
 15. Поберська В.О., Макаренко А.В., Янченко Т.С., Єременко С.О., Євсєєва С.Л. (09787636478).

ХІРУРГІЯ

Реєстр. № 663/1/14

1. **СПОСІБ ВНУТРІШНЬОТКАНИННОГО ЕЛЕКТРОФОРЕЗУ В ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНИХ ХРОНІЧНИХ ТРІЩИН ПРЯМОЇ КИШКИ.**
2. НДР «Обґрунтування, розробка та впровадження нових методів профілактики та лікування гнійно-септичних захворювань у хірургії з використанням фізичних чинників», 0113U004036, 2013–2017 рр.
3. Хірургія.
4. З, D.
5. Патент України на корисну модель № 87377, МПК (2014.01) A61B 1/00 Спосіб внутрішньотканинного електрофорезу в лікуванні ускладнених хронічних тріщин прямої кишки в до- і післяопераційному періоді / А.Г. Іфтодій (UA), І.М. Козловська (UA), О.В. Білик (UA); заявник і власник патенту А.Г. Іфтодій, І.М. Козловська, О.В. Білик – u201308066; заявл. 25.06.13; опубл. 10.02.2014, Бюл. № 3.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб включає проведення сеансів внутрішньотканинного електрофорезу хворому, що лежить на лівому боці, після введення в пряму кишку дренажу-електроду, який використовується для введення 10 мл диоксизолу. Його електрод підключається до клеми «плюс» апарату для гальванізації. Пасивний електрод у вигляді гідрофільної прокладки для гальванізації площею 200 см² накладають на куприкову ділянку та підключають до клеми «мінус» того ж апарату. Тривалість процедури 60 хвилин, сила струму 0.025 мА/см², проводиться один раз на добу протягом 5 днів в до- та післяопераційному періоді.
8. Використання запропонованого способу лікування ускладнених хронічних тріщин прямої кишки має ряд переваг, що вигідно відрізняють його від запропонованих раніше. Постійний струм дає виражений знеболюючий ефект, чим знімає спазм з анального сфінктера та покращує репаративні процеси. Дія акумульованого розчину не розповсюджується на весь організм і має строго

локальну дію в зоні тріщини. Олужнення середовища призводить до покращення фармакокінетики ліків, що застосовуються, та руйнує бактеріальну плівку в рані, яка перешкоджає загоєнню анальної тріщини. Спосіб немає вікових обмежень та особливих протипоказань. Запропонований спосіб внутрішньотканинного електрофорезу може успішно використовуватися для лікування ускладнених форм хронічних тріщин прямої кишки, що дозволяє суттєво підвищити ефективність лікування та зменшити тривалість перебування хворих в стаціонарі, призводить до знеболення, зменшення спазму сфінктерів відхідника та проявів запалення, покращання мікроциркуляції в ділянці анальної тріщини, акумуляції лікарських препаратів в зоні запалення, олужнення периферійних тканин, руйнування бактеріальної біоплівки, зміни чутливості мікрофлори до препаратів та прискорення регенерації після операційного лікування. Застосування даного способу лікування хронічних тріщин прямої кишки є технічно простим у виконанні, не потребує значних матеріальних затрат і може використовуватись у хірургічних стаціонарах різного рівня. Підвищення ефективності хірургічного лікування хворих з хронічними тріщинами прямої кишки дозволить знизити ризик післяопераційних ускладнень в ранньому та пізньому післяопераційних періодах, скоротити середні терміни стаціонарного лікування хворого. Медична ефективність: покращання результатів комплексного хірургічного лікування хронічних анальних тріщин внаслідок застосування в до- та післяопераційному періодах внутрішньотканинного електрофорезу з етіопатогенетично обґрунтованими лікарськими засобами; зменшення післяопераційних ускладнень та рецидивів захворювання. Соціальна ефективність: покращання якості життя пацієнтів та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів та зниження частоти ускладнених та рецидивів захворювання, внаслідок впровадження нового способу лікування ускладнених хронічних тріщин прямої кишки. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих з хронічними анальними тріщинами шляхом підвищення ефективності лікувальних заходів (за рахунок застосування комплексного хірургічного лікування з застосуванням внутрішньотканинного електрофорезу, зменшення середнього терміну стаціонарного лікування хворого).

9. Апарат для гальванізації, свинцеві електроди, катетер Нелатона або катетер ректальний, гідрофільна прокладка, розчин антисептика, шприц одноразовий.
10. Хронічні ускладнені тріщини прямої кишки.
11. Індивідуальна непереносимість гальванізації, підвищена чутливість до діючих речовин або до інших компонентів розчину, що використовується для електрофорезу, пухлини прямої кишки.
12. Можливі помилки при підключенні полярності електродів, невірно вибрана сила струму на амперметрі та як наслідок виникнення термічного ураження слизової прямої кишки. Для їх запобігання необхідно чіткого дотримуватися запропонованої методики проведення внутрішньотканинного електрофорезу.
13. Державний заклад «Буковинський державний медичний університет», Театральна площа, 2, м. Чернівці, 58002, тел. (0372)55-37-54.
14. Немає.
15. Іфтодій А.Г. (0954666377), Козловська І.М. (0506705913), Білик О.В. (0505734900).

Реєстр. № 664/1/14

1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ТА МОНІТОРИНГУ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ ХІРУРГІЧНУ ПАТОЛОГІЮ.
2. НДР «Оптимізація методів лікування хворих з ендотоксикозами в практиці інтенсивної терапії», 0110U003079, 2010-2014 рр.; «Обґрунтування профілактики, ранньої діагностики та лікування гнійно-септичних ускладнень поєднаної хірургічної патології», 0111 U003539, 2012-2016 рр.
3. Хірургія.
4. 2, В.
5. Патент на корисну модель № 69016 Україна, МПК (2012.01) А61В 17/00. Спосіб неінвазивної діагностики внутрішньочеревної гіпертензії / Ротар О.В., Ротар В.І.; заявка у 2011 08603; заявл. 11.07.2011; опубл. 25.04.2012, Бюл. № 8 і Патент на корисну модель № 94339 Україна, МПК (2014.01) А61В 5/00. Спосіб неінвазивного вимірювання внутрішньочеревного тиску / Ротар О.В., Ротар В.І., Дубей Ю.І.; заявка у 2014 05736; заявл. 27.05.2014; опубл. 10.11.2014, Бюл. № 21
6. Немає.
7. Майже у кожного другого-третього хворого з травмою органів черевної порожнини і після операцій на череві виявляється внутрішньочеревна гіпертензія (ВЧГ), яка негативно впливає на функції всіх органів і систем людського організму. Рання діагностика ВЧГ дозволяє вибрати адекватну тактику лікування, попередити розвиток несприятливого перебігу та наслідку захворювання. Запропоновано розглядати живіт як рідинний резервуар, який підкоряється закону Паскаля. Згідно цього закону тиск на поверхні рідини й у всіх його відділах є величина однакова, отож і вимірювання внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) проводять як прямим способом у самій черевній порожнині (при лапаротомії, лапароскопії), так непрямими інвазійними способами через полі органи (шлунок, пряму кишку, нижню порожнисту вену, сечовий міхур), податливі стінки яких служать при певних умовах пасивним передавачем ВЧТ. Поряд із цим, часті інвазивні вимірювання тиску в порожнинних органах для моніторингу у хворих, які знаходяться в критичному стані, несуть загрозу бактеріальної контамінації і розвитку сепсису. Крім того вимірювання ВЧТ буде ненадійне і неточне при втраті еластичних властивостей стінок органів, при безпосередній їх травмі і стисненні гематомами, запальними процесами. Коливання ВЧТ, згідно закону Паскаля, безпосередньо впливає і на податливість передньої стінки черевної порожнини, що в клінічних умовах оцінюється суб'єктивно методом пальпації живота. Запропонований спосіб вимірювання ВЧТ проводиться неінвазивно по кількісному зменшенню або збільшенню податливості передньої стінки черевної порожнини. Цей результат досягається за рахунок того, що на обмежену ділянку передньої стінки черевної порожнини діє сила (F), яка перевищує ВЧТ, і під дією якої виникає поглиблення (d) в черевній стінці на певну величину(N mm). При стандартній величині (N mm) поглиблення черевної стінки (d), сила (F) буде відповідати ВЧТ. Спосіб, що заявляється як корисна модель винаходу для вимірювання внутрішньочеревного тиску, містить пристрій для тиску на черевну стінку, що розмішений в прозорому корпусі округлої форми діаметром 80 мм, верхня стінка пристрою сполучається через трійник з анероїдним манометром, клапаном і створювачем тиску, у центрі нижньої стінки пристрою розмішений шток для тиску на черевну стінку висотою 10 мм, наконечник штоку сформований у вигляді людського пальця – напівсфери, діаметром 18 мм і площею -5 см². Спосіб здійснюється наступним чином. Пацієнт лежить на спині, максимально розслабленим. Корпус пристрою притискають нижньою частиною до передньої стінки черевної порожнини на два поперечних пальця вище пупка, зліва. Резиновою грушею нагнітають повітря в

- пристрій для тиску на черевну порожнину, при цьому контролюють, щоб шток пристрою повністю заглибився в черевну стінку на 10 мм. При заглибленні штоку в черевну стінку стрілка манометра відхиляється на відповідний кут виражений на шкалі в мм рт. ст. внутрішньочеревного тиску.
8. На відміну від інвазивних способів запропонований спосіб дозволяє досягнути технічного результату – неінвазивного і точного кількісного вимірювання внутрішньочеревного тиску, своєчасно діагностувати внутрішньочеревну гіпертензію, проводити моніторинг ВЧТ під час лікування хворих, що знаходяться в критичному стані. Медична ефективність: покращання результатів лікування хворих на гостру абдомінальну хірургічну патологію, попередження розвитку синдрому абдомінальної компресії, зменшення післяопераційних ускладнень і летальності. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів та зниження частоти розвитку гнійно-септичних ускладнень при гострій хірургічній абдомінальній патології за рахунок своєчасної діагностики внутрішньочеревної гіпертензії. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих на гостру абдомінальну хірургічну патологію за рахунок зниження частоти розвитку гнійно-септичних ускладнень, зменшення середнього терміну стаціонарного лікування хворого.
 9. Прилад для неінвазивного вимірювання внутрішньочеревного тиску.
 10. Гостра хірургічна абдомінальна патологія (гострий перитоніт, гострий панкреатит, гостра непрохідність кишечника, парез кишечника, масивна травма), тяжкий ацидоз, гіпотермія, лапароскопія з надлишковою інсуфляцією вуглекислого газу, деякі методи штучної вентиляції легень.
 11. Протипоказань немає.
 12. При правильному вимірюванні внутрішньочеревного тиску запропонованим способом ускладнення не спостерігаються.
 13. Буковинський державний медичний університет, 58000, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
 14. Немає.
 15. Ротар В.І. (0502913659), Ротар О.В. (0501943590).

Реєстр. № 665/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ТА МОНІТОРИНГУ ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ ХІРУРГІЧНУ ПАТОЛОГІЮ.**
2. НДР «Обґрунтування профілактики, ранньої діагностики та лікування гнійно-септичних ускладнень поєднаної хірургічної патології», 0111U003539, 2012-2016 рр.
3. Хірургія.
4. 2, В.
5. Патент на корисну модель № 803991 Україна, МПК (2013.01) А61В 17/00. «Спосіб неінвазивного моніторингу бар'єрної функції кишечника» Ротар О.В., Ротар В.І.; заявка у 2012 14126; заявл. 11.12.2012; опубл. 27.05.2013, Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Існують способи діагностики ентеральної (кишкової) недостатності у хворих з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини, що ґрунтуються на аналізі клінічних, лабораторних та інструментальних даних обстеження хворих, або оцінки поширеності перитоніту, інфільтрації стінки тонкої кишки та морфологічних змін слизової оболонки кишки. Основними недоліками перших є громіздкість та відсутність чітких критеріїв, що не можливо використати їх в ургентній хірургії, інші способи можна використати тільки під час операції або

ендоскопічних обстеженнях. Запропонований спосіб ґрунтується на визначенні в плазмі крові цитруліну, що синтезується виключно ентероцитами тонкої кишки і характеризує її функціональний стан, а саме поглинальну і метаболічну функції. Цитрулін синтезується із попередників – глютаміну і аргініну, що поступають у порожнину тонкої кишки при ентеральному харчуванні. При нормальному харчуванні концентрація цитруліну в крові знаходиться в межах 26,8 – 40,6 мкмоль/л (у середньому становить $36,4 \pm 0,42$ мкмоль/л). У хворих з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини (гострий панкреатит, перитоніт, гостра кишкова недостатність), травматичним шоком, сепсисом при наявності симптомів порушення функцій кишечнику із вени забирають 3 мл крові і визначають концентрацію цитруліну. При концентрації цитруліну в крові нижче 20 мкмоль/л констатується ентеральна недостатність. Після внутрішньовенного введення 5 мл 40% глутаргіну на ізотонічному розчині хлориду натрію, що містить глютамін і аргінін, через 60 хв повторно визначаємо в крові цитрулін. Підвищення концентрації цитруліна вище 20 мкмоль/л свідчить про недостатнє надходження до ентероцитів амінокислот-попередників. Низький рівень цитруліну (<20 мкмоль/л) після внутрішньовенного навантаження амінокислотами-попередниками спостерігається при зменшенні маси ентероцитів за рахунок їх некрозу при ішемії і наступній реперфузії слизової оболонки тонкої кишки. Концентрація цитруліну від 20 до 16 мкмоль/л відображає легкий ступінь, від 15 до 10 мкмоль/л – середній ступінь і менше 10 мкмоль/л – тяжкий, або критичний, ступінь ентеральної недостатності.

8. Запропонований спосіб дозволяє своєчасно діагностувати гостру ентеральну недостатність, проводити моніторинг основної функції тонкої кишки - поглинання і метаболізму субстратів для збереження бар'єрної функції тонкої кишки. Спосіб дозволяє також прогнозувати тяжкість перебігу (протікання) основної хірургічної патології. Медична ефективність: покращання результатів лікування хворих на гостру абдомінальну хірургічну патологію; зменшення післяопераційних ускладнень і летальності. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів та зниження частоти розвитку гнійно-септичних ускладнень при гострій хірургічній абдомінальній патології за рахунок своєчасної діагностики ентеральної недостатності. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих на гостру абдомінальну хірургічну патологію за рахунок зниження частоти розвитку гнійно-септичних ускладнень, зменшення середнього терміну стаціонарного лікування хворого.
9. Розчин 40% глутаргіну, набір для визначення цитруліну.
10. Гостра хірургічна абдомінальна патологія.
11. Сенсibiliзація до глутаргіну.
12. При визначенні цитруліну в крові можливий розвиток алергічних і токсичних реакцій в працівників лабораторій під дією хімічних реагентів. Для їх профілактики необхідно дотримуватися рекомендацій фірм-виробників.
13. Буковинський державний медичний університет. 58000, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
14. Немає.
15. Хомяк І.В., Ротар О.В. (0501943590), Ротар В.І. (0502913659).

Реєстр. № 666/1/14

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ РАН КАВІТАЦІЙНО-ВАКУУМНИМ МЕТОДОМ.

2. НДР «Обґрунтування, розробка та впровадження нових методів профілактики та лікування гнійно-септичних захворювань у хірургії з використанням фізичних чинників», 0113U004036, 2013-2017 рр.
3. Хірургія.
4. 2+, С.
5. Отримано Патент України на корисну модель 73129 Україна, МПК А61В 17/3209 (2006.01). Спосіб лікування гнійних ран кавітаційно-вакуумним методом / І.В. Шкварковський (UA), Т.В. Антонюк (UA), Ю.О. Пелепець (UA), В.К. Гродецький (UA); заявник і патентовласник І.В. Шкварковський, Т.В. Антонюк, Ю.О. Пелепець, В.К. Гродецький – № u2012 03022; заявл. 15.03.12; опубл. 10.09.2012, Бюл №17.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб використовують наступним чином. Після розкриття гнійної рани та видалення некротично зміненої тканини проводиться заливка порожнини антисептичними препаратами і виконується ультразвукова кавітація дна рани з резонансною частотою 26,5±0,7 кГц і потужністю 0,5-3 Вт/см, тривалість процедури залежить від розміру ранової поверхні – 1 хв на 1 см². У подальшому в рану поміщається змодельована до її форми та розмірів поролонова губка (розмір пор 500-1500 мікрметрів) з перфорованим дренажем, який розташовується всередині губки. Зовнішній кінець дренажу під'єднують до вакуумного пристрою, що дозволяє підтримувати від'ємний тиск на рівні 0,1-0,2 атм. Ступінь розрідження визначається стадією перебігу ранового процесу. Пористість губки має значення, розмір пор залежить від характеру ранового ексудату. На початку лікування перевагу надавали губкам з розміром пор 1500 мікрметрів, що дозволяє евакуювати залишок некротизованої тканини. У стадії проліферації, коли ексудація з рани є мінімальною і виникає грануляційна тканина, доцільно змінювати на губки з меншим розміром пор (500 мікрметрів), що не ушкоджує грануляцію. З метою кращої санації рани пропонується проводити заливки антисептичними препаратами та проведення ультразвукової кавітації з подальшим накладанням на 23 години вакуумного дренажу, який виводили через окремий розтин шкіри на віддаленні від країв рани, що дозволяє краще герметизувати порожнину. Рана закривається ззовні клейкою плівкою для досягнення повної герметичності.
8. Поліпшити результат хірургічного лікування гнійних ран шляхом проведення ультразвукової кавітації ранової поверхні в розчині антисептика з наступною постійною евакуацією ранового ексудату та промиванням антисептиком. Поліпшується санація та пришвидшується очищення рани, зменшується мікробна контамінація, стимулюється розвиток грануляційної тканини та пришвидшується процес епітелізації, скорочується ліжко-день. Медична ефективність: покращання результатів хірургічного лікування гнійних ран шляхом проведення ультразвукової кавітації ранової поверхні в розчині антисептика з наступною постійною евакуацією ранового ексудату та промиванням антисептиком. Поліпшення санації та пришвидшення очищення ран, зменшення мікробної контамінації, стимуляція розвитку грануляційної тканини та пришвидшення процесу епітелізації, зменшення післяопераційних ускладнень і летальності. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів та зниження частоти ускладнень гнійно-некротичних процесів, що потребують оперативного лікування, внаслідок впровадження персоналізованих хірургічних лікувальних стратегій. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих з гнійно-некротичними процесами шляхом підвищення ефективності лікувальних заходів (за рахунок проведення ультразвукової

- кавітації ранової поверхні в розчині антисептика з наступною постійною евакуацією ранового ексудату та промиванням антисептиком).
9. Аспіратор хірургічний, апарат хірургічний ультразвуковий для санації біологічних об'єктів, октанісепт, фізіологічний розчин.
 10. Будь-який гнійно-некротичний процес, опік і відмороження, остеомієліт, некротизуючий фасціїт, пролежень, гнійна рана і трофічні виразки, синдром діабетичної стопи.
 11. Малігнізація рани, несановане вогнище остеомієліту, кровотеча в рані, рана з рубцевою тканиною, необстежений кишковий свищ, рана, частиною якої є стінка внутрішнього органа або судини, неадекватність поведінки або наявність психічного захворювання у пацієнта.
 12. Помилки при проведенні лікування були відсутніми за умови чіткого дотримання методики.
 13. Буковинський державний медичний університет, Театральна пл., 2, Чернівці, 58000, тел. 52-40-78; 58-58-03.
 14. Немає.
 15. Шкварковський І.В. (0660055066), Білик О.В., Колотило О.Б., Антонюк Т.В. (0509452790).

Реєстр. № 667/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ РАН МЕТОДОМ ВАКУУМНОЇ САНАЦІЇ.**
2. НДР «Обґрунтування, розробка та впровадження нових методів профілактики та лікування гнійно-септичних захворювань у хірургії з використанням фізичних чинників», 0113U004036, 2013-2017 рр.
3. Хірургія.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель 73017 Україна, МПК (2012.10) А61М 27/00. Спосіб лікування гнійних ран методом вакуумної санації. / І.В. Шкварковський (UA), Т.В. Антонюк (UA), Ю.О. Пелепець (UA); заявник і власник патенту І.В. Шкварковський, Т.В. Антонюк, Ю.О. Пелепець – № u2012 01498; заявл. 13.02.12; опубл. 10.09.2012, Бюл №17.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб використовують наступним чином. Після хірургічної обробки рани та промивання порожнини антисептичними препаратами, у рані розміщують змодельовану до її форми та розмірів поролонову губку (розмір пор 500-1500 мікрометрів) з перфорованим дренажем, який розташовується всередині губки. Зовнішній кінець дренажу під'єднують до вакуумного пристрою, що дозволяє підтримувати від'ємний тиск на рівні 0,1-0,2 атм. Ступінь розрідження визначається за стадією перебігу ранового процесу. Пористість губки має значення, оскільки розмір пор залежить від характеру ранового ексудату. На початку лікування перевагу надавали губкам з розміром пор 1500 мікрометрів, що дозволяє евакуювати залишок некротизованої тканини. У стадії проліферації, коли ексудація з рани є мінімальною і з'являються грануляції, доцільно змінювати на губки з меншим розміром пор (500 мікрометрів), що не пошкоджує грануляційну тканину. З метою кращої санації рани пропонується проводити заливки рідким сорбентом на 1 годину з наступною 23 годинною аспірацією. Дренаж виводили через окремий розтин шкіри на віддаленні від країв рани, що дозволяє краще герметизувати порожнину. Рану закривають ззовні клейкою плівкою для досягнення повної герметичності.

8. Поліпшується результат хірургічного лікування гнійних ран шляхом постійної евакуації ранового ексудату та промивання рідкими сорбентами: поліпшується санація та пришвидшується очищення рани, зменшується мікробна контамінація, стимулюється розвиток грануляційної тканини та пришвидшується процес епітелізації, скорочується ліжко-день. Медична ефективність: покращання результатів хірургічного лікування гнійних ран шляхом постійної евакуації ранового ексудату та промивання рідкими сорбентами. Поліпшення санації та пришвидшення очищення ран, зменшення мікробної контамінації, стимуляція розвитку грануляційної тканини та пришвидшення процесу епітелізації, зменшення післяопераційних ускладнень і летальності. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів та зниження частоти ускладнень гнійно-некротичних процесів, що потребують оперативного лікування, внаслідок впровадження персоналізованих хірургічних лікувальних стратегій. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих з гнійно-некротичними процесами шляхом підвищення ефективності лікувальних заходів (за рахунок постійної евакуації ранового ексудату).
9. Аспіратор хірургічний, полісорб МП, фізіологічний розчин.
10. Будь-який гнійно-некротичний процес, опік і відмороження, пролежень, гнійна рана і трофічні виразки, синдром діабетичної стопи.
11. Малігнізація рани, несановане вогнище остеомієліту, кровотеча в рані, рана з рубцевою тканиною, необстежений кишковий свищ, рана, частиною якої є стінка внутрішнього органа або судини, неадекватність поведінки або наявність психічного захворювання у пацієнта.
12. Немає за умови чіткого дотримання методики.
13. Буковинський державний медичний університет, Театральна пл., 2, Чернівці, 58000, тел. 52-40-78; 58-58-03.
14. Немає.
15. Шкварковський І.В. (0660055066), Іфтодій А.Г., Гребенюк В.І., Антонюк Т.В. (0509452790).

Реєстр. № 668/1/14

1. СПОСІБ СЕЛЕКТИВНОЇ ДЕКОНТАМІНАЦІЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ НАНОКАПСУЛЬОВАНИМИ ФОРМАМИ АНТИБІОТИКІВ ПРИ ТЯЖКИХ ФОРМАХ АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ.
2. НДР «Обґрунтування профілактики, ранньої діагностики та лікування гнійно-септичних ускладнень поєднаної хірургічної патології», 0111U003539, 2012-2016 рр.
3. Хірургія.
4. 2, В.
5. Патент на корисну модель № 95333 Україна МПК (2006.01) А61К9/51 Композиція нанокапсульованогорифаксиміну для селективної деконтамінації кишечника. Заявка u2014 05734, заяв. 25.05.2014; опубл.25.12.2014, Бюл. №24. Отримано Патент на корисну модель № 95332 Україна МПК (2006.01) А61К9/51 Композиція нанокапсульованогципрофлоксацину для селективної деконтамінації кишечника. Заявка u2014 05723, заяв. 27.05.2014; опубл.25.12.2014, Бюл. № 24.
6. Немає.
7. Дизбактеріоз і колонізація слизової оболонки кишечника патогенними та умовно патогенними мікроорганізмами у хворих на гострий некротичний панкреатит,

гострий перитоніт, гостру кишкову непрохідність супроводжуються транс локацією бактерій у внутрішнє середовище організму з розвитком гнійно-септичних ускладнень. Відомі способи селективної деконтамінації кишечника, що використовують комбінацію препаратів (тобраміцин, поліміксини, амфотерицин В) з низькою ступеню абсорбції в кишечнику, або (ципрофлоксацин, норфлоксацин, пентофлоксацин), які часто поєднують з поліміксіном М, приймають їх перорально у формі розчинів або таблеток, що не захищають повністю лікарську речовину від деструктивної дії вмісту шлунку. Максимальна концентрація в порожнині кишечника створюється тільки при частому (до 4-6 разів на добу), тривалому (більше 7 діб) ентеральному введенні у великих дозах (тобраміцин – 320 мг/добу, поліміксин М – 200-400 мг/добу, ципрофлоксацин – 1000 мг/добу), що не завжди можливо при тяжкому ступеню ентеральної недостатності і стійкому парезу кишечника. Введені ентерально антибіотики діють бактеріоцидно переважно на внутрішньопорожнинну мікрофлору і не впливають на бактерії, що колонізують слизову оболонку кишечника. Запропонований спосіб включає ентеральне введення композицій нанокапсульованогоріфаксиміну і ципрофлоксацину, що сформовані методом іонного структуроутворення на основі природного полімеру хітозану та тріполіфосфату, які забезпечують адресну доставку антибіотиків до слизової тонкої кишки та їх контрольоване вивільнення. Хітозан – біоінертний полімер володіє високою спорідненістю до слизової оболонки кишечника. Оболонка із хітозану і тріполіфосфату стійка до дії шлункового вмісту і ферментативного розщеплення в тонкій кишці. Завдяки властивостям хітозану, нанокапсули, що начинені ципрофлоксацином і ріфаксиміном, легко проникають крізь приепітеліальний шар слизу, досягають і фіксуються на апікальній поверхні ентероцитів. При $pH > 7,0$ оболонка нанокапсули поступово розпадається, що забезпечує повільне виділення і накопичення антибіотиків у приепітеліальному шару кишечника. Запропонований спосіб здійснюється наступним чином. При надходженні на лікування хворих на гострий панкреатит, перитоніт, гостру непрохідність кишечника проводиться введення у всередину композиції нанокапсульованогоріфаксиміну в розчині в дозі 3 мг/кг/добу і нанокапсульованогоріфаксиміну із розрахунку 15 мг/кг/добу. Антибіотики вводяться два рази на добу спочатку через назогастральний (назоєюнальний) зонд, а після відновлення перистальтики кишечника хворі приймають антибіотики у всередину не залежно від прийому їжі. Слизову порожнину рота і носа обробляють кожних 12 год 2%-ним розчином, що містить композиції нанокапсульованих антибіотиків. Тривалість селективної деконтамінації визначається тяжкістю стану хворих і результатами бактеріологічних досліджень, що проводяться два рази на тиждень.

8. Підвищення ефективності хірургічного лікування хворих на гострий деструктивний панкреатит, гостру кишкову непрохідність, гострий перитоніт, зменшення ризику післяопераційних ускладнень, зменшення терміну перебування хворого в палатах інтенсивної терапії. Медична ефективність: покращання результатів лікування хворих на гостру абдомінальну хірургічну патологію, зменшення післяопераційних ускладнень і летальності. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів та зниження частоти розвитку гнійно-септичних ускладнень при гострій хірургічній абдомінальній патології. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих на гострий деструктивний панкреатит, гостру кишкову непрохідність, гострий перитоніт за рахунок зниження частоти розвитку гнійно-септичних ускладнень, зменшення середнього терміну стаціонарного лікування хворого.

9. Антибіотики.
10. Тяжкі форми абдомінального сепсису.
11. Непереносимість антибіотиків.
12. При проведенні антибактеріальної терапії можливий розвиток ускладнень, що пов'язані з використанням антибіотиків. Для їх попередження необхідно виконувати рекомендації фірм-виробників лікарських засобів.
13. Буковинський державний медичний університет, 58000, м. Чернівці, Театральна пл., 2.
14. Немає.
15. Ротар О.В. (0501943590), Ротар В.І. (0502913659).

