



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ
ІНФОРМАЦІЇ ТА ПАТЕНТНО-ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ
(УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ)

ПЕРЕЛІК

наукової (науково-технічної) продукції

призначеної для впровадження
досягнень медичної науки
у сферу охорони здоров'я



ВИПУСК 5

КИЇВ - 2019



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



В.М. Коваленко

20.09 2019 р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

**Заступник Міністра
охорони здоров'я України**



М.І. Качурець

20.09 2019 р.

П Е Р Е Л І К

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

(Випуск 5)

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

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

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

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

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

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

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

Реєстр. № 49/5/18

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

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

Ресстр. № 50/5/18

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

Ресстр. № 51/5/18

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

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

Реєстр. № 52/5/18

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

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

Реєстр. № 53/5/18

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

запропонований спосіб дозволить скоротити час перебування у відділенні інтенсивної терапії та зменшити собівартість лікування.

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

Реєстр. № 54/5/18

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

12. Немає.

13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.

14. Немає.

15. Мельник О.Г. (0677717896), Капустник В.А., Андросов Є.Д.

Реєстр. № 94/5/18

1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ СТАДІЙ ПНЕВМОКОНІОЗУ Й ХРОНІЧНОГО ПИЛОВОГО БРОНХІТУ В РОБІТНИКІВ ЛИВАРНОГО ВИРОБНИЦТВА.

2. НДР «Діагностичні та терапевтичні аспекти гемодинамічних порушень при хронічному обструктивному захворюванні легень професійного генезу», 0110U001813, 2010-2012 рр.

3. Професійні хвороби.

4. 2+,С.

5. Патент України на корисну модель № 120568. МПК А61В 5/145. Спосіб діагностики стадій пневмоконіозу й хронічного пилового бронхіту в робітників ливарного виробництва / Мельник О.Г., Капустник В.А., Андросов Є.Д.; заявник і патентовласник Харківський національний медичний університет. – № u201704694; заявл. 15.05.2017; опубл. 10.11.2017. Бюл. № 21.

6. Спосіб діагностики стадій пневмоконіозу й хронічного пилового бронхіту у робітників ливарного виробництва на підставі оцінки інтенсивності люмінол-залежної індукованої біохемілюмінесценції сироватки крові. A method of diagnosing the stages of pneumoconiosis and chronic dust bronchitis in the foundry workers, on the basis of analysis of luminol-dependent induced biochemiluminescence serum intensity.

7. Спосіб діагностики стадій пневмоконіозу (ПКЗ) і хронічного пилового бронхіту (ХПБ) у робітників ливарного виробництва, що включає вимірювання інтенсивності люмінол-залежної фосфоресценції сироватки крові, який відрізняється тим, що стадію ПКЗ і ХПБ визначають шляхом вимірювання інтенсивності люмінол-залежної індукованої біохемілюмінесценції (ЛзІ БХЛ) проби крові й першу стадію ПКЗ діагностують при інтенсивності ЛзІ БХЛ від 596 до 547 імп/с, другу стадію ПКЗ - від 546 до 490 імп/с; першу стадію ХПБ – від 1265 до 1302 імп/с, другу стадію ХПБ - від 1303 до 1341 імп/с і третю стадію ХПБ - від 1342 до 1385 імп/с.

8. Медичні – покращення діагностики професійної пилової патології бронхолегеневої системи у робітників ливарного виробництва. Соціальні – покращення якості життя робітників ливарного виробництва шляхом своєчасної індивідуалізованої терапії професійної пилової патології. Економічні – скорочення фінансових витрат на діагностику і лікування 1 хворого на професійну пилову патологію за рахунок зниження кількості ліжко-днів.

9. Реактиви та обладнання для вимірювання інтенсивності люмінол-залежної фосфоресценції сироватки крові, пробірки-епіндорф, лікар-лаборант.

10. Пневмоконіоз і хронічний пиловий бронхіт.

11. Немає.

12. Немає.

13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.

14. Немає.

15. Мельник О.Г. (0677717896), Капустник В.А., Андросов Є.Д.

ДЕРМАТОЛОГІЯ ТА ВЕНЕРОЛОГІЯ

Реєстр. № 95/5/18

СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СУДИННИХ ФОРМ РОЗАЦЕА.

