


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Державне некомерційне підприємство «Центр тестування професійної
компетентності фахівців з вищою освітою напрямів підготовки
«Медицина» і «Фармація» при Міністерстві охорони здоров'я України»
(ДНП «Центр тестування»)


ПОГОДЖЕНО

Віце президент
Національної академії медичних наук
України


Володимир КОВАЛЕНКО
« 01 » березня 2023 р.

ЗАТВЕРДЖЕНО

Заступник Міністра охорони
здоров'я України


Ірина МИКИЧАК
« 01 » березня 2023 р.

П Е Р Е Л І К

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

(Випуск 9)

**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 № 9 є щорічною інформаційною збіркою, у якій містяться повідомлення про наукову (науково-технічну) продукцію, отриману за результатами наукової, науково-технічної та науково-організаційної діяльності 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 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 2021-2022 рр.

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

Сформовано та підготовлено до друку Державним некомерційним підприємством «Центр тестування професійної компетентності фахівців з вищою освітою напрямів підготовки «Медицина» і «Фармація» при Міністерстві охорони здоров'я України»

ЗМІСТ

| | |
|---|-----|
| АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ..... | 4 |
| АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ДЕЗІНФЕКТОЛОГІЯ, ДИТЯЧА АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ, ДЕЗІНФЕКЦІЙНА СПРАВА..... | 16 |
| ГЕНЕТИКА ЛАБОРАТОРНА, ІНТЕРВЕНЦІЙНА КАРДІОЛОГІЯ, КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ | 24 |
| ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ, ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ, ТЕРАПІЯ | 35 |
| ГІГІЄНА ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ, КОМУНАЛЬНА ГІГІЄНА, ГІГІЄНА ХАРЧУВАННЯ..... | 70 |
| ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я, МІКРОБІОЛОГІЯ І ВІРУСОЛОГІЯ..... | 77 |
| ЗАГАЛЬНА ФАРМАЦІЯ, ХІМІЯ | 84 |
| ІМУНОЛОГІЯ, ЛАБОРАТОРНА ІМУНОЛОГІЯ..... | 87 |
| ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ | 98 |
| ЛАБОРАТОРНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА, РАДІАЦІЙНА ГІГІЄНА | 102 |
| МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ, НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ | 104 |
| ОНКОХІРУРГІЯ, КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ | 111 |
| ОРТОПЕДІЯ І ТРАВМАТОЛОГІЯ | 112 |
| ПЕДІАТРІЯ | 114 |
| СТОМАТОЛОГІЯ, ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ..... | 126 |
| СУДОВО-МЕДИЧНА ГІСТОЛОГІЯ..... | 151 |
| УРОЛОГІЯ | 154 |
| ФІЗИЧНА ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНА МЕДИЦИНА, ФІЗІОТЕРАПІЯ | 157 |
| ХІРУРГІЯ, НЕЙРОХІРУРГІЯ, ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ, МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ | 168 |

Наукове повідомлення*. Реєстр № 1/9/23

1. Назва наукової (науково-технічної) продукції†. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНО-КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГІНІТУ

2. Назва науково-дослідної роботи, за результатом якої отримана наукова (науково-технічна) продукція. НДР «Удосконалення напрямків діагностики первинної плацентарної дисфункції з урахуванням морфофункціонального стану екстраембріональних структур і матково-плацентарного кровотоку у вагітних високої групи перинатального ризику в ранні терміни гестації», номер державної реєстрації: 0116U002933.

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). Інформаційний лист № 4-2021 випуск з проблеми «Акушерство та гінекологія». Спосіб лікування бактеріально-кандидозного вульвовагініту / Кравченко О. В. - Підстава: витяг ЕПК «Акушерство і гінекологія» протокол № 2 від 29.10.2020 р.

6. Інформація для внесення у технологічну пропозицію Української інтегрованої системи трансферу технологій (за наявності). Немає.

7. Анотований виклад суті наукової (науково-технічної) продукції. З метою лікування бактеріально-кандидозного вульвовагініту призначали препарат Гінодек – вагінальний гель 5 мл 1 раз на добу 7 днів.

8. Стислий опис переваг, які будуть отримані внаслідок упровадження наукової (науково-технічної) продукції, порівняно з наявними аналогами (медичні, соціальні, економічні). Перевагами використання даного методу є те, що вагінальний гель гінодек містить діючу речовину 0,02 % декаметоксин, 0,5 % гіалуронову кислоту, лактатний буфер. Декаметоксин має виражений бактерицидний вплив на стафілококи, стрептококи, капсульні бактерії та фунгіцидну дію на дріжджі, дріжджоподібні гриби тощо. Декаметоксин концентрується на цитоплазматичній мембрані мікробної клітини, з'єднується з фосфатидними групами ліпідів оболонки, що призводить до порушення цілісності цитоплазматичної мембрани мікроорганізмів та їх загибелі. Гіалуронова кислота відновлює водний баланс клітин вагінального епітелію, забезпечує підтримку вологості в слизовій оболонці, покращує цервіко-вагінальну трофіку, проявляє регенеруючі та ранозагоювальні властивості, усуває дискомфорт та свербіж у піхві. Завдяки лактатному буферу гель підтримує

* 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

pH (3,8-4,5) піхвового середовища, що сприяє формуванню нормальної мікрофлори вагінального біотопу. *Медичний*: запропонований лікарський засіб зарекомендував себе як ефективний щодо лікування бактеріально-кандидозного вульвовагініту, що підтверджується як клінічними (відсутність симптоматики запалення у 95,5% обстежених), так і бактеріологічними даними (у 86,6% жінок констатована бактеріологічна санація). *Соціальний*: покращення якості життя та здоров'я жінок після проведеного лікування, за рахунок скорочення термінів лікування та відсутності ускладнень. *Економічний*: скорочення фінансових витрат на лікування бактеріально-кандидозного вульвовагініту, за рахунок застосування ефективного лікувального засобу.

9. Перелік необхідних ресурсів (кадрових, лікарських засобів, виробів медичного призначення тощо), необхідних для практичного застосування наукової (науково-технічної) продукції. Препарат гінодек – вагінальний гель 5 мл 1 раз на добу 7 днів.

10. Показання до застосування. Жінки з бактеріально-кандидозним вульвовагінітом.

11. Протипоказання до застосування. Індивідуальна непереносимість компонентів, що входять до складу гелю.

12. Перелік можливих ускладнень або помилок при використанні наукової (науково-технічної) продукції, шляхи їх запобігання та усунення. Побічних ефектів не спостерігалось.

13. Повне найменування установи (підприємства, організації) розробника. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2.

14. Повне найменування установи (підприємства, організації) співрозробників. Немає.

15. Прізвища та ініціали авторів, номер телефону. Кравченко О. В.

Контактна особа: Кравченко О. В., +380956593554.

Реєстр № 2/9/23

1. СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ НЕВИНОШУВАННІ В РАННІ ТЕРМІНИ ВАГІТНОСТІ

2. НДР «Удосконалення напрямків діагностики первинної плацентарної дисфункції з урахуванням морфо-функціонального стану екстраембріональних структур і матково-плацентарного кровотоку у вагітних високої групи перинатального ризику в ранні терміни гестації», номер державної реєстрації: 0116U002933.

3. Акушерство та гінекологія.

4. 2+; С.

5. Пат. 145642 Україна МПК (2006) А61К 31/00, А61К 31/57 (2006.01), А61К 36/28 (2006.01), А61Р 15/00, А61Р 3/00, А61Р 5/24 (2006.01), А61Р 9/00

Спосіб профілактики перинатальних ускладнень при невиношуванні в ранні терміни вагітності / Кравченко О. В., Соловей В.М.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет» – № u202004759; заявл. 27.07.2020; опуб. 28.12.2020, бюл. № 24/2020.

6. Немає.

7. З метою профілактики перинатальних ускладнень вагітним, у яких внаслідок загрози невиношування в ранні терміни гестації виникла гіпоплазія хоріону призначають мікронізований прогестерон в дозах 200-300 мг вагінально, одночасно призначають венотонічний засіб із діючою речовиною діосмін по 1 таблетці 2 рази на добу, метаболічний та антиоксидантний рослинний препарат із похідних артішоку по 400 мг 2-3 рази на добу до 18-20 тижня гестації.

8. Перевагами використання даного методу є те, що препарат мікронізованого прогестерону ідентичний ендогенному, компенсує недостатність прогестерону, в невисоких дозах немає антигонадотропного ефекту, його метаболіти спричиняють токолітичний ефект. Препарат створює високу біодоступність і максимальну концентрацію в органах-мішенях.

Прогестерон – це ключовий фактор у забезпеченні адекватної гестаційної перебудови міометральних сегментів спіральних артерій, що створює оптимальні умови для приросту матково-плацентарного кровотоку. Венотонік із діючою речовиною діосмін підвищує венозний тонус, попереджає тромбоз, зменшує веностаз та проникливість капілярів, покращує мікроциркуляцію. Рослинний препарат із похідних артішоку, який крім метаболічного, антиоксидантного ефекту профілактує виникнення внутрішньопечінкових холестазів, які зазвичай формуються при довготривалому використанні мікронізованих прогестеронів. *Медичний:* призначення запропонованої терапії вагітним, у яких внаслідок загрози невиношування в ранні терміни гестації виникла гіпоплазія хоріону сприяє зниженню частоти передчасних пологів в 4,5 раза, гестозів в 2,3 раза та профілактує виникнення передчасного відшарування нормально розташованої плаценти. *Соціальний:* покращення якості життя та здоров'я вагітних внаслідок зменшення ускладнень, а саме передчасних пологів, гестозів та кровотеч пов'язаних з передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти. *Економічний:* скорочення фінансових витрат на перебування вагітних в стаціонарі у зв'язку з зниженням рівня перинатальних ускладнень.

9. Призначають мікронізований прогестерон в дозах 200-300 мг вагінально, одночасно призначають венотонічний засіб із діючою речовиною діосмін по 1 таблетці 2 рази на добу, метаболічний та антиоксидантний рослинний препарат із похідних артішоку по 400 мг 2-3 рази на добу до 18-20 тижня гестації.

10. Вагітні із гіпоплазією хоріону внаслідок загрози переривання вагітності в ранні терміни гестації.
 11. Індивідуальна непереносимість компонентів, що входять до складу препаратів.
 12. Побічних ефектів не спостерігалось.
 13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2.
 14. Немає.
 15. Кравченко О. В., Соловей В. М.
- Контактна особа:** Кравченко О. В., +380956593554.

Реєстр № 3/9/23

1. СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ПЕРВИННІЙ ПЛАЦЕНТАРНІЙ ДИСФУНКЦІЇ

2. НДР «Удосконалення напрямків діагностики первинної плацентарної дисфункції з урахуванням морфо-функціонального стану екстраембріональних структур і матково-плацентарного кровотоку у вагітних високої групи перинатального ризику в ранні терміни гестації», номер державної реєстрації: 0116U002933.

3. Акушерство та гінекологія.

4. 2+; С.

5. Інформаційний лист № 17-2021 випуск з проблеми «Акушерство та гінекологія». Спосіб профілактики перинатальних ускладнень при первинній плацентарній дисфункції / Кравченко О. В., Соловей В. М. - Підстава: витяг ЕПК «Акушерство та гінекологія» протокол № 1 від 27.01.2021 р.

6. Немає.

7. З метою профілактики перинатальних ускладнень при первинній плацентарній дисфункції вагітним основної групи призначали мікронізований прогестерон (в дозі 200-300 мг на добу інтравагінально), препарати Нормовен (по 1 таблетці 2 рази на добу), Артіхол (400 мг 2-3 рази на добу) і Магнікум (по 1 таблетці 3 рази на день). Негормональну терапію проводили циклами протягом 15-18 тижня, 25-28 тижня, 32-35 тижня. Гормональна терапія була поступово відмінена до 34 тижня гестації. Дана група вагітних була просанована до 16 тижня гестації. Жінки контрольної групи отримували лише мікронізований прогестерон. Лікування інфекцій проведено в даній групі відповідно до рекомендацій, які є специфічними для кожної нозології після 16 тижня гестації.

8. Перевагами використання даного методу є те, що мікронізований прогестерон забезпечує повноцінне проходження II хвилі інвазії цитотрофобласта та адекватний приріст матко-плацентарного кровотоку.

Венотонік Нормовен підвищує венозний тонус, попереджає тромбоз, зменшує веностаз та проникливість капілярів, покращує мікроциркуляцію. Артіхол підвищує активність медіаторного обміну, сприяє активізації енергетичних реакцій в організмі, нормалізації метаболічного статусу, спричиняє антиоксидантний ефект та профілактує виникнення внутрішньопечінкових холестазів. Магнікум забезпечує антистресову, антитромботичну та спазмолітичну дію, що сприяє ефективному зниженню судинної резистентності. Результати дослідження показали, що після проведення антибактеріальної терапії в основній групі обстежених рівень моноінфекцій знизився з 26,8% до 9,5%, рівень мікст-інфекцій з 56,1% до 20,7%, тоді як в контрольній групі ефективність антибактеріальної терапії, яка проведена після 16 тижнів була значно нижчою (відповідно моноінфекції зменшились з 27,5% до 17,5%, мікст-інфекції з 62,5% до 52,5%). *Медичний:* призначення запропонованої терапії вагітним з первинною плацентарною дисфункцією сприяє зниженню частоти гестозів з 32,5% до 16,7%, рівня передчасних пологів в 4 рази, затримки внутрішньоутробного розвитку та інфікування плода майже в 2 рази. *Соціальний:* покращення якості життя та здоров'я вагітних внаслідок зменшення ускладнень, а саме передчасних пологів, гестозів та затримки внутрішньоутробного розвитку плода та його інфікування. *Економічний:* скорочення фінансових витрат на перебування вагітних в стаціонарі у зв'язку з зниженням рівня перинатальних ускладнень.

9. Призначають мікронізований прогестерон в дозі 200-300 мг на добу інтравагінально, препарати Нормовен по 1 таблетці 2 рази на добу, Артіхол 400 мг 2-3 рази на добу і Магнікум по 1 таблетці 3 рази на день. Лікування інфекцій проводять відповідно до рекомендацій, які є специфічними для кожної нозології.

10. Вагітні з первинною плацентарною дисфункцією в I триместрі вагітності.

11. Індивідуальна непереносимість компонентів, що входять до складу препаратів.

12. Побічних ефектів не спостерігалось.

13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, 58002, м. Чернівці, Театральна площа, 2.

14. Немає.

15. Кравченко О. В., Соловей В. М.

Контактна особа: Кравченко О. В., +380956593554.

1. СПОСІБ НЕІНВАЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАТРИМКИ ВІДДІЛЕННЯ ПЛАЦЕНТИ БЕЗ КРОВОТЕЧІ В ТРЕТЬОМУ ПЕРІОДІ ПОЛОГІВ ШЛЯХОМ ІНТРАУМБІЛІКАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ ОКСИТОЦИНУ

2. НДР «Діагностика та превентивне лікування акушерських та гінекологічних захворювань при екстрагенітальній патології», номер державної реєстрації: 0120U101467, 2020-2023 рр.

3. Акушерство і гінекологія.

4. 2++ В.

5. Петренко Є. В., Пампуха О. О. (2022) Розповсюдженість, фактори ризику, патогенез затримки плаценти та інтраумбілікальне введення утеротоніків як альтернативний метод менеджменту даного стану. *Sciences of Europe*. 98:39-47. DOI: 10.5281/zenodo.6973786.