Реєстр. № 669/1/14

1. **ПРИСТРІЙ ДЛЯ БЕЗГАЗОВИХ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ.**
2. НДР «Порушення гомеостазу організму при хірургічній патології, прогнозування і корекція виявлених порушень, оптимізація діагностичної і лікувальної тактики», 010500070095, 2011-2015 рр.
3. Хірургія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель 52038 Україна, МПК А 61В 17/02. Пристрій для безгазових лапароскопічних втручань / Малик С.В., Кучеренко Д.О.; винахідники Малик С.В., Кучеренко Д.О., власник Малик С.В., Кучеренко Д.О. – и 2010 01808 заявл.19.02.2010; опубл.12.07.2010, Бюл. №13.; Малик С.В. Хірургічне лікування хворих з деструктивним холециститом шляхом застосування лапароліфтингу / С.В.Малик, Д.О.Кучеренко // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2012. – С. 126-129.
6. Немає.
7. Пристрій для безгазових лапароскопічних втручань складається з таких частин: кільце для закріплення, металева циліндрична трубка d=10 мм з можливістю вільного руху повз стержня, чотири пари спиць (робоча частина), які з'єднані з циліндричною трубкою та між собою попарно, нижні спиці, прикріплені до нижньої частини стержня розкриваються по типу парасольки під кутом майже 90°, стержня d=7 мм. Після введення в черевну порожнину робочої частини, кільце для закріплення підтягують вгору (фіксуючи циліндричну металеву трубку), розкриваючи тим самим робочу частину подібно до парасольки. Пристрій кріпиться до штатива, закріпленого до операційного столу з будь-якого боку останнього в залежності від виду втручання і виконується тракція передньої черевної стінки. Після установки пристрою він утримує черевну стінку під час лапароскопічного втручання, створюючи тим самим простір в черевній порожнині, не обмежуючи рухів лапароскопічних інструментів.
8. Використання запропонованого пристрою дозволить проводити лапароскопічні оперативні втручання безгазовим способом, зменшить вартість оперативного втручання.
9. Загальнохірургічний інструментарій.
10. Виконання лапароскопічних оперативних втручань безгазовим способом.
11. Спайкова хвороба органів черевної порожнини.
12. Немає.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Перша міська клінічна лікарня м. Полтави.
15. Малик С.В. (0532561329), Кучеренко Д.О.

1. **СПОСІБ МІНІ-ІНВАЗИВНОГО ДРЕНУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ РІДИННИХ СКУПЧЕНЬ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ.**
2. НДР «Морфологічні і функціональні порушення органів та систем організму при гострій та хронічній хірургічній патології, оптимізація діагностичної та лікувальної тактики, прогнозування, профілактика та лікування післяопераційних ускладнень», 0111U006302, 2010 – 2015 рр.
3. Хірургія.
4. 2+, С.
5. Патент на корисну модель № 52037 Україна, МПК А 61В19/00. Спосіб мініінвазивного дренивання патологічних рідинних скупчень черевної порожнини / С.В. Малик, С.П. Кравченко, М.В. Безручко; u201001800 заявл. 19.02.2010; опубл. 10.08.2010, Бюл. №15.
6. Немає.
7. Використання способу призводить до покращення результатів лікування гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини та їх ускладнень, що супроводжуються утворенням патологічних рідинних скупчень шляхом дренивання їх за допомогою поліхлорвінілової трубки, що надягається на тубус лапароскопа, котрий, через мінілапаротомний доступ, заводиться до місця локалізації та дозволяє скоротити період післяопераційної реабілітації пацієнтів і може бути застосований в пацієнтів з високим операційно-анестезіологічним ризиком. За допомогою ультразвукової діагностики визначають локалізацію патологічного рідинного скупчення та обирають оптимальне місце для доступу; в обраному місті під місцевою інфільтраційною анестезією виконують мінілапаротомний доступ з застосуванням набору «міні-асистент» (розріз 3 – 4 см), за допомогою лапароскопу виконують ревізію ділянки черевної порожнини, та дренивання патологічного рідинного скупчення поліхлорвініловим трубчатим дренажем. Дренивання виконують наступним чином: на тубус 10 мм лапароскопа надягають поліхлорвінілову трубку з внутрішнім діаметром 10 мм довжиною 30 – 35 см зі зрізаним торцевим кінцем під кутом 35° та попередньо вирізаними на бокових стінках трубки 3 – 4 отворами до 3 мм в діаметрі протягом 4 – 6 см від торцевого краю; через мінілапаротомний доступ тубус лапароскопа заводять в ділянку локалізації патологічного рідинного скупчення та притримуючи дренажну трубку рукою, тубус лапароскопа витягують з черевної порожнини так, щоб трубка залишилась на місці; дренаж фіксують до шкіри двома лігатурами.
8. Покращення ефективності лікування гострої хірургічної патології та її ускладнень, що супроводжуються утворенням патологічних рідинних скупчень у черевній порожнині, що дозволить скоротити період післяопераційної реабілітації пацієнтів і може бути застосовано у пацієнтів з високим операційно-анестезіологічним ризиком.
9. Апарат для ультразвукової діагностики з конвексним датчиком, відеоендоскопічне обладнання з лапароскопом діаметром 10 мм, поліхлорвінілова трубка з внутрішнім діаметром 10 мм довжиною 30 – 35 см, набір хірургічних інструментів для міні доступу «міні-асистент», прецизійна хірургічна техніка, загальнохірургічний інструментарій.
10. Гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини та їх ускладнення, післяопераційні ускладнення, які супроводжуються утворенням патологічних рідинних скупчень у черевній порожнині.
11. Розлитий перитоніт.

12. Кровотеча з операційної рани, пошкодження органів черевної порожнини. Для попередження ускладнень необхідно обирати оптимальне місце оперативного доступу, траєкторію руху лапароскопа з дренажною трубкою.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.
14. Немає.
15. Малик С.В., Безручко М.В. (0661218690), Кравченко С.П., Осіпов О.С.

Реєстр. № 671/1/14

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ РАНЬОЇ ПЕЧІНКОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ ТОНКОКИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ.**
2. НДР «Корекція ендогенної інтоксикації та дисметаболических розладів при гострих хірургічних захворюваннях черевної порожнини та позаочеревинного простору», 0109V003184, 2009-2013 рр.
3. Хірургія.
4. Немає.
5. Патент України на корисну модель № u201314988 від 23.12.2013 р. «Спосіб визначення ранньої печінкової дисфункції у хворих на гостру тонкокишкову непрохідність».
6. Немає.
7. Ведучу патогенетичну роль в клінічному перебігу гострої тонкокишкової непрохідності відіграє формування синдрому ендогенної інтоксикації за рахунок порушення функції кишечника в залежності від часу розвитку ентерергії, що являється основною причиною формування поліорганної недостатності з пригніченням ауторегуляції гомеостазу до рівня несумісного із життям. Бар'єром на шляху інтенсифікації ендотоксикозу є печінка, яка забезпечує процеси детоксикації попереджуючи розвиток поліорганної дисфункції в організмі хворих. Запропоновано виявлення розвитку ранньої печінкової дисфункції шляхом визначення зміни показників активності органоспецифічних індикаторних, секретійних та екскреційних ферментів сироватки крові аргінази, холінестерази, орнітинкарбомойлтрансферази, сорбітолдегідрогенази, лактатдегідрогенази, аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази, лужної фосфатази, церулоплазмину, які являються маркерами відповідних функцій гепатоцитів і дають можливість характеризувати стан їх мембран, білоксинтезуючу, сечовиноутворюючу, детоксикаційну, енергозабезпечуючу та видільну функції.
8. Розроблений спосіб дозволяє на основі отриманих результатів заключити, що відповідна зміна показників активності органоспецифічних ферментів печінки у хворих з гострою тонкокишковою непрохідністю на фоні наростання ендотоксикозу в залежності від часу розвитку ентерергії, свідчать про значні порушення функціонального стану печінки, що є об'єктивною ранньою ознакою формування печінкової дисфункції і потребує своєчасної корекції у комплексі хірургічного лікування для попередження розвитку поліорганної недостатності.
9. Стандартний набір реактивів для визначення активності вказаних ферментів, спектрофотометр.
10. Гостра тонкокишкова непрохідність.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
14. Немає.

15. Скрипко В.Д. (0509490047), Клименко Ю.А. (0505087398), Клименко А.О. (0679079480).

Реєстр. № 672/1/14

1. **СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ АГРЕСИВНОСТІ БАКТЕРІАЛЬНОЇ ФЛОРИ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ ТОНКОКИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ, ЯК ФАКТОРА ІНТЕНСИФІКАЦІЇ ЕНДОТОКСИКОЗУ.**
2. НДР «Корекція ендогенної інтоксикації та дисметаболических розладів при гострих хірургічних захворюваннях черевної порожнини та позаочеревинного простору», 0109V003184, 2009-2013 рр.
3. Хірургія.
4. Немає.
5. Патент України на корисну модель № u2013 14989 від 23.12 2013 р. «Спосіб визначення стану агресивності бактеріальної флори у хворих на гостру тонкокишкову непрохідність, як фактор інтенсифікації ендотоксикозу».
6. Немає.
7. Провідну роль у формуванні критичного стану в організмі хворого при гострій тонкокишкової непрохідності (ГТКН) відіграє наростання ендогенної інтоксикації. Неспроможність дилатованого привідного відділу тонкої кишки зумовлює затримку проходження кишкового вмісту, наростання і трансформацію умовно-патогенної мікрофлори у патогенну, яка інтенсивно розмножується, зумовлюючи посилення процесів бродіння і гниття з надлишковим утворенням високотоксичних метаболічних компонентів, кишкових отрут, продуктів деструкції клітин слизової оболонки тонкої кишки. З проривом бар'єрної функції кишечника наростає поступлення токсинів у кров, які формують загальний статус ендотоксикозу, інтенсифікація якого залежить від агресивності бактеріальної флори, для життєвого циклу та вірулентності якої, абсолютно необхідним фактором є потреба у вільних іонах заліза. В плазмі крові здорового організму іонів заліза в тисячі разів менше кількості необхідної для їх нормального росту. Це пояснюється наявністю зв'язуючого заліза білка трансферину, який в нормі насичений залізом лише на 30%, що обмежує поступлення бактеріям цього необхідного елемента і забезпечує потужну бактеріостатичну дію. Спосіб визначення агресивності бактеріальної флори у хворих на ГТКН заключається у визначенні показників насиченості залізом трансферину одночасно з вмістом сироваткового заліза. Зниження показників насиченості тнасферину і втратою його бактеріостатичної дії, обумовлює зростання вмісту вільних іонів заліза, як життєво необхідних факторів росту і розмноження та вироблення токсинів мікрофлорою, сприяючи наростанню ендотоксикозу, що корегує з клінічним перебігом патологічного процесу і вимагає своєчасної корекції у комплексному хірургічному лікуванні.
8. Розроблений спосіб вказує на своєчасне застосування інтенсивної антибіотико- та детоксикаційної терапії в боротьбі з наростанням ендотоксикозу у хворих гострою тонкокишковою непрохідністю в до- та післяопераційному періоді, що дозволяє, як знизити розвиток ускладнень, так і зумовлює підвищення якості життя хворих, зменшення кількості ліжко-днів та вартості лікування.
9. Стандартний набір реактивів для визначення насиченості залізом трансферину та визначення вмісту заліза в сироватці крові.
10. Гостра тонкокишкова непрохідність.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».

14. Немає.
15. Скрипко В.Д. (0509490047), Клименко Ю.А. (0505087398), Клименко А.О. (0679079480).

Реєстр. № 673/1/14

- 1. СПОСІБ ВИЯВЛЕННЯ РОЗВИТКУ РАННЬОЇ ПЕЧІНКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ ТОНКОКИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ.**
2. НДР «Корекція ендogenous інтоксикації та дисметаболических розладів при гострих хірургічних захворюваннях черевної порожнини та позачеревинного простору», 0109V003184, 2009-2013 рр.
3. Хірургія.
4. Немає.
5. Патент України на корисну модель № u2013 14990 від 23.12 2013р. «Спосіб виявлення розвитку ранньої печінкової недостатності у хворих на гостру тонкокишкову непрохідність».
6. Немає.
7. Спосіб полягає у встановленні раннього порушення функціонального стану печінки на основі визначення в сироватці крові змін показників активності церулоплазміну, синтез якого здійснюється тільки гепатоцитами. Церулоплазмін є потужним антиоксидантом, одним із факторів природного захисту організму, що інактивує вільнорадикальні процеси, протидіючи перекисному окисненню ліпідів мембран, знешкоджує біологічно активні аміни, як фактори ендотоксикозу, блокує імунодепресію та стимулює процеси тканинного дихання та енергетичного забезпечення організму. Зниження активності церулоплазміну сироватки крові в залежності від рівня наростання факторів ендogenous інтоксикації та тяжкості клінічного перебігу відповідно часу розвитку гострої тонкокишкової непрохідності, свідчить про виснаження функції гепатоцитів і є достовірною ознакою початку формування ранньої печінкової недостатності, як небезпечне ускладнення в організмі хворих гострою тонкокишковою непрохідністю, що потребує своєчасної корекції в комплексному хірургічному лікуванні.
8. Розроблений спосіб дозволяє об'єктивно оцінити наявність розвитку печінкової недостатності та початку формування поліорганної дисфункції в організмі хворих на гостру тонкокишкову непрохідність і потребує своєчасної додаткової корекції в лікуванні, що дозволить зупинити інтенсифікацію ендотоксикозу, підвищить якість життя хворих, знизить кількість ліжкоднів та вартість лікування.
9. Набір реактивів для визначення активності церулоплазміну: ФЕК або спектрофотометр.
10. Гостра тонкокишкова непрохідність.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
14. Немає.
15. Скрипко В.Д. (0509490047), Клименко Ю.А. (0505087398), Клименко А.О. (0679079480).

Реєстр. № 674/1/14

- 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СТРИКТУРИ АНАЛЬНОГО КАНАЛУ.**

2. НДР «Корекція ендогенної інтоксикації та дисметаболических розладів при гострих хірургічних захворюваннях черевної порожнини та поза очеревинного простору».
3. Хірургія .
4. 2++, В .
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 73987 від 10.10.2012р. Бюл. №19, 2012 р. “Спосіб діагностики стриктури анального каналу”; Деклараційний патент України на корисну модель № 73986 від 10.10.2012р. Бюл.№19, 2012 р. “Спосіб діагностики стриктури анального каналу”.
6. Немає.
7. Спосіб полягає у застосуванні рентгенконтрастних ректальних супозиторіїв, що містять сульфату барію 1-2 г і масло какао, в кількості необхідній для утворення свічки. При цьому було встановлено, що при проведенні рентгенологічного дослідження прямої кишки за допомогою ректального супозиторію, який містить менше ніж 1 г сульфату барію – дослідження було не ефективне, через неповне контрастування анального каналу. Застосування ректального супозиторію, який містить більш, ніж 2 грами сульфату барію було недоцільне через збільшення розмірів свічки і технічні труднощі при її введенні в анальний канал. Встановлено, що при проведенні рентгенограми ділянки прямої кишки менше, ніж через 2 хвилини після введення рентгенконтрастного ректального супозиторію в анальний канал дослідження було неефективне через неповне розплавлення свічки, а більше 3 хвилин – контраст з анального каналу переміщається в ампулу прямої кишки, що знижує точність діагностики. Тому, застосування рентгенконтрастних ректальних супозиторіїв, що містять сульфату барію – 1-2 г і масло какао, в кількості необхідній для утворення свічки і проведення рентгенологічного дослідження прямої кишки через 2-3 хвилини у двох проекціях дозволяє підвищити зручності виконання дослідження, зменшити тривалість його проведення та підвищити точність діагностики стриктури анального каналу.
8. Розроблений спосіб дозволяє об’єктивно оцінити наявність стриктури анального каналу, підвищити зручність виконання дослідження та зменшити тривалість його проведення.
9. Операційна та анестезіологічна бригади. Операційна. Загальні вимоги до проведення оперативних втручань. Знеболення – спінальна анестезія.
10. Стриктура анального каналу.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
14. Немає.
15. Шевчук І.М. (0503732908), Садовий І.Я., Рижик В.М., Дудій П.Ф., Кузьминський М.Б., Клименко Ю.А.

Реєстр. № 675/1/14

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СТРИКТУРИ АНАЛЬНОГО КАНАЛУ.

2. НДР «Корекція ендогенної інтоксикації та дисметаболических розладів при гострих хірургічних захворюваннях черевної порожнини та поза очеревинного простору».
3. Хірургія.
4. 2++, В.

5. Деклараційний патент України на корисну модель № 70103 від 25.05.2012р. Бюл. №10, 2012 р. “Спосіб лікування стриктури анального каналу”, друковані статті у фахових виданнях.
6. Немає.
7. Анотований виклад суті наукової (науково-технічної) продукції. Спосіб лікування стриктури анального каналу полягає у висіченні рубцевозмінених тканин з підживленням проксимальної частини незміненої слизової оболонки до перианальної шкіри, що мобілізує незмінену слизову оболонку прямої кишки в проксимальному напрямі на 0,5 – 0,8 см більше, ніж протяжність самого рубця, зведенням її вниз і підшиванням до перианальної шкіри без натягу безперервним обвивним швом атравматичною голкою. Виконання мобілізації незміненої слизової оболонки прямої кишки в проксимальному напрямку на 0,5 – 0,8 см більше, ніж протяжність рубця дозволяє попередити натяг слизової оболонки: недостатність швів нагноєння рани і загоєння її вторинним натягом з рецидивом стриктури. Зведення і фіксація слизової оболонки прямої кишки до перианальної шкіри без натягу безперервним обвивним швом атравматичною голкою дозволяє прицизійно співставляти тканини при пластиці рани.
8. Розроблений спосіб лікування стриктури анального каналу дозволяє уникнути ускладнень, прискорити термін загоєння ран, підвищить якість життя хворих, скоротить термін ліжко-днів та вартість лікування.
9. Операційна та анестезіологічна бригади. Операційна. Загальні вимоги до проведення оперативних втручань. Знеболення – спінальна анестезія.
10. Стриктура анального каналу.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет».
14. Немає.
15. Шевчук І.М. (0503732908), Садовий І.Я., Петрина О.М., Кіндракевич Ю.Б., Клименко Ю.А.

Реєстр. № 676/1/14

1. **МЕТОДИКА ТИМЧАСОВОЇ ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧІ ТА ЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ КРОВООБІГУ У ТРАВМОВАНИХ З МАСИВНОЮ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЮ КРОВОТЕЧЕЮ.**
2. НДР «Розробити клініко-організаційні принципи функціонування, структуру та кадрово-матеріальний ресурс системи надання екстреної медичної допомоги при дорожньо-транспортних пригодах», 0113U002107, 2013-2015 рр.
3. Хірургія, травматологія та ортопедія.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 92785 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.09.2014, Бюл. № 17/2014.
6. Немає.
7. Методика ґрунтується на принципі підвищення внутрішньочеревного тиску та централізації кровообігу зовнішньою компресією черевної порожнини і нижніх кінцівок (за допомогою пояса-корсету та еластичних бинтів), що суттєво призводить до зменшення внутрішньочеревної кровотечі.

8. Спосіб дає змогу зменшити тяжкість ускладнень та летальність у постраждалих з пошкодженнями паренхіматозних органів та масивною внутрішньочеревною кровотечею на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах.
9. Фіксуєчий пояс, компресуючий валик, еластичні бинти.
10. Відкриті пошкодження печінки на догоспітальному етапі.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», 02660, м. Київ. вул. Братиславська, 3.
14. Немає.
15. Гур'єв С.О., Гуселетова Н.В., Близнюк М.Д., Кукуруз Я.С., Йосипенко І.О., Шуригін О.Ю. (044) 518-57-08.

Реєстр. № 677/1/14

1. **СПОСІБ ЕНДОСКОПІЧНОЇ РЕЗЕКЦІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ.**
2. НДР «Патогенетичні особливості травматичної хвороби у постраждалих з тяжкими полісистемними пошкодженнями на фоні екзогенних інтоксикацій», 0110U000970, 2010-2012 рр.
3. Хірургія, ендоскопія.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 86122 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.12.2013, Бюл. № 23/2013.
6. Немає.
7. При проведенні ендоскопічної резекції слизової оболонки шлунково-кишкового тракту (ЕРСО) після формування «гідро подушки», в методиці ЕРСО відповідно до способу використовується механічне стиснення слизової оболонки поліпектомічною петлею до легкого опору, і залишається в такому положення на кілька секунд – під час яких відбувається витіснення рідини із зони коагуляції, що перешкоджає розповсюдженню електричної енергії при проведенні наступної коагуляції, зменшуючи при цьому площу та глибину коагуляції.
8. Зниження таких ускладнень як перфорація шлунково-кишкового тракту та кровотеча.
9. Набор для проведення ендоскопії (гастро чи колоноскопії), високочастотний генератор, інжектор, 0,9 % розчин NaCl, поліпектомічна петля.
10. Видалення неоплазій шлунково-кишкового тракту, які не мають ніжки.
11. Розмір неоплазії більш ніж 20 мм., при застосуванні звичайних поліпектомічних петель, та 35 мм. при застосуванні петлі Кудо.
12. Перфорація шлунково-кишкового тракту та кровотеча. Для запобігання їх потрібно пройти короткотривалу підготовку.
13. ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», 02660, м. Київ. вул. Братиславська, 3.
14. Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, 02660, м. Київ, вул. Братиславська, 3.
15. Нікішаєв В.І., Лазарчук В.М. (044) 518-57-08.

Реєстр. № 678/1/14

1. **СПОСІБ ПІДГОТОВКИ ТОВСТОЇ КИШКИ ДО КОЛОНОСКОПІЇ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування принципів організації та функціонування відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги (Emergency Department) у лікарнях інтенсивного лікування та багатопрофільних лікарнях», 114U002643, 2014-2016 рр.
3. Хірургія, ендоскопія.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 66487 Україна, МПК А61В 1/00. Заявник та патентовласник Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.01.2012, Бюл. № 1/2012.
6. Немає.
7. Спосіб підготовки товстої кишки до колоноскопії (КС) реалізується наступним чином: за день до проведення КС у другій половині дня пацієнт протягом двох годин приймає 2,0 літра розчину поліетіленгліколю (ПЕГ), з одночасним прийомом 2 капсул (80 мг) симетикону 3 рази (2 капсули на початку прийому першого літра ПЕГ і по 2 капсули в кінці прийому кожного літра). В день проведення обстеження зранку пацієнт протягом двох годин приймає наступні 2,0 літра розчину ПЕГ, з одночасним прийомом 2 капсул (80 мг) симетикону 3 рази (2 капсули на початку прийому першого літра ПЕГ і по 2 капсули в кінці прийому кожного літра). КС проводиться через 4-6 годин після закінчення прийому розчину ПЕГ. Вживання симетикону перешкоджає утворенню піни на стінках і в просвіті кишки (шляхом зниження поверхневого натягу бульбашок газу, сприяє їх розриву і подальшому всмоктуванню та виведенню з організму), зменшує піноутворення, покращує переносимість та ефективність підготовки до КС.
8. Економічна вигідність, застосуванням препаратів ПЕГ з поєднанням симетикону зменшує піноутворення, що дозволяє повністю оглянути товсту кишку, покращує діагностику та сприяє зменшенню тривалості обстеження.
9. Розчин ПЕГ, симетикон (капсули).
10. Підготовка до КС.
11. Протипокази до прийому ПЕГ.
12. Немає.
13. ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», 02660, м. Київ. вул. Братиславська, 3.
14. Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, 02660, м. Київ, вул. Братиславська, 3.
15. Нікішаєв В.І., Бойко В.В., Лазарчук В.М. (044) 518-57-08.

Реєстр. № 679/1/14

1. **СПОСІБ ТОТАЛЬНОЇ ХРОМОКОЛОНОСКОПІЇ.**
2. НДР «Патогенетичні особливості травматичної хвороби у постраждалих з тяжкими полісистемними пошкодженнями на фоні екзогенних інтоксикацій», 0110U000970, 2010-2012 рр.
3. Хірургія, ендоскопія.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 66488 Україна, МПК А61В 1/00. Заявник та патентовласник Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.01.2012, Бюл. № 1/2012.
6. Немає.

7. Спочатку проводиться огляд слизової до купола сліпої кишки у білому світлі із можливістю застосування електронної хромоскопії (NBI, FICE, i-scan), далі відбувається виведення колоноскопа із сліпої кишки до печінкового кута, в цей час через канал колоноскопа заводиться катетер в купол сліпої кишки і через нього вводиться до 6,0 мл барвника (0,2% розчину індигокарміну). Після чого залишки повітря відсмоктуються, кишка спадається і барвник розповсюджується від місця його введення до дистальної частини колоноскопа. Контрастний препарат розтікається по стінках кишки, покращуючи структуру рельєфу слизової оболонки, контрастуючи патологічні ділянки, їх протяжність, границі і структурні особливості. Після чого покрашений сегмент кишки оглядається після інсуфляції повітря. Далі йде огляд і покраска барвником по 6,0 мл кожного сегмента товстої кишки, від печінкового кута до середини поперечноободової кишки, від середини поперечноободової кишки до селезінкового кута, від селезінкового кута до сигмовидної кишки, від низхідної кишки до анального каналу прямої кишки. Після чого залишки повітря відсмоктуються, кишка спадається і барвник розповсюджується від місця його введення до дистальної частини колоноскопа. Після чого покрашений сегмент кишки оглядається після інсуфляції повітря.
8. Використання запропонованого способу тотальної хромоколоноскопії є простим та надійним, дозволяє повністю окрасити та оглянути товсту кишку, виявити ті найменші структури, що неможливо виявити не тільки у білому світлі, але і при електронній хромоскопії, сприяє зменшенню тривалості обстеження та знімає необхідність у повторному дослідженні.
9. Набор для проведення колоноскопії, катетер, 0,2 % розчин індигокарміну.
10. Виявлення новоутворень товстого кишківника на ранніх стадіях та малих розмірів.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», 02660, м. Київ. вул. Братиславська, 3.
14. Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, 02660, м. Київ, вул. Братиславська, 3.
15. Нікішаєв В.І., Бойко В.В., Лемко І.І., Лазарчук В.М. (044) 518-57-08.

Реєстр. № 680/1/14

- 1. ЗАСТОСУВАННЯ ОКТЕНІСЕПТУ (ОКТЕНІДИНУ ДИГІДРОХЛОРИДУ) ЯК ЗАСОБУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ МЕТАЄПІФІЗАРНОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ.**
2. НДР «Оперативне лікування та реабілітація дітей з хірургічною патологією і вадами розвитку», 0111U001432 .
3. Дитяча хірургія.
4. 2++, В
5. Пат. № 80747 Україна, МПК А61К 33/00. Застосування Октенісепту як засобу для лікування метаепіфізарного остеомієліту. Дігтяр В.А., Лук'яненко Д.М., Жаріков М.Ю.; власник Лук'яненко Д.М. З. № у 201214371 від 17.12.2012, Опубл. 10.06.2013. Бюл № 11.

6. Немає.
7. Застосування препарату октенісепт (октенідину дигідрохлориду) у розведенні 1:4 для санації порожнин суглобів при лікуванні метаепіфізарного остеомієліту у дітей дозволить проводити лікування метаепіфізарного остеомієліту засобами антибактеріальної терапії без оперативного втручання.
8. Медичні: зниження ризику виникнення ускладнень, рецидивів та ортопедичних наслідків при лікуванні метаепіфізарного остеомієліту у дітей до трьох років.
9. Шприц 10,0 мл., препарат октенісепт (октенідину дигідрохлориду), ізотонічний розчин.
10. Метаепіфізарний остеомієліт та гнійний артрит у дітей.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Держинського, 9, тел. (056) 713-52 -57, тел. факс 770-22-58.
14. Немає.
15. Дігтяр В.А., Лук'яненко Д.М., Садовенко О.Г., Камінська М.О. (05627136311).

Реєстр. № 681/1/14

1. **ЗАСТОСУВАННЯ ПРОПРАНОЛОЛУ ЯК ПРЕПАРАТУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Оперативне лікування та реабілітація дітей з хірургічною патологією і вадами розвитку», 0111U001432.
3. Дитяча хірургія, дитяча онкологія.
4. 2++, В
5. Пат. № 61635, UA. Україна, (51)МПК (2011.01), A61K 31/138 (2006.01), A61P 35/00. Застосування пропранололу як препарату для лікування гемангіом у дітей. Дементьєва Н.А. / и 2010 15798 від 25.12.2010. Опубл. 25.07.11. Бюл. №14.
6. Немає.
7. Використання бета-адреноблокатору пропранололу для лікування гемангіом, використання якого за новим призначенням дозволяє підвищити ефективність терапії шляхом скорочення небажаних побічних ефектів терапії до мінімуму.

8. Медичні: призупиняти зростання гемангіом у дітей зі зменшенням розмірів, щільності та інтенсивності забарвлення їх, первинного об'єму. Соціальні: зменшення ризику інвалідизації.
9. Лікарський засіб пропранолол.
10. Діти з гемангіомами різної локалізації.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. (056) 713-52 -57, тел. факс 770-22-58.
14. КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» Дніпропетровської обласної ради, 49100, м. Дніпропетровськ, вул. Космічна 13, тел. (056)713-71-00.
15. Дігтяр В.А., Камінська М.О., Барсук О.М., Садовенко О.Г., Дементьева Н.А. (05627136311).

Реєстр. № 682/1/14

1. **ПРИСТРІЙ ЕКСТРАПЛЕВРАЛЬНОЇ КОРЕКЦІЇ НЕСТАБІЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ РЕБЕР.**
2. НДР «Ендоскопічні та мініінвазивні методи в діагностиці та лікуванні хірургічних хвороб», 0111U008123.
3. Хірургія.
4. 2+, С.
5. Патент України на корисну модель №56389 МПК (2011) А61В 17/11 Заявл. 08.07.2011; Опубл. 10.01.2011 Бюл. №1,2011р.
6. Немає
7. Сутність методу полягає у використанні для фіксації нестабільного перелому ребер дугоподібної пластини, до якої за допомогою фіксуючих гайок фіксують стержні, які попередньо введені до тканини ребра через невеликі розрізи шкіри над флотуючою ділянкою. Стабільність грудної клітини досягається шляхом зміцнення вказаної зовнішньої конструкції після закручування гайок.
8. Зменшуються обсяги травмування тканин, кровотечі, ймовірність виникнення гемо- і пневмотораксу, скорочення тривалості операції, виключення тривалої штучної вентиляції легенів; скорочення тривалості інтенсивного болювого синдрому в післяопераційному періоді; покращення естетичних та косметичних характеристик.
9. Дугоподібна пластина, стержні, набір фіксуючих гайок, стандартний хірургічний інструментарій.
10. Нестабільні переломи ребер III та IV ступіню за Оксфордською класифікацією переломів ребер (2012 р.)
11. Гнійно-запальні захворювання шкіри та підшкірної клітковини, гостра серцево-судинна та легенева недостатність.