2. НДР «Таргетна терапія хворих на дерматози та інфекції, що передаються статевим шляхом, в умовах коморбідності», 0114U000931, 2014-2018 рр.
3. Дерматовенерологія.
4. 2++,В.
5. Немає.
6. Немає.
7. Використання запропонованого способу лікування забезпечує дію на ключові ланцюги патогенетичних механізмів розвитку судинних форм розацеа, спрямоване на досягнення клінічного одужання, подовження ремісії та на покращення якості життя хворих. Застосовується лікувальний комплекс, що включає використання перорально Доксицикліну у дозі 100 мг двічі на добу протягом 2 тижнів. Місцево призначається гель з азелаїновою кислотою 15%, 1 раз на добу протягом 8 тижнів, також в комплексну терапію додається 1% крем пімекролімус – перші 8 тижнів – вранці, далі – 2 рази на добу до 16 тижня. Крім того, застосовується система інтенсивного імпульсного світла IPL з довжиною хвилі 560-1200 нм, імпульсом 22-26 Дж/см², з проведенням процедур 1 раз на місяць, 2-4 сеанса на курс, починаючи з 4-го тижня лікування. Спосіб є неінвазивним, високоефективний, і може використовуватись у лікувальних дерматологічних та косметологічних установах з метою зменшення клінічних проявів, та отримання стійкої ремісії після проведеної терапії.
8. Підвищення ефективності комплексної диференційованої терапії жінок, хворих на судинні форми розацеа, шляхом врахування особливостей механізму розвитку та клініко-морфологічних проявів дерматозу при використанні комплексної методики лікування з застосуванням системи інтенсивного імпульсного світла IPL.
9. Система імпульсного світла IPL.
10. Судинна форма розацеа у жінок.
11. Прийом фотосенсибілізуючих засобів (гормональних контрацептивів, тетрацикліну, ретиноїдів, фторхінолонів); схильність до утворення келоїдних рубців; інфекційні захворювання; місцеві гнійничкові висипання, епілепсія.
12. Немає.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», кафедра шкірних та венеричних хвороб. 49044, м. Дніпро, вул. В. Вернадського, 9.
14. Медичний центр ПП «Леномед».
15. Святенко Т.В., Старостіна О.А. (0503600010), e-mail: olg.kharitonova@gmail.com.

Реєстр. № 96/5/18

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

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

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

Реєстр. № 97/5/18

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

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

Реєстр. № 116/5/18

1. **НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ВВЕДЕННЯ ВАКЦИНАЦІЇ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ В РЕГІОНАЛЬНИХ ПРОГРАМАХ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ.**
2. НДР «Санітарно-епідеміологічний моніторинг циркуляції збудників інфекційних захворювань з фекально-оральним механізмом передачі з метою удосконалення сучасного санітарного нормативно-правового забезпечення діяльності органів практичної охорони здоров'я», 0115U006639, 2016-2018 рр.
3. Епідеміологія.
4. 2++,С.
5. Немає.
6. Немає
7. Пропонується для запровадження в регіональні програми імунопрофілактики.
8. Доведено та обґрунтовано доцільність імунопрофілактики ротавірусної інфекції на основі отриманих результатів вивчення проявів епідемічного процесу на території південних областей України (Миколаївської, Одеської та Херсонської областей). Застосування методу дозволяє знизити рівень матеріальних затрат, що пов'язані як з лікуванням дітей, так і з виплатами за лікарняними листами батькам. Очікувані результати після застосування вакцинопрофілактики: через 1-2 роки зменшення рівня гострих кишкових інфекцій вдвічі та ротавірусної інфекції втричі серед дітей до п'яти років, що проживають на території Одеської області.
9. Оснащення для постійно діючого кабінету щеплень виконання програми ВООЗ в рамках цілей сталого розвитку до 2030 року (ціль номер три – забезпечення здорового способу життя, попередження випадків запобіжної смертності новонароджених і дітей у віці до п'яти років).
10. Немає.
11. Не відмічені.
12. Немає.
13. Одеський національний медичний університет. 65082, м. Одеса, Валіховський провулок, 2.
14. Немає.
15. Голубятников М.І., Козішкурт О.В. (0677378912).

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

Реєстр. № 117/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ЛЕТАЛЬНОСТІ ПРИ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЦНС.**
2. НДР «Епігенетичні фактори виникнення хвороб, що асоціюються з персистируючими інфекціями у дітей та дорослих», 01174004785, 2018-2021 рр.
3. Інфекційні хвороби.
4. 1++,С.
5. Патент України на корисну модель № 127448. МПК (2018.01), A61B 5/00, A61B 5/03 (2006.01), G01N 33/53 (2006.01), G01N 33/48 (2006.01), G01N 33/487 (2006.01).

Спосіб визначення ризику смертності, переважно у ВІЛ-інфікованих суб'єктів із захворюваннями ЦНС / Шостакович-Корецька Л.Р., Литвин К.Ю., Губар І.О.; заявник і патентовласник ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». – № u201804498; заявл. 24.04.2018; опубл. 25.07.2018. Бюл. № 14.

6. Немає.