6. Немає.

7. Для зниження частоти проведення ручного відділення плаценти та виділення посліду запропоновано неінвазивний варіант лікування затримки відділення плаценти без кровотечі в третьому періоді передчасних або строкових пологів. При встановленні діагнозу затримка плаценти без кровотечі за інформованою згодою роділлі проводиться інтраумбілікальне введення в вену пуповини 50 МО розчину окситоцину, розведеного у 30-50 мл 0,9 % розчину натрію хлориду через ін'єкційну голку 18G або через аспіраційний катетер, розмір Fr10. За відсутності кровотечі слід зачекати до 30 хвилин, щоб плацента відділилась та виділилась.

8. *Медичний*: зменшення частоти післяпологових ускладнень, пов'язаних з операцією ручного відділення плаценти та виділення посліду, у тому числі травм пологових шляхів, післяпологових інфекційних та анестезіологічних ускладнень, а також віддалених наслідків - синдрому Ашермана та жіночого безпліддя. *Соціальний*: зниження частоти проведення ручного відділення плаценти та виділення посліду для підвищення задоволеності медичною допомогою та якості життя пацієнток. *Економічний*: враховуючи невисоку собівартість даного методу, економічний ефект досягається за рахунок відсутності витрат на внутрішньовенне знеболення, антибіотикопрофілактику та зниження витрат на тривале перебування пацієнтки у акушерському стаціонарі.

9. Кадрові ресурси – кваліфікований лікар акушер-гінеколог; лікарські засоби – окситоцин розчин для ін'єкцій, 5 МО/1 мл по 1 мл в ампулах №10; натрію хлорид розчин для інфузій 0,9 % по 100 мл № 1; вироби медичного призначення - голка ін'єкційна 18G № 1 або катетер аспіраційний, розмір Fr10 № 1, шприц ін'єкційний 50 мл № 1 або шприц ін'єкційний 100 мл № 1.

10. Затримка відділення плаценти в третьому періоді пологів без кровотечі.

11. Гіперчутливість до діючої речовини: окситоцину або до будь-якої з допоміжних речовин препарату, тяжкі захворювання серцево-судинної системи, кровотеча в третьому періоді пологів.

12. Ускладнення не спостерігалися. При наявності гіперчутливості до окситоцину розвиток гіпертонічних скорочень матки можливий, незважаючи на правильний вибір дози і відповідний медичний нагляд.

13. Дніпровський державний медичний університет, 49044, м. Дніпро, вул. В. Вернадського, 9, тел. (056) 766-48-04.

14. Немає.

15. Дубоссарська Ю. О., Петренко Є. В.

Контактна особа: Петренко Є. В., +380667772772.

Реєстр № 5/9/23

1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ВАГІТНИХ ГРУП РИЗИКУ

2. НДР «Розробка диференційованого лікування первинної плацентарної дисфункції у вагітних групи високого перинатального ризику», номер державної реєстрації 0121U110022.

3. Акушерство та гінекологія.

4. 2+; С.

5. Інформаційний лист № 2-2022 випуск з проблеми «Акушерство та гінекологія». Спосіб діагностики та лікування первинної плацентарної дисфункції у вагітних груп ризику / Кравченко О. В. - Підстава: витяг ЕПК «Акушерство і гінекологія» протокол № 3 від 09.11.21р.

6. Немає.

7. З метою діагностики плацентарної дисфункції на підставі ультразвукової оцінки стану естраембріональних структур в 7-8 та 12-13 тижнів гестації.

Верифікаційними критеріями плацентарної дисфункції були зменшення об'єму плідного яйця, кровотік в жовтому тілі яєчників у вигляді локусів, зменшення об'єму хоріону та індексу васкуляризації на 15% і більше, а також підвищення індексу резистентності в маткових та спіральних артеріях. З метою лікування запропонована медикаментозна терапія плацентарної дисфункції, що розпочинається з I триместру гестації і включає в себе мікронізований прогестерон (в дозі 200-300 мг на добу інтравагінально), препарат Нормовен (по 1 таблетці 2 рази на добу), Артіхол (400 мг 2-3 рази на добу) і Магнікум (по 1 таблетці 3 рази на день). Негормональну терапію проводили циклами протягом 13-16 тижня, 21-24 тижня, 30-33 тижня. Гормональна терапія була поступово відмінена до 34 тижня гестації.

8. Зменшення об'єму плідного яйця, кровотік в жовтому тілі яєчників у вигляді локусів, зменшення об'єму хоріону та індексу васкуляризації на 15% і більше, а також підвищення індексу резистентності в маткових та спіральних артеріях може слугувати критерієм ефективної діагностики плацентарної дисфункції в ранні терміни ще на доклінічному етапі.

Перевагами комплексної патогенетично обґрунтованої медикаментозної терапії є те, що мікронізовані прогестерони ідентичні ендogenous, компенсують недостатність прогестерону, їх метаболіти спричиняють токолітичний ефект.

Препарати створюють високу біодоступність і максимальну концентрацію в органах-мішенях. Вагінальний спосіб введення є гарною альтернативою пероральному шляху, оскільки не втрачається концентрація активного прогестерону за рахунок первинного печінкового метаболізму.

Венотонік Нормовен підвищує венозний тонус, попереджає тромбоз, зменшує веностаз та проникливість капілярів, покращує мікроциркуляцію.

Артіхол, який крім метаболічного, антиоксидантного ефекту профілактує виникнення внутрішньопечінкових холестазів, які зазвичай формуються при довготривалому використанні мікронізованих прогестеронів.

Лікарській засіб Магнікум містить у своєму складі магній лактат дигідрат в поєднанні з вітаміном В6, має кишковорозчинну оболонку, що збільшує швидкість абсорбції магнію в кишечнику, покращує його трансмембранне проходження до клітин. за рахунок активації вироблення оксиду азоту та простагліцину. Магній перешкоджає розвитку ендотеліальної дисфункції, активації кальцієм зовнішнього і внутрішнього шляхів коагуляції, а також нормалізує параметри тромбоцитарної ланки гемостазу, забезпечує антистресову та спазмолітичну дію.

Медичний: запропонований діагностичний алгоритм сприяє ранній доклінічній діагностиці плацентарної дисфункції в 23-13 тижнів гестації. Комплекс лікарських засобів зарекомендував себе як ефективний щодо лікування плацентарної дисфункції та зниження таких ускладнень вагітності як загроза переривання, прееклампсія, передчасні пологи. *Соціальний:* покращення якості життя та здоров'я вагітних групи ризику за рахунок зменшення частоти плацентарної дисфункції. *Економічний:* скорочення фінансових витрат на лікування вагітних груп ризику щодо розвитку плацентарної дисфункції, за рахунок впровадження ефективних методів діагностики та лікування.

9. Мікронізований прогестерон в дозах 200-300 мг вагінально, венотонічний засіб нормовен по 1 таблетці 2 рази на добу, метаболічний і антиоксидантний препарат артіхол по 400 мг 2-3 рази на добу, магнікум по 1 таблетці 3 рази на день. Негормональну терапію проводили циклами протягом 13-16 тижня, 21-24 тижня, 30-33 тижня. Гормональна терапія була поступово відмінена до 34 тижня гестації.

10. Вагітні груп ризику з гормональними порушеннями та невиношуванням в анамнезі, з клінічними ознаками невиношування в ранні терміни гестації, аномальним розміщенням хоріону, екстрагенітальною патологією, інфекцією статевих шляхів з діагностованою плацентарною дисфункцією в кінці I триместру вагітності.

11. Багатоплідна вагітність, вагітність, яка настала внаслідок допоміжних репродуктивних технологій, аномалії розвитку плода та внутрішніх статевих органів матері.

12. Побічних ефектів не спостерігалось.

13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України: 58002, м. Чернівці, Театральна площа, 2.

14. Немає.

15. Кравченко О. В.

Контактна особа: Кравченко О. В., +380956593554.

Реєстр № 6/9/23

1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ВУЛЬВОВАГІНАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ

2. НДР «Розробка диференційованого лікування первинної плацентарної дисфункції у вагітних групи високого перинатального ризику», номер державної реєстрації: 0121U110022.

3. Акушерство та гінекологія.

4. 2+; С.

5. Інформаційний лист № 1-2022 випуск з проблеми «Акушерство та гінекологія». Спосіб корекції вульвовагінальної інфекції у дівчат-підлітків / Кравченко О. В. - Підстава: витяг ЕПК «Акушерство і гінекологія» протокол № 3 від 09.11.21 р.

6. Немає.

7. З метою корекції вульвовагінальної інфекції у дівчат-підлітків призначали універсальний антисептичний засіб декаметоксин, який є діючою речовиною в препаратах Декасан та Гінодек.

8. Декаметоксин має широкий спектр антимікробної дії, зокрема бактерицидної, фунгіцидної, вірусцидної та протистоцидної. Він не всмоктується слизовими оболонками, неушкодженою шкірою і раньовою поверхнею, безпечний при внутрішньопорожнинному застосуванні, потенціює дію антибіотиків, перешкоджає адгезії патогенних мікроорганізмів, пригнічує ексудативну фазу запалення, володіє протинабряковим ефектом. До складу Гінодеку, крім декаметоксину входить ще 0,5% гіалуронова кислота і лактатний буфер. Гіалуронова кислота зв'язує воду, відновлює водний баланс клітин вагінального епітелію, забезпечує гідратацію слизової оболонки, покращує цервіко-вагінальну трофіку, проявляє регенеруючі та ранозагоювальні властивості, усуває дискомфорт та свербіж у піхві. Завдяки лактатному буферу гель підтримує рН (3,8-4,5) піхвового середовища, що сприяє формуванню нормальної мікрофлори вагінального біотопу.

Медичний: запропоновані лікарські засоби зарекомендували себе як високоефективні по відношенню як до моно-, так і змішаної вульвовагінальної інфекції, що підтверджується як клінічними (відсутність симптоматики запалення у 95,8% обстежених), так і бактеріологічними даними (у дівчат-підлітків з неспецифічним вульвовагінітом констатована бактеріальна санація в 94,4%, з вульвовагінальним кандидозом у 89,3%, зі

змішаною бактеріально-кандидозною інфекцією у 87,5% випадків).
Соціальний: покращення якості життя, збереження репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків на етапі вступу в репродуктивний вік.
Економічний: скорочення фінансових витрат на лікування вульвовагінальної інфекції, за рахунок застосування ефективних лікувальних засобів.

9. Розчин Декасану по 50-100 мл 3 рази на добу для зрошень зовнішніх статевих органів та вагінальний гель Гінодек по 5 мл 1 раз на ніч протягом 7 днів.

10. Вульвовагінальна інфекція у дівчат-підлітків.

11. Індивідуальна непереносимість препаратів.

12. Побічних ефектів не спостерігалось.

13. Буковинський державний медичний університет, 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2.

14. Немає.

15. Кравченко О. В.

Контактна особа: Кравченко О. В., +380956593554.

Реєстр № 7/9/23

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ЖІНОК В ПЕРИ- ТА ПОСТМЕНОПАУЗИ

2. НДР «Розробка диференційованого лікування первинної плацентарної дисфункції у вагітних групи високого перинатального ризику», номер державної реєстрації: 0121U110022.

3. Акушерство та гінекологія.

4. 2+; С.

5. Інформаційний лист № 3-2022 випуск з проблеми «Акушерство та гінекологія». Спосіб лікування бактеріально-кандидозного вульвовагініту / Кравченко О. В. - Підстава: рішення Вченої ради БДМУ протокол № 10 від 26.05.22 р.

6. Немає.

7. З метою лікування інфекцій сечовивідних шляхів у жінок в пери- та постменопаузі призначали медичний засіб Утіпро Плюс АФ.

8. Утіпро Плюс АФ - єдиний інноваційний медичний засіб, який чинить ефект у 2 місяцях одночасно - насамперед у кишечнику, з вторинною функцією в сечовому міхурі. Утіпро Плюс АФ – містить три натуральних інгредієнти Ксилоглоукан-Гелоза (150 мг), гібіскус (100мг), прополіс (100мг).

Ксилоглоукан-Гелоза проходить в незмінному виді через кисле середовище шлунка і досягає кишечника, утворює шар на геміцелюлозній основі, який вистилає поверхню слизової оболонки кишечника, запобігає адгезії і росту бактерій та їх міграції в сечовий міхур.

Вторинний, підтримуючий ефект в сечовому міхурі забезпечує гібіскус і прополіс. Гібіскус багатий на органічні кислоти: яблучну, аскорбінову і лимонну, а також на антоцианидини. Органічні кислоти підкислюють сечу, що призводить до збільшення утворення монооксиду азоту, який, в свою чергу, пригнічує проліферацію бактерій.

Медичний: запропонований лікарський засіб зарекомендував себе як високоефективний при лікуванні неускладнених інфекцій сечовивідних шляхів у жінок в пери- та постменопаузі, що підтверджується клінічними і лабораторними даними – нетримання сечі, імперативні позиви до сечовипускання у жінок основної групи взагалі були відсутні, в 3 рази в досліджуваній групі знизилась частота дизуричних розладів, в 5 разів рідше зустрічався біль в нижній частині живота та печіння при сечовипусканні. На 75 день лікування бактеріальна санація сечі в групі, яка приймала антибіотики та Утіпро Плюс АФ становила 84% в порівнянні з 35% пацієток, які отримували лише антибіотики. *Соціальний:* покращання якості життя жінок в пери- та постменопаузі. *Економічний:* скорочення фінансових витрат на лікування неускладнених інфекцій сечовивідних шляхів, за рахунок застосування ефективного лікувального засобу.

9. Утіпро Плюс АФ по 2 капсули протягом 5 днів, а надалі по 1 капсулі протягом 5 днів. З 30 дня дослідження по 1 капсулі 15 днів поспіль на місяць, протягом 2 місяців.

10. Неускладнені інфекції сечовивідних шляхів в пери- і постменопаузі.

11. Індивідуальна непереносимість препаратів.

12. Побічних ефектів не спостерігалось.

13. Буковинський державний медичний університет, 58002, м. Чернівці, Театральна площа, 2.

14. Немає.

15. Кравченко О. В.

Контактна особа: Кравченко О. В., +380956593554.

Реєстр № 8/9/23

1. АЛГОРИТМ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ БІОМЕХАНІЧНИХ ЗМІН В ОРГАНІЗМІ ВАГІТНИХ ЖІНОК, ЩО МОЖУТЬ ПРИЗВЕСТИ ДО ЗМІН У ЇХ ПОСТУРАЛЬНОМУ КОНТРОЛІ

2. НДР «Патогенетична роль ендотеліальної дисфункції та генетичні особливості при патології під час вагітності та гінекологічних захворюваннях», номер державної реєстрації: 01721U005253, 2017-2021 рр.

3. Акушерство і гінекологія, лікувальна фізкультура і спортивна медицина, фізична та реабілітаційна медицина.

4. 2+; С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Для виявлення вагітних жінок груп ризику щодо мимовільних падінь доцільно проводити раннє (при первинному огляді лікаря акушера-гінеколога або при диспансеризації з приводу вагітності, бажано до 12 тижня вагітності) опитування з метою виявлення потенційних симптомів порушення підтримки постурального балансу. Поряд із цим, необхідно проводити тестування за тестами Спілбергера-Ханіна і опитувальником диференціальної самооцінки функціонального стану САН. Опитування за цими тестами має на меті дослідження основних критеріїв психологічного та емоційного стану жінок, зокрема рівень реактивної (ситуаційної) тривожності, самопочуття, активність, настрої. У разі виявлення симптомів порушення підтримки постурального балансу лікарем акушером-гінекологом призначаються спеціальні комплекси вправ для підтримки постурального балансу чи призначаються консультації профільних спеціалістів.