12. Можливою помилкою може бути недостатньо глибоке занурення стержнів, що не забезпечить жорсткість конструкції та приведе до можливої дислокації апарату і відсутності лікувального ефекту. Також до можливих помилок слід віднести занадто глибоке занурення з ураженням легені, як наслідок може виникати пневмо- чи гемоторакс.
13. ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. (0562) 31-22-57
14. Немає.
15. Пімахов В.В. (0982732557).

Реєстр. № 683/1/14

1. **СПОСІБ КОНСЕРВАТИВНОЇ ДЕЗІНВАГІНАЦІЇ КИШЕЧНИКУ.**
2. НДР «Оперативне лікування та реабілітація дітей з хірургічною патологією і вадами розвитку», 0111U001432 .
3. Дитяча хірургія.
4. 2++, В.
5. Пат. № 58202, UA Україна, МПК(2011/01), А61В 17/00. Спосіб консервативної дезінвагінації кишечника. Дігтяр В.А., Барсук О.М., Коваль С.В., Бондарюк Л.М., Савенко М.В. /u 2010 09653 від 02.08.2010. Опубл. 11.04.2011. Бюл № 7.
6. Немає.
7. Спосіб консервативної дезінвагінації кишечника включає премедикацію, нагнітання повітря у пряму кишку у заданій нормі під рентгенологічним контролем, діагностування інвагінації на основі рентгенограми, розправлення інвагінату шляхом збільшення норми нагнічуваного повітря або додатковий вплив, перед розправленням інвагінату міорелаксантом короткої дії на тлі ендотрахеального наркозу під лапароскопічним контролем, якщо інвагінат не розправляється, який відрізняється тим, що перед діагностуванням інвагінату, повітря у пряму кишку нагнітають під тиском 30-40 мм. рт.ст. при розправленні інвагінату його підвищують до 80-130 мм.рт.ст., а якщо розправлення не досягається й далі, то дезінвагінацію проводять операційним шляхом.
8. Медичні: зменшує кількість лапаротомій, час перебування дитини у стаціонарі, відсоток ускладнень.
9. Трубка з'єднана із сфігмоманометром, рентгенологічний апарат, лапароскопічна стійка.
10. Діти з інвагінацією.
11. Немає.
12. Немає.

13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. (056) 713-52 -57, тел. факс 770-22-58.
14. КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» Дніпропетровської обласної ради, 49100, м. Дніпропетровськ, вул. Космічна 13, тел. (056) 7137100.
15. Дігтяр В.А., Камінська М.О., Барсук О.М., Садовенко О.Г., Савенко М.В., Коваль С.В. (05627136311).

Реєстр. № 684/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Оперативне лікування та реабілітація дітей з хірургічною патологією і вадами розвитку», 0111U001432 .
3. Дитяча хірургія, дитяча онкологія.
4. 2++, В
5. Пат. № 67520, UA Україна, (51)МПК(2012.01), А61К 31/00, А61К 31/138 (2006.01), А61Р 35/00, А61N 5/067 (2006.01). Спосіб лікування гемангіом у дітей Дементьєва Н.А., Дігтяр В.А., Хитрик О.Л. та інші/U 2011 09266 від 25.07. 2011. Опубліковано 27.02.2012. Бюлетень № 4.
6. Немає.
7. Спосіб лікування гемангіом, який заснований на прийомі бета-адреноблокатору пропранололу з подальшим лазерним фототермолізмом, що забезпечує отримання кращого анатомічного, функціонального та естетичного результату лікування з мінімальною вірогідністю розвитку ускладнень.
8. Медичні: призупиняти зростання гемангіом у дітей зі зменшенням розмірів, щільності та інтенсивності забарвлення їх, первинного об'єму. Соціальні: зменшення ризику інвалідизації.
9. Лікарський засіб пропранолол, діодний лазер з довжиною випромінювання 940 нм.
10. Складні гемангіоми у дітей.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. (056) 713-52 -57, тел. факс 770-22-58.

14. КЗ «Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» Дніпропетровської обласної ради, 49100, м. Дніпропетровськ, вул. Космічна 13, тел. (056) 7137100.
15. Дігтяр В.А., Камінська М.О., Харитонюк Л.М., Садовенко О.Г., Дементьева Н.А. (0567136311).

Реєстр. № 685/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ МЕТАЕПІФІЗАРНОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Оперативне лікування та реабілітація дітей з хірургічною патологією і вадами розвитку», 0111U001432 .
3. Дитяча хірургія.
4. 2++, В
5. Пат. № 80419 Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб лікування метаепіфізарного остеомієліту у дітей. Дігтяр В.А., Лук'яненко Д.М., Жаріков М.Ю.; власник Лук'яненко Д.М. З. № u 201214372 від 17.12.2012, Опуб. 27.5.213. Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Антибіотик сульбактомакс в добовій дозі 75 мг/кг протягом 7-14 діб (цефтріаксону 50 мг/кг та сульбактаму 25 мг/кг) та як супровідне лікування застосовуються пробіотики, антигістамінні препарати, іммобілізація ураженого сегменту кінцівки в гіпсовій лонгеті, фізіотерапевтичні процедури, місцево на уражений суглоб пов'язка з димексидом (1:5), при наявності воріт інфекції (пупкова ранка, опрілості, садна тощо) обробка їх розчином октенісепту (октенідину дигідрохлорд).
8. Медичні: зниження ризику виникнення ускладнень, рецидивів та ортопедичних наслідків при лікуванні метаепіфізарного остеомієліту у дітей до трьох років.
9. Шприци, препарати октенісепт, сульбактомакс, ізотонічний розчин, димексид, гіпсові бинти.
10. Діти від народження до трьох років хворі на метаепіфізарний остеомієліт.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. (056) 713-52 -57.
14. Немає.

15. Дігтяр В.А., Лук'яненко Д.М., Садовенко О.Г., Камінська М.О. (05627136311).

Реєстр. № 686/1/14

1. СПОСІБ ПРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ХВОРИХ З ДВОБІЧНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ.

2. НДР «Ендоскопічні і міні інвазивні методи в діагностиці та лікуванні хірургічних хвороб», 0111U008123.

3. Хірургія.

4. 2+ В.

5. Патент на корисну модель «Спосіб передопераційної підготовки хворих з двобічним туберкульозом легень» № 80869 від 10.06.2013. Бюл. № 11.

6. Немає.

7. Спосіб передопераційної підготовки хворих з двобічним туберкульозом легень включає проникнення в ретростернальний простір та лімфотропне накопичення протитуберкульозних препаратів шляхом ретроксифоїдальної катетеризації за Сельдінгером ретростернального простору та утворення депо протитуберкульозних препаратів на рівні кореня легені. Введення катетера з ретроксифоїдальної ділянки дозволяє уникнути v.brachiocephalica sinister, що значно зменшує травматичність втручання, а використання технічного прийому за Сельдінгером дозволяє уникнути травмування плеври. Розташування мікрокатетера на рівні II ребра при введенні протитуберкульозних препаратів дозволяє створювати їх депо у лімфатичній системі кореня легені, що полегшує ретроградне розповсюдження препаратів по лімфатичним судинам у легеневу тканину аж до вісцеральної плеври. Застосування катетеризації ретростернального простору дозволяє створити високу концентрацію протитуберкульозних препаратів безпосередньо у лімфатичній системі середостіння та отримати бактерицидний ефект шляхом щоденних введень протитуберкульозних препаратів, тим самим скорочуючи термін передопераційної підготовки. Окрім цього, введення протитуберкульозних препаратів у клітковину саме середостіння призводить до розсмоктування інфільтративних змін та свіжих вогнищ в обох легенях, значно поліпшуючи стан хворих. Катетеризація ретростернального простору із створенням депо протитуберкульозних препаратів на рівні кореня легені виключає травматизацію анатомічних утворень середостіння та дозволяє вводити препарати щоденно. Спосіб виконують наступним чином. У положенні хворого на спині виконують поверхневу анестезію 1% - 6,0 мл лідокаїном зони мечоподібного відростка груднини. Ретроксифоїдально вводять голку з набору для катетеризації центральної вени, проводять її позаду груднини у напрямку II ребра. При цьому постійно виконують гідравлічне препарування тканин, посилаючи по ходу проведення голки розчин 1% лідокаїну. При досягненні кінцем голки рівня прикріплення II ребра до груднини через голку вводять провідник, а голку видаляють. По провіднику у ретростернальний простір вводять катетер з набору для катетеризації центральної вени та доводять його до рівня II ребра, провідник видаляють. Встановлений катетер фіксують до шкіри окремим швом. Щоденно

- через встановлений катетер вводять 10,0 мл 5% ізоніазиду, 1,0 амікацину або канаміцину, 5000 од. гепарину, 4 мл 0,5% новокаїну, 2,0 мл 2,5% гідрокортизону загальним обсягом 18 мл. Курс передопераційної ретростернальної лімфотропної терапії становить 20 ін'єкцій.
8. Зменшення травматичності способу лімфотропної передопераційної підготовки, його небезпечність, зменшення термінів проведення.
 9. Голка для підключичного катетеру КВ-3 2,0x1,5 мм, катетер підключичний КВ-3 2,0x1,4 мм, ізоніазид-дарніца 10% - 5мл, амікацину сульфат 1,0, гепарин 5 мл (5000МЕ/мл), новокаїн 0,5% - 5,0, гідрокортизону ацетат 2,5% - 2,0.
 10. Передопераційна підготовка хворих з туберкульозом легенів.
 11. Індивідуальна чутливість до лікарських препаратів.
 12. Немає.
 13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».
 14. Немає.
 15. Корпусенко І.В., Савенков Ю.Ф. (0675626904).

Реєстр. № 687/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ОПЕРАБЕЛЬНОСТІ ПРИ ОДНОЧАСНИХ ДВОБІЧНИХ РЕЗЕКЦІЯХ ЛЕГЕНЬ.**
2. НДР «Ендоскопічні і міні інвазивні методи в діагностиці та лікуванні хірургічних хвороб», 0111U008123.
3. Хірургія.
4. 2+ С.
5. Патент на корисну модель «Спосіб прогнозування функціональної операбельності при одночасних двобічних резекціях легені» № 83945 від 10.10.2013. Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування функціональної операбельності при одночасних двобічних резекціях легені включає спірографічне визначення обсягу форсованого видиху за 1 секунду до операції, математичний розрахунок обсягу форсованого видиху за 1 секунду після операції. Інтегрально оцінюють показники вентиляції та перфузії легені на підставі радіоізотопного вивчення об'єму перфузії видалених та залишених сегментів легені. Обсяг форсованого видиху за 1 секунду після операції розраховують за формулою: $ОФВ_{1п/о} = ОФВ_{1д/о} \times V/100$, де: $ОФВ_{1д/о}$ – обсяг форсованого видиху за 1 секунду до операції; $ОФВ_{1п/о}$ - обсяг форсованого видиху за 1 секунду після операції; V – обсяг кровотоку часток легені, що залишаються, у відсотках до усїєї легені. Застосування як головного чинника розрахунку післяопераційних

- функціональних можливостей системи дихання регіонального кровотоку обумовлені тим, що у фтизіатричних хворих зона порушення кровообігу у легені часто значно перевищує обсяг анатомічних змін. Це пов'язано з дисемінацією казеозних вогнищ та зонами пневмофіброзу, пневмосклерозу легеневої тканини та судин внаслідок хронічного запального процесу. Результати радіоізотопного методу дослідження регіонального кровотоку, які використовуються у запропонованій формулі, дозволяє оцінити не тільки функціональний стан легеневої тканини, але і встановити до операції функціональну повноцінність сегментів легені, що залишаються.
8. Зменшення до 28% випадків гострої дихальної недостатності у післяопераційному періоді.
 9. Гамма-камера сцинтиляційна ГКС-301Т, Тс-99m на мікроальбумоні, спірограф.
 10. Прогнозування результатів оперативних втручань при виконанні двобічних резекцій легень.
 11. Індивідуальна чутливість до лікарських препаратів.
 12. Немає.
 13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».
 14. Немає.
 15. Корпусенко І.В., Савенков Ю.Ф. (0675626904).

Реєстр. № 688/1/14

1. **СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ МЕТАЕПІФІЗАРНОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Оперативне лікування та реабілітація дітей з хірургічною патологією і вадами розвитку», 0111U001432.
3. Дитяча хірургія.
4. 2++, В
5. Пат. № 79123 Україна, МПК А61В 10/00. Спосіб ранньої діагностики метаепіфізарного остеомієліту у дітей. Дігтяр В.А., Лук'яненко Д.М., Садовенко О.Г., Жаріков М.Ю.; власник Лук'яненко Д.М. З. № u 201212318 від 29.10.2012, Опубл. 10.04.2013. Бюл. № 7
6. Немає.
7. Сутність запропонованого способу полягає в тому, що ультразвукове дослідження суглобів, м'яких та кісткових тканин проводять лінійними датчиками 3,5-7,5 МГц дітям, котрі надходять в лікувальні установи на 1-3 добу від початку захворювання. При необхідності для диференціальної діагностики з травматичними ушкодженнями проводять рентгенологічне дослідження. Випіт в суглобі визначають з перших днів у всіх дітей з означеною патологією. Потовщення капсули суглобу проявляється на 3-5 добу від початку захворювання, періостальна реакція, зміни в структурі епіфізу та метафізу

- з'являються на 4-6 добу. Ультразвукове дослідження проводять з інтервалом в 2-3 доби в залежності від клінічної картини перебігу захворювання. Для рентгенологічного підтвердження діагнозу проводять рентгенограму ураженого сегменту кінцівки на 10-14 добу від початку захворювання
8. Медичні: ефективності ранньої діагностики метаепіфізарного остеомієліту зниження ризику виникнення ускладнень, рецидивів та ортопедичних наслідків при лікуванні метаепіфізарного остеомієліту у дітей до трьох років.
 9. Апарат для ультразвукової діагностики.
 10. Діти від народження до трьох років хворі на метаепіфізарний остеомієліт.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Держинського, 9, тел. (056) 713-52 -57, тел. факс 770-22-58.
 14. Немає.
 15. Дігтяр В.А., Лук'яненко Д.М., Садовенко О.Г., Камінська М.О. (05627136311).

Реєстр. № 689/1/14

- 1. СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДВОБІЧНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНІВ.**
2. НДР «Ендоскопічні і міні інвазивні методи в діагностиці та лікуванні хірургічних хвороб», 0111U008123.
3. Хірургія.
4. 2+ С.
5. Патент на корисну модель «Спосіб хірургічного лікування двобічного туберкульозу легенів» № 55186 від 10.12.2010. Бюл. № 23.
6. Немає.
7. Спосіб хірургічного лікування двобічного туберкульозу легенів включає повну поздовжню стернотомію, екстраплевральне виділення і резекцію легенів, новоутворені екстраплевральні порожнини пломбують біополімером колагену і дрениують мікроіригаторами. Екстраплевральне виділення (пневмоліз) виконується тільки у зоні головних туберкульозних уражень. Таке селективне відшарування плеври призводить до максимальної економії функціонуючої легеневої паренхіми і виконується тільки над каверною. Легенева паренхіма не

видаляється, а тільки колабується в зоні деструкції, що значно покращує функціональний результат втручання. Застосування колагену в якості пломбуєчого матеріалу дозволяє створити достатній його об'єм, досягти відповідності екстра плевральної поверхні і біопломби, створити постійний тиск на легеневу тканину без виникнення пролежнів, набряків та нагноєння пломби. Постійне дронування екстра плевральних порожнин, регулярне видалення ексудату сприяє за живленню рани без додаткових маніпуляцій с перикардом.

8. Даний спосіб хірургічного лікування двобічного туберкульозу легенів при застосуванні завдяки виконанню екстраплеврального пневмолізу та пломбування біополімером дозволяє зменшити травматизм у післяопераційному періоді (зменшити на 28% випадків гострої дихальної недостатності) та його трудомісткість (зниження тривалості втручання на 30 хвилин).
9. Губка гемостатична колагенова 9,0x9,0x0,5 см.
10. Хірургічне лікування туберкульозу легенів.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».
14. Немає.
15. Корпусенко І.В., Савенков Ю.Ф. (0675626904).

Реєстр. № 690/1/14

1. **МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА ПРИ ПІСЛЯТРОМБОТИЧНІЙ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК.**
2. НДР «Визначити причини інвалідизації хворих на післятромботичну хворобу нижніх кінцівок і розробити технологію їх медико-соціальної реабілітації із застосуванням сучасних хірургічних втручань», №0111U002786, 2011-2013 рр.
3. Хірургія.
4. 3,D.
5. Немає.
6. Немає.
7. За розробленим алгоритмом проводиться обстеження хворого, що включає дуплексне ультразвукове ангіосканування венозної системи, визначення рівня D-димеру та антитромбіну-III в басейні ураженої кінцівки. Отримані дані класифікують відповідно до критеріїв шкали СЕАР із визначенням за сумою балів наявності чи відсутності ознак інвалідності.
8. Вперше запропоновані аспекти патогенетичного обґрунтування алгоритму клініко-діагностичного обстеження, вдосконалені підходи до медико-соціальної експертизи у хворих та інвалідів внаслідок післятромботичної хвороби нижніх кінцівок, що дозволяє об'єктивізувати оцінку ступеня обмеження життєдіяльності та оптимізувати заходи медичної реабілітації і покращити

- ефективність лікування та якість життя пацієнтів, а також систематизувати підходи до медико-соціальної експертизи, знизити рівень накопиченої інвалідності і зменшити бюджетні витрати пов'язані з цим.
9. Впровадження в медичну практику запропонованих методичних рекомендацій із патогенетично обґрунтованими клініко-діагностичними методами обстеження, вдосконаленими підходами до медико-соціальної експертизи у хворих та інвалідів внаслідок післятромботичної хвороби нижніх кінцівок, дозволить об'єктивізувати оцінку ступеня обмеження життєдіяльності та оптимізувати заходи медичної реабілітації.
 10. Апарат дуплексного ангіосканування, автоматичний аналізатор.
 11. Наявність інвалідизуючих ознак післятромботичної хвороби нижніх кінцівок.
 12. Немає.
 13. При чіткому дотриманні запропонованої схеми не виявлено.
 14. ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»
 15. Співрозробників немає
 16. Косинський О.В. (0975430891), Бузмаков Д.Л.

Реєстр. № 691/1/14

1. **СПОСІБ ВИБОРУ ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗІВ.**
2. НДР «Визначити причини інвалідизації хворих на післятромботичну хворобу нижніх кінцівок і розробити технологію їх медико-соціальної реабілітації із застосуванням сучасних хірургічних втручань», 0111U002786, 2011-2013 рр.
3. Хірургія.
4. З, Д.
5. Патент №77960 Україна, МПК G01N 33/96. Спосіб вибору методу лікування гострих венозних тромбозів / О.В. Косинський, Д.Л. Бузмаков, Д.І. Дзевіцький, А.В. Снісар; заявник і патентовласник ДУ «Укр. Держ. НДІ МСПІ МОЗ України». -№u201206339; заявл. 25.05.12; опубл. 11.03.13, Бюл. № 5, 2013.
6. Немає.
7. У хворого в асептичних умовах натщесерце проводять забір 7,0 мл. крові шляхом пункції вени ліктьового згину та загальної стегнової вени в горизонтальному положенні тіла. Отримані проби крові переміщують у пробірки із цитратом натрію і змішують повільними коливаннями до 8-10 разів. В плазмі примірників крові визначається концентрація Антитромбін-III кінетичним колориметричним методом шляхом інактивації фактору Ха, з використанням хромогенного субстрату (автоматичний аналізатор).
8. Запропонований спосіб дозволить підвищити специфічність та чутливість діагностичного тесту стану системи антикоагуляції у хворих на гострий венозний тромбоз у басейні нижньої порожнистої вени, що надасть змогу покращити результати прогнозування перебігу гострих венозних тромбозів. Це надасть можливість підвищити ефективність лікування та медичної реабілітації хворих на гострий венозний тромбоз і сприяти профілактиці розвитку його наслідків у вигляді післятромботичної хвороби, знизити частоту ретромбозів та інвалідизуючих ускладнень, що дозволять зменшити бюджетні витрати на лікування та соціальні виплати у випадках настання інвалідності.
9. Автоматичний аналізатор.
10. Гострий венозний тромбоз.
11. Немає.
12. При чіткому дотриманні запропонованої схеми не виявлено.

13. ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України».
14. Немає.
15. Косинський О.В. (0975430891), Бузмаков Д.Л.

Реєстр. № 692/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ РАН У ДІТЕЙ.**
2. НДР «Хірургічне лікування інфікованих та гнійних ран у дітей на підставі діагностики стадій раневого процесу», 0111U005860, 2010 – 2015 рр.
3. Дитяча хірургія.
4. 2++.
5. Наявність охоронних документів, що засвідчують пріоритет, авторство і право власності на винахід (корисну модель): деклараційний патент України на корисну модель № 77212, МПК (2013.01) А61К31/00, А61N2/00. Спосіб лікування гнійних ран у дітей // Промислова власність. – 2013. - № 3
6. Немає.
7. При надходженні хворого до стаціонару впливають на рану перемінним магнітним полем з частотою 50 гц і величиною магнітної індукції до 10мТл протягом 10 хвилин. При цьому у рану заздалегідь заливають фізіологічний розчин хлориду натрію і поміщають намагнічені частинки (ферропласти) та закривають рану стерильною поліетиленовою плівкою; після процедури рана очищується механічно за допомогою магніту (в наслідок того, що під впливом перемінного магнітного поля ферропласти переходять у магнітозрідний стан, що забезпечує механічне очищення рани в першій стадії раневого процесу). В другій стадії раневого процесу щоденно продовжують впливати на рану перемінним магнітним полем з частотою 25гц протягом 10 хвилин, після чого під час перев'язки в рану поміщають ліпосомальний розчин антибіотика. В третій стадії раневого процесу щоденно продовжують впливати на рану перемінним магнітним полем з частотою 25гц протягом 10 хвилин та під час перев'язки в рану поміщають суспензію ліпіну (0,5 г ліпіну змішують з 10,0 мл фізіологічного розчину NaCl).
8. Дозволить більш адекватно впливати на патогенетичні механізми розвитку різних стадій раневого процесу, і забезпечить поліпшення ефективності лікування, прискорить процеси загоєння ран та скоротить термін стаціонарного лікування хворих.
9. Магнітоакустичний апарат, ліпосомальний розчин антибіотика.
10. Діти з гнійними або інфікованими ранами.
11. Агональний стан хворого.
12. Невідповідність запропонованого лікування стадії раневого процесу, використання іншого виду магнітного поля (а саме, постійного), що не дасть позитивного результату лікування.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.
15. Спахі О.В., Пахольчук О.П. (0667109527).

Реєстр. № 693/1/14

1. **СПОСІБ МОНІТОРИНГУ ПЕРЕБІГУ РАНЕВОГО ПРОЦЕСУ.**
2. НДР «Хірургічне лікування інфікованих та гнійних ран у дітей на підставі діагностики стадій раневого процесу», 0111U005860, 2010 – 2015 рр.

3. Дитяча хірургія.
4. 2++.
5. Деклараційний патент України на корисну модель № 74918, МПК (2012.01) А61В8/00. Спосіб моніторингу перебігу раневого процесу // Промислова власність. – 2012 - № 21.
6. Немає.
7. Щодня, під час перев'язки визначають середній параметр мікроциркуляції (ПМ) у перфузійних одиницях (перф. од.) в області країв раневого пошкодження та одночасно визначають цей параметр в контрлатеральній (неушкодженій) області тіла за допомогою двох датчиків приладу лазерного аналізатора кровотоку з лазерним джерелом випромінювання довжиною хвилі 0,63 мкм і порівнюють їх. Розраховують міру приросту ПМ ($\Delta\text{ПМ}$) в % за традиційною формулою:

$$\Delta\text{ПМ} = \frac{\text{ПМ}_{\text{макс}} - \text{ПМ}_{\text{мін}}}{\text{ПМ}_{\text{мін}}} 100\%$$
 де $\text{ПМ}_{\text{макс}}$. – максимальна величина $\text{ПМ}_{\text{мін}}$. – мінімальне значення ПМ. Якщо $\Delta\text{ПМ} \geq 50\%$ контрольного значення ПМ діагностують першу стадію раневого процесу. Якщо $\Delta\text{ПМ} < 50\%$ контрольного значення ПМ діагностують початок другої стадії раневого процесу. Початок достовірного підвищення значень ПМ ($\Delta\text{ПМ} \geq 50\%$), отриманого в області рани, в другій стадії, свідчить про початок третьої стадії раневого процесу.
8. Дозволить достовірну діагностику стадійності перебігу раневого процесу і адекватне диференційоване використання лікувальних засобів, спрямованих на скорочення тривалості загоєння ран.
9. Прилад лазерного аналізатора кровотоку.
10. Діти з гнійними або інфікованими ранами.
11. Агональний стан хворого.
12. Невідповідність методики введення препарату (а саме, не внутрішньошкірне), що не дасть позитивного результату лікування, невідповідність методики виміру показників мікроциркуляції (а саме, без урахування контрлатеральної сторони), що не дасть об'єктивізації виміру.
13. Запорізький державний медичний університет, 69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26, тел. (0612) 224-64-69.
14. Немає.
15. Спась О.В, Барухович В.Я., Пахольчук О.П. (0667109527).

Реєстр. № 694/1/14

1. **ВИЗНАЧЕННЯ ПОТЕНЦІАЛУ МУЛЬТИПОТЕНТНИХ СТРОМАЛЬНИХ КЛІТИН ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ ЛЮДИНИ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ІШЕМІЧНИХ СТАНІВ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТУ IN VIVO.**
2. НДР «В експерименті та клініці визначити ефективність застосування клітинних трансплантатів аутологічного та алогенного походження в лікуванні хворих на хронічні ішемічні стани (ішемія кінцівок, міокарда)».
3. Хірургія, трансплантологія.
4. 2++.
5. Патент на корисну модель № 90498 u, UA, МПК А61 В17/00, Бюл. № 10, 26.05.2014. Спосіб непрямой ревазуляризації нижньої кінцівки.
6. Немає.
7. Доведено, що введення стромально-васкулярної фракції жирової тканини, що містить мультипотентні стромальні клітини жирової тканини, на тлі ішемії

- виявило на 4 добу молоді ендотеліоцитоподібні клітини з ознаками активних пластичних та енергетичних процесів; на 11 і на 18 доби появу молодих ендотеліоцитів, утворення «бруньок росту» нових капілярів та трубочок ендотеліоцитів, які в подальшому вже на 22 добу після трансплантації утворюють розгалужену, активно функціонуючу мережу новоутворених капілярів.
8. Встановлено зменшення і відсутність фіброзування, яке характерно для ішемії без трансплантації стромально-васкулярної фракції жирової тканини, що підтверджується дослідженнями колагену IV типу і мезенхімального фактору віментину.
 9. Введення мультипотентних стромальних клітин зменшує загибель клітин судинного ендотелію, знижує процеси фіброзування внаслідок ішемічного ураження м'язу, активує репаративні процеси безпосередньо в м'язовій тканині та є потужним активатором ангіогенезу за умов ішемії.
 10. Наукова продукція буде використана в якості обґрунтування для проведення клінічного дослідження. Широке впровадження методів клітинної трансплантації в клінічну практику дозволить покращити надання високотехнічної медичної допомоги та зменшить витрати на лікування хворих з хронічними ішемічними станами (ішемія кінцівок, міокарду).
 11. Обладнання та реактиви, необхідні для проведення експерименту на тваринах та імуногістохімічного аналізу зразків біоптатів
 12. Результати роботи можуть бути використані у проведенні експериментально-теоретичних досліджень в науково-дослідних установах.
 13. Немає.
 14. Немає.
 15. Координаційний центр трансплантації органів, тканин та клітин.
 16. Чернівецька обласна клінічна лікарня.
 17. Салютін Р.В., Домбровський Д.Б., Паляниця С.С., Даниленко О.С., Комарова Л.С., Панченко Л.А. (0444082075).