7. Поставлена задача вирішується тим, що в даному способі визначення ризику смертності у ВІЛ-інфікованих суб'єктів із захворюваннями ЦНС, окрім загальних лабораторних досліджень, з врахуванням протипоказань, при клінічній маніфестації неврологічних проявів, проводиться відбір спинномозкової рідини (СМР), досліджують в ній експресію основного білка мієліну шляхом імуноферментного аналізу, встановлюють наявність ризику несприятливого перебігу захворювання, при концентрації основного білку мієліну у спинномозковій рідині >2 нг/мл, а за попередньо розрахованим за результатом ROC-аналізу та складеним рівнянням регресії визначають ймовірність ризику смертності:

$P_c = 1 : (1 + \exp(z))$, де:

P_c – ймовірність ризику смертності, ум.од;

x – рівень експресії основного білка мієліну у спинномозковій рідині, нг/мл;

$\exp$ – експоненціальна функція;

z – результативна ознака, за тотожністю: $1,99 - 0,513 \cdot x$;

і кваліфікують її високою, якщо $P_c \geq 0,50$ або середньою, якщо $0,195 \leq P_c \leq 0,49$ або низькою, якщо $P_c \leq 0,194$.

8. Медичні: удосконалення визначення ризику смертності у ВІЛ-інфікованих суб'єктів із захворюваннями ЦНС, простота обчислювального алгоритму за підготовленою формулою з використанням програмних продуктів; соціальні: можливість контролювати та попереджати розвиток захворювань ЦНС у ВІЛ-інфікованих; економічні: зниження собівартості діагностики та наочність дослідження.

9. Набір реагентів для кількісного визначення ОБМ в СМР («BCM Diagnostics», US) in vitro шляхом імуноферментного аналізу (в діапазоні вимірів 0,093-10,5 нг/мл, з чутливістю 0,093 нг/мл) та прибори для імунологічного дослідження: спектрофотометр Sanofi Diagnostics Pasteur PR2100 (FR-US), термостат IPS Sanofi Diagnostics Pasteur (FR-US), вошер планшетный Sanofi Diagnostics Pasteur PW 40 (8-канальный) (FR-US), дозатори: Ленпипет (1-канальный) ДПОП-1-20-200 (20-200мкл), GranumSmart ДПОП-1-5-50 (5-50 мкл), GranumSmart ДПОП -1-100-1000 (100-1000 мкл). Для статистичної обробки результатів дослідження доцільне застосування комп'ютерних програм «Statistica» v.6.1 (Statsoft Inc, US) і «MedCalc» v.11.5.0 (Free).

10. В інфекційній практиці при роботі з ВІЛ-інфікованими пацієнтами, в практичній діяльності лікарів за спеціалізацією: «Інфекційні хвороби», «Неврологія», «Нейрохірургія», «Онкологія» а також лікарів-лаборантів для лабораторної діагностики ВІЛ-асоційованих уражень ЦНС.

11. Немає.

12. Немає.

13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра інфекційних хвороб. 49044, м. Дніпро, вул. Вернадського, 9, тел. (0562) 31-22-57.

14. Немає.

15. Шостакович-Корецька Л.Р. (0675638335), Литвин К.Ю. (0677390951), Кушнерова О.А. (0679620832), Губар І.О. (0684748896).

Реєстр. № 118/5/18

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

Ресстр. № 119/5/18

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

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

Реєстр. № 232/5/18

1. **МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ІННОВАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ НАУКОВО-ТЕХНІЧНОЇ РОЗРОБКИ (НТР).**
2. НДР «Дослідження та обґрунтування доцільності впровадження об'єктів права інтелектуальної власності (ОПІВ) у сфері охорони здоров'я України», 0118U003872.
3. Організація і управління охороною здоров'я.
4. 2++,В.
5. Не охороноспроможна.
6. З метою відбору найперспективніших науково-технічних розробок для впровадження в сфері охорони здоров'я України рекомендується проводити оцінку інноваційного потенціалу кожної НТР шляхом встановлення відповідності НТР наступним критеріям із урахуванням коефіцієнту значимості кожного з них.
7. В рамках НДР була розроблена методика визначення інноваційного потенціалу науково-технічної розробки, з метою побудови системи відбору найперспективніших науково-технічних розробок для впровадження в сфері охорони здоров'я України та збільшення шансів на впровадження своїх НТР розробниками
8. Використання запропонованої методики надасть змогу вирішення проблеми щодо відбору найперспективніших науково-технічних розробок, отриманих при виконанні НДР, об'єктивізації та підтримки прийняття управлінських рішень про прогнозування ефективності інноваційної діяльності.
9. Персональне автоматизоване робоче місце.
10. Запровадження методики в роботі при визначення інноваційного потенціалу науково-технічної розробки, з метою об'єктивізації та прийняття управлінських рішень щодо планування НДР.
11. Немає.
12. Немає.
13. Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійного роботи МОЗ України.
14. Національна академія наук України, Інститут біохімії ім. О.В. Палладіна.
15. Мислицький О.В., Закрутько Л.І., Луговська Г.Г. (0444283722), Луговська Н.Е., Черниш І.Г.