8. *Медична* ефективність від впровадження алгоритму, у загальному, передбачає раннє виявлення вагітних жінок груп ризику щодо мимовільних падінь в умовах жіночої консультації з використанням доступного опитувальника. Цей підхід скорочує затрати часу, є доступним, дасть змогу значно скоротити число госпіталізацій вагітних, спричинених мимовільними падіннями.

9. Медичні кадри, анкета для визначення антропометричних показників вагітних, частоти падінь, для отримання первинної інформації з метою проведення подальшого тестування, опитувальник Спілбергера-Ханіна, опитувальник диференціальної самооцінки функціонального стану САН, пакет прикладних програм «Excel».

10. Для раннього виявлення вагітних жінок груп ризику щодо мимовільних падінь.

11. Протипоказань до застосування алгоритму немає. Проте застосування алгоритму не передбачає врахування психоневрологічного анамнезу та гостроти зору вагітних жінок, тому має обмеження до застосування у цих груп вагітних.

12. Немає.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Страшко Є. Ю., Мороховець Г. Ю., Стеценко С. А., Лисанець Ю. В., Бережна В. А., Кондратьєва Є. О., Стецук Є. В., Горша О. В.

Контактна особа: Страшко Є. Ю., +380664146114.

АНЕСТЕЗИОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ДЕЗІНФЕКТОЛОГІЯ, ДИТЯЧА АНЕСТЕЗИОЛОГІЯ, ДЕЗІНФЕКЦІЙНА СПРАВА

Реєстр № 9/9/23

1. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЗНЕЗАРАЖЕННЯ ВОДИ В НАДЗВИЧАЙНИХ УМОВАХ

2. НДР «Визначення ефективних дезінфекційних засобів для знезараження води у надзвичайних умовах». Шифр теми: АМН.05.23, номер державної реєстрації: 0123U100940.

3. Дезінфектологія.

4. 2++ В.

5. Немає.

6. Немає.

7. Електрохімічно активовані розчини (нейтральні аноліти АНК), що можуть застосовуватись як для загальної дезінфекції (обробка рук, поверхонь), так і для знезараження води. Доведено доцільність застосування електрохімічно активованих розчинів для знезараження води з метою подальшого використання її як питної в надзвичайних умовах, в т. ч. у воєнний час.

Доведено ефективність та безпечність для здоров'я людини, зручність застосування, зберігання та утилізації, доцільно рекомендувати аноліти нейтральні як препарати вибору для знезараження води у надзвичайних умовах.

Для знезараження води з різних джерел використовують як хімічні, так і фізичні методи. Однак особливу увагу привертають електрохімічно активовані розчини (нейтральні аноліти АНК), що можуть застосовуватись як для загальної дезінфекції (обробка рук, поверхонь), так і для знезараження води. В лабораторії санітарної мікробіології та дезінфектології було досліджено ефективність анолітів на прикладі дезінфекційного засобу «SterilOx» (ОВП 950+, РН 6,5, активна діюча речовина - гіпохлоритна кислота 0,02-0,04%) щодо можливості його використання для знезараження води до біологічно безпечного стану та придатності її до застосування як питної. Властивості засобу вивчали в декількох режимах:

1). 100 см³ засобу на 1000 см³ води, термін експозиції 10 хв, за температури 20°C

2). 50 см³ на 1000 см³ води термін експозиції 15 хв., за температури 20°C

3). 100 см³ засобу на 1000 см³ води, термін експозиції 10 хв, за температури 4°C.

4). 50 см³ на 1000 см³ води термін експозиції 15 хв., за температури 4° С

Стерильна водопровідна вода була штучно контамінована мікроорганізмами *Escherichia coli* ATCC 25922, *Staphylococcus aureus* ATCC 6538P, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 9027, *Enterococcus hirae* ATCC 10541, *Candida albicans* ATCC 10231.

У всіх застосованих режимах було досягнуто 100% знезараження від бактерій та дріжджеподібних грибів.

На особливу увагу заслуговує природній склад анолітів і, відповідно, відсутність потреби особливого з ними поводження під час транспортування та зберігання. Після використання аноліти деградують без утворення сполук токсичних для людей та довкілля і не потребують нейтралізації.

Отже, враховуючи вищевикладене, а саме: безпечність для здоров'я людини, доведену ефективність, зручність застосування, зберігання та утилізації, доцільно рекомендувати аноліти нейтральні як препарати вибору для знезараження води у надзвичайних умовах, в тому числі у воєнний час. Рекомендації щодо застосування.

| Кількість засобу на 1 дм ³ води, см ³ | Температура, °С | Експозиція, хв |
|---|-----------------|----------------|
| 50 | 20 | 15 |
| | 0-4 | 30 |
| 100 | 20 | 10 |
| | 0-4 | 20 |

Слід зазначити, що при підвищенні температури впливу ефективність аноліту зростатиме.

8. Природній склад анолітів і, відповідно, відсутність потреби особливого з ними поводження під час транспортування та зберігання. Після використання аноліти деградують без утворення сполук токсичних для людей та довкілля і не потребують нейтралізації.

9. Немає.

10. Для знезараження води у надзвичайних умовах.

11. Не виявлено.

12. Не виявлено.

13. ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України».

14. Немає.

15. Сурмашева О. В., Полька О. О.

Контактна особа: Полька О. О., +380976016481.

1. МЕТОД КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ З ГОСТРОЮ ЛІВОШЛУНОЧКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ АОРТО-КОРОНАРНЕ ШУНТУВАННЯ ЗІ ШТУЧНИМ КРОВООБІГОМ

2. НДР «Оптимізація хірургічного лікування хворих за мультимодальною програмою швидкого відновлення на основі удосконалення малоінвазивних оперативних втручань, зокрема із застосуванням нанобіосенсорних технологій та їх анестезіологічного забезпечення», номер державної реєстрації: 0122U000233.

3. Анестезіологія та інтенсивна терапія.

4. 2+; С.

5. Свідоцтво про реєстрацію авторських прав на літературний письмовий твір наукового характеру № 113210 від 6 червня 2022 року «Методичні рекомендації «Періопераційний менеджмент при аорто-коронарному шунтуванні у пацієнтів, хворих на ішемічну хворобу серця», автори Черній В. І., Куриленко Я. В.

6. Немає.

7. Метод комплексної реабілітації кардіохірургічних хворих з гострою лівошлуночковою недостатністю, які перенесли АКШ з ШК - скоординована сума дій, необхідних для сприятливого впливу для забезпечення найкращих умов, щоб хворі на ішемічну хворобу серця могли перенести операцію аорто-коронарного шунтування. В реабілітації можна виділити три основні компоненти: психологічний, фізичний та медикаментозний.

8. Даний метод включає три основні компоненти: психологічний, фізичний та медикаментозний.

Психологічний компонент реабілітації включає комплекс немедикаментозних впливів, спрямований на боротьбу з такими станами, як сприйняття больових відчуттів, страх, тривога, депресія, гнів, занижена самооцінка і недолік соціальної підтримки. Фізичний компонент реабілітації спрямований на відновлення здатності пацієнта переносити навантаження, підвищення м'язового тону, профілактику бронхолегеневих ускладнень. Зазвичай цей компонент поділяють на аеробні тренування та дихальну фізіотерапію. Розроблений алгоритм психологічної та фізичної реабілітації пацієнтів кардіохірургічного профілю систематизує роботу анестезіолога та підвищує її ефективність. Не менш вагомим компонентом є медикаментозна реабілітація. Введення поєднання левокарнітину та аргініну у схему лікування гострої лівошлуночкової недостатності після аорто-коронарного шунтування зі штучним кровообігом, як елемента медикаментозної реабілітації, скорочує терміни стабілізації гемодинаміки, знижує медикаментозне навантаження

інотропами. Це сприятливо позначається на термінах активізації пацієнтів, скорочує перебування у відділенні інтенсивної терапії.

9. Розроблений алгоритм психологічної, фізичної та медикаментозної реабілітації пацієнтів кардіохірургічного профілю.

10. Кардіохірургічні операції з використанням штучного кровообігу.

11. Немає.

12. Не було відмічено.

13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.

14. Немає.

15. Черній В. І., Куриленко Я. В.

Контактна особа: Куриленко Я. В., +380677200236.

Реєстр № 11/9/23

1. СКЛАД РОЗЧИНІВ ДЛЯ ЗАПОВНЕННЯ ПЕРВИННОГО ОБ'ЄМУ ОКСИГЕНАТОРА

2. НДР Оптимізація хірургічного лікування хворих за мультимодальною програмою швидкого відновлення на основі удосконалення малоінвазивних оперативних втручань, зокрема із застосуванням нанобіосенсорних технологій та їх анестезіологічного забезпечення, номер державної реєстрації: 0122U000233.

3. Анестезіологія та інтенсивна терапія.

4. 2+; С.

5. Патент України на винахід № 125306 МПК А 61К 9/08 (2006.01), А61М 1/14 (2006.01). Склад розчинів препаратів для заповнення первинного об'єму оксигенатора / Собанська Л. О., Черній В. І.; заявник і патентовласник Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами. - № u201908290; заявл. 16.07.2019; опубл. 16.02.2022. Бюл. № 7/2022.

6. Немає.

7. Склад розчинів для заповнення первинного об'єму оксигенатора (ПОЗ) містить розчини желатин сукцинільований 4%, манітол 15 %, натрію гідрокарбонат 4,2% з рН 7,3-7,8, сорбітол, гепарин. Розрахунок ПОЗ за формулою: $ПОЗ (мл) = ОЦК (мл) \times Ньп/Ньшк - ОЦК (мл)$, де ПОЗ — первинний об'єм заповнення оксигенатора; ОЦК — об'єм циркулюючої крові; Ньп — початковий показник гемоглобіну; Ньшк — показник гемоглобіну, який ми бажаємо отримати з початком штучного кровообігу. Осмолярність розчинів для заповнення первинного об'єму оксигенатора становить до 510,6 мосмоль/л.

8. Науковий продукт направлено на попередження тканинного набряку з початком штучного кровообігу, попередження синдрому капілярного витоку, більш фізіологічну корекцію електролітів і кислотно-лужного стану,

зменшення кардіохірургічних ускладнень. Завдяки помірній гіперосмолярності ПОЗ рідина мобілізується не тільки з інтерстицію, а й з набряклих ендотеліальних клітин. ПОЗ володіє клінічним ефектом збільшення діурезу, зменшення в'язкості крові і дезінтоксикації.

9. Оксигенатор з комплектом магістралей, желатин сукцинільованийий 4%, манітол 15 %, натрію гідрокарбонат 4,2% з рН 7,3-7,8, сорбітол, гепарин.

10. Кардіохірургічні операції з використанням штучного кровообігу.

11. Алергічні реакції на розчини, що використовуються, анурія.

12. Не було відмічено.

13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.

14. Немає.

15. Черній В. І., Собанська Л. О.

Контактна особа: Собанська Л. О., +380671076394.

Реєстр № 12/9/23

1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ЕЛЕКТРОЛІТНОГО БАЛАНСУ ОРГАНІЗМУ ПІД ЧАС ШТУЧНОГО КРОВООБІГУ ПРИ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ

2. НДР Оптимізація надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги хірургічного профілю на принципах «хірургії швидкого шляху» при окремих захворюваннях щитоподібної та прищитоподібних залоз, носоглотки, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, судин і суглобів, зокрема з використанням атомно-силової мікроскопії та із застосуванням методу преламінації для обробки імплантів, номер державної реєстрації: 0119U001046.

3. Анестезіологія та інтенсивна терапія.

4. 2+; С.

5. Патент України на винахід № 122744 МПК G01N 33/50 (2006/01), А61М 1/10 (2006.01). Спосіб корекції електролітного балансу організму під час штучного кровообігу при кардіохірургічних операціях /Собанська Л. О., Черній В. І.; заявник і патентовласник Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами - № u20190837; заявл. 16.07.2019; опубл. 28.12.2020. Бюл. № 24/2020.

6. Немає.

7. Спосіб корекції електролітного балансу організму під час штучного кровообігу (ШК) при кардіохірургічних операціях полягає в корекції рівню калію і натрію протягом всього штучного кровообігу. Рівень магнію корегують на етапі зігрівання хворого перед зняттям затискача з аорти, а кальцію на етапі перед зупинкою штучного кровообігу. Рівень калію, натрію, магнію і кальцію контролюють через 30 хв після зупинки штучного кровообігу.

8. Даний спосіб корекції електролітів при ШК ґрунтується на патогенетичному підході. Під час ШК може виникати гіпокаліємія за рахунок гемодилуції і форсований діурезу, що може призвести до руйнування клітинних мембран, тому важливо підтримувати нормальний рівень калію протягом усього періоду ШК. Натрій - основний катіон, який бере участь у підтримці складу і обсягу позаклітинної рідини. Під час ШК при використанні розчинів у великому обсязі, за рахунок розведення, може виникнути гіпонатріємія і як наслідок, розвивається набряк тканин, гіпергідратація, порушення мікроциркуляції, а при неконтрольованому використанні розчинів з великим вмістом натрію навпаки внаслідок гіпернатріємії відбувається надходження рідини з інтерстиціального простору в судинне русло і розвивається гіпертонічна дегідратація, тому необхідно контролювати рівень натрію під час всього періоду ШК. Рівень магнію важливо регулювати на етапі зігрівання хворого перед зняттям затискувача з аорти, для більш рівномірного зігрівання пацієнта, за рахунок впливу магнію на судинний тонус і для профілактики аритмій, після запуску роботи серця. Важливо контролювати іонізований кальцій (Ca^{++}), як маркера фізіологічно активної частини кальцію крові і корегувати його рівень тільки перед зупинкою штучного кровообігу. Так, якщо ввести препарати для корекції кальцію на початку або протягом ШК, то кальцій бере участь в агрегації тромбоцитів і в формуванні тромбів, це може призвести до мікротромбоутворення і осідання тромбів на фільтрах і на поверхні мембран оксигенатора, де кров насичується киснем. Це є потенційним ризиком для порушення обміну кисню.

9. Шприц 10 мл, пробірка 10 мл, лабораторне обладнання для вимірювання рівню калію, натрію, магнію та іонізованого кальцію.

10. Кардіохірургічні операції з використанням штучного кровообігу.

11. Немає.

12. Не було відмічено.

13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.

14. Немає.

15. Черній В. І., Собанська Л. О.

Контактна особа: Собанська Л. О., +380671076394.

Реєстр № 13/9/23

1. ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИСЕПТИЧНИХ ЗАСОБІВ, ЩО МІСТЯТЬ ПРОБІОТИКИ ПРИ ЛІКУВАННІ РАН ТА ОПІКІВ

2. НДР «Гігієнічна оцінка небезпеки циркуляції збудників внутрішньолікарняних інфекцій у постраждалих в АТО та розробка нових лікувально-профілактичних заходів», номер державної реєстрації: 0118U003708, 2018-2020 рр.

3. Дезінфектологія.

4. 2++ В.