Реєстр. № 695/1/14

1. **ВИЗНАЧЕННЯ ПОТЕНЦІАЛУ ПРОГЕНІТОРНИХ КЛІТИН ФЕТАЛЬНОЇ ПЕЧІНКИ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ІШЕМІЧНИХ СТАНІВ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТУ IN VIVO.**
2. НДР «В експерименті та клініці визначити ефективність застосування клітинних трансплантатів аутологічного та алогенного походження в лікуванні хворих на хронічні ішемічні стани (ішемія кінцівок, міокарда)».
3. Хірургія, трансплантологія.
4. 2++.
5. Патент на корисну модель № 90498 u, UA, МПК А61 В17/00, Бюл. № 10, 26.05.2014. Спосіб непрямой ревазуляризації нижньої кінцівки.
6. Немає.
7. Встановлено, що трансплантація прогеніторних клітин фетальної печінки людини призводить до активації компенсаторно-відновних процесів у вигляді: появи на 4 добу після трансплантації молодих ендотеліоцитів; на 11 добу — функціонуючих неокапілярів; які до 22 доби, анастомозуючі один з одним, утворюють мікросудинне русло. Що підтверджується імуногістохімічними методами (вираженою експресією фактору Віллебранду, який є маркером раннього ангіогенезу та неоваскуляризації, експресією колагену IV типу і мезенхімального фактору віментину). Встановлено, що трансплантація призводить до зменшення процесів фіброзування м'язової тканини, яке

- характерно для біоптатів щурів, до яких була застосована експериментальна ішемія без клітинної трансплантації. Таким чином, доведено, що трансплантація прогеніторних клітин фетальної печінки в ішемізовану м'язову тканину провокує стійкість клітин судинного ендотелію до ішемічного пошкодження, знижує процеси фіброзування, активує репаративні процеси безпосередньо в м'язовій тканині та є потужним активатором ангиогенезу за умов ішемії.
8. Широке впровадження методів клітинної трансплантації в клінічну практику дозволить покращити рівень надання високотехнічної медичної допомоги та зменшить витрати на лікування хворих з хронічним ішемічним станом (ішемія кінцівок, міокарду).
 9. Обладнання та реактиви, необхідні для проведення експерименту на тваринах, відповідно до мети дослідження.
 10. Результати роботи можуть бути використані у проведенні експериментально-теоретичних досліджень в науково-дослідних установах.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Координаційний центр трансплантації органів, тканин та клітин.
 14. ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О.Шалімова НАМН України».
 15. Салютін Р.В., Паляниця Се.С., Буслович О.В., Соколов М.Ф., Борис Р.М., Сірман В.М., Шаблій В.А., Панченко Л.А. (0444082075).

Реєстр. № 696/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕНЬ ФОРМУВАННЯ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ У НЕМОВЛЯТ.**
2. НДР «Мало-інвазійні втручання у дитячій абдомінальній, торакальній хірургії та урології», 0112U000165, 2012- 2016 рр.
3. Дитяча хірургія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 106001 С2, UA, МПК А 61 В 8/00. Спосіб ультразвукового обстеження кульшових суглобів у недоношених немовлят / заявник та патентовласник Чемерис О.А.; ЛНМУ ім.Д.Галицького.- № а 201307745; заявл. 18.06.2013; опубл. 10.07.2014, Бюл. № 13.
6. Немає.
7. Спосіб діагностики стану кульшових суглобів у немовлят включає ультразвукове обстеження, яке здійснюють лінійним датчиком із частотою 7,5 МГ у боковій проекції. Датчик встановлюють по латеральній поверхні стегна у фронтальній площині від великого вертлюга і вище для верифікації основних анатомічних структур.
8. Ультразвукове обстеження кульшових суглобів за допомогою лінійного датчика із частотою 7,5 МГ у боковій проекції дає можливість діагностувати патології кульшових суглобів на ранній стадії захворювання.
9. Ультразвуковий апарат, лінійний датчик 7,5 МГ.
10. Діагностика порушень кульшових суглобів у немовлят.
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра дитячої хірургії, 79059, м. Львів, вул. П. Орлика, 4, тел. 293-97-49.
14. Немає.
15. Чемерис О.А. (0979040979).

Реєстр. № 697/1/14

- 1. ВИЗНАЧЕННЯ НАБРЯКУ ПРИ БЕШИСІ.**
- НДР «Оптимізація діагностичної та лікувальної тактики і розробка системи реабілітації хворих з загальною та невідкладною хірургічною патологією».
- Хірургія.
- 2++, В.
- Пат. на корисну модель № 83895 Україна, МПК А61В 8/00. Заявник та патентовласник Беляєва О.О., Ребро Я.А., Шендрик В.Г., Яковлева Е.І., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.10.2013 Бюл. №19/2013.
- Немає.
- Спосіб визначення ступеня набряку при бешисі, передбачає ультразвукове сканування і вимірювання товщини м'яких тканин обох кінцівок, фіксацію зображення м'яких тканин на екрані ультразвукового апарату до введення рідини, і одночасно візуалізується в динаміці стан тканин з введеною рідиною, під контролем ультразвукового датчика в підшкірну клітковину вводиться 10 мл 0,9% розчину хлориду натрію і вимірюються розміри депо, що утворилось в результаті введеного розчину, фіксуємо час і визначаємо швидкість повного розсмоктування рідини по чому визначається ступінь набряку.
- Не потрібно ніякого додаткового обладнання крім ультразвукового апарату, який є в наявності у кожній лікарні, не потрібно мати додаткових навичок для його виконання та воно не залежить від рівня кваліфікованості лікаря, являється способом визначення показання до хірургічного лікування бешихи.
- Лікар УЗД, ультразвуковий апарат, «метр», 5 мл. 0,02% розчину хлоргексидину, 10 мл. 0,9% розчин хлориду натрію.
- Бешихове запалення різних форм.
- Немає.
- Немає.
- Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.
- Немає.
- Беляєва О.О., Шендрик В.Г. (0938435753).

Реєстр. № 698/1/14

- 1. ЗАТИСКАЧ ДЛЯ ВИСОКОЧАСТОТНОГО ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ З ГОЛКОЮ ДЛЯ РОЗШАРОВУВАННЯ ТКАНИН.**
- НДР «Оптимізація діагностико-лікувальної тактики у хірургічних хворих з гострими захворюваннями органів черевної порожнини», 0110U0022358, 2010-2014рр.
- Хірургія.
- 2++, В.
- Пат. на корисну модель № 87607 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Слонецький Б.І., Довженко О.Д., Вербицький І.В., Коцюбенко В.О., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.02.2014, Бюл. №3/2014.
- Немає.
- Пропонується затискач для високочастотного електрозварювання при лапароскопічних операціях з голкою для розшаровування тканин який використовується наступним чином: після проведення ревізії органів черевної порожнини до ділянки щільного спайкового конгломерату підводиться

додатковий канал затискача через який переміщується дистальна ділянка голки і після її введення між структури спайок відкривається клапан і через вхід проксимального кінця голки подається новокаїн за допомогою якого розшаровуються спайки і ділянки конгломерату.

8. Серед переваг, котрі будуть внаслідок застосування затискача для високочастотного електрозварювання при лапароскопічних операціях з голкою для розшаровування тканин, є зменшення ступеня ушкодження контактуючих поверхонь злукових конгломератів, покращення умов перебігу репаративної регенерації ділянок адгезіолізіса, скорочення терміну відновлення пасажу по шлунково-кишковому тракті, скорочення терміну тривалості стаціонарного лікування, скорочення терміну соціальної реабілітації хворого.
9. Апарат для ВЧЕЗ, затискач для високочастотного електрозварювання з голкою для розшаровування тканин, 0,25% новокаїн, медикаментозні засоби.
10. Злукова хвороба органів черевної порожнини, гостра злукова кишкова непрохідність.
11. Немає.
12. Застосування затискача для високочастотного електрозварювання при лапароскопічних операціях з голкою для розшаровування тканин при гострих захворюваннях тонкої кишки не супроводжується особливими ускладненнями.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Слонецький Б.І., Довженко О.Д., Вербицький І.В., Коцюбенко В.О. (0504488776).

Реєстр. № 699/1/14

1. **СПОСІБ АНАТОМНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ОЦІНКИ ТЯЖКОЇ ЗАКРИТОЇ ПОЄДНАНОЇ АБДОМІНАЛЬНОЇ ТРАВМИ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування концепції реорганізування Державної служби медицини катастроф в сучасних умовах», 0112U0011491, 2010-2013 рр.
3. Хірургія, анестезіологія.
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель № 83698 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.09.2013, Бюл. № 18/2013.
6. Немає.
7. Спосіб оцінки тяжкої закритої поєднаної абдомінальної травми ґрунтується на обчисленні показників відповідного комплексу клініко-діагностичних досліджень та визначення тяжкості анатомічних пошкоджень, відповідно до принципів своєчасного прогнозування строків летальності постраждалих.
8. Впровадження науково обґрунтованої схеми прогнозування строків летальності постраждалих з тяжкою закритою поєднаною абдомінальною травмою з метою вибору диференційної хірургічної тактики «Damage control», як один з першочергових принципів в концепції реорганізування Державної служби медицини катастроф.
9. Калькулятор або комп'ютерна техніка.
10. Отримання завдання на впровадження єдиного науково обґрунтованого підходу до управління закладом охорони здоров'я при удосконаленні плану діагностично-лікувальної тактики ведення постраждалих з поєднаною травмою.
11. Немає.
12. Немає.

13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Рощін Г.Г., Крилюк В.О., Новіков Ф.М., Кузьмін В.Ю., Іванов В.І., Пенкальський О.О. (044) 518-57-08.

Реєстр. № 700/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПУХЛИН ТА КІСТ МЕЖИСТІННЯ.**
2. НДР «Розробка нових методів діагностики та хірургічного лікування при захворюваннях та післятравматичних ускладненнях органів грудної клітки із застосуванням новітніх технологій».
3. Хірургія.
4. 2++ , В.
5. Деклараційний пат. на винахід № 63557 А Україна, МПК А61В 6/03. Заявник та патентовласник Київська медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 15.01.2004, Бюл. № 1/2004; Пат. на корисну модель № 44062 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.09.2009, Бюл. № 17/2009.
6. Спосіб діагностики пухлин та кіст середостіння полягає у тому, що перед проведенням комп'ютерної томографії грудної клітки хворому накладають штучний пневмомедіастіnum за загально прийнятою методикою.
7. Отримання вичерпної інформації про параметри (розміри, форма, контури та взаємовідносини з оточуючими органами і тканинами) пухлин або кіст та визначення оптимального методу лікування.
8. Набір для накладання штучного пневмомедіастіnumа, застосування хірургічного інструментарію, шовний матеріал.
9. Пухлини та кісти межистіння.
10. Кровотеча, пневмоторакс.
11. Неспроможність лінії шва стравоходу.
12. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика.
13. Немає.
14. Кравчук Б.О., Сокур П.П., Макаров А.В., Гудим-Левкович І.Л.

Реєстр. № 701/1/14

1. **СПОСІБ ЗОНДОВОЇ ЕНТЕРОГРАФІЇ.**
2. НДР «Оптимізація діагностико-лікувальної тактики у хірургічних хворих з гострими захворюваннями органів черевної порожнини», 0110U0022358, 2010-2014рр.
3. Хірургія.
4. 2++ , В.
5. Пат. на корисну модель № 75414 Україна, МПК А61В 1/00. Заявник та патентовласник Слонецький Б.І., Довженко О.Д., Батавіл А.М.О., Костенко В.М., Слонецька Л.Л., Трофіменко С.П., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 26.11.2012, Бюл. №22/2012.
6. Немає.
7. Пропонується спосіб зондової ентерографії який використовується наступним чином: при проведенні ЕФГДС антеградно зонд заводиться за зв'язку Трейця та

- крапельно в його просвіт вводиться контрастна суміш до складу якої входить 65% розчин тріомбразу та медична жовч в співвідношенні 3 до 1 в об'ємі 150 мл. температурою 37С°. Рентгенологічне дослідження розпочинали через 60 хв. після завершення введення контрастної суміші
8. Серед переваг, котрі будуть внаслідок застосування способу зондової ентографії, є скорочення терміну проведення діагностичних міроприємств, покращення умов для верифікації причини проведення оперативного втручання, скорочення терміну доопераційної підготовки, попередження негативних наслідків прогресування патологічного процесу, скорочення терміну тривалості стаціонарного лікування, скорочення терміну соціальної реабілітації хворого.
 9. ЕФГДС, ентральний зонд, 65% розчин тріомбразу, медична жовч.
 10. Показаннями до застосування є оцінка збереження та ступеня порушення пасажу по шлунково-кишковому тракту у пацієнтів з гострою кишковою непрохідністю.
 11. Протипоказаннями є неможливість проведення ЕФГДС, алергічні реакції на 65% розчин тріомбразу та медичну жовч.
 12. Застосування способу зондової ентографії при гострих захворюваннях тонкої кишки не супроводжується особливими ускладненнями.
 13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
 14. Немає.
 15. Слонецький Б.І., Довженко О.Д., Батавіл А.М.О., Костенко В.М., Слонецька Л.Л., Трофіменко С.П. (0504488776).

Реєстр. № 702/1/14

1. **СПОСІБ ІНТУБАЦІЇ КИШЕЧНИКА ПІД ЧАС ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ.**
2. НДР «Оптимізація діагностико-лікувальної тактики у хірургічних хворих з гострими захворюваннями органів черевної порожнини», 0110U0022358, 2010-2014рр.
3. Хірургія.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 75412 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Слонецький Б.І., Довженко О.Д., Батавіл А.М.О., Костенко В.М., Трофіменко С.П., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 26.11.2012, Бюл. №22/2012.
6. Немає.
7. Пропонується спосіб інтубації кишечника під час лапароскопічних втручань який використовується наступним чином: до здійснення лапароскопічного хірургічного втручання за допомогою ендоскопа заводиться трансорально тонкий зонд за дванадцятипалотонкокишковий перехід і лише під час проведення оперативного втручання виконується трансоральне проведення інтубаційного зонда для дренивання кишечника шляхом його переміщення по тонкому зонду, як провіднику, за дванадцятипалотонкокишковий перехід з подальшим видаленням тонкого зонда та проведенням дрениванням кишечника під контролем лапароскопа за допомогою 2-х маніпуляторів.
8. Серед переваг, котрі будуть внаслідок застосування способу інтубації кишечника під час лапароскопічних втручань, є ефективна декомпресія токсичного вмісту з тонкої кишки, зменшення ступеня ентральної недостатності, можливість проведення лапароскопічного втручання, скорочення терміну тривалості стаціонарного лікування, скорочення терміну соціальної реабілітації хворого.
9. Ендоскопічне та лапароскопічне обладнання, зонд.

10. Хірургічні втручання на органах черевної порожнини із використанням лапароскопічних технологій і при спайкових ураженнях органів черевної порожнини.
11. III, IV ступінь злукового процесу в черевній порожнині та при перитоніті.
12. Застосування способу інтубації кишечника під час лапароскопічних втручань не супроводжується особливими ускладненнями.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Слонецький Б.І., Довженко О.Д., Батавіл А.М.О., Костенко В.М., Трофіменко С.П. (0504488776).

Реєстр. № 703/1/14

1. **СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ ТЯЖКОЇ ПОЄДНАНОЇ ТРАВМИ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ У ЩУРІВ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування концепції реорганізування Державної служби медицини катастроф в сучасних умовах», 0112U0011491, 2010-2013 рр.
3. Хірургія, анестезіологія.
4. Д.
5. Пат. на корисну модель № 76875 Україна, МПК G09B 23/28. Заявник та патентовласник Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.01.2013, Бюл. № 2/2013.
6. Немає.
7. Спосіб моделювання тяжкої поєднаної травми органів черевної порожнини у щурів ґрунтується на застосуванні спеціального пристрою яким наносять дозований удар в область черевної порожнини, що викликає ушкодження паренхіматозних органів.
8. Розроблено спосіб моделювання тяжкої поєднаної травми органів черевної порожнини у щурів для вивчення патогенетичних ланок при тяжкій поєднаній травмі органів черевної порожнини.
9. Спеціальний пристрій яким наносять дозований удар сучасна, лабораторний щур, знеболюючий препарат пропофол в дозі 60мг/кг., внутрішньовенний катер, шприц.
10. Вивчення негативних ланок патогенезу при тяжкій поєднаній травмі органів черевної порожнини.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Роцін Г.Г., Гудима А.А., Крилюк В.О. (044) 518-57-08.

Реєстр. № 704/1/14

1. **СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ З КРОВОТЕЧЕЮ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ.**
2. НДР «Визначити етіопатогенез патології сполученої тканини у постраждалих після радіаційних аварій на підставі чого розробити патогенетичне обґрунтування лікування постраждалих», 0113U002106, 2013-2015 рр.
3. Хірургія.

4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель № 53066 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.09.2010, Бюл. №18/2010.
6. Немає.
7. Розробка малотравматичних методів операцій.
8. Операція спрямована на розеднання портаазигального кровотоку і зменшення притоку крові в порталну систему.
9. Система для малоінвазивного доступу, малий хірургічний набір.
10. Трансекція стравоходу трансабдомінальним доступом в поєднанні з перевязкою селезінкової артерії, відокремлення порталної системи і створенням органоанастомозу.
11. Немає.
12. Недоліком є необхідність верхньо-серединної лапаротомії, що робить даний доступ досить травматичним. Так у хворих на цироз печінки з ускладненнями порталної гіпертензії, а саме кровотечею з ВРВ стравоходу, шлунку, часто лапаротомічні оперативні втручання стають непереносимими для декомпенсованих хворих і мають велику летальність.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Тутченко М.І., Рудик Д.В., Ключько І.В., Іскра Н.І. (044) 518-57-08.

Реєстр. № 705/1/14

1. **СПОСІБ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТА СТІНКИ СТРАВОХОДУ ПІСЛЯ ДИВЕРТИКУЛЕКТОМІЇ.**
2. НДР «Розробка нових методів діагностики та хірургічного лікування при захворюваннях та післятравматичних ускладненнях органів грудної клітки із застосуванням новітніх технологій».
3. Хірургія.
4. 2++, В.
5. Пат. України № 102982, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Багіров М.М., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.08.2013, Бюл. №16/2013.
6. Немає.
7. Спосіб пластики стінки стравоходу передбачає ушивання слизового шару основи дивертикулу механічним швом із збереженням надлишку слизової за лінією механічного шва висотою у 5мм., та подальше накладання додаткового неперервного шва на слизову без захоплення і деформації лінії механічного шва, з наступним закриттям лінії шва надлишковим м'язовим шаром.
8. Покращення загоювання хірургічних ран стравоходу при дивертикулах.
9. Хірургічний набір для оперативного втручання на стравоході; шовний матеріал.
10. Дивертикули стравоходу.
11. Немає.
12. Неспроможність лінії шва стравоходу.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика.
14. Немає.
15. Багіров М.М., Агаєв А.Н.

Реєстр. № 706/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ У ПОСТРАЖДАЛИХ З ТЯЖКОЮ ПОЄДНАНОЮ АБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ.**
2. НДР «Наукове обґрунтування концепції реорганізування Державної служби медицини катастроф в сучасних умовах», 0112U0011491, 2010-2013 рр.
3. Хірургія, анестезіологія, ортопедія та травматологія.
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель № 83699 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.09.2013, Бюл. № 18/2013.
6. Немає.
7. Спосіб оцінки важкої закритої поєднаної абдомінальної травми ґрунтується на обчисленні показників відповідного комплексу клініко-діагностичних досліджень та визначення тяжкості анатомічних пошкоджень, за інтегральною шкалою TRISS з врахуванням показника гемоперитонеуму, як предиктора ускладнень перебігу травматичного процесу, відповідно до принципів своєчасного прогнозування строків летальності постраждалих. Також, для зручності здійснення розрахунків строків вірогідної летальності постраждалого розроблена номограма.
8. Впровадження науково обґрунтованої схеми прогнозування строків летальності постраждалих з тяжкою закритою поєднаною абдомінальною травмою з метою вибору диференційної хірургічної тактики «Damage control», як один з першочергових принципів в концепції реорганізування Державної служби медицини катастроф.
9. Калькулятор або комп'ютерна техніка, макет номограми.
10. Отримання завдання на впровадження єдиного науково обґрунтованого підходу до управління закладом охорони здоров'я при удосконаленні плану діагностично-лікувальної тактики ведення постраждалих з поєднаною травмою.
11. Немає.
12. Постраждалих із вкрай тяжкому або агональному стані необхідно виключати з прогностичної моделі.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, , 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Роцін Г.Г., Крилюк В.О., Новіков Ф.М., Кузьмін В.Ю., Іванов В.І., Пенкальський О.О. (044) 518-57-08.

Реєстр. № 707/1/14

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ СПАЙКОУТВОРЕННЯ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ.**
2. НДР «Оптимізація діагностико-лікувальної тактики у хірургічних хворих з гострими захворюваннями органів черевної порожнини», 0110V0022358, 2010-2014рр.
3. Хірургія.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 87604 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Слонецький Б.І., Довженко О.Д., Батавіл Ахмед Мохамед Омер, Вербицький І.В., Максименко М.В., Коцюбенко В.О., зареєстрований в

6. Немає.
7. Пропонується спосіб профілактики спайкоутворення після операцій на органах черевної порожнини який використовується наступним чином : перед виконанням доступу до органів черевної порожнини, шляхом лапаротомії чи застосовуючи малоінвазивні технології, черевна стінка проколюється голкою Вереша через яку в черевну порожнину вводиться дисперсна суміш до складу котрої входять карбоксиперитонеум, тримекаїн та гель карбоксиметилцелюлози і після експозиції 15 хвилин проводиться задане оперативне
8. Серед переваг, котрі будуть внаслідок застосування способу профілактики спайкоутворення після операцій на органах черевної порожнини, є зменшення агресивності вісцеральних рефлексів в черевній порожнині, ослаблення фібриноутворення та виникнення злук в черевній порожнині, зменшення ступеня дисекації парієтальної та вісцеральної очеревини, скорочення терміну тривалості стаціонарного лікування, скорочення терміну соціальної реабілітації хворого.
9. Голка Вереша, інсуфлятор, карбоксиперитонеум, тримекаїн та гель карбоксиметил-целюлози.
10. Хірургічні втручання на органах черевної порожнини із використанням лапароскопічних технологій і при застосуванні лапаротомних доступів та особливо у хворих зі схильністю до злукоутворення.
11. Алергічні реакції на тримекаїн та гель карбоксиметилцелюлози.
12. Застосування способу профілактики спайкоутворення після операцій на органах черевної порожнини не супроводжується особливими ускладненнями.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Слонецький Б.І., Довженко О.Д., Ахмед Мохамед Омер Батавіл, Вербицький І.В., Максименко М.В., Коцюбенко В.О.

Реєстр. № 708/1/14

1. **СПОСІБ РУЧНОЇ АСИСТЕНЦІЇ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ З КРОВОТЕЧЕЮ З ВАРИКОЗНО-РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКА.**
2. НДР «Визначити етіопатогенез патології сполученої тканини у постраждалих після радіаційних аварій на підставі чого розробити патогенетичне обґрунтування лікування постраждалих», 0113U002106, 2013-2015 рр.
3. Хірургія.
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель № 53073 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.09.2010, Бюл. №18/2010.
6. Немає.
7. Спосіб ручної асистенції у хворих на цироз печінки з кровотечею з варикозно-розширених вен стравоходу та шлунка дозволяє уникнути ускладнень, пов'язаних з широким розкриттям черевної порожнини.
8. Створення мінілапаратомного доступу для проведення лапароскопічно-асистованих оперативних втручань, який би давав можливість не втрачати карбоксиперитонеум під час маніпуляції рукою хірурга в черевній порожнині.
9. Система для малоінвазивного доступу, малий хірургічний набір.

10. Розширити можливості лапароскопічних операцій, а також за допомогою ручної асистенції робить дану методику більш безпечною та значно скорочує час його виконання.
11. Немає.
12. Досить висока коштовність і неможливість багаторазового використання.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Тутченко М.І., Рудик Д.В., Ключко І.В., Іскра Н.І. (044) 518-57-08.

Реєстр. № 709/1/14

1. **СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ДИВЕРТИКУЛІВ СТРАВОХОДУ.**
2. НДР «Розробка нових методів діагностики та хірургічного лікування при захворюваннях та післятравматичних ускладненнях органів грудної клітки із застосуванням новітніх технологій».
3. Хірургія.
4. 2++, В.
5. Деклараційний пат. на винахід № 63557 А Україна, МПК А61В 6/03. Заявник та патентовласник Київська медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 15.01.2004, Бюл. № 1/2004; Пат. України № 102982, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Багіров М.М., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.08.2013, Бюл. №16/2013.
6. Немає.
7. Новим у запропонованому способі є те, що для пластики стравоходу застосований спеціально викроєний з дивертикула клапоть, а для клаптя що вкриває застосована фіброзно-м'язова стінка дивертикула.
8. Покращення загоювання хірургічних ран стравоходу при дивертикулах.
9. Хірургічний набір для оперативного втручання на стравоході, шовний матеріал.
10. Дивертикули стравоходу.
11. Немає.
12. Неспроможність лінії шва стравоходу.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика.
14. Немає.
15. Багіров М.М., Верещако Р.І., Агаєв А.Н.

Реєстр. № 710/1/14

1. **СПОСІБ ЧЕРЕЗЗОНДОВОГО ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ХВОРИХ НА ГОСТРУ КИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ.**
2. НДР «Обґрунтування діагностичної і лікувальної тактики і розробка системи реабілітації хворих з загальною та невідкладною хірургією», 0108V009710, 2011-2015 рр.
3. Хірургія.
4. 2++, В.
5. Пат. на корисну модель № 87241 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Біляєва О.О., Радзіховський А.П., Крижевський В.В., Іванченко Р.В., Рубянець Ю.В., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.01.2014, Бюл. №2/2014.

6. Немає.
7. Ітраопераційно шляхом проколу бічної стінки живота у лівій половині в точці перетину умовного перпендикуляру до прямого м'язу живота та його зовнішнього краю заводиться в черевну порожнину дистальний край поліхлорвінілового мікроіригатора № 5 (довжина окружності 5мм., товщина стінки 0,5 мм.). В черевній порожнині знаходять ділянку тонкої кишки на відстані 30 см. від зв'язки Трейца і дистальний кінець мікроіригатора вводиться в просвіт тонкої кишки на довжину 7 см. та фіксується до стінки кишки за Вітцелом шовним матеріалом, що резорбується. Ділянка тонкої кишки в місці вводу мікроіригатора в просвіт підводиться та підшивається окремими вузловими швами до парієтальної очеревини в місті виходу на бічну стінку живота. Далі проксимальний край мікроіригатора, що містить замикач, фіксується до шкіри вузловими швами. Таким чином отримуємо постійний доступ до просвіту тонкої кишки, шляхом якого можливо проводити тривале ентеральне харчування. Після закінчення терміну необхідного ентерального харчування, мікроіригатор видаляють, усунувши вузловий фіксатор шкіри. Утворений рановий отвір діаметром 2 – 2,5мм. обробляється спиртовим розчином 3% Йоду, закривається самостійно.
8. Дозволяє забезпечити раннє та довготривале ентеральне харчування в післяопераційному періоді, дозволяє уникнути травматизму, який відбувається при назоінтестинальної інтубації, збільшити період доступу до просвіту тонкої кишки з метою введення харчових сумішей, не потребує спеціального обладнання, значного розширення об'єму оперативного втручання, рани після видалення мікроіригатора закриваються самостійно.
9. Лікар-хірург, поліхлорвініловий мікроіригатор №5 (довжина окружності 5мм., товщина стінки 0,5 мм), шовний матеріал (нитка 4-0 на колючій атравматичній голці).
10. Гостра кишкова непрохідність.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул Дорогожицька 9.
14. Немає.
15. Біляєва О.О., Радзіховський А.П., Крижевський В.В., Іванченко Р.В., Риб'янець Ю.В. (0633601582).

Реєстр. № 711/1/14

1. **ХІРУРГІЧНИЙ СПОСІБ ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧ З ВАРИКОЗНО-РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ.**
2. НДР «Визначити етіопатогенез патології сполученої тканини у постраждалих після радіаційних аварій на підставі чого розробити патогенетичне обґрунтування лікування постраждалих», 0113U002106, 2013-2015 рр.
3. Хірургія.
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель № 53071 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.09.2010, Бюл. №18/2010.
6. Немає.
7. Хірургічний спосіб зупинки кровотеч з варикозно-розширених вен стравоходу у хворих на цироз печінки шляхом кліпування селезінкової і шлункової артерій і

- лівої шлункової вени, припинення кровотоку по коротких селезінкових судинах та відокремлення порталної системи, в якій підвищено тиск внаслідок цирозу печінки, який відрізняється тим, що проводять мобілізацію малої кривизни абдомінального відділу стравоходу на величину біля 6-8 см., відокремлюють порталну систему і системи непарної та напівнепарної вен стравоходу, після чого в стравохід вводять шлунковий зонд і крізь всі шари стравоходу в ділянці езофагокардіального переходу циркулярно в шахматному порядку накладають окремі шви, причому кожна стяжка наступного шва перекриває стяжку попереднього шва.
8. Зменшення втрат крові і кількості післяопераційних ускладнень.
 9. Система для малоінвазивного доступу, малий хірургічний набір.
 10. Прошивання варикозно-розширених вен стравоходу без розтину стінки стравоходу.
 11. Відсутність повного роз'єднання порталного кровотоку від системи верхньої порожнистої вени, так як дрібні гілки не перев'язують і в наступному вони можуть являтися осередком рецидиву кровотеч.
 12. Недоліком є, необхідність лапаротомії з переходом на грудну клітину або торакотомії, що робить цю операцію дуже травматичною. Кровотеча з варикозно-розширених вен стравоходу і шлунку супроводжується високою летальністю: при першому епізоді кровотечі складає 40-60%, при рецидиві кровотечі збільшується до *0-90%, до третьої кровотечі хворі доживають рідко і, в більшості випадків, вона буває останньою, помирають майже 100% хворих.
 13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька 9.
 14. Немає.
 15. Тутченко М.І., Рудик Д.В., Ключко І.В., Іскра Н.І. (044) 518-57-08.