ОРТОПЕДІЯ І ТРАВМАТОЛОГІЯ

Реєстр. № 233/5/18

1. **ВІДНОВНЕ ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНОЇ ФУНКЦІЇ КИСТІ ПРИ НАСЛІДКАХ ТРАВМ ТА СПАСТИЧНИХ ПАРАЛІЧАХ ТА ПАРЕЗАХ.**
2. НДР «Розробка критеріїв медико-соціальної експертизи і реабілітаційного потенціалу хворих та інвалідів з наслідками пошкоджень опорно-рухового апарату у поєднанні з соматичною патологією», 0112U000541, 2012-2017 рр.
3. Травматологія та ортопедія, нервові хвороби.
4. 3,D.
5. Немає.
6. Немає.
7. Спосіб лікування полягає в позиціонуванні та відновленні порушеної функції кисті при неврологічних захворюваннях, що супроводжуються спастичними парезами та

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

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

Реєстр. № 234/5/18

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

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

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

Реєстр. № 235/5/18

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

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

Реєстр. № 270/5/18

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

2. НДР «Розробка стратегій інтенсивного та відновлювального лікування дітей різного віку із соматичною та неврологічною патологією», 0116U004467.
3. Педіатрія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Рекурентний вірус-індукований бронхообструктивний синдром є поширеною патологією в ранньому дитячому віці. Схильність до повторних епізодів бронхіальної обструкції на тлі ГРВІ часто пояснювали наявністю atopії та вважали перед астматичним станом. Однак дослідження останніх років показують що більшість дітей з рекурентним бронхообструктивним синдромом не мають ризику розвитку в подальшому бронхіальної астми. Проведені дослідження дозволили з'ясувати, що дефіцит вітаміну D може бути суттєвим чинником розвитку повторних епізодів бронхообструкції. Рівень вітаміну D₂ в сироватці крові зворотно корелює як з частотою ГРВІ та пов'язаного з нею бронхообструктивного синдрому, так і з ступенем важкості окремого епізоду. За нашими даними 75% дітей раннього віку з рекурентним бронхообструктивним синдромом мають сироваткові рівні вітаміну D, які відповідають критеріям його недостатності або дефіциту.
8. Суть впровадження полягає у призначенні дітям раннього віку з рекурентним бронхообструктивним синдромом, вітаміну D₃ в дозі 1000 МО протягом року, за винятком літніх місяців. Такий режим призначення вітаміну D₃ дозволив підвищити рівень забезпеченості вітаміном D (двократне збільшення концентрації вітаміну D₂ в сироватці крові.), що супроводжувалось зменшенням частоти ГРВІ у 2 рази, а вірус-індукованого бронхообструктивного синдрому на 20%.
9. Препарат водного розчину вітаміну D₃ у вигляді крапель для внутрішнього застосування.
10. 3 та більше епізодів вірус-індукованого бронхообструктивного синдрому протягом минулого року за умови зниженого рівня вітаміну D₂ в сироватці крові.
11. Індивідуальна чутливість до D або інших компонентів препарату.
12. Не виявлено.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».
14. Немає.
15. Больбот Ю.К., Годяцька К.К., Бордій Т.А. (0503611220), Ковтуненко Р.В.

Реєстр. № 271/5/18

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

механізми розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки за рахунок застосування в якості антиоксидантного агента бетаїн-аргінінового комплексу. Препарати бетаїн-аргінінового комплексу здатні посилювати окислення жирів шляхом активації Ацетил-КоА- трансферази та сприяють утворенню ендogenous фосфатидилхоліну, що забезпечує виведення нейтрального жиру з гепатоциту та відновленню мембрани клітин печінки.

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

Реєстр. № 272/5/18

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

- токсичною дією хлориду кадмію, яке корегується гормональним препаратом мелатоніном.
8. На відміну від відомого прототипу, при якому не виявлено достовірних змін при корекції мелатоніном функціонального стану нирок за умов токсичної дії хлориду кадмію шляхом введення великої дози антиоксиданту з діючою речовиною мелатоніном, при використуванні запропонованим способом здійснюють уведення мелатоніну у дозі 5 мг/кг одноразово за умов токсичної дії хлориду кадмію.
 9. Досліди проведені на 30 білих нелінійних щурах-самцях масою 0,16-0,20 кг, яким вводили CdCl_2 внутрішньом'язово в дозі 2.5 мг/кг одноразово. Екзогенний мелатонін вводили через 6 годин в дозі 5 мг/кг одноразово. Дозатор, фотоколориметр, ФПЛ-1, центрифуга лабораторна, CdCl_2 , сульфосаліцилова кислота, пікринова кислота.
 10. Використання способу дозволить підвищити точність діагностики та лікування порушень функціонального стану нирок, що являється важливим у терапевтичній практиці.
 11. Немає.
 12. Не виявлено.
 13. Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії. 58022, м. Чернівці, вул. Богомольця, 2, тел. (0372)53-52-53.
 14. Немає.
 15. Геруш І.В., Дікал М.В. (0501738667), (0372535253), Чернюх О.Г., Ференчук Є.О., Хоменко В.Г.