5. Немає.

6. Немає.

7. Останніми роками нове розуміння патогенезу хронічних ран підкреслило важливість нормального шкірного мікробіоценозу. Патогенні та умовно патогенні мікроорганізми порушують узгоджені процеси, пов'язані із загоєнням ран. У порівнянні з іншими антисептиками застосування засобів, що містять пробіотики, а саме *Bacillus subtilis* та *Bacillus megatherium*, дозволило швидше знизити рівень бактеріального обсіменіння поверхонь ран, достовірно ефективніше скоротити терміни їх очищення від некротизованих мас, домогтися більш швидкого переходу в фази грануляції і епітелізації і максимально швидко підготувати хворих до закриття ранових дефектів.

Ефективність засобів Ардерма та Probiolor доведена у дослідженнях згідно «Методи проведення досліджень специфічної активності, безпечності, якості (ефективності) дезінфекційних засобів та їх випробування на практиці», затверджених наказом МОЗ України № 2024 від 03.09.2020 р. встановлено, що зразки проявляли бактерицидну та фунгіцидну активність. Досліджувані засоби антисептичні з пробіотиками (діючі речовини в 1мл: *Bacillus subtilis* > 5×10^7 КУО/мл; *Bacillus megatherium* > 5×10^7 КУО/мл) виробництва ТОВ «СІРІОН» належать до малонебезпечних речовин (4 клас небезпеки). Засоби не спричиняють місцево-подразнювальної дії на шкіру та не подразнюють слизові оболонки очей. Засоби не виявляють шкірно-резорбтивної, дії.

Вміст *Bacillus subtilis* та *Bacillus megatherium* не перевищує допустимі рівні.

8. Застосування засобів, що містять пробіотики, а саме *Bacillus subtilis* та *Bacillus megatherium*, при лікуванні ран та опіків як в умовах стаціонару, так і в побуті дозволить запобігти бактеріальним ускладненням і таким чином пришвидшити загоєння ран.

9. Антисептичні засоби, що містять пробіотики, а саме *Bacillus subtilis* та *Bacillus megatherium*.

10. Лікування ран та опіків.

11. Не виявлено.

12. Для зовнішнього застосування. Дотримуватись інструкції виробника щодо зберігання та використання.

13. ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України».

14. ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України».

15. Бойко В. В., Сурмашева О. В., Полька О. О.

Контактна особа: Полька О. О., +380976016481.

1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ РІВНЯ ПЕРІОПЕРАЦІЙНОГО СТРЕСУ ТА КОМПЕНСАТОРНО-АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ОРГАНІЗМУ В ДІТЕЙ З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

2. НДР «Оптимізація та розробка нових органопротекторних технологій у знеболюванні, інтенсивній терапії та невідкладних станах у хворих різних вікових категорій», номер державної реєстрації: 0118U006019, 2019-2023 рр.

3. Дитяча анестезіологія.

4. 2+; С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Пропонується спосіб діагностики рівня періопераційного стресу та компенсаторно-адаптаційних можливостей організму в дітей з онкологічною патологією з визначенням та розрахунком параметрів варіабельності серцевого ритму у часовій та частотній областях за допомогою записів електрокардіограми триканальним холтерівським пристроєм.

8. Спосіб діагностики рівня періопераційного стресу та компенсаторно-адаптаційних можливостей організму в дітей з онкологічною патологією з визначенням та розрахунком параметрів варіабельності серцевого ритму у часовій та частотній областях має важливе практичне значення для встановлення дисфункції вегетативної нервової системи, яка може порушувати адаптаційні реакції організму та механізми його саморегуляції в умовах операційного стресу і поставити під загрозу перебіг самої анестезії. Простота у використанні та ефективність діагностики дозволяють рекомендувати його в роботі лікувально-профілактичних закладів (обласних, міських рівнів), а саме в практичній діяльності лікаря анестезіолога для можливості оцінки первинного стану дитини з онкологічною патологією, плануванні майбутнього режиму анестезії та забезпечення її подальшої безпеки.

9. Наявність у відділенні триканального холтерівського пристрою для запису даних; наявність обладнання з профільним програмним забезпеченням для обробки даних.

10. Онкологічні захворювання у дітей, яким для лікування показано хірургічне втручання та проведення анестезії.

11. Немає.

12. Не виявлено.

13. Дніпровський державний медичний університет, вул. Вернадського, 9, м. Дніпро, 49600.

14. Немає.

15. Снісарь В. І., Миронов Д. В.

Контактна особа: Миронов Д. В., +380667268053.

Реєстр № 15/9/23

1. ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ІДІОПАТИЧНОЮ ЛЕГЕНЕВОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ЗА ДОПОМОГОЮ СПЕКТР-ТРЕКІНГ ЕХОКАРДІОГРАФІЇ

2. НДР «Визначення факторів несприятливого прогнозу та ефективності специфічної терапії у пацієнтів із легеневою артеріальною гіпертензією та хронічною тромбоемболічною легеневою гіпертензією», номер державної реєстрації: 0121U112009.

3. 222 «Медицина».

4. 2+С.

5. Патент на корисну модель № 151569 Пристрій для інвазивного вимірювання величини тиску правих відділів серця. 2022. Сіренко Ю. М., Рековець О. Л., Радченко Г. Д., Граніч В. М., Торбас О. О., Кушнір С. М., Живило І. О.

6. Немає.

7. В основу винаходу поставлено задачу вивчення функції обох шлуночків у пацієнтів із ідіопатичною легеневою артеріальною гіпертензією (ІЛАГ) за допомогою спекл-трекінг ехокардіографії (СТ-ЕхоКГ), в результаті якого покращується оцінка клінічного та гемодинамічного стану пацієнтів. Поставлене завдання вирішується тим, що в результаті вивчення систолічної функції правого шлуночка (ПШ) за допомогою СТ-ЕхоКГ, показники глобальної поздовжньої деформації ПШ найкраще асоціювались з важкістю стану хворих ІЛАГ. А рутинне вивчення діастолічної функції лівого шлуночка (ЛШ) допомагає оцінити стан ураження лівих відділів серця та, згідно наших даних, приблизно оцінити дані центральної гемодинаміки у цих хворих.

8. Новим у способі є те, що вперше у пацієнтів з ІЛАГ проведена оцінка систолічної функції ПШ за допомогою СТ-ЕхоКГ та оцінка діастолічної функції ЛШ на рутинному рівні.

9. Аналізатор «IEMS Reader MF» (Labsystems, Фінляндія), лікар-лаборант.

10. Ідіопатична легенева артеріальна гіпертензія.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Державна установа «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М. Д. Стражеска НАМН України». вул. Святослава Хороброго, 5, м. Київ, 03151.

14. Немає.

15. Рековець О. Л.

Контактна особа: Рековець О. Л., +380952755897.

1. СПОСІБ ПРИГОТУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ДЛЯ ТЕРАПІЇ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ, УСКЛАДНЕНОГО РЕПЕРFUЗІЙНИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ

2. НДР «Удосконалити методи кардіореабілітації у пацієнтів після гострого коронарного синдрому з елевацією сегмента ST», номер державної реєстрації: 0120U103281.

3. 222 «Медицина».

4. 2+С.

5. Заявка на Патент на корисну модель u 2022 02332, рішення про держреєстрацію корисної моделі від 19 жовтня 2022 року.

6. Немає.

7. Розробка використовується при приготуванні препаратів для усунення реперфузійних пошкоджень серцевого м'яза при лікуванні гострого коронарного синдрому. Спосіб приготування препарату для терапії гострого коронарного синдрому, ускладненого реперфузійними пошкодженнями включає застосування метилпреднізолону. Отриманий у способі приготування препарат забезпечує зменшення набряку тканин ішемічного генезу, протизапальний ефект, стабілізацію мембран кардіоміоцитів, протекцію ендотелію коронарних судин. Зазначений протизапальний ефект, та протекція ендотелію коронарних судин від введення отриманого препарату під час хірургічного впливу проявляється у появі ознак зняття набряку тканин ішемічного генезу, та ефекті появи сітки судин на екрані монітору під час застосування препарату в процесі проведення хірургічного впливу.

8. Новим у способі є те що він включає приготування 10 % першого розчину, в якому розчинений метилпреднізолон, приготування 10 % другого розчину, в якому розчинені аденозин, змішування розчину метилпреднізолону та розчину аденозину у масовому співвідношенні 2,5:1 до отримання прозорого розчину, після чого витримують суміш протягом 20 секунд, та здійснюють стерильне наповнення (фасування). В окремих варіантах виконання Способу приготування препарату для терапії гострого коронарного синдрому, ускладненого реперфузійними пошкодженнями, після змішування розчину метилпреднізолону, та розчину аденозину, далі до суміші додають 0,05-0,1 мас.% активованого вугілля, і проводять адсорбцію при температурі 40°C впродовж 30-60 хвилин, потім проводять фільтраційну стерилізацію з використанням мікрофільтраційної мембрани 0,22 мкм., і здійснюють стерильне наповнення. Застосування зазначених додаткових ознак забезпечує гарантоване підвищення терміну зберігання отриманого препарату в умовах масового виробництва.

9. Метилпреднізолон, аденозин.

10. ІХС: ГКС з ознаками реперфузійного пошкодження.

11. ГКС з відсутністю реперфузійних ушкоджень міокарда.

12. Відсутні.

13. Державна установа «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М. Д. Стражеска НАМН України», вул. Святослава Хороброго, 5, м. Київ, 03151.

14. Національний Інститут серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова.

15. Лазоришинець В. В., Шумаков В. О., Сало С. В., Шпак С. С., Левчишина О. В., Ковальчук Ю. Ю.

Контактна особа: Шумаков В. О., +380442756600.

Реєстр № 17/9/23

1. МОДУЛЬНИЙ БЛОК-КОНТЕЙНЕР ДЛЯ РОЗМІЩЕННЯ, ЗБЕРІГАННЯ ТА ТРАНСПОРТУВАННЯ ПРОБ КРОВІ

2. НДР «Удосконалити методи кардіореабілітації у пацієнтів після гострого коронарного синдрому з елевацією сегмента ST», номер державної реєстрації: 0120U103281.

3. 222 «Медицина».

4. 2+С.

5. Патент України на корисну модель № 151557 Зареєстрований 10.08.2022 р. Дата публікації 10.08.2022 Бюл. № 32.

6. Немає.

7. Створення модульного блок-контейнеру для розміщення, зберігання та транспортування проб крові, в якому забезпечується більш точне та надійне позиціонування, та фіксування сосуду з забраною кров'ю, що призводить до підвищення кількості забраних зразків, що встановлюються у контейнері, зменшенню операції по встановленню та фіксуванню встановленого сосуду, та відповідно зменшенню трудомісткості проведення досліджень, при цьому забезпечується можливість мінімізації розмірів конструктивних елементів модульної частини що також призводить до підвищення кількості забраних зразків, що встановлюються у контейнері. При цьому всі операції по встановленню та фіксації сосуду здійснюються лише однією дією.

8. За рахунок застосування у пристрої нових конструктивних елементів та нового характеру зв'язку між конструктивними елементами забезпечується більш точне та надійне позиціонування, та фіксування сосуду з забраною кров'ю, що призводить до підвищення можливої кількості забраних зразків, що встановлюються у контейнері, зменшенню операції по встановленню та фіксуванню встановленого сосуду, та відповідно зменшенню трудомісткості проведення досліджень.

9. Модульний блок-контейнер для розміщення, зберігання та транспортування проб крові.

10. Лабораторні дослідження з необхідністю забору багаточисельних проб крові.

11. Немає.

12. Немає.

13. Державна установа «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М. Д. Стражеска НАМН України», вул. Святослава Хороброго, 5, м. Київ, 03151.

14. Немає.

15. Бабій Л. М., Шумаков В. О., Малиновська І. Е., Терещенко Н. М., Волошина О. В., Погурельська О. П.

Контактна особа: Бабій Л.М., +380442756600.

Реєстр № 18/9/23

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ КАРДІОТОКСИЧНОСТІ ПРОТИПУХЛИННОГО ПРЕПАРАТУ

2. НДР «Вивчення біохімічних маркерів кардіотоксичності у онкологічних хворих при проведенні протипухлинного лікування», номер державної реєстрації: 0120U103275.

3. 222 «Медицина».

4. 2+С.

5. Подано заявку на корисну модель.

6. Немає.

7. Згідно розробки спосіб визначення кардіотоксичності протипухлинного препарату передбачає застосування протипухлинного препарату, визначення концентрації високочутливого серцевого тропоніну Т до та через 3 місяці після застосування протипухлинного препарату. Також, визначають фракцію викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ) в динаміці до та після застосування протипухлинного препарату. Критерієм ранньої кардіотоксичності є зниження значення ФВ ЛШ не менше ніж на 5 відсоткових пунктів (%). У випадку підвищення значення концентрації вч тропоніну Т в сироватці крові через 3 місяці після застосування протипухлинного препарату не менше ніж на 165 відсоткових пунктів (%), роблять висновок про високий рівень кардіотоксичності препарату.

8. Задачею даної корисної моделі є удосконалення ранньої діагностики кардіотоксичності протипухлинних препаратів – ранньої біохімічної кардіотоксичності.

Медична ефективність - більш доступна і проста технологія оцінки кардіотоксичності протипухлинних препаратів; *соціальна* ефективність – у разі своєчасної діагностики зменшується вірогідність серцево-судинних ускладнень; *економічна* ефективність – зменшення витрат з бюджету та власних коштів на лікування кардіотоксичних серцево-судинних ускладнень.

9. Аналізатор електрохемілюмінесцентний («Cobas e411», Німеччина), лікар-лаборант, ультразвуковий апарат «TOSHIBA APLIO» (TUS A-500, Японія), лікар функціональної діагностики.

10. Рак грудної залози та лікування протипухлинними препаратами.
11. Відсутні.
12. Відсутні.
13. Державна установа «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М. Д. Стражеска НАМН України», вул. Святослава Хороброго, 5, м. Київ, 03151.
14. Немає.
15. Кожухов С. М., Довганич Н. В.
Контактна особа: Довганич Н. В., +380442497001.

Реєстр № 19/9/23

1. ВИКОРИСТАННЯ ЧЕРЕЗСТРАВОХІДНОЇ ЕХОКГ У ХВОРИХ З ТИПОВИМ ТРІПОТІННЯМ ПЕРЕДСЕРДЬ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ ХВОРИХ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ ВИНИКНЕННЯ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ (ФП) ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ РАДІОЧАСТОТНОЇ КАТЕТЕРНОЇ АБЛЯЦІЇ КАВА-ТРИКУСПІДАЛЬНОГО ПЕРЕШИЙКУ

2. НДР «Вивчити клініко-інструментальні показники і генетичні особливості у хворих з тріпотінням передсердь які впливають на прогноз лікування в залежності від ренін-ангіотензинової системи і системного запалення», номер державної реєстрації: 0120U101124.

3. 222 «Медицина».

4. 2+С.

5. Немає.

6. Немає

7. Черезстравохідне ЕхоКГ обов'язкове дослідження перед проведенням радіочастотної абляції кава-трикуспідального перешийка, яке виявляє тромбоутворення у вушці лівого передсердя, що може бути протипоказом до відновлення синусового ритму. Згідно нововведення, пропонуємо по швидкості вигнання з вушка лівого передсердя прогнозувати виникнення фібриляції передсердь у пацієнтів з типовим тріпотінням передсердь.