Реєстр. № 712/1/14

1. **СПОСІБ БАЛОННОЇ ДИЛАТАЦІЇ.**
2. НДР «Розробка та вдосконалення методів комплексного лікування захворювань органів панкреатодуоденальної зони», 0108U000789, 2008-2010 рр.
3. Хірургія
4. 1+, А.
5. Пат. на корисну модель № 78637 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.03.2013, Бюл. № 6/2013.
6. Немає.
7. Спосіб балонної дилатації передбачає введення катетера з балоном в великий сосок дванадцятипалої кишки. У верхній частині ампулярного відділу великого соска дванадцятипалої кишки(поздовжня складка) виконують поздовжній розтин, достатній для введення до гирла холедоха катетера (2-3мм), після чого проводять рентгенологічний контроль встановлення катетера, надалі за допомогою провідника катетер заміщують на балоний дилататор та проводять сеанс дилатації сфінктера Одді.
8. Спосіб включає ендоскопічну корекцію порушень жовчевідтоку. Запропонований спосіб дозволяє виконати ендоскопічну корекцію порушень жовчевідтоку. Використання запропонованого способу забезпечує малоінвазивність, адекватну видимість оперативного поля, ранні строки реабілітації та видужування хворих.
9. Операційна, фіброгастроуденоскоп, обладнання та медикаменти для проведення загальної анестезії.
10. Використання при ендоскопічних транспапілярних ендобіліарних втручаннях.

11. Немає.
12. Серед помилок при використанні нововведення треба виділити можливість виникнення розриву ампулярної частини великого соска дванадцятипалої кишки у непередбачуванному напрямку з виникненням кровотечі. Зменшення даного недоліку можна досягти підвищенням кваліфікації лікаря-хірурга, а також обережним та економним виконанням папілосфінктеротомії.
13. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра загальної хірургії № 1, м. Київ, проспект Голосіївський 59 б.
14. Немає.
15. Дронов О.І., Насташенко І.Л., Швець Ю.П., Скомаровський О.А., Горлач А.І., Козачук Є.С., Задорожня Х.О. (044) 524-59-42.

Реєстр. № 713/1/14

- 1. СПОСІБ ВИКОНАННЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНТАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ.**
2. НДР «Розробка та вдосконалення методів комплексного лікування захворювань органів панкреатодуоденальної зони», 0108U000789, 2008-2010 рр.
3. Хірургія.
4. 1+, А.
5. Пат. на корисну модель № 77386 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 11.02.2013, Бюл. № 3/2013.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб панкреатодуоденальної резекції полягає в послідовному накладанні інвагінаційного панкреатоєюноанастомозу з формуванням антирефлюксного клапану на єдиній ретроколярно проведеній ізоперистальтичній петлі на відстані 4-5 см від сформованого панкреатоєюноанастомозу.
8. Використання нововведення в клінічній практиці дозволить покращити якість життя оперованих хворих, за рахунок попередження розвитку ускладнень таких як панкреатит кукси підшлункової залози, неспроможність панкреатоєюноанастомозу.
9. Операційне та анестезіологічне забезпечення.
10. Даний метод можна використовувати у хворих, яким показана панкреатодуоденальна резекція.
11. Коротка привідна петля jejunum.
12. Серед ускладнень при використанні нововведення треба виділити можливість розвитку некрозу стінки тонкої кишки з наступною її перфорацією в місці некрозу та розвитком перитоніту. Причиною даного ускладнення може бути прошивання коротких брижових судин брижового краю тонкої кишки при формуванні антирефлюксного клапану. Для профілактики даних ускладнень необхідно застосовувати прецизійну хірургічну техніку.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра загальної хірургії № 1, м. Київ, проспект Голосіївський 59 б.
14. Немає.
15. Дронов О.І., Крючина Є.А., Хоменко Д.І., Добуш Р.Д., Любенко Д.Л. (0445245942).

Реєстр. № 714/1/14

- 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ВМІСТУ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ.**

2. НДР «Розробка та впровадження методів діагностики та лікування хірургічної патології органів черевної порожнини», 0110U006821, 2011-2014 рр.
3. Хірургія.
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель №84299 Україна, МПК А61В 5/00. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О.Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл.10.10.2013, бюл. №19/2013.
6. Спосіб діагностики вмісту черевної порожнини на основі хімічної реакції абдомінального ексудату з етиловим спиртом з утворенням гелю.
7. Під час виконання лапароцентезу при отриманні вмісту з черевної порожнини, виконують його попередню візуальну оцінку, після до нього (5 мл) добавляють 1,5 мл 50% розчину етанолу, оцінку результату проводять протягом 10 хвилин. При позитивному результаті тесту в пробірці утворюється гель (в результаті полімеризації фібрин-мономеру, який входить до складу середніх молекул перитонеального ексудату). Хворого необхідно оперували за екстремними показаннями. При негативному результаті тесту хворий потребує подальшого дообстеження, паралельно проводять поглиблений аналіз вмісту черевної порожнини (мікробіологія, цитологія).
8. Покращання діагностики гострої хірургічної патології органів черевної порожнини, зниження частоти діагностичних помилок (чутливість методики склала 96,4%, специфічність – 82,1%).
9. Малий лапаротомний набір інструментів, ПХВ трубчастий дренаж, ємність місткістю 10 мл, 50% розчин етанолу.
10. Гостра хірургічна патологія органів черевної порожнини та підозра на неї.
11. Немає.
12. При недотриманні даної методики (доза реагентів, їх пропорційність) гель може не утворюватись.
13. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра хірургії №2.
14. Немає.
15. Колосович І.В., Короткий В.М., Лебедева К.О. (044) 275-57-44.

Реєстр. № 715/1/14

1. **СПОСІБ ІДЕНТИФІКАЦІЇ «СИГНАЛЬНОГО» ЛІМФОВУЗЛА ПРИ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОМУ РАКУ ШЛУНКА.**
2. НДР «Інноваційні технології в хірургічному лікуванні гострих ускладнень гастродуоденальних виразок (перфорація, кровотеча) і невиразкових шлунково-кишкових кровотеч на тлі портальної гіпертензії та пухлин шлунково-кишкового тракту», 0113U000061, 2013-2015 рр.
3. Хірургія
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель № 76724 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.01.2013, Бюл.№ 1/2013.-4с
6. Немає.
7. Спосіб передопераційної ідентифікації «сигнального» лімфовузла при гострокривоточивому раку шлунка шляхом фарбування його інтраопераційним введенням барвника, який відрізняється тим, що в передопераційному періоді за 2-5 діб при ендоскопічному дослідженні як барвник застосовують препарат капрофер, який розпилюють в дозі 2 мл на поверхню ракової пухлини шлунка.

8. Спосіб дозволяє швидко, без затрат операційного часу ідентифікувати лімфовузли, виділити «сигнальний» лімфовузол, прискорити і спростувати лімфодисекцію Д-2.
9. Препарат капрофер, гастрофіброскоп.
10. Передопераційна ідентифікація «сигнального» лімфовузла при гострокровоточивому раку шлунка.
11. Підвищена чутливість до препарату, езофагокардіальний рак з повним стенозом та дисфагією
12. Збільшення дози препарату більше 4мл, хімічний опік слизової шлунку. Для запобігання цього ускладнення не перевищувати дозу препарату більше 4 мл.
13. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра хірургії №3, м. Київ, вул. Підвисоцького 4А.
14. Немає.
15. Шепетько Є.М. (044) 529-38-43.

Реєстр. № 716/1/14

1. **СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ЗАЛИШКОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПІСЛЯ ЕХІНОКОКЕКТОМІЇ ПЕЧІНКИ.**
2. НДР «Розробка та вдосконалення методів комплексного лікування захворювань органів панкреатодуоденальної зони», 0108U000789, 2008 – 2010 рр.
3. Хірургія.
4. 1+, А.
5. Пат. на корисну модель № 86431 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.12.2013, Бюл. № 24/2013.
6. Немає.
7. Відмінною особливістю корисної моделі є те, що тупим та гострим методом виконуємо відділення фіброзної капсули кісти від паренхіми печінки виконуючи це від центру до периферії печінки. Саме прецензійна тактика та дисекція від центру до периферії зменшує ризик пошкодження сегментарних судинно-секреторних структур. По ходу виділення кісти дрібні структури кліпуємо, так щоб сегментарні структури були непошкоджені. Виділивши та видаливши кісту отримуємо кратероподібну порожнину, яка потребує капітонажу. Капітонаж виконуємо наступним чином: менш глибокий край печінки пришиваємо вузловими швами до дна порожнини, це перший ряд швів. Другим рядом вузлових швів більш глибокий край печінки навертаємо на сусідній край. Виконавши таким чином зашивання країв та стінок порожнини.
8. Покращення результатів хірургічного лікування хворих ехінококозом печінки. Запропонований метод зменшує ризик виникнення не паразитарних вторинних кіст печінки та зменшує ризик виникнення рецидиву ехінококу, що в свою чергу скоротить післяопераційний період та зменшить кількість повторних операцій.
9. Операційне та анестезіологічне забезпечення.
10. Даний метод корекції залишкової порожнини печінки можна використовувати при ехінококектомії.
11. Ризик пошкодження судинно-секреторних структур при центральній локалізації кіст, декомпенсована супутня патологія.
12. Серед ускладнень при використанні нововведення треба виділити можливість пошкодження судинно-секреторних структур печінки, яке можливе при виділенні кісти, особливо центральної локалізації. Для профілактики даного ускладнення необхідне застосування прецизійної техніки.

13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра загальної хірургії № 1, м. Київ, проспект Голосіївський 59 б.
14. Немає.
15. Дронов О.І., Бакунець Ю.П. (044) 524-59-42.

Реєстр. № 717/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВОГНИЩЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ ПЕЧІНКИ МЕТАСТАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ.**
2. НДР «Розробка та вдосконалення методів комплексного лікування захворювань органів панкреатодуоденальної зони», 0108U000789, 2008-2010 рр.
3. Хірургія.
4. 1+, А.
5. Пат. на корисну модель № 78643 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.03.2013, Бюл. № 6/2013.
6. Немає.
7. Відмінною особливістю корисної моделі є те, що під УЗД-контролем здійснюється введення 10% розчину CaCl_2 . Об'єм, необхідний для ін'єкції попередньо розраховується за формулою: $V = 4/3\pi (R + 0,5)^3$, де V - об'єм препарату, що вводиться, R - радіус вогнища.
8. Використання нововведення в клінічній практиці дозволить покращити якість життя та віддалені результати комплексного лікування хворих з вогнищевою патологією печінки, шляхом місцевого (інтратуморального) введення хімічних речовин (так званого хіміолізісу).
9. УЗД - апаратура, набір інструментарію для проведення пункції печінки, 10% розчин CaCl_2 , місцевий анестетик.
10. Даний метод можна використовувати при метастатичному ураженні печінки, з метою циторедукції, у випадках нерезектабельних форм та важкодоступній локалізації вогнищового ураження печінки.
11. Гостра печінкова недостатність, вроджена та набута коагулопатія, індивідуальна непереносимість 10% розчину CaCl_2 , декомпенсована супутня патологія.
12. Серед ускладнень при використанні нововведення треба виділити: паренхіматозна кровотеча енуклеації та кріоабляції, абсцедування. Для профілактики даних ускладнень необхідно застосовувати прецизійну техніку, профілактичну гемостатичну та антибіотикотерапію.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра загальної хірургії № 1, м. Київ, проспект Голосіївський 59 б.
14. Немає.
15. Дронов О.І., Крючина Є.А., Козачук Є.С., Любенко Д.Л., Бакунець Ю.П., Бакунець П.П., Добуш Р.Д. (044) 524-59-42.

Реєстр. № 718/1/14

1. **СПОСІБ ЛОКАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАЗІВ ПЕЧІНКИ.**
2. НДР «Розробка та вдосконалення методів комплексного лікування захворювань органів черевної порожнини із застосуванням кріотехнологій», 0111U005406, 2011-2013 рр.
3. Хірургія.
4. 1+, А.

5. Пат. на корисну модель № 78689 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.03.2013, Бюл. № 6/2013.
6. Немає.
7. Відмінною особливістю запропонованого нами способу є те, що при розташуванні пухлинних вогнищ на глибині більше 2,0 см від капсули печінки виконується енуклеація пухлинного вогнища з подальшою кріодеструкцією його ложа.
8. Використання нововведення в клінічній практиці дозволить покращити якість життя та віддалені результати комплексного лікування хворих з вогнищевою патологією печінки, шляхом енуклеації метастазу з кріоабляцією його ложа.
9. Операційне та анестезіологічне забезпечення, апарат «Кріопульс-4» (холодоген – рідкий азот) з набором аплікаторів різного діаметру.
10. Даний метод можна використовувати при метастатичному ураженні печінки, з метою циторедукції, у випадках локалізації вогнищевого ураження на глибині більше 2 см від капсули печінки.
11. Гостра печінкова недостатність, вроджена та набута коагулопатія, декомпенсована супутня патологія.
12. Серед ускладнень при використанні нововведення треба виділити: паренхіматозна кровотеча енуклеації та кріоабляції, абсцедування. Для профілактики даних ускладнень необхідно застосовувати прецизійну техніку, профілактичну гемостатичну та антибіотикотерапію.
13. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра загальної хірургії № 1, м. Київ, проспект Голосіївський 59 б.
14. Немає.
15. Дронов О.І., Крючина Є.А., Козачук Є.С., Бакунець Ю.П., Любенко Д.Л., Добуш Р.Д., Пахолук С.І., Бакунець П.П. (044) 524-59-42.

Реєстр. № 719/1/14

- 1. СПОСІБ НАКЛАДАННЯ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНОЇ ХОЛЕЦИСТОМИ ПРИ ЮКСТАПАПІЛЯРНИХ ВИРАЗКАХ.**
2. НДР «Інноваційні технології в хірургічному лікуванні гострих ускладнень гастродуоденальних виразок (перфорація, кровотеча) і невиразкових шлунково-кишкових кровотеч на тлі портальної гіпертензії та пухлин шлунково-кишкового тракту», 0113U000061, 2013-2015 рр.
3. Хірургія
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель №77147 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О.Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.01.2013, Бюл. № 2/2013.-4с.
6. Немає.
7. Спосіб накладення розвантажувальної холецистостоми при ускладнених юкстапапілярних виразках, що включає накладення кисетного шва на дно жовчного міхура, фіксацію вузловими швами dna жовчного міхура до парієтальної очеревини черевної стінки, виведення холецистостомічної трубки через прокол черевної стінки з фіксацією її до шкіри черевної стінки, який відрізняється тим, що накладають два кисетних шви на стінку dna жовчного міхура навколо холецистостомічної трубки, виводять трубку через прокол черевної стінки, потім накладають три фіксуєчих вузлових шви між дном жовчного міхура та парієтальною очеревиною позаду від холецистостомічної трубки, а потім після підтягування нитки другого зав'язаного кисетного шва,

- накладають ще два фіксуючих вузлових шви між дном жовчного міхура та парієтальною очеревиною черевної стінки попереду від холецистостомічної трубки.
8. Спосіб дозволяє накласти холецистостому із високою надійністю та герметичністю двох кисетних швів навколо холецистостомічної трубки, забезпечує профілактику підтікання жовчі навколо холецистостоми та розвитку післяопераційного перитоніту; застосування способу не пов'язане із значною затратою операційного часу.
 9. Поліхлорвінілова або силіконова трубка, атравматичний шовний матеріал.
 10. Стенозуюча пенетруюча гострокровоточива юкстапапілярна виразка.
 11. Калькульозний холецистит, облітерація міхурового протоку.
 12. Неправильний вибір точки виходу холецистостомічної трубки через прокол черевної стінки, можливе значне на тяжіння фіксуючих швів дна жовчного міхура до парієтальної очеревини. Для запобігання потрібно ретельно вибрати точку проколу черевної стінки де можливий щільний контакт дна жовчного міхура з черевною стінкою.
 13. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра хірургії №3, м. Київ, вул. Підвисоцького 4А.
 14. Немає.
 15. Шепетько Є.М. (044) 529-38-43.

Реєстр. № 720/1/14

1. **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПРИХОВАНОЇ ГІПЕРСЕКРЕЦІЇ КОРТИЗОЛУ У ПАЦІЄНТІВ З ІНЦИДЕНТАЛОМОЮ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ.**
2. НДР «Розробка нових і вдосконалення існуючих технологій у діагностично-лікувальному забезпеченні хірургії ендокринних залоз (щитоподібної, прищитоподібних і надниркових) на основі власних клінічних досліджень», 0113U006384.
3. Хірургія, онкологія, ендокринологія.
4. 2+, В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Спосіб може бути застосований в діагностично-лікувальному протоколі у пацієнтів із інциденталомою надниркової залози, а саме: для уточнення діагнозу (гормональної активності пухлини), визначення показань до оперативного втручання за допомогою диференційної діагностики із гормонально-неактивними новоутвореннями надниркових залоз. Найбільш надійним і простим скринінговим тестом на приховану гіперкортизолемію є нічна дексаметазонова проба шляхом призначення 1 мг дексаметазону, який призначається перорально в 23-00, і вимірюванням кортизолу сироватки в 9-00 наступного ранку, де нижньою межею по кортизолу є рівень менше 1,8 мкг/дл. Висновок робиться при умові перевищення рівня кортизолу більше 1,8 мкг/дл, що свідчить на користь гіперкортизолемії та може бути показанням до хірургічного втручання. Значення менше 1,8 мкг/дл – завжди виключає гормональну активність пухлини надниркової залози.
8. Застосування способу дозволило чітко визначити показання до оперативного втручання у хворих з інциденталомою надниркової залози та уникнути зайвих хірургічних втручань у хворих з підозрою на автономну гормональну активність пухлин кіркового шару надниркової залози. В якості інших лабораторних тестів для порівняння ефективності визначення гіперкортизолемії взято дослідження добового ритму секреції кортизолу в крові (серійне визначення кортизолу

сироватки протягом доби), дослідження кортизолу в добовій сечі, дослідження кортизолу в слині опівніч. До недоліків цих методів слід віднести дещо складний протокол забору та доставки матеріалу дослідження в спеціалізовані лабораторії, нижчу діагностичну чутливість цих аналізів, вони не завжди відображають справжній гормональний фон, що ускладнює вибір адекватної подальшої тактики лікування. Водночас отримано достатньо однозначну відповідь на питання про шкоду для здоров'я прихованої гіперкортизолемії. Тривалий надлишок кортизолу призводить до інсулінорезистентності і метаболічному синдрому, ожирінню, гіперглікемії і її ускладненням, підвищеному ризику кардіоваскулярних ускладнень, прогресуванню атеросклероза, остеопорозу і підвищеному ризику переломів. При цьому низка робіт, які направлені на дослідження ефекту адреналектомії при аденомах наднирників і субклінічному синдромі Кушинга, переконливо демонструють можливість зворотнього розвитку більшості із перерахованих проявів гіперкортизолемії, перш за все стосовно нормалізації глікемії, артеріального тиску, ваги, мінеральної щільності кісток.

9. Лікар-ендокринолог, лікар загальної практики – сімейний лікар, лікар-рентгенолог, лікар-хірург. Дексаметазон, таблетки 0,5 мг; лабораторне вимірювання концентрації кортизолу крові.
10. Підозра на приховану гіперсекрецію кортизолу (синдром Кушинга субклінічний) у пацієнтів з інциденталомою надниркових залоз.
11. Немає.
12. Немає.
13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Кловський узвіз, 13-А, м. Київ, 01021.
14. Немає.
15. Черенько С.М., Ларін О.С., Товкай О.А. (0442536626).

Реєстр. № 721/14

1. СПОСІБ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ОПЕРАЦІЇ ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ.

2. НДР «Інноваційні технології в хірургічному лікуванні гострих ускладнень гастродуоденальних виразок (перфорація, кровотеча) і невиразкових шлунково-кишкових кровотеч на тлі портальної гіпертензії та пухлин шлунково-кишкового тракту, 0113U000061, 2013-2015 рр.
3. Хірургія
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель № 80841 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О.Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.06.2013, Бюл. № 11/2013. – 4с.
6. Немає.
7. Спосіб реконструктивної операції після гастректомії, що включає формування штучного тонкокишкового резервуара, який відрізняється тим, що перетинають привідну петлю худої кишки нижче езофагоєюноанастомозу із заглушуванням проксимального кінця худої кишки поблизу езофагоєюноанастомозу, перетинають привідну петлю худої кишки проксимальніше Брауновського співустя із заглушуванням дистального кінця худої кишки над Брауновським співустям лінійним зшивателем «Proximat-55», складують сегмент привідної петлі підковоподібно та створюють тонкокишковий резервуар (єюногастропластика) зшиванням подвійної привідної петлі із відвідною петлею

худої кишки проксимальніше Брауновського співустя лінійним зшивателем «Proximat-75».

8. Спосіб дозволяє сформувати штучний тонкокишковий резервуар необхідної ємності, який компенсує резервуарну функцію втраченого шлунка, здійснюється за допомогою степлерів, що скорочують час виконання операції, має кращі функціональні результати в післяопераційному періоді, поліпшує якість життя оперованих пацієнтів.
9. Лінійні зшиваючі апарати (степлери).
10. Дефіцит маси тіла, аліментарна дистрофія, демпінг-синдром та єюно-езофагеальний рефлюкс.
11. Продовження пухлинного процесу, наявність віддалених метастазів.
12. Спайковий процес, труднощі виділення Браунівського співустя, для запобігання потрібно ретельне препарування та розсічення злук, збереження судинних артеріальних дуг брижі тонкої кишки.
13. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра хірургії №3, м. Київ, вул. Підвисоцького 4А.
14. Немає.
15. Шепетько Є.М. (044) 529-38-43.

Реєстр. № 722/1/14

1. СПОСІБ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ОПЕРАЦІЇ ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ.

2. НДР «Інноваційні технології в хірургічному лікуванні гострих ускладнень гастродуоденальних виразок (перфорація, кровотеча) і невиразкових шлунково-кишкових кровотеч на тлі портальної гіпертензії та пухлин шлунково-кишкового тракту, 0113U000061, 2013-2015 рр.
3. Хірургія
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель №78636 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О.Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.03.2013, Бюл. № 6/2013. – 4с.
6. Немає.
7. Спосіб реконструктивної операції після гастректомії, що включає викроювання сегменту порожньої кишки на судинній аркаді, анастомозування його із дванадцятипалої кишки, який відрізняється тим, що відвідну петлю порожньої кишки після перетинання нижче Браунівського спів устя зшивають із двома петлями порожньої кишки нижче езофаго-єюноанастомоза, після зшивання їх між собою створюють тонко кишковий резервуар, дистальний кінець сегмента порожньої кишки анастомозують із дванадцятипалою кишкою, перетинають обидві петлі порожньої кишки вище Браунівського спів устя із заглушенням кінців, відновлюють безперервність порожньої кишки ентеро-ентероанастомозом «кінець у кінець».
8. Спосіб дозволяє сформувати тонкокишковий резервуар (єюногастропластики) після гастректомії за Гиляровичем-Юдіним-Шалімовим, що заміщає резервуарну функцію втраченого шлунка, відновлює пасаж по ДПК, поліпшує функціональні результати операції і якість життя хворих у віддаленому післяопераційному періоді.
9. Циркулярні та лінійні зшиваючі апарати (степлери).
10. Дефіцит маси тіла, аліментарна дистрофія, агастральна анемія, демпінг-синдром та єюно-езофагеальний рефлюкс.
11. Продовження пухлинного процесу, наявність віддалених метастазів.

12. Спайковий процес, труднощі виділення Браунівського співустя, виділення кукси дванадцятипалої кишки, для запобігання потрібно ретельне препарування та розсічення злук, попередня верифікація елементів гепатодуоденальної звязки.
13. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра хірургії №3, м. Київ, вул. Підвисоцького 4А.
14. Немає.
15. Шепетько Є.М. (044) 529-38-43.

Реєстр. № 723/1/14

1. **СПОСІБ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ОПЕРАЦІЇ ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ З ЄЮНОГАСТРОПЛАСТИКОЮ ТА ВКЛЮЧЕННЯМ ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ.**
2. НДР «Інноваційні технології в хірургічному лікуванні гострих ускладнень гастродуоденальних виразок (перфорація, кровотеча) і невиразкових шлунково-кишкових кровотеч на тлі портальної гіпертензії та пухлин шлунково-кишкового тракту», 0113U000061, 2013-2015 рр.
3. Хірургія
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель № 80466 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.05.2013, Бюл. № 10/2013. – 4с.
6. Немає
7. Спосіб реконструктивної операції після гастректомії, що включає формування штучного тонкокишкового резервуара із включенням дванадцятипалої кишки, який відрізняється тим, що перетинають привідну петлю худої кишки нижче езофагоєюноанастомозу із заглушуванням проксимального кінця худої кишки поблизу езофагоєюноанастомозу, перетинають привідну петлю худої кишки проксимальніше Брауновського співустя із заглушуванням дистального кінця худої кишки над Брауновським співустям лінійним зшивателем «Proximat-55», складають сегмент привідної петлі підковоподібно та створюють тонкокишковий резервуар(єюногастропластика) зшиванням подвійної привідної петлі із відвідною петлею худої кишки проксимальніше Брауновського співустя лінійним зшивателем «Proximat-75», перетинають відвідну петлю худої кишки проксимальніше Брауновського співустя лінійним зшивателем «Proximat-55», проксимальний кінець відвідної петлі худої кишки анастомозують із дванадцятипалою кишкою, а дистальний кінець заглушують проксимальніше Брауновського співустя.
8. Спосіб дозволяє сформувати штучний тонкокишковий резервуар необхідної ємності, який компенсує резервуарну функцію втраченого шлунка, здійснюється за допомогою степлерів, що скорочують час виконання операції, включає в пасаж харчової грудки дванадцятипалу кишку і тому має кращі функціональні результати в післяопераційному періоді, поліпшує якість життя оперованих пацієнтів.
9. Циркулярні та лінійні зшиваючі апарати (степлери).
10. Дефіцит маси тіла, аліментарна дистрофія, демпінг-синдром та єюно-езофагеальний рефлюкс.
11. Продовження пухлинного процесу, наявність віддалених метастазів.
12. Спайковий процес, труднощі виділення Браунівського співустя, виділення кукси дванадцятипалої кишки, для запобігання потрібно ретельне препарування та розсічення злук, збереження судинних артеріальних дуг брижі тонкої кишки, попередня верифікація елементів гепатодуоденальної звязки.

13. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра хірургії №3, м. Київ, вул. Підвисоцького 4А.
14. Немає.
15. Шепетько Є.М. (044) 529-38-43.

Реєстр. № 724/1/14

1. **СПОСІБ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ОПЕРАЦІЇ ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ З ЄЮНОГАСТРОПЛАСТИКОЮ ТА ВКЛЮЧЕННЯМ ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ.**
2. НДР «Інноваційні технології в хірургічному лікуванні гострих ускладнень гастроуденальних виразок (перфорація, кровотеча) і невиразкових шлунково-кишкових кровотеч на тлі портальної гіпертензії та пухлин шлунково-кишкового тракту», 0113U000061, 2013-2015 рр.
3. Хірургія.
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель № 80464 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О.Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 27.05.2013, Бюл. № 10/2013. – 4с.
6. Немає.
7. Спосіб реконструктивної операції після гастректомії з єюногастропластиком та включенням дванадцятипалої кишки, що включає формування штучного тонкокишкового резервуара із включенням дванадцятипалої кишки, який відрізняється тим, що перетинають привідну петлю худої кишки нижче езофагоєюноанастомозу із заглушуванням проксимального кінця худої кишки поблизу езофагоєюноанастомозу, перетинають привідну петлю худої кишки проксимальніше Брауновського співустя із заглушуванням дистального кінця худої кишки над Брауновським співустям лінійним зшивателем «Proximat-55», складають сегмент привідної петлі підковоподібно та створюють тонкокишковий резервуар(єюногастропластика) зшиванням подвійної привідної петлі із відвідною петлею худої кишки проксимальніше Брауновського співустя лінійним зшивателем «Proximat-75», перетинають відвідну петлю худої кишки проксимальніше Брауновського співустя лінійним сшивателем «Proximat-55», проксимальний кінець відвідної петлі худої кишки анастомозують із дванадцятипалою кишкою, а дистальний кінець заглушують проксимальніше Брауновського співустя; перетинають привідну петлю худої кишки за дуоденоєюнальним переходом проксимальніше анастомозу та відвідну петлю худої кишки дистальніше анастомозу за Брауном, видаляють анастомоз, відновлюють безперервність худої кишки ентеро-ентероанастомозом кінець у кінець.
8. Спосіб дозволяє сформувати тонкокишковий резервуар (єюногастропластики) після гастректомії за Гиляровичем-Юдіним-Шалімовим, що заміщає резервуарну функцію втраченого шлунка, відновлює пасаж по ДПК, ліквідує демпінг-синдром та єюно-езофагеальний рефлюкс, запобігає розвитку «вадного кола», поліпшує функціональні результати операції і якість життя хворих у віддаленому післяопераційному періоді.
9. Циркулярні та лінійні зшиваючі апарати (степлери).
10. Дефіцит маси тіла, аліментарна дистрофія, агастральна анемія, демпінг-синдром та єюно-езофагеальний рефлюкс.
11. Продовження пухлинного процесу, наявність віддалених метастазів.
12. Труднощі виділення відвідної петлі тонкої кишки та формування тонкокишкового резервуара, виділення кукси дванадцятипалої кишки, для

запобігання потрібно ретельне препарування та збереження судинних артеріальних дуг брижі тонкої кишки, попередня верифікація елементів гепатодуоденальної зв'язки.

13. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра хірургії №3, м. Київ, вул. Підвисоцького 4А.
14. Немає.
15. Шепетько Є.М. (044) 529-38-43.

Реєстр. № 725/1/14

1. СПОСІБ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ОПЕРАЦІЇ ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ ПРИ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОМУ РАКУ ШЛУНКА.

2. НДР «Інноваційні технології в хірургічному лікуванні гострих ускладнень гастродуоденальних виразок (перфорація, кровотеча) і невиразкових шлунково-кишкових кровотеч на тлі портальної гіпертензії та пухлин шлунково-кишкового тракту», 0113U000061, 2013-2015.
3. Хірургія
4. 2+, С.
5. Пат. на корисну модель № 77884 Україна, МПК А61В 17/00. Заявник та патентовласник НМУ імені О.О. Богомольця, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 25.02.2013, Бюл. № 4/2013. – 4с.
6. Немає.
7. Спосіб реконструктивної операції після гастректомії з формуванням езофагоєюноанастомоза та ентеро-ентероанастомоза за Брауном, що включає формування штучного тонкокишкового резервуара із включенням дванадцятипалої кишки, який відрізняється тим, що сегмент худой кишки на судинній аркаді анастомозують зі зшитими привідною та відвідною петлями худой кишки дистальніше езофаго-єюноанастомоза лінійним сшивачем «Proximat-75» із наступним анастомозуванням дистального кінця сегмента худой кишки на судинній брижовій аркаді із куксою дванадцятипалої кишки, перетинають привідну та відвідну петлі худой кишки проксимальніше Брауновського співустя за допомогою лінійного зшивача «Proximat-55» із заглушенням кінців кишки, перетинають привідну петлю порожньої кишки за дуоденоєюнальним переходом до анастомозу за Брауном та видаляють анастомоз за Брауном, відновлюють безперервність порожньої кишки ентеро-ентероанастомозом кінець у кінець.
8. Спосіб дозволяє сформувати штучний тонкокишковий резервуар у віддаленому післяопераційному періоді після гастректомії необхідної ємності, що компенсує резервуарну функцію втраченого шлунка, включає в пасаж харчової грудки ДПК і тому має кращі функціональні результати в післяопераційному періоді, поліпшує якість життя оперованих пацієнтів.
9. Циркулярні та лінійні зшиваючі апарати (степлери).
10. Дефіцит маси тіла, аліментарна дистрофія, агастральна анемія.
11. Продовження пухлинного процесу, наявність віддалених метастазів.
12. Труднощі виділення кукси дванадцятипалої кишки, для запобігання потрібна попередня верифікація елементів гепатодуоденальної зв'язки.
13. Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, кафедра хірургії №3, м. Київ, вул. Підвисоцького 4А.
14. Немає.
15. Шепетько Є.М. (044) 529-38-43.

Реєстр. № 726/1/14

- 1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ГІПЕРПАРАТИРЕОЗУ У ХВОРИХ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ.**
- НДР «Удосконалення малоінвазивних методів хірургічного лікування окремих захворювань судин, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, носоглотки, щитоподібної та прищитоподібних залоз і суглобів, зокрема із використанням імплантатів на основі нанобіосенсорних технологій», 0114U002120.
- Хірургія, ендокринологія, ендокринна хірургія.
- 2+, С.
- Немає.
- Немає.
- Нововведення стосується диференційної діагностики вторинного та третинного гіперпаратиреозу з використанням сцинтиграфії з ^{99m}Tc -MIBI у хворих на хронічну ниркову недостатність.
- Хірургічна операція при вторинному та третинному ГПТ є високоефективним та безпечним методом лікування, який швидко нормалізує лабораторні показники та значно поліпшує клінічну симптоматику у пацієнтів, покращує якість їх життя та створює умови для успішної трансплантації нирки.
- Немає.
- Для диференційної діагностики вторинного та третинного гіперпаратиреозу у хворих на хронічну ниркову недостатність з підвищеним рівнем паратиреоїдного гормону крові та наявністю притаманних клінічних симптомів.
- Немає.
- Немає.
- Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
- Державною установою «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова» НАМН України.
- Ткаченко Р.П., Курик О.Г., Денисенко А.І., Губар О.С., Белемець Н.І. (09716996080).

Реєстр. № 727/1/14

- 1. СПОСІБ АУТОТРАНСПЛАНТАЦІЇ ПРИЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ГІПОПАРАТИРЕОЗУ В ТИРЕОЇДНІЙ ХІРУРГІЇ.**
- НДР «Розробка нових і вдосконалення існуючих технологій у діагностично-лікувальному забезпеченні хірургії ендокринних залоз (щитоподібної, прищитоподібних і надниркових) на основі власних клінічних досліджень», 0113U006384.
- Хірургія, онкологія, ендокринологія.
- 2+, В.
- Заявка на Патент України на корисну модель.
- Немає.
- Спосіб відноситься до хірургії (ендокринної хірургії) та спрямований на профілактику важкого ускладнення операцій на щитоподібній залозі – гіпопаратиреозу, який супроводжується гіпокальцемією з комплексом відомих клінічних ознак (від парестезій до генералізованих судом), що можуть суттєво погіршувати якість життя та мати летальні наслідки. Спосіб полягає у підготовці суспензії з прищитоподібної залози, яку протягом операції на щитоподібній залозі визнано за комплексом ознак нежиттєздатною, шляхом культивування

- впродовж 1-1,5 годин механічно подрібненої паратиреоїдної паренхіми з розчином колагенази («Коллализин»; 100 КОд в 1 мл фізіологічного розчину) та подальшої вільної аутотрансплантації цієї суспензії через ін'єкцію шприцом до кивального м'язу шії.
8. Застосування способу дозволило різко зменшити частоту тимчасової та тривалої гіпокальцемії, зменшити перебування хворих у лікарні та на лікарняному листі. Впровадження даного способу в протокол хірургічного лікування пацієнтів із тиреоїдною хірургічною патологією дає змогу суттєво підвищити ефективність та безпеку операцій. На відміну від способу-прототипу, запропонований спосіб аутотрансплантації обробленої колагеназою суспензії паренхіми прищитоподібної залози дозволяє забезпечити значно більшу площу контакту трабекул паратиреоцитів із капілярами та тканинною рідиною, покращити їх живлення, прискорити регенерацію та функціональну активність щодо секреції паратгормону та відновлення нормокальцемії. Це дозволяє зменшити ризики для здоров'я та життя пацієнтів, пов'язані з таким частим ускладненням, як гіпопаратиреоз у післяопераційному періоді хворих, оперованих на щитоподібній залозі.
 9. Пробірка об'ємом 5 мл; розчин кристалічної ліофілізованої колагенази («Коллализин»; 100 КОд в 1 мл фізіологічного розчину); фізіологічний розчин; стерильний шприц з товстою голкою (10-14 G); лабораторне вимірювання концентрації паратгормону та іонізованого кальцію крові.
 10. Попередження у хворого післяопераційного гіпопаратиреозу під час виконання хірургом операції тиреоїдектомії або втручання на лімфатичних вузлах центрального (VI) колектора шії.
 11. Немає (потенційно – підвищена чутливість до препаратів колагенази).
 12. Можливі загально хірургічні ускладнення, як наслідок порушення хірургом асептики та антисептики. Також можливі алергічні реакції внаслідок підвищеної чутливості до лікарських препаратів (колагеназа).
 13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин, Кловський узвіз, 13-А, м. Київ, 01021.
 14. Немає.
 15. Черенько С.М., Ларін О.С., Хоперія В.Г., Січінава Р.М. (0442536626).

Реєстр. № 728/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ УШКОДЖЕННЯ ПОВОРОТНОГО ГОРТАННОГО НЕРВА.**
2. НДР «Розробка нових і вдосконалення існуючих технологій у діагностично-лікувальному забезпеченні хірургії ендокринних залоз (щитоподібної, прищитоподібних і надниркових) на основі власних клінічних досліджень», 0113U006384.
3. Хірургія, онкологія, ендокринологія.
4. 2+, В.
5. Патент України на корисну модель № 86005, зареєстрований в Держреєстрі патентів України на корисні моделі 10.12.2013 р.
6. Немає.
7. Спосіб відноситься до хірургії (ендокринної хірургії) та спрямований на лікування пошкоджених гортанних нервів, яке є важким ускладненням при виконанні операцій на щитоподібній залозі. Пошкодження гортанних нервів супроводжуються дисфонічним синдромом з комплексом відомих клінічних ознак (афонія, афагія, дихальна недостатність), що можуть суттєво погіршувати якість життя та мати летальні наслідки. Спосіб лікування ушкодженого

- поворотного гортанного нерва включає відновлення цілісності нерва (накладання анастомозу) з подальшою ізоляцією його від оточуючих тканин завдяки ізоляційній муфті. Муфта запобігає розвитку невриноми, грубих злукових змін та покращує провідність по ушкодженому нерву. Муфтою є фрагмент периферичної вени, діаметр котрої перевищує найбільший діаметр ураженого нерва. Муфту надягають на дистальний відрізок ушкодженого нерва. Пошкоджені нерви зшивають між собою «кінець в кінець» з використанням шовної нитки типу пролен 7-0 при використанні збільшувальної оптики. Після завершення накладання анастомозу, муфту протягують проксимально до зшитого нерва, до повного його перекриття. З метою покращення трофіки та проведення імпульсу на відновленій ділянці нерва проводять зрошування розчином препарату а-ліпоевої кислоти. Під час операції дистальний відрізок нерва знаходять за допомогою інтраопераційного нейромоніторингу. Відновлення провідності по ушкодженому нерву визначають після операції за допомогою оптичного фібрларингоскопа.
8. Застосування способу дозволяє зменшити прояви дисфонічного синдрому, зменшити перебування хворих у лікарні та на лікарняному листі. Впровадження даного способу в протокол хірургічного лікування пацієнтів з тиреоїдною патологією дає змогу суттєво підвищити ефективність та безпеку операцій.
 9. Розчин а-ліпоевої кислоти; фібрларингоскоп; інтраопераційний нейромоніторинг; збільшувальна оптика; шовний матеріал (типу пролен 7-0); ультразвукове дослідження.
 10. Лікування хворих, що мають післяопераційне ускладнення порушення інервації гортані після виконання хірургом операції тиреоїдектомії або втручання на лімфатичних вузлах центрального (VI) колектора шиї.
 11. Немає.
 12. Можливі загально хірургічні ускладнення, як наслідок порушення хірургом асептики та антисептики. Також можливі алергічні реакції внаслідок несприятливості лікарських препаратів (а-ліпоева кислота).
 13. Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин, Кловський узвіз, 13-А, м. Київ, 01021.
 14. Немає.
 15. Ларін О.С., Паламарчук В.О. (0442536626), Войтенко В.В.

Реєстр. № 729/1/14

1. **СПОСІБ ВИБОРУ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ.**
2. НДР «Комплексні підходи до ендоскопічних та хірургічних методів діагностики та лікування захворювань стравоходу, шлунку та стравохідно-шлункового переходу, які супроводжуються порушеннями прохідності», 0110U002459, 2010-2014 рр.
3. Хірургія.
4. 2++.
5. Патент на корисну модель № 83893, МПК А61В 17/00.Спосіб вибору оперативного втручання при лікуванні ускладнених форм виразкової хвороби дванадцятипалої кишки/Велигоцький М.М., Комарчук В.В., Трушин О.С., Комарчук С.В., Тесленко И.В.-З-ка №и21214866 від 24.12.12; опубл. 10.10.2013, бюл. №19.
6. Немає.

7. Спосіб вибору оперативного втручання при лікуванні ускладнених форм виразкової хвороби дванадцятипалої кишки шляхом проведення перед операцією внутрішньошлункової ендоскопічної рН-метрії за методикою проф. Чернوبرового В.М., при цьому отримані значення базальної секреції шлунка використовують під час операції після висічення виразки з ваготомією для порівняння, хворому додатково проводять інтраопераційну рН-метрію в базальних умовах по передній і задній стінках, по малій і великій кривизні тіла шлунка, в області дна і при зниженні рН після ваготомії з 1,6-2,6 до 5,5-7,0 од. ваготомію вважають ефективною, якщо інтраопераційна рН-метрія після ваготомії не показала зниження кислотності до 5,5-7,0 од., ваготомію вважають неефективною і проводять антрумектомію в поєднанні з ваготомією.
8. Запропонована тактика дозволяє диференційовано підійти до вибору методу оперативного лікування ускладненої виразки дванадцятипалої кишки. Індивідуальний підхід дозволить знизити кількість рецидивів виразкової хвороби після оперативного лікування і поліпшити якість життя.
9. Ацидогастрограф з електродною гастроентерологічною системою.
10. Ускладнені виразки дванадцятипалої кишки.
11. Вкрай важкий стан хворого, коли операція повинна бути виконана в найкоротші терміни.
12. При виконанні даної методики ускладнення не спостерігаються.
13. Харківська медична академія післядипломної освіти.
14. Немає.
15. Велигоцький М.М. (0503642041), Комарчук В.В (0503026218), Трушин О.С., Комарчук Є.В.(0503026939), Тесленко І.В. (0507819169).

Реєстр. № 730/1/14

1. **СПОСІБ АНТЕГРАДНОЇ ІНТУБАЦІЇ ТОНКОЇ КИШКИ.**
2. НДР «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактики ускладнень захворювань і травм очеревини та її ускладнень, грудної клітини і черевної порожнини у хворих з високим операційним ризиком», 0113U002537.
3. Хірургічні хвороби.
4. 2+, С.
5. Пат. № 76767 U, UA, МПК (2013.01) А61В 17/00. Спосіб антеградної інтубації тонкої кишки / Бойко В.В., Євтушенко Д.О.; ХНМУ – Заявка № u 201209010; заявл. 23.07.2012; опубл. 10.01.2013, Бюл. №1.
6. Спосіб антеградної інтубації тонкої кишки, що включає трансназальне введення інтубаційного зонда з провідником, до сліпої кишки, яку розсікають, та виводять кінець зонда назовні, затим отвір зонда відкривають та провідник видаляють, додатково зонд фіксують до країв цекостоми.
7. Спосіб антеградної інтубації тонкої кишки, що включає трансназальне введення інтубаційного зонда з провідником, який відрізняється тим, що куполу сліпої кишки через інтраопераційну контрапертуру у передній черевній стінці фіксують до країв рани, інтубаційний зонд з провідником на проксимальному кінці оснащують закритим отвором з гумовими манжетками ззовні, при цьому оральний кінець зонда виконаний з боковими отворами до 3 мм через кожні 10 см у шаховому порядку на протязі сегмента тонкої кишки, який інкубується. Зонд проводять до сліпої кишки, яку розсікають, та виводять кінець зонда назовні, затим отвір зонда відкривають та провідник видаляють, додатково зонд фіксують до країв цекостоми.
8. Медичні – зниження ризику рецидиву гострої тонко кишкової непрохідності. Соціальні – покращення якості життя у хворих на спайкову хворобу очеревини

шляхом використання розробленого методу інтубації кишечника. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 15,6 грн. на лікування 1 хворого на спайкову хворобу очеревини за рахунок зниження ліжко-днів на 5,6 %. Пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1000 хворих на рік, економічний ефект складає 15600 грн. на рік.

9. Інтубаційний зонд з провідником.
10. Спайкова хвороба очеревини, ускладнена гострою тонкокишковою непрохідністю.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Бойко В.В., Євтушенко Д.О. (0675845410).

Реєстр. № 731/1/14

1. **СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ КИШКОВОЇ БЕЗПЕРЕРВНОСТІ У ХВОРИХ З КОРОТКОЮ КУКСОЮ ПРЯМОЇ КИШКИ.**
2. НДР «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактики ускладнень захворювань і травм очеревини та її ускладнень, грудної клітини і черевної порожнини у хворих з високим операційним ризиком», 0113U002537.
3. Хірургічні хвороби.
4. 2+, С.
5. Пат. № 90215 U, UA, МПК А61В 17/00. Спосіб відновлення кишкової безперервності у хворих з короткою куксою прямої кишки / Бойко В.В., Тіщенко О.М., Іванова Ю.В., Лихман В.М., Меркулов А.О., Шевченко О.М.; ХНМУ – Заявка № u 201400730; заявл. 27.01.2014; опубл. 12.05.2014, Бюл. №9..
6. Спосіб відновлення кишкової безперервності у хворих з короткою куксою прямої кишки, що включає виділення від зрощень стомованої кишки та кукси прямої кишки, введення циркулярного зшиваючого апарата в куксу прямої кишки та створення анастомозу бік-у-кінець.
7. Спосіб відновлення кишкової безперервності у хворих з короткою куксою прямої кишки, що включає виділення від зрощень стомованої кишки та кукси прямої кишки, введення циркулярного зшиваючого апарата в куксу прямої кишки та створення анастомозу бік-у-кінець, який відрізняється тим, що зшиваючий апарат заводять в стому основною частиною, виводять шток та перфорують бокову стінку кишки, в куксу прямої кишки заводять голівку зшиваючого апарата, співставляють краї, зшивають, формуючи анастомоз бік у кінець, стому резектують за допомогою апарата, кистетним та Z-подібним швами скобки занурюють всередину, анастомоз екстраперитонеують, за лінію анастомозу трансанально заводять зонд.
8. Медичні – зниження ризику розвитку неспроможності швів при реконструктивно-відновних операціях після обструктивних резекцій товстої кишки. Соціальні – покращення якості життя у хворих, які перенесли реконструктивно-відновні операції після обструктивних резекцій товстої кишки. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 14,3 грн. на лікування 1 хворого після відновлення кишкової безперервності при короткій куксі прямої кишки, за рахунок зниження ліжко-днів на 5,6 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1000 хворих на рік, економічний ефект складає 14300 грн. на рік.
9. Циркулярний зшиваючий апарат.
10. Реконструктивно-відновні операції після обструктивної резекції прямої кишки.

11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Бойко В.В., Тіщенко О.М., Іванова Ю.В., Лихман В.М., Меркулов А.О., Шевченко О.М., Євтушенко Д.О (0675845410).

Реєстр. № 732/1/14

1. **СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ ЦІЛІСНОСТІ ТОВСТОЇ КИШКИ ПІСЛЯ НАКЛАДЕННЯ ДВОСТУЛКОВОЇ КОЛОСТОМИ.**
2. НДР «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактики ускладнень захворювань і травм очеревини та її ускладнень, грудної клітини і черевної порожнини у хворих з високим операційним ризиком», 0113U002537.
3. Хірургічні хвороби.
4. 2+, С.
5. Пат. № 87732 U, UA, МПК А61В 17/04. Спосіб відновлення цілісності товстої кишки після накладення двостулкової колостоми / Бойко В.В., Євтушенко Д.О. – Заявка № u 201312822; заявл. 04.11.2013; опубл. 10.02.2014, Бюл. №3.
6. Спосіб відновлення цілісності товстої кишки після накладання двостулкової колостоми, що включає мобілізацію кишки, резекцію частини кишки в межах неушкоджених ділянок та зшивання привідного та відвідного сегментів кишки вручну
7. Спосіб відновлення цілісності товстої кишки після накладання двостулкової колостоми, що включає мобілізацію кишки, резекцію частини кишки в межах неушкоджених ділянок та зшивання привідного та відвідного сегментів кишки вручну або за допомогою швидкозшиваючого міжкишкового апарату, який відрізняється тим, що спочатку привідний та відвідний сегменти кишки зшивають між собою бік у бік сіро-серозними вікриловими вузловими швами, потім у відвідний сегмент кишки вводять циркулярно зшиваючий апарат, проколюють зону площини раніше накладених швів, в привідний сегмент кишки вводять упорну голівку апарату та зшивають ще раз раніше зведені сегменти кишки, апарат видаляють із просвіту кишки, вільні кінці привідного та відвідного сегментів кишки зшивають апаратом та закривають додатково вузловими швами.
8. Медичні – зниження ризику розвитку спайкової хвороби очеревини при відновленні цілісності товстої кишки після накладення двостулкової колостоми. Соціальні – покращення якості життя у хворих, оперованих на органах черевної порожнини. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 15,2 грн. на лікування 1 хворого на спайкову хворобу очеревини за рахунок зниження ліжко-днів на 5,25 %. Відомо, що пропускну здатність спеціалізованого відділення – 1000 хворих на рік, економічний ефект складає 15200 грн. на рік.
9. Циркулярний зшиваючий апарат.
10. Спайкова хвороба очеревини.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Бойко В.В., Євтушенко Д.О. (0675845410).

Реєстр. № 733/1/14

1. **СПОСІБ ДРЕНУВАННЯ МАЛОГО ТАЗА ПРИ НИЗЬКИХ РЕЗЕКЦІЯХ ПРЯМОЇ КИШКИ.**
2. НДР «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактики ускладнень захворювань і травм очеревини та її ускладнень, грудної клітини і черевної порожнини у хворих з високим операційним ризиком», 0113U002537, 2013 – 2015 рр.
3. Хірургічні хвороби.
4. 2+, С.
5. Пат. № 80993 U, UA, МПК А61В 17/00. Спосіб дренування малого таза при низьких резекціях прямої кишки / Бойко В.В., Лихман В. М., Меркулов А. О.; ХНМУ. – Заявка № у 201301798; заявл. 14.02.2013; опубл. 10.06.2013, Бюл. №11.
6. Спосіб дренування малого таза, що включає дренування тазової порожнини здійснюють із двох точок.
7. Спосіб дренування малого таза, що включає дренування тазової порожнини, який відрізняється тим, що при низьких резекціях прямої кишки дренування малого таза здійснюють із двох точок, для чого після формування товстокишкового анастомозу й трансанальної декомпресійної інтубації товстої кишки, праворуч параректально дренують порожнину малого таза, заводять дренажну трубку, яку укладають по передньобоківій стінці прямої кишки, фіксують дренаж у параректальній області, потім виконують доступ для дренажу на передній боковій стінці ліворуч, виконують наскрізний отвір у черевній стінці, в отвір проводять дренажну трубку з гумовим дренажем, укладають трубковий дренаж у малий таз максимально вниз у крижову западину по задньобоківій стінці прямої кишки, гумовий дренаж укладають паралельно трубковому, кишку, несучу анастомоз, укривають парієтальною очеревиною, дренажі фіксують до шкіри на передній черевній стінці.
8. Медичні – зниження ризику розвитку ускладнень при низьких резекціях прямої кишки. Соціальні – покращення якості життя у хворих, оперованих на органах черевної порожнини. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 13,6 грн. на лікування 1 хворого на спайкову хворобу очеревини за рахунок зниження ліжко-днів на 4,9 %. Відомо, що пропускну здатність спеціалізованого відділення – 1000 хворих на рік, економічний ефект складає 13600 грн. на рік.
9. Дренажні трубки.
10. Рак прямої кишки.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Бойко В.В., Лихман В.М., Меркулов А.О., Євтушенко Д.О (0675845410).

Реєстр. № 734/1/14

1. **СПОСІБ КЕРОВАНОЇ ЛАПАРОТОМІЇ ПРИ РОЗЛИТОМУ ПЕРИТОНІТІ З КЛІНІКОЮ АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ.**
2. НДР «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактика ускладнень захворювань і травм органів грудної клітини і черевної», 0110U000649.
3. Хірургія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 74476 U, UA, МПК А61В 17/12. Спосіб керованої лапаротомії при розлитому перитоніті з клінікою абдомінального сепсису / Криворучко І.А., Бойко В.В., Красносельський М.В., Іванова Ю.В., Сивожелізов А.В., Ажгібесов

К.А., Повеличенко М.С., Гоні С.-А. Т., Федоренко Е.К., Перепадя С.В., Моїсеєнко А.С.; заявник та патентовласник Харківський національний медичний університет. – Заявка № u 2012 05459; Заявл. 03.05.2012; Опубл. 25.10.2012, Бюл. №20.

6. Спосіб керованої лапаротомії при розлитому перитоніті з клінікою абдомінального сепсису.
7. Спосіб керованої лапаротомії при розлитому перитоніті з клінікою абдомінального сепсису, який включає активну аспірацію інфікованого ексудату за допомогою вакуумного пристрою з замкнутою системою для аспірації, яку розташовують на самоклеючій плівці, згідно з яким додатково розсікають очеревину вздовж правого та лівого бокових каналів вздовж ободової кишки, перфоровану плівку заводять до обох бокових каналів та фіксують центральною проведенною ниткою через вікна в плівці в верхньому та нижньому кутах рани, на ній розміщують трубку для аспірації, трубку закривають плівкою, яку підшивають до фасції, зверху плівки розміщують ще одну трубку для аспірації, на яку укладають операційні серветки, всю рану закривають самоклеючою полівінілхлоридною плівкою з розмірами, які перевищують розмір рани у всіх напрямках.
8. Медичні - властивість сендвіча дозволяє захищати внутрішні органи за допомогою плівки, заведеної до обох бокових каналів (профілактика адгезії передньої черевної стінки та внутрішніх органів) та забезпечувати безпеку аспірації за допомогою плівки, яка закриває трубки для аспірації. Між плівками розміщують першу систему для аспірації. Другий шар плівки, яка підшита до фасції, та операційні серветки дають змогу для укладання другої закритої системи для аспірації. Укладання двох аспіраційних систем дає можливість активного відтоку інфікованого ексудату не тільки із рани, а й із черевної порожнини. Соціальні - підвищення якості життя хворого в післяопераційному терміні. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 77,0 грн. на лікування 1 хворого, за рахунок зниження ліжко-днів на 5,8 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1000 хворих на рік, економічний ефект складає 77000 грн. на рік.
9. Хірургічний інструментарій для виконання оперативних втручань на органах черевної порожнини.
10. Розлитий перитоніт з клінікою абдомінального сепсису.
11. Немає.
12. Порушення технології призначення та виконання.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Криворучко І.А., Бойко В.В., Красносельський М.В., Іванова Ю.В., Сивожелізов А.В., Ажгібесов К.А., Повеличенко М.С., Гоні С.-А.Т., Федоренко Е.К., Перепадя С.В., Моїсеєнко А.С. (0506305941).

Реєстр. № 735/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ АБСЦЕСІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ.**
2. НДР «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактики ускладнень захворювань і травм очеревини та її ускладнень, грудної клітини і черевної порожнини у хворих з високим операційним ризиком», 0113U002537.
3. Хірургічні хвороби.
4. 2+, С.

5. Пат. № 79796 U, UA, МПК А61В 17/00. Спосіб лікування післяопераційних абсцесів черевної порожнини / Гусак І.В., Маркович О.О., Клішин А.М., Шевченко О.М.; ХНМУ. – Заявка № у 201214442; заявл. 17.12.2012; опубл. 25.04.2013, Бюл. №8.
6. Спосіб лікування післяопераційних абсцесів черевної порожнини, який включає дію на гнійно-запальне вогнище ультразвуком низької частоти на фоні призначених лікарських засобів.
7. Спосіб лікування післяопераційних абсцесів черевної порожнини, який включає дію на гнійно-запальне вогнище ультразвуком на фоні призначених лікарських засобів, який відрізняється тим, що сеанс локального опромінення зони післяопераційного абсцесу здійснюють ультразвуком низької частоти в перебігу 20 хвилин при температурі $38,5 \pm 1$ °С, як лікарські засоби призначають 90 мг гідрокортизону і 1,5 г цефтріаксону шляхом введення їх за допомогою внутрішньотканинного іонофорезу та з першої доби післяопераційного періоду призначають імуностимулятор галавіт внутрішньом'язово 2 рази на день в першу добу та потім 1 раз на день в перебігу 10 діб, курсом всього 12 ін'єкцій по 0,1 г.
8. Медичні – зниження ризику рецидиву післяопераційних абсцесів черевної порожнини. Соціальні – покращення якості життя у хворих на післяопераційні абсцеси черевної порожнини. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 13,2 грн. на лікування 1 хворого з післяопераційними абсцесами черевної порожнини, за рахунок зниження ліжко-днів на 5,1 %. Пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1000 хворих на рік, економічний ефект складає 13200 грн. на рік.
9. Ультразвук низької частоти.
10. Післяопераційні абсцеси черевної порожнини.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Бойко В.В., Тарабан І.А., Гусак І.В., Шевченко О.М., Євтушенко Д.О. (0675845410).

Реєстр. № 736/1/14

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СПАЙКОВИХ КОНГЛОМЕРАТИВ ТОНКОЇ КИШКИ.**
2. НДР «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактики ускладнень захворювань і травм очеревини та її ускладнень, грудної клітини і черевної порожнини у хворих з високим операційним ризиком», 0113U002537.
3. Хірургічні хвороби.
4. 2+, С.
5. Пат. № 76766 U, UA, МПК А61В 17/00. Спосіб лікування спайкових конгломератів тонкої кишки / Бойко В.В., Євтушенко Д.О.; ХНМУ. – Заявка № у 201209009; заявл. 23.07.2012; опубл. 10.01.2013, Бюл. №1.
6. Спосіб лікування спайкових конгломератів тонкої кишки, який включає виділення із кишкових петель спайкового конгломерату тонкої кишки протягом 100 см від зв'язки Трейтца, накладання єюнотрансверзоанастомозу бік у бік, зону анастомозу додатково циркулярно вкривають пластиною ТахоКомб на протязі всієї зони швів шляхом фіксування до стінки кишки вузловими вікриловими швами.
7. Спосіб лікування спайкових конгломератів тонкої кишки, який включає виділення із кишкових петель спайкового конгломерату тонкої кишки протягом

- 100 см від зв'язки Трейтця, накладання єюотрансверзоанастомозу бік у бік між тонкою й ободовою кишками на рівні *tenia libera*, який відрізняється тим, що зону анастомозу додатково циркулярно вкривають пластиною ТахоКомб на протязі всієї зони швів шляхом фіксування до стінки кишки вузловими вікриловими швами.
8. Медичні – зниження ризику рецидиву гострої тонкокишкової непрохідності. Соціальні – покращення якості життя у хворих на спайкову хворобу очеревини. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 14,8 грн. на лікування 1 хворого на спайкову хворобу очеревини, ускладнену гострою тонкокишковою непрохідністю, за рахунок зниження ліжко-днів на 4,25 %. Пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1000 хворих на рік, економічний ефект складає 14800 грн. на рік.
 9. Шовний матеріал вікріл, ТахоКомб.
 10. Спайкова хвороба очеревини, ускладнена гострою тонкокишковою непрохідністю.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. Харківський національний медичний університет.
 14. Немає.
 15. Бойко В.В., Євтушенко Д.О. (0675845410).