УРОЛОГІЯ

Реєстр. № 395/5/18

1. **СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ЧОЛОВІЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ.**
2. НДР «Морфофункціональний стан органів і тканин експериментальних тварин та людини в онтогенезі в нормі та під впливом зовнішніх і внутрішніх чинників», 0117U003181, 2017-2019 рр.
3. Профілактична медицина.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 128850. МПК А61К 31/00 (2018.01). Спосіб профілактики захворювань чоловічих статевих органів / Шарапова О.М.; заявник і патентовласник ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України». – № u201804089; заявл.16.04.2018; опубл. 10.10.2018. Бюл. № 19.
7. Немає.
8. Використання суміші препаратів у складі 7% спиртової настоянки ехінацеї пурпурової (20 крапель), *Ginkgo biloba* (40 мг), 30% розчину вітаміна Е (20 крапель) тричі на добу, що дозволяє зберегти сперматогенну функцію шляхом покращення кровопостачання та відновлення структур гематотестикулярного бар'єру яєчок. У комплексі з вживанням суміші препаратів, у склад якої входить ехінацея пурпурова, застосування захисного екрануючого фартуха робітниками, що працюють на виробництвах зі шкідливими умовами праці, зокрема, електромагнітними полями високої напруги низької частоти. Медичною перевагою запропонованого методу є комплексне застосування робітниками підприємств із шкідливими умовами праці екрануючого захисного фартуха з вживанням суміші препаратів, до складу якої входить настоянка ехінацеї пурпурової, пропонується вводити у вигляді крапель

перорально на відміну від місцевих способів, застосування яких може призводити до появи алергічних реакцій. Соціальна перевага заключається в тому, що застосування екрануючого захисного фартуха в комплексі з настоянкою ехінацеї пурпурової знижує ризик впливу шкідливих факторів зовнішнього середовища і виникнення захворювань чоловічих статевих органів. Економічною перевагою є зменшення на 18-25% витрат на лікування захворювань, обумовлених дією шкідливих факторів зовнішнього середовища, комплексним застосуванням екрануючих засобів і суміші запропонованих препаратів.

9. Екрануючий захисний фартух, лікарський засіб у вигляді 7-8% спиртової настоянки ехінацеї пурпурової.
10. З профілактичною метою робітникам підприємств, працюючим із шкідливими факторами зовнішнього середовища.
11. Немає.
12. Не спостерігалось.
13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра клінічної анатомії анатомії і оперативної хірургії. 49027, м. Дніпро, вул. В. Вернадського, 9, тел (0562) 31-22-57.
14. Немає.
15. Шарапова О.М. (0974293489).

Регістр. № 396/5/18

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ОЧІКУВАНОГО РЕЗУЛЬТАТУ ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ АЛЬФА-1-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ СИЛОДОЗИНОМ.
2. НДР «Морфофункціональний стан органів і тканин експериментальних тварин та людини в онтогенезі в нормі та під впливом зовнішніх і внутрішніх чинників», 0117U003181, 2017-2019 рр.
3. Урологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 122855. МПК А61К 31/405 (2006.01), А61В 5/20 (2006.01), А61Р 13/08 (2006.01). Спосіб прогнозування очікуваного результату лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози альфа-1-адреноблокатором / Квятковський Є.А., Квятковська Т.О., Квятковський О.Є. – № u201708798; заявл. 01.09.2017; опубл. 25.01.2018. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб прогнозування очікуваного результату лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози альфа-1-адреноблокатором включає визначення максимальної та середньої об'ємної швидкості потоку сечі при сечовипусканні, при якому в якості альфа-1-адреноблокатора застосовують силодозин, який після урофлоуметрії хворий одноразово приймає у дозі 8 мг, після чого через 2,5-3 години здійснюють повторну урофлоуметрію і за змінених швидкісних показників потоку сечі прогнозують ефективність лікування силодозином. За умови збільшення максимальної та середньої об'ємної швидкості потоку сечі при сечовипусканні після одноразового прийому силодозину на 25-30% призначають тривалу медикаментозну терапію. При відсутності змін або незначному збільшенні максимальної та середньої об'ємної швидкості потоку сечі здійснюють додаткове обстеження, після чого призначають препарати іншої групи або оперативне втручання.
8. Медичні. Використання фармакоуродинамічного тесту з силодозином при швидкому визначенні ефективності лікування хворого на доброякісну гіперплазію передміхурової залози альфа-1-адреноблокатором, так як показники змінюються

об'ємної швидкості потоку сечі при урофлоуметрії після проведення тесту достовірно не відрізняються від таких після тривалого лікування зі щоденним прийомом силодозину. Соціальні. Своєчасне призначення відповідної терапії симптомів нижніх сечових шляхів підвищує якість життя хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози та запобігає ускладненням, що можуть виникнути в разі призначення неадекватного лікування. Економічні. Зменшення невинуватених матеріальних затрат на щоденний прийом альфа-1-адреноблокатора силодозину протягом від 2-4 тижнів і більше замість одноразового прийому для визначення доцільності його застосування та спрощення етапів з'ясування ефективності препарату з застосуванням більш складних методик та більш затратних методів дослідження.