Швидкість менше 40 см/с є предиктором появи фібриляції передсердь. У пацієнтів з низькою швидкістю можливо одночасне проведення радіочастотної абляції кава-трикуспідального перешийка та ізоляція легеневих вен або призначення антиаритміків та антикоагулянтів з метою профілактики виникнення ФП та тромбоемболічних ускладнень.

8. Подібне прогнозування дає можливість зменшити затрати на інвазивні втручання та попередити наступні госпіталізації, покращити якість життя пацієнта та стратифікувати ризики. Не вимагає проведення додаткових процедур та залучення додаткового обладнання, бо проведення Черезстравохідної ЕхоКГ є добрим правилом у сучасних протоколах

підготовки пацієнтів до радіочастотної абляції, або інших методів відновлення синусового ритму.

9. Ультразвуковий апарат з датчиками та пакетами програм для черезстрафохідної ехокардіографії, Лікар- кардіолог.

10. Пацієнти з типовим тріпотінням передсердь.

11. Пацієнти з атиповими формами тріпотіння передсердь, з іншими суправентрикулярними тахікардіями.

12. Відсутні.

13. Державна установа «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М. Д. Стражеска НАМН України», вул. Святослава Хороброго, 5, м. Київ, 03151.

14. Немає.

15. Зінченко Ю. В., Лизогуб С. В.

Контактна особа: Лизогуб С. В., +380509085733.

Реєстр № 20/9/23

1. ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ І ВИБОРУ ГІПОЛІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ІХС З «МОЖЛИВОЮ» СІМЕЙНОЮ ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЄЮ

2. НДР «Розробка медичних технологій діагностики, профілактики та лікування резистентних первинних та вторинних дисліпідемій», номер державної реєстрації: 0119U103864.

3. 222 «Медицина».

4. 2+С.

5. Немає.

6. Немає.

7. З метою оптимізації алгоритму діагностики і терапії у хворих ІХС з «можливою» сімейною гіперхолестеринемією (СГ) і коморбідною патологією (КП) обстежено 130 пацієнтів із гіперхолестеринемією (ГХ) та КП (ЦД, гіпотиреоз, ожиріння). В кожній групі було виділено підгрупи з ЛПНЩ \geq 5 ммоль/л та обстежені в динаміці на тлі максимально переносимих доз статинів в комбінації з компенсацією КП. Контрольну групу склали 20 пацієнтів верифікованою СГ. Встановлено, що в групах хворих з ЦД та ожирінням виявлено комбіновану дисліпідемію, у групі гіпотиреозу – чисту ГХ. Виявлено прямі кореляційні зв'язки між ліпідним профілем та характеристиками КП. Пацієнти підгруп з «можливою» СГ мали вищу атерогенність ліпідного профілю, асоційовану з дестабілізацією КП та високий відсоток атеросклерозу сонних та коронарних артерій та не досягали цільових рівнів ЛПНЩ на тлі максимально переносимих доз статинів. За результатами динамічного спостереження встановлено, що комбінація статинотерапії із компенсацією КП призвели до повного досягнення цільових рівнів ЛПНЩ (група з ожирінням) або тільки зниження

ЛПНЩ на 50% (група з ЦД та група щ гіпотиреозом). Цільові рівні ХС-ЛПНЩ < 1,8 ммоль/л були досягнуті протягом 3 місяців лікування лише у пацієнтів групи з ожирінням. Враховуючи наявність гіпертригліцеридемії у хворих з декомпенсованим цукровим діабетом більше 4,5 ммоль/л і необхідності визначення в такому випадку ХС-неЛПВЩ були проаналізовані висхідні величини і динаміка обох ліпідних показників. У хворих з цукровим діабетом 2 типу в результаті проведеного комплексного лікування отримано зниження ХС-ЛПНЩ на 54,61% та ХС-неЛПВЩ на 55,95%, у хворих із гіпотиреозом відповідно зареєстровано зниження на 50,16% та 58,44%, а у хворих з ожирінням – на 71,99% та 59,24%.

Визначено, що когорта хворих, визначених як «можлива» СГ є неоднорідною і може включати пацієнтів із вторинною ГХ на тлі дестабілізації КП, своєчасна верифікація і лікування якої сприяє досягненню цілей ліпідознижуючої терапії. Враховуючи, що лише хворі з ожирінням досягли цільового рівня ЛПНЩ <1,8 ммоль/л, пацієнтам з гіпотиреозом та ЦД поряд із компенсацією КП рекомендовано призначення комбінованої ліпідознижуючої терапії (стаїтні + езетиміб). Рефрактерність до статинотерапії хворих з істинною «можливою» СГ, підкреслює ранню потребу в призначенні комбінованої ліпідознижуючої терапії (езетиміб, інгібітори PCSK9) у якості терапії першої лінії. Індивідуалізований аналіз патології та вибір патогенетично обґрунтованої ліпідознижувальної терапії дозволив достовірно підвищити якість лікування на 50% пацієнтів дуже високого ризику.

8. Використання диференційно-діагностичного алгоритму дозволило оптимізувати верифікацію первинних (генетично зумовлених) і вторинних (викликаних коморбідною патологією) дисліпідемій, а компенсація коморбідної патології (гіпотиреоз, ожиріння, діабет) сприяла підвищенню більше ніж на 50% ефективності гіполіпідемічної терапії і позитивно впливала на прогноз хворих з серцево-судинними захворюваннями.

9. Біохімічний аналізатор А 25; Аналізатор «ACCESS» № 402427 лікар-лаборант.

10. Первинні та вторинні гіперхолестеринемії, цукровий діабет, ожиріння, гіпотиреоз.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Державна Установа «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М. Д. Стражеска Національної академії медичних наук України», вул. Святослава Хороброго, 5, м. Київ, 03151.

14. Немає.

15. Мітченко О. І., Тімохова К. О.

Контактна особа: Мітченко О. І., +380505446667.

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ШЛУНОЧКОВИХ ПОРУШЕНЬ РИТМУ У ПАЦІЄНТІВ З МІОКАРДИТОМ ТА ПЕРЕНЕСЕНИМ COVID 19 В АНАМНЕЗІ

2. НДР «Дослідити вплив різних програм фармако-терапевтичного лікування на структурно-функціональний стан серця у хворих на міокардит», номер державної реєстрації: 0120U102954.

3. 222 «Медицина».

4. 2+С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Розвиток міокардиту є потенційним наслідком інфекції COVID-19 і може проявлятися дисфункцією правого і лівого шлуночків, фіброзом міокарду, шлуночковими і надшлуночковими аритміями, кардіогенним шоком та раптовою серцевою смертю. Існує все більше доказів того, що аритмії є частим проявом ураження міокарду у хворих, які перенесли COVID-19, але фактична поширеність аритмій у пацієнтів після COVID-19 залишається невідомою. Характеристики аритмій у хворих з виявленим активним запальним процесом та фібротичними змінами відрізняються, що свідчить про те, що патофізіологія залежить від стадії ураження міокарда. Характеристики аритмій у хворих з виявленим активним запальним процесом та фібротичними змінами відрізняються, що свідчить про те, що патофізіологія залежить від стадії ураження міокарда. Вперше доведено ефективність глюкокортикоїдів, щодо зменшення кількості шлуночкових порушень ритму у пацієнтів з міокардитом та зниженою фракцією викиду лівого шлуночка після перенесеної COVID-19 інфекції. Через 6 місяців спостереження у групі пацієнтів, які мали перенесений COVID-19 в анамнезі, було виявлено зменшення частоти шлуночкових аритмій та епізодів нестійкої шлуночкової тахікардії в 2,8 і 2 рази відповідно, у порівнянні з хворими без COVID-19, що супроводжувалось достовірно меншою кількістю сегментів міокарду ЛШ, уражених запальними змінами при співставному об'ємі фібротичного ураження ЛШ.

8. Застосування глюкокортикоїдів у пацієнтів з міокардитом, які мали в анамнезі хворобу COVID 19 рекомендовано як патогенетична терапія при тяжкому перебігу захворювання (згідно алгоритму ВАКУ) з метою зменшення частоти порушень ритму серця, зокрема життєво небезпечних епізодів шлуночкової тахікардії.

9. Апарат для проведення ехокардіографії, система холтерівського моніторингу електрокардіограми, персональний комп'ютер.

10. Гострий міокардит зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка у хворих, які мали COVID 19 інфекцію в анамнезі.

11. Протипоказаннями до застосування даної схеми є: наявність в анамнезі реакцій підвищеної чутливості до глюкокортикоїдів; наявність у пацієнта

тяжких інфекцій (туберкульоз, сепсис, абсцеси та опортуністичні інфекції), серцевої недостатності середнього та важкого ступеня (NYHAIII–IV).

12. Відсутні.

13. Державна установа «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М. Д. Стражеска НАМН України», вул. Святослава Хороброго, 5, м. Київ, 03151.

14. Немає.

15. Коваленко В. М., Несукай О. Г., Чернюк С. В., Тітова Н. С., Кириченко Р. М., Тітов Є. Ю.

Контактна особа: Тітов Є. Ю., +380442756622.

Реєстр № 22/9/23

1. МОДИФІКАЦІЯ СХЕМИ ЛІКУВАННЯ БІОСИМІЛЯРОМ ІНФЛІКСИМАБУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦЕНТРАЛЬНОЮ ФОРМОЮ АНКІЛОЗИВНОГО СПОНДИЛОАРТРИТУ

2. НДР «Аналіз перебігу та ускладнень фармакотерапії анкілозивного спондилоартриту та системного червоного вовчака залежно від програм лікування», номер державної реєстрації: 0119U100121.

3. 222 «Медицина».

4. 2+С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Спосіб моніторингу активності АС включає: визначення С-реактивного білка (СРБ), індексів активності – Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score з урахуванням СРБ (ASDAS-CRP), Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) та Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI), а також ознак активного запалення за даними МРТ (набряк кісткового мозку при дослідженні сакро-ілеальних зчленувань та/або спондиліт).

Застосування інгібіторів фактору некрозу пухлин альфа, у тому числі біосиміляру інфліксимабу при анкілозивному спондиліті дозволяє ефективно зменшити вираженість симптомів за шкалами ASDAS-CRP, BASDAI, BASMI та дає можливість контролювати активність захворювання на ранніх етапах, а також в пацієнтів із стійкими структурними змінами хребта та покращити їх функціональну активність. Стандартна схема введення біосиміляру інфліксимабу для пацієнтів з центральною формою АС без ураження периферичних суглобів передбачає інфузії з інтервалом 8 тижнів. Після 12 місяців лікування за стандартною схемою терапії при умові низької активності АС за шкалами ASDAS-CRP, BASDAI, BASMI рекомендовано модифіковану схему інфузій з інтервалом у 10 тижнів. Подовження інтервалів між інфузіями такій когорті пацієнтів за даними проспективного дослідження не призводило до посилення симптомів та

дозволяло пацієнтам залишатися в стані тривалої клініко-лабораторної ремісії.

8. Застосування даної схеми лікування дозволяє зберегти достатній терапевтичний ефект біосиміляру інфліксимабу при зниженні сумарної дози та, відповідно, фармако-економічного навантаження і ризику небажаних явищ.

9. Персональний комп'ютер, гоніометр, мірна стрічка, лабораторне обладнання для визначення рівня С-реактивного білка.

10. Анкілозивний спондилоартрит, центральна форма.

11. Протипоказаннями до застосування даної схеми є: наявність в анамнезі реакцій підвищеної чутливості до Інфліксимабу, інших мишиних білків або будь-яких допоміжних компонентів препарату; наявність у пацієнта тяжких інфекцій (туберкульоз, сепсис, абсцеси та опортуністичні інфекції), серцевої недостатності середнього та важкого ступеня (NYHA III–IV).

12. Відсутні.

13. Державна установа «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М. Д. Стражеска НАМН України», вул. Святослава Хороброго, 5, м. Київ, 03151.

14. Немає.

15. Коваленко В. М., Проценко Г. О., Пастернак М. Л., Дубас В. В., Ситенко А. О.

Контактна особа: Ситенко А. О., +380634184838.

Реєстр № 23/9/23

1. СПОСІБ ПРИГНІЧЕННЯ ДЕКСАМЕТАЗОНОМ ПРОЛІФЕРАТИВНОЇ АКТИВНОСТІ СТИМУЛЬОВАНИХ ЛІПОПОЛІСАХАРИДОМ МУЛЬТИПОТЕНТНИХ СТРОМАЛЬНИХ КЛІТИН

2. НДР «Вивчення впливу різних субпопуляцій МСК і стероїдних препаратів в умовах експериментальної моделі гіперцитокінового системного запалення»,. номер державної реєстрації: 0121U111587.

3. 222 «Медицина».

4. 2+С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Спосіб полягає в отриманні мультипотентних стромальних клітин (МСК) і культивування їх в поживному середовищі за температури 37°C і 5% CO₂ по 2×10⁵ клітин в 4-х культуральних флаконах (25 см²): 1 – МСК нативні; 2 – МСК, інкубовані з ліпополісахаридом (ЛПС); 3 – МСК, інкубовані з дексаметазоном; 4 – МСК, інкубовані з ЛПС і дексаметазоном. Через 24 години в культуральне середовище 2-го та 4-го флаконів додають пірогенал (ЛПС) (0,1 мкг/мл), 3-го і 4-го – дексаметазон (0,1 мкг/мл). Ще через 4 доби клітини відокремлюють від поверхні з використанням суміші

розчинів трипсину/ЕДТА і проводять обчислення параметру кінетики клітинного росту – кількість подвоєнь популяцій (PD, population doublings). Кількість подвоєнь популяцій підраховують за формулою: $PD=3,32 \times \lg(N/N_0)$, де N_0 і N - початкова і кінцева кількість клітин. Більш ефективними вважаються зразки МСК, що мають вищу кінетику росту in vitro.

8. Перевагою застосування способу є його інформативність і доступність в рамках дослідження властивостей МСК.

9. Мікроскоп, центрифуга, інкубатор CO_2 , реактиви для методики культивування і диференціювання МСК.

10. Вивчення властивостей МСК.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Інституту генетичної та регенеративної медицини Державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М. Д. Стражеска НАМН України».

14. Немає.

15. Нікольська В. В., Тарануха Л. І., Семенова Я.-М. О., Нікольський І. С.

Контактна особа: Нікольський І. С., +380445213321.

Реєстр № 24/9/23

1. СПОСІБ РАННЬОЇ КОМПЛЕКСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДЕБЮТУ HLA-B27 - АСОЦІОВАНИХ АРТРИТІВ

2. НДР «Фармакологічне дослідження біологічно активних речовин і лікарських засобів для розробки та оптимізації показань до їх застосування в медичній практиці», номер державної реєстрації: 0120U103921, 2020-2025 рр.

3. Ревматологія.

4. 2 +; С.

5. Патент України на корисну модель № 143044 UA, МПК G01N 33/50 (2006.01). Спосіб ранньої комплексної діагностики дебюту HLA- 27-асоційованих артритів / Ждан В. М., Капустянська А. А., Волченко Г. В., Луценко Р. В., Моїсєєва Н. В.; Островська Г. Ю. заявник і патентовласник «УМСА» - № u 2020 00022; Заявл. 02.01.2020; Опубл. 10.07.2020. Бюл. № 13.

6. Немає.