Реєстр. № 737/1/14

1. **СПОСІБ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНІ ФОРМИ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ.**
2. НДР «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактика ускладнень захворювань і травм органів грудної клітини і черевної порожнини», 0110U000649.
3. Хірургія.
4. 2+, С.
5. Пат. № 74484 U, UA, МПК А61В 10/00, А61 В5/00. Спосіб оцінки якості життя хворих на ускладнені форми хронічного панкреатиту / Криворучко І.А., Гончарова Н.М., Арсен'єв О.В., Свирєпо П.В., Тесленко С.М., Сикал М.О., Тонкоглас О.А., Грицюта Н.О., Сивожелізов А.В., Колесник В.П.; заявник та патентовласник Харківський національний медичний університет. – Заявка № u201205644; Заявл. 08.05.2012; Опубл. 25.10.2012, Бюл. №20.
6. Спосіб оцінки якості життя хворих на ускладнені форми хронічного панкреатиту.
7. Спосіб оцінки якості життя (ЯЖ) хворих, який включає відображення клінічного стану хворого як результату медичної допомоги, згідно з яким у хворого на хронічний панкреатит та його ускладнені форми оцінюють такі параметри його життєдіяльності як рольове функціонування, диспептичний синдром, абдомінальний біль, психічне здоров'я та синдром закрєпів, всі виміри оцінюють в балах, затим виконують статистичну обробку одержаних вимірів на нелінійній математичній моделі за формулами:
Добра ЯЖ = $-23,13 + 0,156 \times \text{рольове функціонування} + 0,076 \times \text{диспептичний синдром} + 1,19 \times \text{абдомінальний біль} + 0,36 \times \text{психічне здоров'я} + 0,05 \times \text{синдром закрєпів};$
Задовільна ЯЖ = $-14,83 + 0,011 \times \text{рольове функціонування} + 0,78 \times \text{диспептичний синдром} + 0,93 \times \text{абдомінальний біль} + 0,26 \times \text{психічне здоров'я} + 0,024 \times \text{синдром закрєпів};$

Незадовільна ЯЖ = $-25,1 + 0,023 \times \text{рольове функціонування} + 1,01 \times \text{диспептичний синдром} + 1,72 \times \text{абдомінальний біль} + 0,17 \times \text{психічне здоров'я} + 0,3 \times \text{синдром закрепів}$;

де ЯЖ – критерій якості, числа – значення класифікаційних функцій і, якщо критерій ≥ 15 , ЯЖ оцінюють як добру, якщо $4 < \text{критерій} < 15$, ЯЖ оцінюють як задовільну, якщо критерій ≤ 4 , ЯЖ оцінюють як незадовільну

8. Медичні - специфічність критеріїв, їх інформаційна значущість та характер математичної моделі, які були встановлені в клінічних дослідженнях хворих з хронічним панкреатитом, в тому числі і його ускладненими формами. Соціальні - підвищення якості життя хворого на хронічний панкреатит. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 75,0 грн. на лікування 1 хворого, за рахунок зниження ліжко-днів на 5,4 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1000 хворих на рік, економічний ефект складає 75000 грн. на рік.
9. Діагностичні засоби.
10. Ускладнені форми хронічного панкреатиту.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Криворучко І.А., Гончарова Н.М., Арсен'єв О.В., Свирєпо П.В., Тесленко С.М., Сикал М.О., Тонкоглас О.А., Грицюта Н.О., Сивожелізов А.В., Колесник В.П. (0506305941).

Реєстр. № 738/1/14

1. **СПОСІБ ПІДГОТОВКИ ХВОРИХ ДО РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНИХ ОПЕРАЦІЙ ПІСЛЯ ОБСТРУКТИВНИХ РЕЗЕКЦІЙ ТОВСТОЇ КИШКИ.**
2. НДР «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактики ускладнень захворювань і травм очеревини та її ускладнень, грудної клітини і черевної порожнини у хворих з високим операційним ризиком», 0113U002537.
3. Хірургічні хвороби.
4. 2+, С.
5. Пат. № 80486 U, UA, МПК А61В 5/00. Спосіб підготовки хворих до реконструктивно-відновних операцій після обструктивних резекцій товстої кишки / Бойко В.В., Маметкулієв Б., Шевченко О.М.; ХНМУ. – Заявка № u 201107091; заявл. 21.01.2013; опубл. 27.05.2013, Бюл. №10.
6. Спосіб підготовки хворих до реконструктивно-відновних операцій після обструктивних резекцій товстої кишки, що включає дилатацію дистального відділу товстої кишки шляхом введення в нього кожного разу рідини в об'ємі, що становить 110 % від наявного об'єму кукси.
7. Спосіб підготовки хворих до реконструктивно-відновних операцій після обструктивних резекцій товстої кишки, що включає дилатацію дистального відділу товстої кишки шляхом введення в нього кожного разу рідини в об'ємі, що становить 110 % від наявного об'єму кукси, який відрізняється тим, що дилатацію здійснюють рідиною з антибактеріальними властивостями до досягнення діаметром кукси дистального відділу товстої кишки розміру діаметра кукси проксимального відділу товстої кишки.
8. Медичні – зниження ризику розвитку неспроможності швів при реконструктивно-відновних операцій після обструктивних резекцій товстої кишки. Соціальні – покращення якості життя у хворих, які перенесли

реконструктивно-відновні операції після обструктивних резекцій товстої кишки. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 14,0 грн. на лікування 1 хворого на спайкову хворобу очеревини, ускладнену гострою тонко кишковою непрохідністю, за рахунок зниження ліжко-днів на 5,4 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1000 хворих на рік, економічний ефект складає 14000 грн. на рік.

9. Дренажна трубка, рідина з антибактеріальною властивістю.
10. Підготовка хворих до реконструктивно-відновних операцій після обструктивних резекцій товстої кишки.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Бойко В.В., Тарабан І.А., Шевченко О.М., Євтушенко Д.О. (0675845410).

Реєстр. № 739/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ УТВОРЕННЯ СПАЙОК ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ.**
2. НДР «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактики ускладнень захворювань і травм очеревини та її ускладнень, грудної клітини і черевної порожнини у хворих з високим операційним ризиком», 0113U002537.
3. Хірургічні хвороби.
4. 2+, С.
5. Пат. № 89853 U, UA, МПК G01N 33/00. Спосіб прогнозування утворення спайок після хірургічного лікування шлунково-кишкового тракту / Євтушенко Д.О., Бойко В.В.; ХНМУ.– Заявка № у 201400057; заявл. 08.01.2014; опубл. 25.04.2014, Бюл. №8.
6. Спосіб прогнозування утворення спайок після хірургічного лікування шлунково-кишкового тракту, який включає дослідження проби біологічної рідини вмісту оксипроліну.
7. Спосіб прогнозування утворення спайок після хірургічного лікування шлунково-кишкового тракту, який включає дослідження проби біологічної рідини, який відрізняється тим, що в сечі хворого оцінюють вміст оксипроліну і при його підвищенні по відношенню до референтних значень до $40,3 \pm 3,32$ мг/добу прогнозують утворення спайок в післяопераційному терміні.
8. Медичні – зниження ризику розвитку спайкової хвороби очеревини. Соціальні – покращення якості життя у хворих, оперованих на органах черевної порожнини. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 14,9 грн. на лікування 1 хворого на спайкову хворобу очеревини за рахунок зниження ліжко-днів на 5,5 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1000 хворих на рік, економічний ефект складає 14900 грн. на рік.
9. Реактив для визначення вмісту оксипроліну у сечі.
10. Спайкова хвороба очеревини.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Євтушенко Д.О., Бойко В.В. (0675845410).

Реєстр. № 740/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГРАМОВАНОЇ САНАЦІЇ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ АБДОМІНАЛЬНОМУ СЕПСИСІ.**
2. НДР «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактика ускладнень захворювань і травм органів грудної клітини і черевної порожнини», 0110U000649.
3. Хірургія.
4. 2+,С.
5. Пат. № 74060 U, UA, МПК А61В 17/00. Спосіб програмованої санації черевної порожнини при абдомінальному сепсисі / Криворучко І.А., Бойко В.В., Красносельський М.В., Іванова Ю.В., Сивожелізов А.В., Ажгібесов К.А., Повеличенко М.С., Гоні С.-К. Т., Федоренко Е.К., Перепадя С.В., Моїсеєнко А.С.; заявник та патентовласник Харківський національний медичний університет. – Заявка № u201205462; Заявл. 03.05.2012; Опубл. 10.10.2012, Бюл. №19.
6. Спосіб програмованої санації черевної порожнини при абдомінальному сепсисі.
7. Спосіб програмованої санації черевної порожнини при абдомінальному сепсисі, що включає забезпечення відтоку та видалення інфікованого ексудату із черевної порожнини шляхом його вакуумування, згідно з яким одночасно вакуумують черевну порожнину та лапаротомну рану замкнутими трубчастими системами, одну з яких розміщують між плівкою, яка захищає внутрішні органи, та плівкою, підшитою до очеревини по периметру рани, а другу - між серветками, які прикривають плівку, підшиту до очеревини, та самоклеючою плівкою, яка прикриває рану.
8. Медичні - синергізм чинників, які є етапами даної технології: розташування трубчастих замкнутих систем одна на одній, ефективно та безпечно їх розділення. Соціальні - підвищення якості життя хворого в післяопераційному терміні. Економічні – скорочення фінансових витрат в розмірі 82,0 грн. на лікування 1 хворого, за рахунок зниження ліжко-днів на 6,1 %. Відомо, що пропускна здатність спеціалізованого відділення – 1000 хворих на рік, економічний ефект складає 82000 грн. на рік.
9. Хірургічний інструментарій для виконання оперативних втручань на органах черевної порожнини.
10. Абдомінальний сепсис.
11. Немає.
12. Порушення технології призначення та виконання.
13. Харківський національний медичний університет.
14. Немає.
15. Криворучко І.А., Бойко В., Красносельський М.В., Іванова Ю.В., Сивожелізов А.В., Ажгібесов К.А., Повеличенко М.С., Гоні С.-К.Т., Федоренко Е.К., Перепадя С.В., Моїсеєнко А.С. (0506305941).

ХІРУРГІЯ СЕРЦЯ І МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН

Реєстр. № 741/1/14

1. **ПРОТОКОЛ ОПИСУ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ ПРИ АНЕВРИЗМІ ЧЕРЕВНОГО ВІДДІЛУ АОРТИ.**
2. НДР «Розробка комплексної програми лікування аневризми черевного відділу аорти», 01124000832, 2012 - 2014 рр.
3. Судинна хірургія.
4. 3, D.
5. Авторське право на науковий твір № 49080. Протокол описания компьютерной томографии при аневризме брюшного отдела аорты / Никоненко А.А.,

Волошин А.Н.; зареєстровано в державному реєстрі патентів України за № 49080, дата реєстрації 13.05.2013 р.

6. Немає.
7. До теперішнього часу стандартний опис результату КТ-обстеження лікарем променевої діагностики не завжди дозволяє визначитися щодо вибору оптимального методу та техніки хірургічного лікування в залежності як від властивостей аневризми, так і супутнього ураження вісцеральних гілок черевного відділу аорти. Запропонований протокол опису комп'ютерної томографії при аневризмі черевного відділу аорти найбільш конструктивно та детально описує форму та топографо-анатомічні властивості аневризми, що дозволяє оптимально обрати вид та об'єм оперативного втручання.
8. Підвищення якості діагностики та ефективності хірургічного лікування хворих з аневризмами черевного відділу аорти за рахунок оптимального обрання виду та об'єму оперативного втручання; 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: оптимізація медикаментозного та хірургічного лікування аневризм, покращання результатів оперативних втручань внаслідок підвищення якості діагностики в залежності як від властивостей аневризми, так і супутнього ураження вісцеральних гілок черевного відділу аорти. Соціальна ефективність: зменшення летальності, кількості ускладнень та покращання якості життя хворих на аневризму черевної аорти, яким застосовували своєчасне якісне дослідження – МСКТ для вибору оптимального методу лікування. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих з аневризмою черевного відділу аорти шляхом підвищення ефективності профілактичних (виявлення «малих аневризм» на доклінічному етапі методом МСКТ) та лікувальних заходів (за рахунок обгрунтованої медикаментозної стабілізації аневризм, визначення етапності хірургічного лікування та застосування малотравматичних операцій).
9. Комп'ютерні томограми. Протокол опису комп'ютерної томографії при аневризмі черевного відділу аорти.
10. Аневризма черевного відділу аорти.
11. Немає.
12. Щоб запобігти неправильному трактуванню результатів комп'ютерної томографії доцільна присутність лікаря - судинного хірурга при проведенні КТ-обстеження хворого на аневризму черевної аорти для найбільш конструктивного опису протоколу.
13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», 69096, Україна, м. Запоріжжя, бульвар Вінтера, 20, тел. (061) 279-16-38.
14. Немає.
15. Никоненко А. (06127669240), Никоненко О.С. (0612791638), Буга Д.А. (06127669632), Єрмолаєв Є.В. (06127669341), Волошин О.М. (06127663352).

Реєстр. № 742/1/14

1. СПОСІБ НАКЛАДАННЯ БЕЗШОВНОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ АНЕВРИЗМ__ЧЕРЕВНОГО ВІДДІЛУ АОРТИ.
2. НДР «Розробка комплексної програми лікування аневризми черевного відділу аорти», 01124000832, 2012 - 2014 рр.

3. Судинна хірургія.
4. 3, D.
5. Патент на корисну модель № 83886 Україна, МПК (2013.01) А61В 17/00. Спосіб накладання безшовного анастомозу при хірургічному лікуванні аневризми черевного відділу аорти / Никоненко А.О., Никоненко А.С., Буга Д.А. та ін.; заявник та патентовласник ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». - № u 2012 12773; заявл. 09.11.2012 ; опубл. 10.10.2013, Бюл. № 19.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб включає накладання тонкого титанового персня довжиною 24 мм для внутрішньо-просвітнього безшовного з'єднання аорти та артіфіціального судинного протеза. Накладання безшовного анастомозу шляхом встановлення персня між двома стінками протезу виключає можливість контакту крові з нерівною поверхнею персня, та забезпечує підвищення ефективності операції зі зменшенням кількості післяопераційних ускладнень. При накладанні анастомозу по запропонованій методиці використовується перстень з конусоподібним бортиком з обох боків висотою 18 мм. Діаметр перстня адаптований до просвіту аорти (індивідуальний підбір на доопераційному етапі за даними комп'ютерної томографії), що сприяє менш травматичному внутрішньо - судинному встановленню персня та більш щільній фіксації. Перстень встановлюється між двома стінками протезу (протез вивертається з середини персня назовні, вкриваючи останній з усіх боків). Потім перстень імплантують у просвіт шийки аорти, та ззовні фіксують за допомогою лігатури з матеріалу, що не розсмоктується (однією стрічкою шириною 0,6 см).
8. Підвищення ефективності хірургічного лікування хворих з аневризмами черевного відділу аорти, зменшення загального часу операції, 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: покращання результатів оперативних втручань внаслідок застосування малотравматичних операцій - безшовного анастомозу при хірургічному лікуванні аневризми черевного відділу аорти; зменшення післяопераційних ускладнень і летальності. Соціальна ефективність: покращання якості життя та здоров'я населення за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів та зниження частоти ускладнених аневризм черевного відділу аорти, що потребують оперативного лікування, внаслідок впровадження персоналізованих хірургічних лікувальних стратегій. Економічна ефективність: скорочення фінансових витрат на лікування хворих з аневризмою черевного відділу аорти шляхом підвищення ефективності лікувальних заходів (за рахунок застосування малотравматичних операцій, зменшення середнього терміну стаціонарного лікування хворого).
9. Титановий перстень адаптований до просвіту аорти.
10. Накладання анастомозу між аортою та алопротезом при оперативному втручанні резекції аневризми черевної аорти, аллопротезуванні черевної аорти.
11. Довжина шийки аневризми черевної аорти менше 18 мм або відсутність шийки аневризми (юкстаренальна аневризма черевної аорти).
12. Щоб запобігти міграції титанового персня та кровотечі, потрібно після накладання безшовного анастомозу виконати пробне зняття затискача з аорти (при пережатому аллопротезі) з метою перевірки анастомозу на герметичність.
13. Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», 69096, Україна, м. Запоріжжя, бульвар Вінтера, 20, тел. (061) 279-16-38.
14. Немає

15. Никоненко А.О. (06127669240), Никоненко О.С. (0612791638), Буга Д.А. (06127669632), Єрмолаєв Є.В. (06127669341), Волошин О.М. (06127663352).

Реєстр. № 743/1/14

- 1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СЕГМЕНТАРНОГО СТЕНОЗУ АРТЕРІЇ ПРИ ОБЛІТЕРУЮЧОМУ АТЕРОСКЛЕРОЗІ.**
- НДР «Удосконалення малоінвазивного хірургічного лікування та знеболення при захворюваннях черевної стінки, кишечника, жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, нирок та сечовивідних шляхів, матки, вен, хребта та органу слуху в умовах хірургічного стаціонару короткострокового перебування», 0109U006608.
- Хірургічне лікування серця і судин.
- 2+С.
- Пат. на корисну модель № 57594 Україна, МПК А61В 17/22. Заявник та патентовласник Гупало Ю.М., Лисайчук Ю.С., Діденко С.М., Швед О.Є., Субботін В.Ю., Левін О.Г., Куцин А.М., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.03.2011, Бюл. № 5/2011.
- Немає.
- Спосіб хірургічного лікування сегментарного стенозу артерії при облітеруючому атеросклерозі, який включає балонну дилатацію під променевим дослідженням, який відрізняється тим, що в якості променевого дослідження використовують ультразвукове дуплексне сканування, яким також проводять безпосередній контроль результату операції і реєстрацію гемодинамічних показників.
- Спосіб дозволяє уникнути променевого навантаження пацієнта та виконавців операції та проконтролювати безпосередній післяопераційний результат і гемодинамічні показники.
- УЗД апарат, балон-катетери, пункційний набір.
- Облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок із сегментарними стенозами артерій.
- Виражений процес деструкції тканин в проекції ураженого артеріального сегменту, що спричиняє проблеми УЗД-візуалізації стенотичного ураження артерії.
- Десеція атеросклеротичної бляшки, артеріальний тромбоз.
- Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.
- Клінічна лікарня «Феофанія», Київський медичний університет УАНМ, Центральна районна лікарня міста Саки.
- Гупало Ю.М., Лисайчук Ю.С., Діденко С.М., Швед О.Є., Субботін В.Ю., Левін О.Г., Куцин А.М. (0679097959).

МОРФОЛОГІЯ ЛЮДИНИ

Реєстр. № 744/1/14

- 1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ХРОНОМІКРОСКОПІЧНОЇ СТРУКТУРИ ПНЕАЛОЦИТІВ В УМОВАХ ГІПОФУНКЦІЇ ШИШКОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ.**
- НДР «Стресіндуковані морфофункціональні та біохімічні зміни структур хроноперіодичної і гепато-ренальної систем у ссавців», 0114U002472.
- Морфологія людини.
- 2+.

5. Патент 81331 Україна, МПК А61К 38/00. Спосіб визначення субмікроскопічних змін пінеалоцитів при тривалому освітленні / Булик Р.Є., Пішак В.П., Хоменко В.Г., Кривчанська М.І., Ломакіна Ю.В.; Заявник Буковинський державний медичний університет. – № заяви u201300579 від 17.01.2013; опубл. 25.06.2013, бюл. № 12.
6. Немає.
7. Хрономікроскопічні дослідження пінеалоцитів в умовах гіпофункції шишкоподібної залози показали, що у тварин, що перебували в умовах цілодобового постійного освітлення мікроскопічна організація пінеалоцитів свідчить про виражені порушення реактивного характеру на тлі пригнічення біосинтетичних внутрішньоклітинних процесів. Зокрема, о 14.00 год виявляються здебільшого темні пінеалоцити, що містять вузький обідок прозорої чи еозинофільної цитоплазми і невелике, неправильної чи округлої форми ядро. Отже, суть нововведення полягає у визначенні хрономікроскопічної структури пінеалоцитів в умовах гіпофункції шишкоподібної залози за умов тривалості світлового періоду (постійне освітлення).
8. Ін'єкції синтетичного епіфізарного тетрапептиду епіталону призвели до покращання функціональної активності пінеалоцитів в умовах гіпофункції шишкоподібної залози.
9. Тварини першої серії перебували 7 діб за умов стандартного світлового режиму – LD (світло з 08.00 до 20.00 год, освітленість люмінесцентними лампами на рівні кліток 500 лк). Щури другої серії перебували за умов постійного освітлення (LL – моделювання гіпофункції шишкоподібної залози) впродовж 7-ми діб. Тварини третьої серії знаходилися в умовах, як і щури другої серії, які щоденно о 19.00 год підшкірно отримували ін'єкцію епіталону у дозі 0,5 мкг/кг, у 0,5 мл фізіологічного розчину. Шишкоподібні залози фіксували у 10% розчині нейтрального забуференого формаліну впродовж 48-ми годин, після чого виконували зневоднювання у спиртах та парафінову заливку. Парафінові зрізи 5 мкм завтовшки фарбували гематоксиліном і еозином. Дослідження в інтактних тварин у нічний період доби та в щурів другої серії проводили при слабкому (2 лк) червоному світлі, яке практично не впливає на біосинтез мелатоніну шишкоподібною залозою.
10. Застосування епіталону призвели до покращання функціональної активності пінеалоцитів. Це проявилось збільшенням кількості світлих пінеалоцитів, які характеризувалися інтенсивно прозорою чи помірно базифільною цитоплазмою, ядрами округло-овальної чи еліпсоподібну.
11. Немає.
12. Не виявлено.
13. Буковинський державний медичний університет, 58022, м. Чернівці, вул. Ю.Федьковича, 15.
14. Немає.
15. Булик Р.Є., Пішак В.П., Хоменко В.Г. (0506752184).

Реєстр. № 745/1/14

1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ МЕЛАТОНІНОМ ГІСТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН ШИШКОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА НИРОК ЗУМОВЛЕНИХ ДІЄЮ АНАПРИЛІНУ.
2. НДР «Стресіндуковані морфофункціональні та біохімічні зміни структур хроноперіодичної і гепато-ренальної систем у ссавців», 0114U002472.
3. Морфологія людини.
4. 2+, С.

5. Патент 81330 Україна, МПК А61К 38/00. Спосіб корекції хроноритмів імуноструктурного гомеостазу / Захарчук О.І., Пішак В.П., Кривчанська М.І., Хоменко В.Г.; Заявник Буковинський державний медичний університет. – № заяви u201300578 від 17.01.2013; опубл. 25.06.2013, бюл. № 12.
6. Немає.
7. Спосіб забезпечує ефективність лікування порушень хроноритмологічної функції шишкоподібної залози. Використання способу дозволить з'ясувати особливості впливу β -блокатора анаприліну на патоморфологічний стан шишкоподібної залози при стандартному режимі освітлення, а також можливість корегувальної дії екзогенного мелатоніну, що являється важливим у терапевтичній практиці. Отже, суть нововведення полягає в удосконаленні корекції функціональної активності шишкоподібної залози шляхом використання лікарських засобів – мелатоніну на фоні дії анаприліну, для забезпечення нормального функціонування шишкоподібної залози за умов стандартного режиму освітлення.
8. Нормалізація гістоморфологічних показників епіфіза та нирок за умов стандартного режиму освітлення при дії мелатоніну на фоні впливу β -блокатора анаприліну.
9. Експерименти проведено на 42 білих нелінійних статевозрілих щурах-самцях масою 150 ± 30 г. Впродовж 1 місяця до початку та під час експерименту тварин утримували у віварії за умов сталої температури ($18-21^{\circ}\text{C}$) і вологості повітря (50-55 %) в окремих клітках з вільним доступом до води та їжі, при стандартному режимі освітлення (12.00С : 12.00Т), із дотриманням положень Директиви ЄС №609 (1986) та наказу МОЗ України №281 від 01.11.2000 р «Про заходи щодо подальшого удосконалення організаційних норм роботи з використанням експериментальних тварин». Анаприлін вводили внутрішньоочередовно щоденно у дозі 2,5 мг/кг маси тіла на дистильованій воді о 19.00 год впродовж 7 днів експерименту. За стандартних умов освітлення внутрішньоочередовно вводили мелатонін у дозі 0,5 мг/кг маси тіла щура на ізотонічному розчині натрію хлориду вранці о 8.00 год.
10. Спосіб забезпечує ефективність лікування порушень хроноритмологічної функції шишкоподібної залози. Використання способу дозволить з'ясувати особливості впливу β -блокатора анаприліну на патоморфологічний стан шишкоподібної залози при стандартному режимі освітлення, а також можливість корегувальної дії екзогенного мелатоніну, що являється важливим у терапевтичній практиці.
11. Немає.
12. Не виявлено.
13. Буковинський державний медичний університет, 58022, м. Чернівці, вул. Ю.Федьковича, 15, тел. (03722)33021.
14. Немає.
15. Булик Р.Є, Пішак В.П., Кривчанська М.І., Хоменко В.Г. (0506752184).

Реєстр. № 746/1/14

1. **СПОСІБ ЛАЗЕРНОЇ ПОЛЯРИМЕТРИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН.**
2. НДР «Закономірності перинатальної анатомії та ембріотопографії. Визначення статево-вікових особливостей будови і топографо-анатомічних взаємовідношень органів та структур в онтогенезі людини», 0110U003078, 2010-2014 рр.
3. Морфологія людини.
4. 2++, В.

5. Пат. 97905, МПК А61В 8/13 (2006.01), G01N 21/17 (2006/01), G09В 23/28 (2006.01). Спосіб лазерної поляриметричної діагностики біологічних тканин / Ушенко Олександр Григорович, Бойчук Тарас Миколайович, Ахтемійчук Юрій Танасович, Антонюк Ольга Петрівна; Заявник Буковинський державний медичний університет. – № заявки а201100949 від 28.01.2011; опубл. 26.03.2012, Бюл. № 6.
6. Немає.
7. Розроблена і апробована нова методика лазерної поляризаційно-чутливої діагностики, яка дозволяє визначати критерії оцінки лазерних поляризаційних зображень біологічних тканин у нормі та патології на основі статистичного (статистичні моменти 1-го-4-го порядків), кореляційного та фрактального аналізу. Дослідження статистичних моментів координатних розподілів інтенсивності мікроскопічних лазерних зображень сироватки крові; визначення оптичних параметрів лазерної поляриметрії тканин внутрішніх органів у нормі та патології; диференціальна діагностика септичного та реактивного артритів; моніторинг часових після смертних морфологічних змін біологічних тканин.
8. Медичні: автоматизований контроль розподілів поляризаційних характеристик неоднорідних біологічних об'єктів дозволяє ідентифікувати структурні зміни біологічної тканини. Соціальні: підвищення ефективності медичної діагностики в нормі та патології. Економічні: мінімальні затрати на виготовленні гістологічних препаратів, оскільки спосіб не вимагає їх фарбування.
9. Оптична установка для вимірювання поляризаційних мап біологічних тканин. Програмне забезпечення для автоматичного аналізу лазерних зображень біологічних тканин.
10. Лазерна поляриметрія біологічних об'єктів спрямована на розробку спектрополяриметричного методу ранньої (доклінічної) діагностики виникнення та перебігу патологічних і запальних процесів у тканинах людини.
11. Немає.
12. Немає.
13. Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці.
14. Немає.
15. Ушенко О.Г., Бойчук Т.М., Антонюк О.П. (0954851346).