9. Спосіб реалізується лікарем урологом з застосуванням урофлоуметра та одноразової дози силодозину.
10. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози з наявністю симптомів нижніх сечових шляхів.
11. Індивідуальна підвищена чутливість до силодозину або будь-якої з допоміжних речовин у складі препарату, тяжка ниркова або печінкова недостатність.
12. Алергічна реакція. При розвитку алергічних ускладнень відповідна симптоматична терапія. Помилкою при використанні способу може бути порушення звичайного питного режиму: прийом значної кількості рідини перед дослідженням.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». 49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, тел. (0562) 31-22-51.
14. КЗ «Дніпропетровська МКЛ № 9 Дніпропетровської обласної ради».
15. Квятковський Є.А., Квятковська Т.О. (0936590463).

Реєстр. № 397/5/18

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ОЧІКУВАНОВОГО РЕЗУЛЬТАТУ ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ АЛЬФА-1-АДРЕНОБЛОКАТОРОМ СИЛОДОЗИНОМ.**
2. НДР «Морфофункціональний стан органів і тканин експериментальних тварин та людини в онтогенезі в нормі та під впливом зовнішніх і внутрішніх чинників», 0117U003181, 2017-2019 рр.
3. Урологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 122855. МПК А61К 31/405 (2006.01), А61В 5/20 (2006.01), А61Р 13/08 (2006.01). Спосіб прогнозування очікуваного результату лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози альфа-1-адреноблокатором / Квятковський Є.А., Квятковська Т.О., Квятковський О.Є. – № u201708798; заявл. 01.09.2017; опубл. 25.01.2018. Бюл. № 2.
6. Немає.
7. Запропонований спосіб прогнозування очікуваного результату лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози альфа-1-адреноблокатором включає визначення максимальної та середньої об'ємної швидкості потоку сечі при сечовипусканні, при якому в якості альфа-1-адреноблокатора застосовують силодозин, який після урофлоуметрії хворий одноразово приймає у дозі 8 мг, після чого через 2,5-3 години здійснюють повторну урофлоуметрію і за зміною швидкісних показників потоку сечі прогнозують ефективність лікування силодозином. За умови збільшення максимальної та середньої об'ємної швидкості потоку сечі при сечовипусканні після одноразового прийому силодозину на 25-30% призначають тривалу медикаментозну терапію. При відсутності змін або незначному збільшенні максимальної та середньої об'ємної швидкості потоку сечі

- здійснюють додаткове обстеження, після чого призначають препарати іншої групи або оперативне втручання.
8. Медичні. Використання фармакоуродинамічного тесту з силодозином пришвидшує визначення ефективності лікування хворого на доброякісну гіперплазію передміхурової залози альфа-1-адреноблокатором, так як показники змінення об'ємної швидкості потоку сечі при урофлоуметрії після проведення тесту достовірно не відрізняються від таких після тривалого лікування зі щоденним прийомом силодозину. Соціальні. Своєчасне призначення відповідної терапії симптомів нижніх сечових шляхів підвищує якість життя хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози та запобігає ускладненням, що можуть виникнути в разі призначення неадекватного лікування. Економічні. Зменшення невиправданих матеріальних затрат на щоденний прийом альфа-1-адреноблокатора силодозину протягом від 2-4 тижнів і більше замість одноразового прийому для визначення доцільності його застосування та спрощення етапів з'ясування ефективності препарату з застосуванням більш складних методик та більш затратних методів дослідження.
 9. Спосіб реалізується лікарем урологом з застосуванням урофлоуметра та одноразової дози силодозину.
 10. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози з наявністю симптомів нижніх сечових шляхів.
 11. Індивідуальна підвищена чутливість до силодозину або будь-якої з допоміжних речовин у складі препарату, тяжка ниркова або печінкова недостатність.
 12. Алергічна реакція. При розвитку алергічних ускладнень відповідна симптоматична терапія. Помилкою при використанні способу може бути порушення звичайного питного режиму: прийом значної кількості рідини перед дослідженням.
 13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». 49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, тел. (0562) 31-22-51.
 14. КЗ «Дніпропетровська МКЛ № 9 Дніпропетровської обласної ради».
 15. Квятковський Є.А., Квятковська Т.О. (0936590463).