7. В основі корисної моделі поставлена задача удосконалити спосіб ранньої комплексної діагностики дебюту HLA-B27-асоційованих артритів шляхом додаткового виявлення у цих хворих присутності маркерів HCV та підвищеного рівня С-реактивного протеїну, що дозволить досягти підвищення інформативності раннього діагностичного дослідження. Поставлена задача вирішується створенням способу ранньої комплексної діагностики дебюту HLA-B27-асоційованих артритів, що включає оцінку

стандартного переліку лабораторно-інструментальних обстежень та, згідно з корисною моделлю, додатково проводять дослідження рівня С-реактивного протеїну та присутності маркерів HCV.

8. В результаті проведених досліджень було встановлено, що акцентування уваги на ранньому виявленні маркерів HCV та підвищення С-реактивного протеїну поглиблює діагностику основного захворювання, та дозволяє вчасно встановити діагноз.

9. Лабораторне обладнання для діагностики маркерів HCV та підвищення С-реактивного протеїну.

10. HLA-B27-асоційовані артрити.

11. Немає.

12. Немає.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Ждан В. М., Капустянська А. А., Волченко Г. В., Луценко Р. В., Моїсєєва Н. В., Островська Г. Ю.

Контактна особа: Моїсєєва Н. В., +380532564732.

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ, ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ, ТЕРАПІЯ

Реєстр № 25/9/23

1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ У ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

2. НДР «Вивчити нутритивний статус хворих на захворювання шлунково-кишкового тракту та розробити програму корекції виявлених порушень.

3. Гастроентерологія.

4. 1; 2+; D.

5. Сучасні методи досліджень нутритивного статусу у гастроентерологічних пацієнтів / Методичні рекомендації / Степанов Ю. М., Демешкіна Л. В., Мосійчук Л. М., Кіслова Р. М., Ягмур В. Б., Меланіч С. Л. Дніпро, 2022. 30 с.

6. Немає.

7. Суть впровадження: призначено для об'єктивної неінвазивної діагностики нутритивного статусу пацієнтів у клінічній практиці.

Пропонується новий метод неінвазивної біоімпеданс-діагностики нутритивного статусу у клінічній практиці, який дозволяє за допомогою апарату «Таніта» визначити відсоток жиру, м'язів, рідини та кісткової маси, за допомогою вимірювання імпедансу – електричного опору ділянок тіла – у різних частинах організму, а також за допомогою комп'ютерного

забезпечення вирахувати біологічний вік людини, кількість екстрацелюлярної рідини тощо.

Запропонований метод полягає не тільки в вимірюванні опору тканин тіла за допомогою слабких та безпечних для здоров'я електричних імпульсів, що надходять від спеціальних пластин (електродів), вбудованих у платформу ваги апарату «Ганіта», на якій стоїть обстежуваний пацієнт, тримаючи у руках спеціальні датчики, а й в автоматичній комп'ютерній обробці отриманих даних за допомогою спеціальних математичних формул, які були розроблені під час медичних досліджень.

Порушення харчування (його недостатність або навпаки підвищене, аж до ожиріння) може впливати на частоту загострень захворювань, обтяжувати його перебіг і негативно впливати якість життя хворих. В клінічній практиці діагностика недостатності або підвищеного харчування у пацієнтів часто обмежується виміром маси тіла з розрахунком індексу маси тіла (ІМТ), за яким судять про нутритивний статус. Однак, дані антропометричні вимірювання та обрахування ІМТ не дають повної картини про наявність порушень стану харчування, оскільки відомо, що, наприклад, надмірній кількості жиру в організмі не завжди відповідає підвищений ІМТ. Саме тому навіть був введений спеціальний термін «Normal weight obesity (NWO)», в перекладі з англійської, як ожиріння при нормальній вазі тіла, який використовується тоді, коли людина має нормальний індекс маси тіла ($< 25 \text{ кг/м}^2$), але при цьому спостерігається підвищена кількість жиру у організмі. У зв'язку з цим використання лише антропометричних досліджень є недостатнім на сьогоднішній день, і саме тому пропонується сучасна біоіміданс-діагностика за допомогою апарату «Ганіта».

Нами проведені власні дослідження 93 пацієнтів з різними гастроентерологічними захворюваннями, які проходили амбулаторне або стаціонарне лікування у ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України».

Метою даних обстежень стала оцінка нутритивного статусу за допомогою сучасної неінвазивної біоімідансної діагностики на біоіміданс-апараті (БІА) «Ганіта». Враховуючи власний досвід можна стверджувати, що дана методика є найбільш сучасною та інформативною, оскільки дозволяє оцінити не тільки вираженість жирової частки, а й дослідити м'язову масу, біологічний вік людини, кількість екстрацелюлярної рідини тощо.

До того ж використання біоіміданс-діагностики є перспективним для дослідження маси тіла та його структури (м'язової та жирової маси, тощо) у гастроентерологічних пацієнтів та здорових осіб є використання біоімідансного аналізу, по-перше, через відносну простоту методики, по-друге, завдяки доступній ціні у порівнянні з іншими інструментальними методами дослідження, по-третє, через досить значний обсяг отриманої інформації, в-четвертих, відсутність такого шкідливого фактору, як рентгенологічне опромінення. Усе вищеперераховане дає можливість використовувати БІА у динаміці лікування чи оздоровленні людини (наприклад, при занятті фізичними вправами з метою корекції ваги тіла та

співвідношення м'язової та жирової маси). Метод є простим у виконанні, забезпечує достовірну точність і до того ж неінвазійним. Саме тому він пропонується для масового використання в медичних закладах.

8. Перевагою запропонованого способу є значно більша об'єктивність в оцінці нутритивного статусу (як недостатності, так і його підвищення, аж до ожиріння) у гастроентерологічних хворих, отримання значного обсягу інформації про склад тіла людини, а також неінвазивність та відсутність необхідності застосування коштовного обладнання.

У порівнянні з аналогами (подвійною рентгенівською абсорбціометрією (скорочення DXA або DEXA у англійських джерелах) або комп'ютерною томографією (КТ) м'язової складової тіла людини, запропонований метод не чинить такого негативного впливу, як рентгенопроміння, до того ж дає більший об'єм інформації (про відсоток жиру, кількість рідини, біологічний вік людини тощо).

Спосіб, що заявляється, є високоінформативним та безпечним для хворого (при врахуванні протипоказань).

9. Апарат для біоімпеданс-діагностики «Ганіта», комп'ютер.

10. Гастроентерологічні захворювання.

11. Імплантований електрокардіостимулятор та інші електронні медичні прилади, вагітність, металеві імпланти у двох кінцівках на протилежних сторонах тіла, а також через можливість похибок у результатах небажано проводити при високій температурі тіла, під час мenses та в ситуації стресу.

12. Немає при врахуванні рекомендацій у пункті 11.

13. Державна установа «Інститут гастроентерології НАМН України».

14. Немає.

15. Степанов Ю. М., Демешкіна Л. В., Мосійчук Л. М., Кіслова Р.М.

Контактна особа: Демешкіна Л. В., +380500168023.

Реєстр № 26/9/23

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

2. НДР «Вивчити особливості перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки у хворих з імунною відповіддю до SARS-CoV2 та обґрунтувати нові підходи до діагностично-лікувальної тактики»

3. Гастроентерологія.

4. 1; 2+; D.

5. Стаття «Клініко-лабораторне та інструментальне дослідження ефективності та безпечності гепатотропного комплексу Ліводінол» / Степанов Ю. М., Косинська С. В., Горбунцова В. І., Кленіна І. А., Петішко О. П. // Гастроентерологія. 2022. Т. 56, № 3. С. 34-42.

6. Немає.

7. Пропонується для впровадження в гастроентерологічних, терапевтичних, поліклінічних відділеннях обласних, міських, районних лікарень спосіб лікування пацієнтів на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП). Проблема ефективної терапії НАЖХП продовжує залишатися вельми актуальною, не дивлячись на значний прогрес у цьому питанні. Етіологічне лікування НАЖХП та усунення їх причин не завжди ефективно чи взагалі можливе. У таких випадках основою терапії стає патогенетичне лікування. Патогенетичне лікування передбачає вплив на багатогранні механізми розвитку захворювань печінки, і здавна з цією метою призначають амінокислоти, що чинять позитивний вплив на її метаболізм та функціональний стан.

Адеметіонін – амінокислота, що діє як донор метилу для всіх реакцій біологічного метилювання, забезпечуючи синтез поліамінів, глутатіону, задієна також у гідроксилуванні та дезамінуванні. Доведено, що рівень адеметіоніну знижується при хронічних захворюваннях печінки, в т. ч. при НАЖХП.

L-глутатіон – трипептид (цистеїн, гліцин та глутамінова кислота), що є основним учасником окиснювально-відновних процесів в гепатоциті, посиленні детоксикації та регулюванні імунної системи.

N-ацетилцистеїн – амінокислота, що забезпечує надходження в клітину цистеїну, який є одним із компонентів глутатіону та відіграє ключову роль у швидкості утворення відновленого глутатіону. Відповідно, N-ацетилцистеїн має виражені антиоксидантні та детоксикаційні властивості. Іноваційний засіб – це Ліводінол, який містить перелічені амінокислоти і такий комплексний препарат має перевагу над монокомпонентними засобами.

Метою нашого дослідження була оптимізація терапії хворих на НАЖХП, шляхом включення комплексу Ліводінол до стандартного лікування даної патології.

У дослідження було включено 40 хворих на НАЖХП (I група – 20 хворих на стеатогепатоз та II група – 20 хворих на стеатогепатит), які проходили стаціонарне лікування у клініці ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Середній вік хворих, що увійшли в дослідження, склав $(49,7 \pm 14,2)$ років, з них жінок 15 (37,5%) та чоловіків 25 (62,5%). ІМТ в обстежених хворих в середньому склав $(29,4 \pm 3,7)$ кг/м², при цьому в нормі був у 3 (7,5%), надлишкова вага (ІМТ=25-29 кг/м²) у 16 (40,0%) та ожиріння (ІМТ>30 кг/м²) у 21 (52,5%), тобто більшість хворих мала підвищену вагу.

Усім хворим проводилось клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження згідно протоколу дослідження до та після закінчення прийому препарату. Проводилась оцінка функціонального стану гепатоцитів, оксидантно-антиоксидантної системи.

Проводили визначення показників цитолітичного синдрому, вимірювали активність аланінамінотрансферази (АЛТ), аспартатамінотрансферази (АСТ), вміст загального білірубіну та співвідношення його фракцій у сироватці крові.

Тяжкість запального процесу в печінці оцінювали за активністю АЛТ: мінімальну – підвищення до 3 норм; помірно виражена – від 3 до 5 норм; виражена – більше 5 норм. Холестатичний синдром характеризували вміст лужної фосфатази (ЛФ), γ -глутамілтранспептидази (ГГТП) та білірубину. Показники імунзапального синдрому включали тимолову пробу та загальний білок.

Для оцінки структурних змін печінки проводили сонографічне дослідження органів черевної порожнини за стандартною методикою у 2D режимі на апараті TOSHIBA XARIO (Japan). Також для оцінки ступеня фіброзу та стеатозу печінки застосовували оцінку еластичності печінки методом фібросканування та зсувнохвильової еластографії (2D-SWE) за допомогою апарата FibroScan® 502 touch (Echosens, Paris, France).

Соноеластографічні дослідження (зсувнохвильова еластографія 2D-SWE) та стеатометрія виконувались на апараті SONEYS P7 (Україна-Швейцарія).

Усі хворі отримували дієтичну добавку Ліводіол за схемою 2 капс х 2 р зранку та ввечері 2 міс.

В обстежених хворих серед скарг зустрічались біль в епігастрії у 24 з 40 (60%) пацієнтів, біль в правому підребер'ї – у 21 (52,5%), у лівому підребер'ї – у 11 (27,5%), за ходом кишечника – у 2 (5,0%).

Після лікування у більшості хворих біль пройшов, залишилась лише у 6 (15,0%) пацієнтів. Подібна картина спостерігалась й за диспепсичними явищами.

Оцінка біохімічних показників після лікування виявила наступні зміни. Синдром цитолізу до лікування визначався за АЛТ - було підвищено у 25 (62,5%) хворих, з середнім значенням ($78,5 \pm 47,0$). АСТ підвищено у 15 (37,5%) хворих, з середнім значенням ($50,5 \pm 12,2$). Після лікування показники АЛТ нормалізувались у 92,5% хворих з попередньо підвищеним, у решти залишившись підвищеним – 3 (7,5%) і знизилось до ($26,8 \pm 11,6$), ($p < 0$), в середньому. АСТ нормалізувалось у 95%, залишалось підвищеним у 2 (5%), склавши в середньому ($26,7 \pm 9,9$). Це вказує на значне зниження цитолізу на фоні лікування Ліводіолом.

Аналіз отриманих нами даних показав, що у хворих на НАЖХП часто спостерігається активізація оксидативного стресу, що виявляється за підвищеним вмістом малонового діальдегіда (МДА). Після лікування вміст МДА в еритроцитах знизився у 13 з 20 пацієнтів на стеатогепатит, що склало 65,0 %.

Оцінка стану структури печінки за даними фібросканування виявила наступне. Було визначено зменшення показника коефіцієнта атенуації (САР) після лікування на 6,5% та збільшення еластичності печінки на 6,3%, за рахунок зниження коефіцієнта атенуації, відповідно зменшення жирової інфільтрації у гепатоцитів.

Вираженість ступеню стеатозу після лікування змінилась таким чином: після лікування максимальний ступінь стеатозу S3 спостерігався лише у 2 (5,0%) пацієнтів, на 12,5% нижче ніж до лікування. А кількість пацієнтів зі ступінем стеатозу S1 збільшилась на 7,5% ніж до лікування і визначалась у 9 (22,5%) пацієнтів.

За результатами фібросканування печінки встановлено, що призначення комплексу Ліводінол, призводить до зменшення коефіцієнта атенуації та покращує еластичність печінки у хворих НАЖХП. Це підтверджується тим, що максимальний ступінь стеатозу S3 після лікування спостерігався у 2 (5,0%) пацієнтів, що на 12,5% нижче ніж у групі до лікування. Відсоток хворих з фіброзом печінки знизився з 45,0% до лікування до 22,5% пацієнтів після лікування.

Аналіз середніх показників коефіцієнта затухання ультразвуку після лікування комплексом Ліводінол показав зниження кількісного показника стеатозу печінки за рахунок зменшення жирової інфільтрації печінки.

У хворих на НАЖХП на фоні призначення Ліводінолу середнє значення показника стеатозу печінки (коефіцієнт затухання ультразвуку) знижується з 2,60 до 2,53 дБ/см.

За даними УЗД на фоні лікування комплексом Ліводінол виявлено зменшення частоти гепатомегалії у 1,8 разів, спленомегалії у 2,7 разів, частота змін візуалізації печінкових вен на фоні дистального затухання зменшилася у 2,2 та частота лімфаденопатії у 3 рази.

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про достатньо високу ефективність запропонованого способу лікування НАЖХП. При цьому, препарат Ліводінол добре переноситься пацієнтами, не викликає побічних реакцій та змін лабораторних показників.

8. Застосування нововведення дозволяє підвищити якість медичної допомоги хворим на неалкогольну жирову хворобу печінки, знизити до мінімуму можливість ускладнень.

9. Засіб Ліводінол.

10. Неалкогольна жирова хвороба печінки.

11. Немає.