Реєстр. № 747/1/14

1. **СПОСІБ ВИВЧЕННЯ СТЕРЕОМОРФОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ЛЮДИНИ.**
2. НДР «Структурна та тривимірна організація екзокринних залоз і органів травного тракту людини в нормі та патології», 0111U004878.
3. Морфологія людини.
4. 2+, С.
5. Пат. України 83435, МПК А 61 В 5/00, G 01 N 33/48. Спосіб дослідження передміхурової залози людини / Устенко Р.Л., Шерстюк О.О., Свінцицька Н.Л. - № 201303466. – Заявл. 2013.03.21; опубл. 2013.09.10. – Бюл. № 17. – 4 с.
6. Устенко Р.Л. Стереоморфологические особенности желез периферической зоны простаты человека / Р.Л. Устенко, О.А. Шерстюк, Н.Л. Свинцицкая и др. // Таврический медико-биологический вестник. – 2013. – Т.16, №1, ч.2 (61). – С. 193-197.
7. Використання методу, що описаний у нововведенні, дозволяє отримувати тривимірні моделі досліджуваних мікрооб'єктів з високим рівнем деталізації. Отримані препарати передміхурової залози фіксували в 10% розчині формаліну. Одержували серійні тонкі парафінові зрізи та фарбували їх гематоксиліном та

еозином. Втрата зрізів в серії більше 3% не дозволяється. Потім проводили мікрофотографування певних структур на кожному із зрізів при дотриманні єдиного для всієї серії кінцевого збільшення. Потім селективно виділяли контури досліджуваних структур та додаткових координат. Для виконання цього етапу використовували графічні фотореконструкції. Потім копіювали з фотореконструкцій необхідні структури та додаткові координати на пластини, що є прозорими, для попередньої оцінки, аналізу та послідовності наступної укладки воскових пластин завтовшки 2 мм. Отримували контури досліджуваних мікрооб'єктів та додаткових координат, що дозволяють одержати правильну укладку заготовок, на воскових пластинах. Після цього вирізали з воскових пластин необхідні морфологічні структури гострим скальпелем. Окремі деталі зрізу, в тому числі і додаткові координати, повинні зберігати істинні взаємовідношення між собою, тому тимчасово зберігали штучні містки. Потім проводили послідовну укладку отриманих структур одну на одну, спираючись на додаткові координати. Таким чином отримали максимально точний тривимірний каркас первинної моделі в результаті укладки серії воскових пластин-шаблонів. Потім проводили заключний етап створення просторової воскової моделі передміхурової залози: на місця розташування штучних воскових містків встановлювали тонкі металеві голки, а самі містки видаляли шляхом їх зрізання розігрітим скальпелем.

8. Медичний - отримані нові дані про особливості конструкції залозистих компонентів передміхурової залози людини та проведений стереологічний аналіз їх гемомікроциркуляторного русла варі уваги патологоанатомів і клініцистів, які зацікавлені в більш глибокому розумінні природи й патогенезу відомих його хвороб. Соціальний - отримані моделі залозистих компонентів передміхурової залози людини та їх гемомікроциркуляторного русла завдяки своїй якості та натуральній наочності можуть бути використані у вигляді ілюстрацій анатомічних атласів, а також таблиць і мультимедійних презентацій у викладанні анатомії, топографічної анатомії і на кафедрах хірургічного профілю.
9. 12% розчин формаліну, «Віск базисний 02», маркер, прозора плівка, офтальмологічний скальпель, краплеподібна стоматологічна гладилка № 3-4, спиртівка.
10. Дослідження залозистих компонентів передміхурової залози людини та їх гемомікроциркуляторного русла з метою доповнення та поглиблення наявних в літературі даних.
11. Не виявлено.
12. Не виявлено.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.
14. Немає.
15. Устенко Р.Л. (0662744831), Шерстюк О.О., Свінцицька Н.Л.

Реєстр. № 748/1/14

1. СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ ГОСТРОГО ГАСТРИТУ.
2. НДР «Експериментально-морфологічне вивчення дії трансплантатів кріоконсервованої плаценти та інших екзогенних чинників на морфофункціональний стан ряду внутрішніх органів», 0113U006185, 2013-2018 рр.
3. Морфологія, патоморфологія.
4. 2+, С.

5. Пат. 80527 України, МПК А61D7/00. Спосіб моделювання гострого гастриту/ Білаш С.М., Шепітько В.І., Єрошенко Г.А. [та ін.] ; № u2012 07369 ; Заявл. 18.06.2012 , Опубл. 10.06.2013 , Бюл. № 11.
6. Немає.
7. Спосіб моделювання гострого гастриту включає в себе методику відтворення запалень оболонок шлунку, який відрізняється тим, що запалення викликають введенням сульфатизованого полісахариду, виділеного з ірландського моху Chondrus - λ-карагіненом. Запропонований спосіб здійснюється шляхом введення внутрішньоочередово 5 мг λ-карагінену в 1 мл ізотонічного розчину хлориду натрію, внаслідок чого вже з 1-2-ї доби розвивається гостре асептичне запалення стінок шлунку, що досягає максимального розвитку на 7-у добу та вщухає до 30 - ї доби.
8. Створення моделі гострого гастриту у піддослідних тварин для подальшого корегування цього патологічного процесу різними фармакологічними препаратами, а також для безпосереднього вивчення морфологічних змін в оболонках шлунку при гострому гастриті.
9. 5 мг λ-карагінену, 1 мл ізотонічного розчину хлориду натрію
10. Для створення моделі гострого гастриту у піддослідних тварин.
11. Немає.
12. Необхідно дотримуватись концентрації λ-карагінену та методики внутрішньоочередового введення.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Шепітько В.І., Білаш С. М., Єрошенко Галина Анатоліївна (0997275424), Лисаченко О. Д., Стецук Є. В., Якушко О. С.

Реєстр. № 749/1/14

- 1. СПОСІБ ГІСТОЛОГІЧНОЇ ОЦІНКИ СТАНУ ЕМАЛІ ЗУБІВ ЛЮДЕЙ ТА ТВАРИН.**
2. НДР «Морфогенез епітеліальної та сполучної тканини за фізіологічних та патологічних умов», 0109U008570, 2010-2015 рр.
3. Морфологія людини.
4. С.
5. Пат. 51804 Україна, МПК (2009): А61В10/00. Спосіб гістологічної оцінки стану емалі зубів людей та тварин/ Бреус В.Є., Ульянов В.О.; заявник та патентовласник Одеський національний медичний університет. - № u201003859; заявл. 06.04.10; опубл. 26.07.10, Бюл. № 14.
6. Немає.
7. Поставлена задача вирішується наступним чином: спочатку знаходять середні кути нахилу емалевих призм до емалево-дентинної поверхні на відстані 50 мкм від дентину, в середині товщі емалі та на відстані 50 мкм від її поверхні на оклюзійних, середніх і пришийкових частинах коронок різців, іклів, премолярів і молярів з вестибулярних, оральних і бокових сторін їх коронок.
8. Застосування способу дозволяє отримати у межах коронки одного зуба майже 30 об'єктивних (цифрових) показників з більшою точністю вимірювання (на один порядок), які дають змогу визначити напрямок ходу більшості призм у різних шарах емалі з різних частин і сторін коронок функціонально різних зубів, що дозволяє об'єктивно порівнювати емаль окремих зубів на мікроскопічному рівні і визначає оптимальний напрямок зрізання емалі в стоматологічній практиці.

9. Поляризаційний мікроскоп.
10. Гістологічна оцінка стану емалі зубів людей та тварин.
11. Немає.
12. Не відмічені.
13. Одеський національний медичний університет, 65082, м. Одеса, Валіховський провулок, 2.
14. Немає.
15. Бреус В.Є., Ульянов В.О. (0663898822).

Реєстр. № 750/1/14

1. **СПОСІБ ФІКСАЦІЇ ТКАНИН ОЧНОГО ЯБЛУКА ДЛЯ ГІСТОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.**
2. НДР «Морфогенез епітеліальної та сполучної тканини за фізіологічних та патологічних умов», 0109U008570, 2010-2015 рр.
3. Морфологія людини.
4. С.
5. Пат. 72364 Україна, МПК G09B 23/28 (2006.01). Спосіб фіксації тканин очного яблука для гістологічних досліджень / Ульянов В.О., Уманець М.М., Левицький І.М., Заводна В.С.; заявник та патентовласник Одеський національний медичний університет. – № u201203522; заявл. 26.03.12.; опубл. 10.08.12, Бюл. № 15.
6. Немає.
7. Поставлена задача вирішується наступним чином: після видалення очного яблука його занурюють у розчин Карнуа на 15-20 хвилин, потім виконують склеротомію в двох точках на протилежних полюсах очного яблука, інтравітреально вводять 2-3 мл рідини Карнуа, далі очне яблуко знову занурюють у рідину Карнуа на 90 хвилин, і переносять його до абсолютного спирту.
8. Застосування способу дозволяє попередити відшарування сітківки від судинної оболонки при проведенні процедури виготовлення постійних гістологічних препаратів, тим самим підвищує якість морфометричної оцінки стану внутрішніх оболонок ока, підвищує інформативність та точність гістологічних і морфометричних досліджень.
9. Мікротом, термостат, набір реактивів для виготовлення постійних гістологічних препаратів.
10. Гістологічне дослідження тканин очного яблука.
11. Немає.
12. Не відмічені.
13. Одеський національний медичний університет, 65082, м. Одеса, Валіховський провулок, 2.
14. Немає.
15. Ульянов В.О. (0663898822), Уманець М.М. (0679326660), Левицький І.М. (0993374001), Заводна В.С. (0977509986).

НОРМАЛЬНА ТА ПАТОЛОГІЧНА ФІЗІОЛОГІЯ

Реєстр. № 751/1/14

1. **МОДЕЛЬ ПСИХОЕЛЕКТРИЧНОГО ПОЛЯ ЛЮДИНИ**
2. Міжгалузєва комплексна програма «Здоров'я нації на 2002-2011 роки», 0103U000861; Методологія розробки програм масового скринінгу неінфекційних

- захворювань серед населення на рівні первинної ланки медико-санітарної допомоги, 0113U002873, 2013-2015 рр.
3. Нормальна та патологічна фізіологія.
 4. 1++, А.
 5. Деклараційний пат. на винахід № 70141 А Україна, МПК А63В 5/12. Заявник та патентовласник Інститут отоларингології ім. проф. О. С. Коломійченка АМН України, зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 15.09.2004, Бюл. № 9/2004.
 6. Немає.
 7. Формування моделі психоелектричного поля людини передбачає визначення меж електросенсорної чутливості (порогів сприйняття електричних сигналів і дискомфорту до них) на аудіометричних частотах в частотному діапазоні від 31 Гц. до 4000 Гц.
 8. Поліпшення стану здоров'я (слухо-мовної комунікації) та якості життя шляхом застосування адекватних реабілітаційних заходів з подальшою соціалізацією до суспільства.
 9. ПК, встроювана в ПК генераторна плата Multi-Lab, відповідне програмне забезпечення, ізолюючий від удару електричним струмом блок (стандартний), блок зв'язку з пацієнтом (стандартний), заземлюючий хлор-срібний електрод (стандартний), сигнальний електрод для трансмеатальної подачі електричного сигналу, провідникове середовище (0,9 % розчин NaCl), електродний гель, лейкопластир, етанол.
 10. Порушення слухо-мовної комунікації.
 11. Протипоказання до використання електричних процедур.
 12. Не виявлені.
 13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»
 14. Національний Науковий Центр «Інститут біології» Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Державний заклад «Луганський державний медичний університет».
 15. Карамзіна Л.А., Рибальченко В.К., Казімірко Н.К. (044) 576-41-19.

Реєстр. № 752/1/14

1. **ОБ'ЄКТИВНА МОДЕЛЬ СЛУХО-МОВНОЇ ФУНКЦІЇ ЛЮДИНИ.**
2. НДР «Методологія розробки програм масового скринінгу неінфекційних захворювань серед населення на рівні первинної ланки медико-санітарної допомоги», 0113U002873, 2013-2015 рр.
3. Нормальна та патологічна фізіологія.
4. 1++, А.
5. Пат. на корисну модель № 52193 Україна, МПК А61В 5/12. Заявник та патентовласник Карамзіна Л.А., Слабкий Г.О., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.08.2010, Бюл. № 15/2010.
6. Немає.
7. Формування об'єктивної моделі слухо-мовної функції людини передбачає визначення відповідних реакцій з боку слухової системи без урахування суб'єктивної реакції (самозвіту) пацієнта у всіх без винятку осіб незалежно від віку, слухо-мовного розвитку, знання мови при дії простих (тони) і складних (шуми) звукових сигналів.
8. Визначення відповідних реакцій з боку слухової системи без урахування суб'єктивної реакції (самозвіту) пацієнта у всіх без винятку осіб незалежно від

- віку, слухо-мовного розвитку, знання мови при дії простих (тони) і складних (шуми) звукових сигналів.
9. Імпедансометр, етанол.
 10. Порушення слухо-мовної комунікації.
 11. Перфорація барабанної перетинки, запалення зовнішнього вуха.
 12. Не виявлено.
 13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»
 14. Національний Науковий Центр «Інститут біології» Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Державний заклад «Луганський державний медичний університет».
 15. Карамзіна Л.А., Рибальченко В.К., Казімірко Н.К. (044) 576-41-19.

Реєстр. № 753/1/14

1. **ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНА МОДЕЛЬ СЛУХО-МОВНОЇ КОМУНІКАЦІЇ ЛЮДИНИ**
2. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації на 2002-2011 роки», 0103U000861; Методологія розробки програм масового скринінгу неінфекційних захворювань серед населення на рівні первинної ланки медико-санітарної допомоги, 0113U002873, 2013-2015 рр.
3. Нормальна та патологічна фізіологія.
4. 1++, А.
5. Пат. на корисну модель № 52193 Україна, МПК А61В 5/12. Заявник та патентовласник Карамзіна Л.А., Слабкий Г.О., зареєстрований в Державному реєстрі патентів України. Опубл. 10.08.2010, Бюл. № 15/2010.
6. Немає.
7. Формування психофізіологічної моделі слухо-мовної комунікації за характером одержаних від людини реакцій базується на суб'єктивному сприйнятті акустичних (етап I), електричних (етап III) сигналів, а також об'єктивізації акустичних сигналів (етап II) у вигляді нейрофізіологічних реакцій слухової системи обстежуваного. Водночас, дані, одержані при виконанні етапу II слугують контрольними для етапів I і III. При проведенні електрофізіологічного етапу III первинні дані, які були одержані в етапах II і III, при необхідності контролюються повторними вимірюваннями психоакустичних показників (етап I). Таким чином, в запропонованій психофізіологічній моделі слухо-мовної комунікації людини використані суб'єктивні і об'єктивні дослідження з можливістю проведення взаємоконтролю, що надає більш детальну інформацію про переробку звукової (в тому числі і мовної) інформації слуховим аналізатором конкретного досліджуваного. Причому слід відмітити, що етапи I і II створюють своєрідний акустикофізіологічний блок, коли на суб'єктивному (I) і об'єктивному (II) етапах реєструють слухові реакції на звуковий сигнал, то на етапі III відбувається визначення слухових реакцій на електричний сигнал. І, нарешті, етап (IV) слухової реабілітації проходить з урахуванням даних, одержаних при виконанні всіх 3-х етапів, що значно полегшує перехід людини до нових умов слухання і кращого розуміння мови, аніж при застосуванні існуючої одноетапної психоакустичної моделі слухо-мовної функції.
8. Запропонована модель дозволить виявляти резерв комунікативної функції у всіх без винятку осіб незалежно від віку, слухо-мовного розвитку, знання мови.
9. Аудиометр, імпедансометр, ПК, встроювана в ПК генераторна плата Multi-Lab, відповідне програмне забезпечення, ізолюючий від удару електричним струмом блок (стандартний), блок зв'язку з пацієнтом (стандартний), заземлюючий хлор-

срібний електрод (стандартний), сигнальний електрод для трансмембранної подачі електричного сигналу, провідникове середовище (0,9 % розчин NaCl), електродний гель, лейкопластир, етанол.

10. Порушення слухо-мовної комунікації.
11. Протипоказання до використання електричних процедур.
12. Не виявлено.
13. Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України».
14. Національний Науковий Центр «Інститут біології» Київського національного університету імені Тараса Шевченка; Державний заклад «Луганський державний медичний університет».
15. Карамзіна Л.А., Рибальченко В.К., Казімірко Н.К. (044) 576-41-19.

Реєстр. № 754/1/14

- 1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ МІДІ, СВИНЦЮ ТА КАДМІЮ В ГРУДНОМУ МОЛОЦІ.**
2. НДР «Дослідження функціонально-метаболических резервів стрес-лімітуючих систем організму за екстремальних умов з метою виявлення ефективних способів їх корекції», 0110U000121, 2011- 2015 рр.
3. Нормальна фізіологія.
4. 2+С.
5. Пат. № 74862 U, UA, МПК G01N33/483. Спосіб визначення вмісту міді, свинцю та кадмію в грудному молоці / заявник та патентовласник Гжегоцький М.Р., Суходольська Н.В., Багнюк В.М., Пластунов О.В.; ЛНМУ ім.Д.Галицького.- № u201208115; заявл. 02.07.2012; опубл. 25.01.2013, Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Визначення вмісту досліджуваних металів проводять наступним чином. У стаканчик електрохімічної комірки об'ємом 50 мл відмірюють піпеткою 10 см³ фонового розчину і додають 5 крапель розчину Hg(NO₃)₂ з концентрацією 1г/дм³. Занурюють електроди у фоновий розчин і на вольтамперометричному аналізаторі встановлюють потенціал 1-ої стадії +150...+200мВ, інші параметри згідно з прийнятою методикою. Проводять вимірювання потенціалу фонового розчину – реєструють 3 вольтамперометричні криві. Фоновий розчин виливають, а в стакан вносять 5 см³ проби грудного молока. Проводять вимірювання потенціалу розчину з пробю – реєструють 3 вольтамперограми та ідентифікують досліджувані елементи на кривій пробі. У розчин з пробю вводять добавку стандартних кількостей металів з таким розрахунком, щоб їхня концентрація в розчині проби збільшилась приблизно вдвічі. Проводять вимірювання і теж реєструють. Почергово вимірюють потенціали фонового розчину, двох паралельних проб молока, проб з добавкою та контрольної проби.
8. Якісний та кількісний вміст солей важких металів (мідь, свинець, кадмій) у грудному молоці дає можливість при підвищеному вмісті даних солей важких металів застосувати коригуючі заходи та запобігти негативному впливові важких металів на здоров'я новонароджених.
9. Мірна колба, електроди, вольтамперометричний аналізатор, хімічні речовини.
10. З'ясування механізму формування стану здоров'я новонародженої дитини через біомоніторинг металів
11. Немає.
12. Не передбачається.
13. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 7900010, м. Львів, вул. Пекарська,69, тел. 276-78-17.

14. Немає.

15. Гжегоцький М.Р., Суходольська Н.В. (0677289439).

ЗМІСТ

№ п/п	Назва проблеми	№ сторінки
1.	Акушерство і гінекологія	
2.	Алергологія. Імунологія. Клінічна імунологія. Лабораторна імунологія	
3.	Анестезіологія	
4.	Гастроентерологія	
5.	Гематологія та трансфузіологія	
6.	Геріатрія	
7.	Гігієна дітей та підлітків, гігієна праці, гігієна харчування	
8.	Дерматовенерологія	
9.	Загальна практика – сімейна медицина	
10.	Ендокринологія	
11.	Інфекційні хвороби	
12.	Кардіологія	
13.	Клінічна та загальна фармація, організація і управління фармацією	
14.	Лікувальна фізкультура і спортивна медицина	
15.	Мікробіологія і вірусологія	
16.	Наркологія та психіатрія 17	
17.	Неврологія	
18.	Нейрохірургія	
19.	Нефрологія	
20.	Онкологія 24	
21.	Організація і управління охороною здоров'я	

22.	Ортопедія і травматологія	
23.	Отоларингологія	
24.	Офтальмологія	
25.	Патологічна анатомія	
26.	Педіатрія	
27.	Променева терапія	
28.	Фтизіатрія та пульмонологія	
29.	Радіологія та рентгенологія	
30.	Стоматологія	
31.	Судово-медична експертиза	
32.	Терапія 35	
33.	Урологія 37	
34.	Фізіотерапія та медична реабілітація	
35.	Хірургія	
36.	Хірургія серця і магістральних судин	
37.	Морфологія людини	
38.	Нормальна та патологічна фізіологія	

ДОВІДКОВИЙ АПАРАТ ДО ПЕРЕЛІКУ

№ п/п	Назва проблеми	Установи- розробники	Ресстраційні номери наукових повідомлень
	Акушерство і гінекологія	БДМУ ВДНЗ УМСА ДЗ ДМА ЛНМУ НПЦ ПКМ ДУС УНПЦ ЕХТЕОТ ХМАПО ХНМУ	1,2 3,4 5-16 17 18-21 22 23 24-28
2.	Алергологія. Імунологія. Клінічна імунологія. Лабораторна імунологія	БДМУ ВДНЗ УМСА ЛНМУ	29 30 31-34
3.	Анестезіологія	ДЗ ДМА ДЗ ЗМАПО ЛНМУ	35-41 42-45 46
4.	Гастроентерологія	БДМУ ЛНМУ	47 48,49
5.	Гематологія та трансфузіологія	БДМУ	50
6.	Геріатрія		
7.	Гігієна дітей та підлітків, гігієна праці, гігієна харчування	ДВНЗ ТДМУ ДП НДІ МЕП ДВП ДП НЦПХХБ ДУ ЛНДІЕГ ЛНМУ НМАПО НПЦ ПКМ ДУС УНДІПМ	51 52,53 54-81 82,83 84-86 87,88 89,90 91-94
8.	Дерматовенерологія	БДМУ ДЗ ДМА ЛНМУ	95-97 98 99,100

		НМАПО ХМАПО ХНМУ	101-103 104,105 106
9.	Загальна практика – сімейна медицина	ДУ ЛНДІЕГ НМАПО	107 108-123
10.	Ендокринологія	УНПЦ ЕХТЕОТ	124-127
11.	Інфекційні хвороби	ВДНЗ УМСА ДВНЗ ІФНМУ ДЗ ЗМАПО ДУ ЛНДІЕГ ЛНМУ ХМАПО ХНМУ	128,129 130-132 133 134 135 136-141 142
12.	Кардіологія	БДМУ ВДНЗ УМСА ВНМУ ДВНЗ ІФНМУ ДЗ ЗМАПО ДУ УНДІМСПІ ЗДМУ ЛНМУ НМАПО	143,144 145 146-148 149 150,151 152,153 154,155 156 157
13.	Клінічна та загальна фармація, організація і управління фармацією	БДМУ ДЗ ДМА ЗДМУ ЛНМУ НФУ ОНМУ	158 159 160-175 176 177-197 198,199
14.	Лікувальна фізкультура і спортивна медицина	НМУ	200
15.	Мікробіологія і вірусологія	ХНМУ	201
16.	Наркологія та психіатрія 17	ДЗ НІМРДЦ ЛНМУ НМАПО УНДІССПН ХМАПО	202-204 205 206-210 211-221 222-224
17.	Неврологія	БДМУ ВДНЗ УМСА ВНМУ ДВНЗ ІФНМУ ДЗ ДМА НМАПО НМУ НПЦ ПКМ ДУС	225 226,227 228-235 236 237 238-240 241-245 246

		ОНМУ ХМАПО	247 248-252
18.	Нейрохірургія	ЗДМУ НМАПО НПЦ ПКМ ДУС	253 254-258 259,260
19.	Нефрологія	БДМУ	261
20.	Онкологія 24	ВНМУ ЗДМУ НІР НМАПО ОНМУ	262 263 264-320 321 322
21.	Організація і управління охороною здоров'я	ДВНЗ ІФНМУ ДЗ ДМА ДУ УІСД НМАПО УНПЦПІР	323-329 330,331 332-361 362-368 369,370, 370-1, 370-2
22.	Ортопедія і травматологія	ДВНЗ ІФНМУ ДВНЗ ТДМУ ДЗ УНПЦ ЕМД МК ДЗ ДМА НМАПО НПЦ ПКМ ДУС ОНМУ	371 372 373 374,375 376-380 381 382-385
23.	Отоларингологія	ДВНЗ ТДМУ ЗДМУ НМАПО НПЦ ПКМ ДУС	386 387 388-391 392
24.	Офтальмологія	ДЗ ДМА ДЗ ЗМАПО НМАПО ОНМУ	393,394 395 396-399 400,401
25.	Патологічна анатомія	ЗДМУ	402
26.	Педіатрія	БДМУ ВДНЗ УМСА ДВНЗ ІФНМУ ДВНЗ ТДМУ ДЗ ДМА ЗДМУ ЛНМУ НМАПО ОНМУ ХМАПО	403-405 406,407 408 409-412 413-418 419-421 422 423-426 427 428
27.	Променева терапія	НІР	429-434
28.	Фтизіатрія та	БДМУ	435

	пульмонологія	ВДНЗ УМСА ДВНЗ ІФНМУ ДЗ ДМА ДУ ЛНДІЕГ ДУ УДНДІМСПІ ЗДМУ ОНМУ	436 437 438-440 441 442,443 444-446 447
29.	Радіологія та рентгенологія	ДЗ ЗМАПО ХМАПО	448-450 451
30.	Стоматологія	БДМУ ВДНЗ УМСА ДВНЗ ІФНМУ ДВНЗ ТДМУ ДЗ ДМА ЛНМУ НМАПО НМУ ОНМУ ХНМУ	452-458 459-496 497-520 521 522-527 528-544 545-555 556-565 566,567 568-570
31.	Судово-медична експертиза	ВДНЗ УМСА ДВНЗ ІФНМУ НМАПО ХМАПО	571 572-574 575,576 577
32.	Терапія 35	БДМУ ВДНЗ УМСА ДВНЗ ІФНМУ ДВНЗ ТДМУ ДЗ ЗМАПО ДУ УІСД НМУ ХНМУ	578,579 580 581-584 585,586 587 588 589-599 600-626
33.	Урологія 37	НМУ НПЦ ПКМ ДУС	627-631 632-634
34.	Фізіотерапія та медична реабілітація	ВНМУ ДВНЗ ТДМУ ДЗ НПМРДЦ ДУ НДІМРК	635 636,637 638-644 645-662
35.	Хірургія	БДМУ ВДНЗ УМСА ДВНЗ ІФНМУ ДЗ УНПЦ ЕМД МК ДЗ ДМА ДУ УНДІМСПІ ЗДМУ	663-668 669,670 671-675 676-679 680-689 690,691 692,693

		КЦТОТК ЛНМУ НМАПО НМУ НПЦ ПКМ ДУС УНПЦ ЕХТЕОТ ХМАПО ХНМУ	694,695 696 697-711 712-719, 721-725 726 720,727,728 729 730-740
36.	Хірургія серця і магістральних судин	ДЗ ЗМАПО НПЦ ПКМ ДУС	741,742 743
37.	Морфологія людини	БДМУ ВДНЗ УМСА ОНМУ	744-746 747,748 749,750
38.	Нормальна та патологічна фізіологія	ДУ УІСД ЛНМУ	751-753 754

Установи	Реєстраційні №№ наукових повідомлень
Буковинський державний медичний університет (БДМУ)	1,2,29,47,50,95-97,143,144,158,225,261,403-405,435,452-458,578,579,663-668,744-746
Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» (ВДНЗУУМСА)	3,4,30,128,129,145,226,227,406,407,436,459-496,571,580,669,670,747,748
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (ВНМУ)	146-148,228-235,262,635
Державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України» (ДВНЗІФНМУ)	130,131,149,236,323-329,371,408,437,497-521,572-574,581-584,671-675
Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» (ДЗДМА)	5-16,35-41,98,159,237,330,331,374,375,393,394,413-418,438-440,522-527,680-689
Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» (ДЗЗМАПО)	42-45,133,150,151,395,448-450,587,741,742
Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» (ДЗУНПЦЕМДМК)	373,676-679
Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»	18-21,89,90,246,259,260,

Державного управління справами (ДНУНПЦПКМДУС)	381, 392,632-634,726,743
Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя МОЗ України» (ДПНЦПТХХБ)	54-81
Державна установа «Український Інститут стратегічних досліджень МОЗ України» (ДУУІСД)	332-361,588,751-753
Запорізький державний медичний університет (ЗДМУ)	154,155,160- 175,253,263,387, 402,419-421,444- 446,692,693
Координаційний центр з трансплантації органів, тканин і клітин МОЗ України (КЦТОТК)	694,695
Львівський національний медичний університет ім. Д.Галицького (ЛНМУ)	17,31-34,46,48,49,84- 86,99, 100,135,156,176,205,4 22, 528-544,696,754
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (НМАПО)	87,88,101-103,108- 123,157, 206-210,238-240,254- 285,321, 362-368,376-380,388- 391, 396-399,423-426,545- 555, 575-577,697-711,
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця (НМУ)	200,241-245,556- 565,589-599, 627-631,712-719,721- 725,
Національний фармацевтичний університет (НФУ)	177-197
Одеський національний медичний університет (ОНМУ)	198,199,247,322,380- 385,400, 401,427,447,566,567,7 49,750
Державний вищий навчальний заклад Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського (ДВНЗТДМУ)	51,372,386,410- 412,585,586, 636,637,

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології (УНДІССПН)	211-221
Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи (УЦНМІЛР)	369,370,370-1,370-2
Харківська медична академія післядипломної освіти (ХМАПО)	23,104,105,136-141,222-224,248-252,428,451,729,
Харківський національний медичний університет (ХНМУ)	24-28,106,142,201,568-570,600-626,730-740
Державне підприємство «Науково-дослідний інститут медико-екологічних проблем Донбасу та вугільної промисловості» (ДПНДІМЕП)	52,53
Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України» (ДУНПМЦР)	639-644
Державна установа «Львівський науково-дослідний інститут епідеміології та гігієни МОЗ України» (ДУЛНДІЕГ)	82,83,107,134,441
Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» (ДУ «УкрДержНДІ МСПІ МОЗ України») (ДУУДНДІМСПІ)	152,153,442,443,690,691
Національний інститут раку (НІР)	264-320,429-434
ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології» МОЗ України (ДУУНДІМРК)	645-662
Український науково-дослідний інститут промислової медицини (УНДІПМ)	91,92,93,94
Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів та тканин МОЗ України (УНПЦЕХТЕОТ)	22,124-127,720,727,728
Державний заклад «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» (ДЗНПМРДЦ)	202-204,638