Реєстр. № 398/5/18

1. **СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ.**
2. НДР «Трансректальна біопсія під ультразвуковим наведенням з використанням еластографії в диференційній діагностиці хронічного простатиту та новоутворень передміхурової залози», 2016-2020 рр.
3. Урологія.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 125532. МПК А61В 8/08 (2006.01). Спосіб диференційної діагностики захворювань передміхурової залози./ Когут В.В., Гайсенюк Ф.З., Сагалевиц А.І., Кравчук В.М., Джуран Б.В., Гречаник О.І., Савицький О.Ф.; заявник і патентовласник Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – № u201712761; заявл. 22.12.2017; опубл. 10.05.2018. Бюл. № 9.
6. Немає.
7. Спосіб диференційної діагностики захворювань передміхурової залози включає проведення трансректального ультразвукового сонографічного огляду простати, в процесі якого вимірюють швидкість розповсюдження зсувних хвиль з отриманням кольоровокодованого зображення. Додатково виявляють ділянки передміхурової залози з показниками пружності передміхурової залози в нульовому діапазоні пр

розраховують коефіцієнт дисбалансу (Кд) колагенів як співвідношення вмісту колагену I типу до колагену III типу у тканинах нирки та МСС та при значенні Кд в нирках нижчому за 1,0 визначають вроджений генез порушення, при вищому за 2,0 – набутий генез; при Кд у МСС нижчому за 1,0 визначають вроджений генез порушення, а при вищому за 1,4 – набутий генез. The method of differential diagnostics of hydronephrosis, which includes the determination of the nature of hydronephrosis, which is characterized by the fact that, for the determination of the genesis of the structures of the ureteropelvic junction (UPJ) in patients with hydronephrosis, the disbalance coefficient (Cd) of collagen is calculated as the ratio of the content of collagen type I to type III collagen kidney tissues and UPJ and, in the case of Cd in the kidneys below 1.0, determine the birth defect, with value higher than 2.0 – acquired genesis; at Cd in UPJ below 1.0 the birth defect is determined, and in case of higher than 1.4 – the acquired genesis.

7. Спосіб диференційної діагностики гідронефрозу, який включає визначення характеру гідронефрозу, який відрізняється тим, що для визначення генезу розвитку стриктур МСС у хворих на гідронефроз розраховують Кд колагенів як співвідношення вмісту колагену I типу до колагену III типу у тканинах нирки та МСС та при значенні Кд в нирках нижчому за 1,0 визначають вроджений генез порушення, при вищому за 2,0 – набутий генез; при Кд у МСС нижчому за 1,0 визначають вроджений генез порушення, а при вищому за 1,4 – набутий генез.
8. Медичні – підвищення ефективності діагностики хворих на гідронефроз з метою запобігання рецидивів та ускладнень. Соціальні – покращення якості життя хворих на гідронефроз. Економічні – скорочення фінансових витрат на діагностику і хворого на гідронефроз.
9. Реактиви та обладнання для імуногістохімічного дослідження колагенів, лікар-лаборант.
10. Гідронефроз.
11. Немає.
12. Немає.
13. Харківський національний медичний університет. 61022, м. Харків, просп. Науки, 4.
14. Немає.
15. Савенков В.І. (0503100520), Сорокіна І.В., Мирошніченко М.С.

ФАРМАКОЛОГІЯ ТА ФАРМАЦІЯ

Реєстр. № 405/5/18

1. **ВИКОРИСТАННЯ ЕХІНАЦЕЇ ПУРПУРОВОЇ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ РОБІТ ІЗ ШКІДЛИВИМИ УМОВАМИ ЗОВНІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА.**
2. НДР «Морфофункціональний стан органів і тканин експериментальних тварин та людини в онтогенезі в нормі та під впливом зовнішніх і внутрішніх чинників», 0117U003181, 2017-2019 рр.
3. Профілактична медицина.
4. 2+;С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Використання суміші препаратів у складі 7% спиртової настоянки ехінацеї пурпурової (20 крапель), *Ginkgo biloba* (40 мг), 30% розчину вітаміна Е (20 крапель) тричі на добу, що дозволяє зберегти сперматогенну функцію яєчок та зменшити прояви запального процесу в чоловічих статевих органах шляхом посилення

антиоксидантних, радіопротекторних, позитивних ендотеліальних ефектів настоянки ехінацеї пурпурової в активації імунних реакцій та покращенні кровопостачання яєчка.

8. Медичною перевагою запропонованого методу використання ехінацеї пурпурової є те, що суміш препаратів, в склад яких входить настоянка ехінацеї пурпурової, пропонується вводити у вигляді крапель перорально на відміну від місцевих способів, застосування яких може призводити до появи алергічних реакцій. Соціальна перевага заключається в тому, що застосування ехінацеї пурпурової знижує ризик виникнення захворювань чоловічих статевих органів, ускладнень та скорочує тривалість післяопераційного періоду.
9. Лікарський засіб у вигляді 7-8% спиртової настоянки ехінацеї пурпурової.
10. З профілактичною метою робітникам, працюючим із шкідливими факторами зовнішнього середовища; в урології в післяопераційному періоді чоловікам із захворюваннями органів сечостатевої системи.
11. Немає.
12. Не спостерігалось.
13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра клінічної анатомії, анатомії і оперативної хірургії. 49027, м. Дніпро, вул. В. Вернадського, 9, тел. (0562) 31-22-57.
14. Немає.
15. Топка Е.Г. (0962339085), Шарапова О.М. (0974293489).