12. Немає.

13. Державна установа «Інститут гастроентерології НАМН України».

14. Немає.

15. Степанов Ю. М., Косинська С. В., Кленіна І.А., Петішко О. П.

Контактна особа: Скирда І. Ю., +380664646957.

Реєстр № 27/9/23

1. СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ СТРУКТУРНИХ ЗМІН ШЛУНКА У ХВОРИХ НА АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ

2. НДР «Вивчити особливості коморбідного статусу і цитокінового балансу у хворих із передраковими станами шлунка та обґрунтувати нові підходи до діагностично-лікувальної тактики».

3. Гастроентерологія.

4. 1; 2+; D.

5. Прогнозування структурних змін шлунка та щитовидної залози за станом цитокінової регуляції у хворих на атрофічний гастрит / Степанов Ю. М., Мосійчук Л. М., Татарчук О. М., Петішко О. П. Дніпро, 2022. 30 с

6. Немає.

7. Пропонується для впровадження в гастроентерологічних, терапевтичних, поліклінічних відділеннях обласних, міських, районних лікарень спосіб прогнозування структурних змін шлунка у хворих на атрофічний гастрит на підставі оцінки стану цитокінової регуляції шляхом співставлення медіани цитокінів з їх пороговими значеннями.

Концептуальний погляд на хронічний гастрит суто з морфологічних позицій пояснюється необхідністю раннього скринінгу дисрегенераторно-дистрофічних процесів та вираженості прогресування структурних змін слизової оболонки шлунка, які мають певний несприятливий прогноз. Зокрема, атрофія і кишечна метаплазія – патологічні зміни, що зустрічаються досить часто, становлять фон, на якому розвиваються дисплазія епітелію і аденокарцинома шлунка кишкового типу. Таким чином, хронічний атрофічний гастрит вважається передраковим станом, що корелює зі ступенем та топографією метапластичних змін. Між тим, у розумінні передракових процесів існує ще багато питань, їх механізми набагато складніші, ніж відомо сьогодні, тому проблема удосконалення прогнозування структурних змін шлунка у хворих на атрофічний гастрит залишається актуальною.

Інформаційний лист є фрагментом НДР «Вивчити особливості коморбідного статусу і цитокінового балансу у хворих із передраковими станами шлунка та обґрунтувати нові підходи до діагностично-лікувальної тактики», 0117U000579, 2019-2021.

Авторами проведено дослідження, метою якого стало удосконалення прогнозування структурних змін шлунка у хворих на атрофічний гастрит шляхом визначення порогових значень цитокінів для формування групи ризику виявлення диспластичних змін слизової оболонки шлунка.

У дослідження було включено 79 хворих на атрофічний гастрит, серед яких було 55 (69,6%) жінок та 24 (30,4%) чоловіка у віці від 34 до 73 років, складаючи у середньому ($58,8 \pm 2,3$) років. Критерії відбору до обстеження: структурні зміни слизової оболонки шлунка (атрофія, кишкова метаплазія та дисплазія) за результатами ендоскопічного дослідження в режимі NBI, яке проводили за загальноприйнятою методикою з використанням відеоендоскопічної системи EVIS EXERA III з гастроскопом Olympus 190 (Японія).

В результаті морфологічного дослідження біоптатів шлунка у 7 (8,9%) пацієнтів діагностовано лише атрофію слизової оболонки шлунка, у 62 (78,5%) хворих виявлено кишечну метаплазію на фоні атрофічних змін слизової оболонки шлунка, у 10 (12,7%) пацієнтів діагностовано дисплазію слизової оболонки шлунка.

Рівень ІЛ-8, інтерлейкіну 8 (ІЛ-8), інтерлейкіну 10 (ІЛ-10), інтерлейкіну 18 (ІЛ-18), фактору некрозу пухлин α (TNF- α), васкулярного ендотеліального фактору росту (VEGF) у сироватці крові визначали імуноферментним методом з використанням відповідних наборів реактивів фірми «Вектор-БЕСТ» та аналізатора Stat Fax 303 Plus.

Статистична обробка даних проводилася з використанням програми SPSS 16.0. Для порівняння медіан та інтерквартильного розмаху використовувалися критерій Манна-Уїтні, відмінності між показниками вважали значущими при досягнутому рівні значущості, нижчому 0,05. Для визначення взаємозв'язків між структурними змінами шлунка та рівнем цитокінів проведено кореляційний аналіз, для розрахунку порогових значень показників – регресійний аналіз (ROC-аналіз) з визначенням площі під ROC-кривою (AUC), чутливості та специфічності.

При оцінці стану цитокінової регуляції встановлено, що у хворих з диспластичними змінами слизової оболонки шлунка спостерігався дисбаланс з зсувом в бік прозапальних цитокінів, а саме, мало місце збільшення коефіцієнта співвідношення рівня прозапальних та протизапальних цитокінів (ІЛ-8/ІЛ-10) до 4,16 (2,13; 7,86), що за результатами Kruskal-Wallis test вірогідно відрізнялось від рівня цього показника у хворих з атрофічними змінами та кишечною метаплазією ($p=0,021$). Концентрація TNF- α у хворих з дисплазією також була вірогідно вищою в 4,0 рази ($p<0,05$) та в 3,4 рази ($p<0,05$) в порівнянні із пацієнтами лише з атрофічними змінами слизової оболонки та хворими з кишечною метаплазією. Експресія VEGF посилюється під впливом багатьох проангіогенних факторів росту, а також TNF- α та ІЛ-8, що підтверджується встановленим прямим вірогідним кореляційним зв'язком між вмістом VEGF та TNF- α ($r=0,37$, $p<0,05$), із рівнем ІЛ-8 ($r=0,42$, $p<0,05$). За нашими даними рівень VEGF був підвищений у пацієнтів з дисплазією до 421,5 (270,5; 504,7) мОд/мл, що в 1,8 рази ($p<0,05$) та в 1,6 рази ($p<0,05$) вищий порівняно із рівнем у хворих з атрофією та кишечною метаплазією слизової оболонки шлунка.

За даними ROC-аналізу, за оцінкою таких показників, як площа під ROC-кривою, відношення шансів та вірогідність, вміст ІЛ-18, TNF- α та ІЛ-10 не відповідають вимогам значущих діагностичних моделей. Водночас при визначенні у хворого рівня ІЛ-8 понад 14,4 пг/мл у 13 разів збільшується ризик діагностування у пацієнта структурних змін передракової спрямованості (чутливість – 80,0%, специфічність – 78,3%). Ще одним значущим діагностичним критерієм формування групи ризику виявлення дисплазії слизової оболонки шлунка визначено рівень VEGF, підвищення якого понад 341,4 мОд/мл збільшує у 30 разів вірогідність структурних змін шлунка (чутливість – 90,0%, специфічність – 77,2%). Отримані результати дозволяють сформувати групу ризику раннього виявлення диспластичних змін слизової оболонки шлунка у хворих на атрофічний гастрит з наступним динамічним спостереженням пацієнтів.

Спосіб характеризується високою відтворюваністю, можливістю динамічного дослідження з метою моніторингу ефективності лікування, дозволяє не використовувати додаткові інструментальні дослідження, не має вікових й гендерних обмежень.

Отже, запропонований нами спосіб, що включає проведення імуноферментного аналізу показників цитокінової регуляції у сироватці крові та порівняльну оцінку рівнів інтерлейкіну-8 та васкулярного ендотеліального фактору росту з пороговими значеннями, є малоінвазивним, безпечним та рекомендується для застосування в алгоритмі прогнозування диспластичних змін слизової оболонки шлунка у хворих на атрофічний гастрит.

Таким чином, впровадження способу прогнозування структурних змін шлунка у хворих на атрофічний гастрит дозволяє відмовитися від необхідності проведення біопсії слизової оболонки шлунка в 90% випадків, зменшує ризик розвитку ускладнень у 50 % хворих та підвищує якість медичної допомоги населенню України.

8. Переваги запропонованого способу полягають у формуванні групи ризику розвитку диспластичних змін слизової оболонки шлунка, зниженні кількості біопсій шлунка, затрат часу та матеріальних витрат на проведення додаткових діагностичних процедур.

Застосування нововведення дозволяє проводити скринінгові дослідження, що зводить до мінімуму можливість ускладнень після інвазивних методик, зменшує фізичне та психологічне навантаження на пацієнта.

9. Необхідне обладнання: імуноферментний аналізатор.

10. Атрофічний гастрит.

11. Немає.

12. Немає.

13. Державна установа «Інститут гастроентерології НАМН України».

14. Немає.

15. Степанов Ю. М., Мосійчук Л. М., Татарчук О. М., Петішко О. П.

Контактна особа: Татарчук О. М., +380509363342.

Реєстр № 28/9/23

1. СПОСІБ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ НУТРИТИВНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ З ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШЕЧНИКУ

2. НДР «Дослідити вікові та гендерні особливості перебігу хронічних запальних захворювань кишечника і розробити диференційовані схеми їх лікування».

3. Гастроентерологія.

4. 1; 2+; D.

5. Діагностика порушень нутритивного статусу хворих на хронічні запальні захворювання кишечника: методичні рекомендації / Степанов Ю. М., Стойкевич М. В., Федорова Н. С., Татарчук О. М., Тітова М. В. Дніпро, 2022. 38с.

6. Немає.

7. Суть впровадження: призначено для об'єктивної ранньої діагностики нутритивної недостатності у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК).

Пропонується новий метод ранньої діагностики нутритивної недостатності у хворих з ХЗЗК, що дозволяє визначити порушення нутритивного статусу та полягає в застосуванні інтегральної оціночної системи NRS 2002 для визначення ризику нутритивної недостатності та визначенні рівня преальбуміну та ретинолпов'язуючого білку для встановлення ступеню нутритивної недостатності.

Недостатність харчування відноситься до яскравих і частих проявів ХЗЗК, яка впливає на частоту загострень, активність запалення і якість життя хворих. Встановлено, що поява білково-енергетичного дефіциту ускладнює перебіг основного захворювання і погіршує його прогноз. Діагностика недостатності харчування у пацієнтів часто обмежується виміром маси тіла з розрахунком індексу маси тіла, за яким судять про наявність порушень стану харчування. Оскільки при цьому не враховуються інші соматометричні та клініко-лабораторні показники нутритивного статусу, у значної частини пацієнтів недостатність харчування залишається не виявленою, заходи по її корекції не приймаються, що в результаті може призвести до вираженого виснаження. У зв'язку з цим виникає необхідність визначити показники нутритивного статусу, які мають найбільшу інформативність і прогностичну цінність щодо діагностики недостатності харчування у даної категорії хворих.

Таблиці та анкети харчування були запропоновані для стандартизації харчової оцінки. Завдяки ним визначається ступінь ризику мальнутриції, пов'язаного з недоїданням, з метою визначення необхідності нутритивної підтримки. Основними скринінговими тестами на недостатність харчування є наступні: Негайна оцінка харчування (Instant Nutritional Assessment (INA)), Універсальна анкета скринінгу недоїдання (Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)), Скринінг нутритивного ризику (Nutritional Risk Screening (NRS)), Скорочена харчова оцінка (Mini Nutritional Assessment (MNA)), Суб'єктивна глобальна оцінка (Subjective Global Assessment (SGA)).

Для госпіталізованих пацієнтів зазвичай використовується анкета NRS.

Інтегральна оціночна система NRS 2002 розділена на 2 частини: початковий скринінг, що складається з 4 питань (ІМТ нижче 20,5, втрата ваги протягом останніх трьох місяців, зниження споживання їжі за останній тиждень і наявність важкого гострого захворювання) і друга частина оцінка ступеня недостатнього харчування, пов'язана з тяжкістю захворювання і віком. Друга частина анкети завершується, якщо принаймні одне з чотирьох

початкових питань є позитивним; оцінка вище 3 визначає пацієнтів з більш високим ризиком порушення харчування.

Білковий статус організму визначається станом двох основних білкових пулів - соматичного (м'язовий білок) і вісцерального (білок крові і внутрішніх органів). Оцінка соматичного пулу білка ґрунтується на визначенні соматометричних показників. Лабораторні методи оцінки статусу харчування характеризують насамперед вісцеральний пул білка, з яким тісно пов'язаний стан білково-синтетичної функції печінки, органів кровотворення та імунітету.

В даний час розроблені нові, більш чутливі методи оцінки вісцерального пулу білка. Найбільшою чутливістю володіють преальбумін (ПА) і ретинолзв'язуючий білок (РПБ) з періодами напіврозпаду 2 доби і 12 годин відповідно. Короткий період життя ПА і РПБ, незначність їх пулу у позасудинному просторі і швидкість синтезу в печінці дозволяють рекомендувати ці транспортні білки для ранньої діагностики білкової недостатності. У клінічній практиці визначення ПА використовують для оцінки нутритивного статусу, оскільки завдяки найкоротшому періоду напіврозпаду, він є найбільш чутливим показником білково-енергетичної недостатності (мальнунриції), яка можлива як в умовах гострого стресу, так і у тяжких хронічних хворих.

Інформаційний лист є фрагментом НДР «Дослідити вікові та гендерні особливості перебігу хронічних запальних захворювань кишечника і розробити диференційовані схеми їх лікування», 0117U000580, 2017-2019 рр.

Нами проведено дослідження, метою якого стало удосконалення ранньої діагностики порушень нутритивного статусу у хворих на ХЗЗК, що полягає в застосуванні інтегральної оціночної системи NRS 2002 для визначення ризику нутритивної недостатності та визначенні рівня ПА та РПБ для встановлення ступеню нутритивної недостатності.

Для виконання поставленої мети пацієнту проводять визначення ризику нутритивної недостатності за допомогою інтегральної оціночної системи NRS 2002. Для усіх хворих з встановленим ризиком визначають рівні ПА та РПБ в сироватці крові для встановлення нутритивної недостатності. Для хворих на НВК рівень ПА (при значеннях $\leq 0,31$ г/л), рівень РПБ (при значеннях $\leq 18,6$ нг/мл); для хворих на ХК - рівень ПА (при значеннях $\leq 0,23$ г/л), рівень РПБ (при значеннях ≤ 17 нг/мл,) визначають нутритивну недостатність.

Визначення вмісту РПБ сироватки крові досліджували з використанням набору «Elabscience» Human RBP4 (Retinol Binding Protein4). Визначення ПА проводилося турбідиметричним вимірюванням з використанням набору «Elabscience» Human TTR(Transthyretin).

Імуноферментний аналіз виконується за допомогою імуноферментного аналізатору «Stat Fax 303 Plus» (США), на якому проводиться вимірювання оптичної щільності при довжині хвилі 450 нм.

Оцінка результатів дослідження базується на даних, отриманих авторами при вивченні нутритивного статусу у 100 хворих на ХЗЗК (70 хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) та 30 хворих на хворобу Крона (ХК)), які знаходилися на лікуванні у відділенні захворювань кишечника ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». За результатами використання інтегральної оціночної системи «Оцінка нутриційного ризику» (Nutritional Risk Screening, NRS 2002) нами було виявлено, що 52,9 % хворих на НВК та 100 % хворих на ХК вже мали ризик розвитку або наявну мальнутрицію.

Додатково нами були оцінені рівні основних білкових пулів та короткоживучих транспортних білків у плазмі крові (ПА та РПБ).