Реєстр. № 406/5/18

1. **ЗАСТОСУВАННЯ СУХОГО ЕКСТРАКТУ З ЛИСТЯ ГРУШАНКИ КРУГЛОЛИСТОЇ ЯК ПРОТИЗАПАЛЬНОГО ТА НЕФРОПРОТЕКТОРНОГО ЗАСОБУ.**
2. НДР «Експериментально-теоретичне обґрунтування фармакологічної дії лікарських засобів рослинного походження», 0117U002048.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 124406. МПК А61К 36/45 (2006.01), А61К 127/00, А61Р 13/00. Застосування сухого екстракту з листя грушанки круглолистої як протизапального та нефропротекторного засобу / Соколова К.В., Подплетня О.А., Залигіна Є.В., Дарзулі Н.П., Грошовий Т.А.; заявник і патентовласник ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». – № u201709935; заявл. 13.10.2017; опубл. 10.04.2018. Бюл. № 7.
6. Немає.
7. Корисна модель відноситься до фармацевтичних засобів невизначеної структури, що містять матеріал з рослин або їхніх похідних та може бути використаною в медицині та фармації для комплексної терапії та профілактики гострого постстрептококкового гломерулонефриту.
8. Економічні: дешевий нефропротекторний засіб; медичні: безпечний лікарський засіб, застосування якого сприяло б реалізації широкого спектру специфічної активності, усуненню негативних побічних ефектів і протипоказань; соціальні: доступний лікарський засіб для комплексної терапії та профілактики гострого постстрептококкового гломерулонефриту.
9. Немає.
10. Комплексна терапія та профілактика гострого постстрептококкового гломерулонефриту.
11. Немає.
12. Немає.

13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». 49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, dsma@dsma.dp.ua.
14. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України». 46001, м. Тернопіль, вул. Майдан Волі, 1, university@tdmu.edu.ua.
15. Соколова К.В. (0977200074), Подплетня О.А., Залигіна Є.В., Дарзулі Н.П., Грошовий Т.А.

Реєстр. № 407/5/18

1. **СПОСІБ ОДЕРЖАННЯ ГУСТОГО ЕКСТРАКТУ З ГРУШАНКИ КРУГЛОЛИСТОЇ З ДІУРЕТИЧНОЮ ТА АНТИМІКРОБНОЮ АКТИВНІСТЮ.**
2. НДР «Експериментально-теоретичне обґрунтування фармакологічної дії лікарських засобів рослинного походження», 0117U002048.
3. Фармація.
4. 2+,С.
5. Патент України на корисну модель № 125676. МПК А61К 36/45 (2006.01), А61К 127/00, А61Р 7/02 (2006.01). Спосіб одержання густого екстракту з грушанки круглолистої з діуретичною та антимікробною активністю / Дарзулі Н.П., Грошовий Т.А., Вронська Л.В., Покришко О.В., Соколова К.В., Подплетня О.А., Залигіна Є.В.; заявники і патентовласники ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України», ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». – № u201710031; заявл. 17.10.2017; опубл. 25.05.2018. Бюл. № 10.
6. Немає.
7. Корисна модель стосується фармації і медицини, а саме способів одержання екстракційних препаратів з лікарської рослинної сировини, що володіють діуретичною та антимікробною активністю.
8. Економічні: дешевий спосіб одержання екстракційних препаратів з лікарської рослинної сировини; медичні: безпечний лікарський засіб, застосування якого сприяло б реалізації широкого спектру специфічної активності, усунення негативних побічних ефектів і протипоказань; соціальні: доступний спосіб одержання екстракційних препаратів з лікарської рослинної сировини.
9. Немає.
10. Спосіб одержання густого екстракту з лікарської рослинної сировини.
11. Немає.
12. Немає.
13. ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». 49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, dsma@dsma.dp.ua.
14. ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України». 46001, м. Тернопіль, вул. Майдан Волі, 1, university@tdmu.edu.ua.
15. Дарзулі Н.П., Грошовий Т.А., Вронська Л.В., Покришко О.В., Соколова К.В. (0977200074), Подплетня О.А., Залигіна Є.В.

Реєстр. № 408/5/18

1. **СПОСІБ КІЛЬКІСНОГО СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОГО ВИЗНАЧЕННЯ АТЕНОЛОЛУ В ТАБЛЕТКАХ.**
2. НДР «Застосування фізико-хімічних методів в аналізі лікарських речовин, похідних амінів, азолів та інших», 0116U005350, 2016-2020 pp.
3. Фармація.
4. 1+,А.