Проведення ROC-аналізу дозволила встановити хорошу якість діагностичної моделі вмісту ПА для формування групи ризику нутритивної недостатності у хворих на НВК та ХК, так як площа під ROC-кривою дорівнює 0,693 (95 % ДІ 0,571–0,797) та 0,719 (95 % ДІ 0,526–0,867), відповідно.

Порогове значення ПА, за яким у пацієнтів з НВК та ХК можливе виявлення нутритивної недостатності, складає менше 0,31 г/л та 0,23 г/л, відповідно. Чутливість, специфічність, відповідно, склали 85,4 % та 51,7 % для групи з НВК, 54,5 % та 100% для групи ХК.

Також добра діагностична якість у виявленні нутритивної недостатності у хворих на НВК та ХК встановлена і для РПБ: площа під ROC-кривою (AUC) для групи НВК дорівнює 0,683 (95 % ДІ 0,556-0,793; $p < 0,01$), чутливість – 73,2 %, специфічність – 58,3 %; AUC для групи ХК складає 0,736 (95 % ДІ 0,544 - 0,879; $p < 0,01$), чутливість – 63,6 %, специфічність – 87,5 %. Порогове значення РПБ, за яким у пацієнтів з НВК та ХК можливе виявлення нутритивної недостатності, складає менше 18,6 нг/мл та 17 нг/мл, відповідно.

Таким чином, застосування інтегральної оціночної системи NRS 2002 та вивчення ПА та РПБ в сироватці крові сприяє ранній діагностиці нутритивної недостатності у хворих на ХЗЗК. Метод є простим у виконанні і забезпечує достовірну точність. Метод запропонований для масового використання в медичних закладах.

8. Перевагою запропонованого способу є значно більша об'єктивність в ранній оцінці нутритивної недостатності у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника, а також малоінвазивність та відсутність необхідності застосування коштовного обладнання.

Відмінною ознакою є дослідження у хворих ризику розвитку нутритивної недостатності за допомогою інтегральної оціночної системи NRS 2002 та визначення рівнів короткоживучих транспортних білків – преальбуміну та ретинолпов'язуючого білка. Спосіб, що заявляється є високоінформативним та безпечним для хворого.

9. Імуноферментний аналізатор «Stat Fax 303 Plus».

10. Хронічні запальні захворювання кишечника.

11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Інститут гастроентерології НАМН України».
14. Немає.
15. Степанов Ю. М., Стойкевич М. В., Татарчук О. М., Тітова М. В.
Контактна особа: Стойкевич М. В., +380985023178.

Реєстр № 29/9/23

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ВПЛИВУ ХАРЧОВИХ ДОБАВОК НА АДАПТИВНІ РЕАКЦІЇ ЩУРІВ

2. НДР «Експериментально-морфологічне вивчення дії кріоконсервованих препаратів кордової крові та ембріофетоплацентарного комплексу (ЕФПК), дифереліну, етанолу та 1 % ефіру метакрилової кислоти на морфофункціональний стан ряду внутрішніх органів»,. номер державної реєстрації: 0119U102925, 2019-2024 рр.

3. Гастроентерологія, терапевтична стоматологія.

4. 2+; С.

5. Деклараційний патент України на корисну модель № 145229, МПК G09B 23/28 (2006.01). Спосіб визначення впливу харчових добавок на адаптивні реакції щурів / Єрошенко Г. А., Ячнінь А. І., Шевченко К. В., Лічман Д. В., Улановська-Циба Н. А.; заявник і патентовласник «УМСА» - № u202001131; Заявл. 21.02.2020; Опубл. 10.09.2020. Бюл. № 17.

6. Немає.

7. Спосіб визначення впливу харчових добавок на адаптивні реакції щурів, що включає щодобове введення в раціон нітриту натрію, який відрізняється тим, що нітрит натрію, у 10 % розчині, дають пити за умов безперешкодного доступу до рідини та додатково вводять глютамат натрію в дозі 20 мг/кг в 0,5 мл дистильованої води та Понсо 4R - в дозі 5 мг/кг в 0,5 мл дистильованої води 1 раз на добу перорально.

8. Вживання комплексу харчових добавок у доступних дозах впливає на поведінкові реакції експериментальних тварин. Встановлено, що вже з першого тижня спостереження у щурів посилюється тривога, страх, спостерігається притуплення адаптивних реакцій, зниження активності та порушення емоційного стану, які посилюються до 16 тижня експерименту. Використання запропонованого способу дозволяє прогнозувати зміни поведінкової реакції експериментальних тварин при вживанні комплексу харчових добавок, що є корисним у подальшому вивченні та прогнозуванні змін поведінкових реакцій у людей.

9. 10 % розчин нітрит натрію, глютамат натрію, Понсо 4R.

10. Використовується при дослідженні впливу харчових домішок на поведінкові реакції експериментальних тварин.

11. Немає.

12. Немає.
 13. Полтавський державний медичний університет.
 14. Відсутні.
 15. Єрошенко Г. А., Ячнінь А. І., Шевченко К. В., Лічман Д. В., Улановська-Циба Н. А., Ваценко А. В.
- Контактна особа:** Улановська-Циба Н. А., +380532564097.

Реєстр № 30/9/23

1. СПОСІБ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ПРОТОВОЇ СИСТЕМИ ВСТАВНИХ ПРОТОК ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ЩУРІВ

2. НДР «Експериментально-морфологічне вивчення дії кріоконсервованих препаратів кордової крові та ембріофетоплацентарного комплексу (ЕФПК), дифереліну, етанолу та 1 % ефіру метакрилової кислоти на морфофункціональний стан ряду внутрішніх органів», номер державної реєстрації: 0119U102925, 2019-2024 рр.

3. Гастроентерологія, терапевтична стоматологія.

4. 2+; С.

5. Деклараційний патент на корисну модель № 145227 Україна, МПК G09B 23/28 (2006.01), A61B 1/24 (2006.01), G01N 1/28 (2006.01). Спосіб ремоделювання протокової системи вставних проток піднижньощелепних слинних залоз щурів / Шевченко К. В., Єрошенко Г. А., Лічман Д. В., Вільхова О. В., Якушко О. С., Ваценко А. В.; заявник і патентовласник «УМСА» - № u202004146; Заявл. 08.07.2020; Опубл. 25.11.2020. Бюл. № 22.

6. Немає.

7. Спосіб ремоделювання протокової системи вставних проток піднижньощелепних слинних залоз щурів, що включає введення експериментальним тваринам розчину етанолу, який відрізняється тим, що 40⁰-ий розчин вводиться дошлунково, по 12 мг/кг 4 рази на добу.

8. Отриманні данні доводять, що протокова система реагує на дію хронічної інтоксикації етанолом. Встановлення показників до 30 доби не відбувається, що свідчить про виснаження секреторного епітелію протокової системи, внаслідок дистрофічних змін, викликаних порушенням в роботі судин гемоциркуляторного русла, що підтверджується зміною діаметрів стінок протоків із зменшенням висоти епітеліоцитів.

9. 40⁰-ий розчин етанолу, мікроскоп Biogex-3 BM-500T з цифровою мікрофотонасадкою DCM 900.

10. Для корекції патологічних процесів, зокрема біохімічних, оксидантних та морфологічних порушень піднижньощелепних залоз у лабораторних тварин (щурів).

11. Немає.

12. Немає.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Шевченко К. В., Єрошенко Г. А., Лічман Д. В., Вільхова О. В., Якушко О. С., Ваценко А. В., Улановська-Циба Н. А.

Контактна особа: Улановська-Циба Н. А., +380532564097.

Реєстр № 31/9/23

1. СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ АНТРАЦИКЛІН-ІНДУКОВАНОГО УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ НА ФОНІ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ

2. НДР «Розробка методів профілактики та лікування медикаментозно-індукованих уражень внутрішніх органів», номер державної реєстрації: 0115U001087, 2015-2020 рр.

3. Гастроентерологія, терапія.

4. 2+; С.

5. Патент України на корисну модель № 147178 UA, МПК G09B 23/28 (2006.01), C12N 1/00, C12R 1/72. Спосіб моделювання антрациклін-індукованого ураження печінки на фоні неалкогольного стеатогепатиту / Маслова Г. С., Скрипник Р. І., Скрипник І. М., Шапошник О. А.; заявник і патентовласник «ПДМУ» - № заявки u2020 05713; дата подання заявки 04.09.2020; дата публікації відомостей 21.04.2021. Бюл. № 16.

6. Немає.

7. В основу винаходу поставлене завдання створення способу моделювання антрациклін-індукованого ураження печінки на фоні неалкогольного стеатогепатиту.

Поставлене завдання вирішується у два етапи. На першому етапі проводять відтворення моделі неалкогольного стеатогепатиту шляхом застосування висококалорійної дієти. На другому етапі моделювання дослідним тваринам із відтвореним неалкогольним стеатогепатитом проводять введення доксорубіцину в дозі 5 мг/кг/день із досягненням кумулятивної дози 15 мг/кг. Застосування запропонованого способу дозволить вивчати особливості патогенезу розвитку антрациклін-індукованого ураження печінки на фоні неалкогольного стеатогепатиту.

Заявлений спосіб здійснюють наступним чином. Моделювання неалкогольного стеатогепатиту щурам дослідної групи проводили шляхом застосування дієти, що містить масу жирів 42% (соняшникову олію, пальмову олію, вершкову олію) із введенням 4% водного розчину фруктози як єдиного джерела рідини, впродовж 9-ти тижнів (1-63 день). Експериментальні тварини групи контролю з 1-го по 63-й дні отримували звичайний раціон віварію. З 64 по 66 дні експериментальним тваринам дослідної і контрольної груп щодня внутрішньоочеревинно вводили доксорубіцин із розрахунку 5 мг/кг/день.

8. Дослідженнями встановлено, що запропонована модель антрациклін-індукованого ураження печінки є оптимальною для вивчення патогенезу токсичного впливу доксорубіцину на тканини печінки на фоні неалкогольного стеатогепатиту.

Введення доксорубіцину на фоні модельованого стеатогепатиту у тварин дослідної групи призводило до формування антрациклін-індукованого ураження печінки, яке характеризувалось розвитком вираженого централобулярного і перипортального некрозу 80% гепатоцитів ацинуса. Інші 20% гепатоцитів знаходились у стані дрібнокраплинної жирової дистрофії і помірної гідропічної дистрофії.

Вищевикладене свідчить про оптимальний спосіб моделювання антрациклін-індукованого ураження печінки на фоні неалкогольного стеатогепатиту, що надає можливість досліджувати провідні патогенетичні механізми розвитку гепатотоксичних реакцій у людини.

9. Комбікорм-концентрат гранульований, олія соняшникова, олія вершкова, олія пальмова, фруктоза, доксорубіцин 2 мг/мл (50 мл) по 25 мл № 1 у флаконах.

10. За допомогою запропонованого способу моделювання антрациклін-індукованого ураження печінки на фоні неалкогольного стеатогепатиту можна досліджувати особливості метаболізму антрациклінових антибіотиків та їх токсичний вплив на тканини печінки за умов наявності неалкогольної жирової хвороби печінки. Даний спосіб може бути використаний з метою дослідження патогенетичних механізмів та морфологічних особливостей уражень печінки під дією антрациклінових антибіотиків, що може бути застосовано з метою розробки індивідуальних підходів до проведення специфічної хіміотерапії, а також супровідної терапії у пацієнтів із наявністю метаболічних факторів ризику, у першу чергу ожиріння та неалкогольної жирової хвороби печінки.

11. Відсутні.

12. Відсутні

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Маслова Г. С., Скрипник Р. І., Скрипник І. М., Шапошник О. А.

Контактна особа: Маслова Г. С., +380503461648.

Реєстр № 32/9/23

1. СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ

2. НДР «Розробка методів профілактики та лікування медикаментозно-індукованих уражень внутрішніх органів», номер державної реєстрації: 0115U001087, 2015-2020 рр.

3. Гастроентерологія, терапія.

4. 2+; С.

5. Патент України на корисну модель № 146771 UA, МПК G09B 23/28 (2006.01), C12N 1/00, C12R 1/72. Спосіб моделювання неалкогольного стеатогепатиту / Скрипник І. М., Маслова Г. С., Скрипник Р. І., Непорада К. С., Шапошник О. А.; заявник і патентовласник «ПДМУ» - № заявки u2020 05715; дата подання заявки 04.09.2020; дата публікації відомостей 17.03.2021. Бюл. № 11.

6. Немає.

7. В основу даного винаходу поставлене завдання створення такого способу моделювання неалкогольної жирової хвороби печінки, у якому відтворена дія комплексу чинників: вплив дієти із високою часткою суміші олій (соняшникової, пальмової, вершкової) та сиропу фруктози.

Поставлене завдання вирішується створенням способу моделювання неалкогольної жирової хвороби печінки, що включає застосування висококалорійного раціону із масою суміші олій (соняшникової, пальмової, вершкової) 42 % на фоні використання 4 % водного розчину фруктози як єдиного джерела рідини.

Заявлений спосіб здійснюють наступним чином. Стандартний раціон щурів із розрахунку на 1 тварину включає: комбікорм-концентрат гранульований 0,04 кг, сир знежирений 0,006 кг, морква 0,02 кг, капуста 0,015 кг. Із раціону тварин, яким відтворювали неалкогольну жирову хворобу печінки виключали сир знежирений, моркву, капусту. Готували суміш олій у рівних співвідношеннях. Сумарна вага суміші олій 0,03 кг: 0,01 кг соняшникової олій, 0,01 кг вершкової олій, 0,01 кг пальмової олій. До комбікорму-концентрату гранульованого 0,04 кг додавали суміш олій 0,03 кг із розрахунку на 1 тварину на добу і застосовували протягом 9 тижнів. 4% розчин фруктози готували шляхом додавання 40 г фруктози на 1 л питної води.

8. За результатами проведених досліджень встановлено, що на фоні запропонованої моделі неалкогольної жирової хвороби печінки спостерігається приріст ваги дослідних тварин із накопиченням маси вісцерального жиру.

Після відтворення моделі неалкогольної жирової хвороби печінки проведено оцінку морфологічної структури печінки у щурів, яка підтвердила розвиток стеатогепатиту у дослідних тварин.

Вищенаведене свідчить про оптимальний спосіб моделювання неалкогольної жирової хвороби печінки, який є найбільш природнім, оскільки враховує основні патогенетичні механізми розвитку даного захворювання у людини.

9. Комбікорм-концентрат гранульований, олія соняшникова, олія вершкова, олія пальмова, фруктоза.

10. За допомогою запропонованого способу моделювання неалкогольного стеатогепатиту можна отримати зміни у тканинах печінки дослідних тварин, які відповідають неалкогольному стеатогепатиту, що може бути

використано з метою вивчення вагомих патогенетичних механізмів розвитку і прогресування неалкогольної жирової хвороби печінки, а також задля дослідження особливостей метаболізму та впливу медикаментів на тканини печінки на фоні неалкогольного стеатогепатиту.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Скрипник І. М., Маслова Г. С., Скрипник Р. І., Непорада К. С., Шапошник О. А.

Контактна особа: Скрипник І. М., +380505974908.

Реєстр № 33/9/23

1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ

2. НДР «Клінічні, патогенетичні та фармакотерапевтичні особливості перебігу захворювань внутрішніх», номер державної реєстрації: 0119U101344.

3. Терапія.

4. 2+; С.

5. Хухліна О. С., Антонів А. А., Доманчук Т. І., Юрнюк С. В., Мандрик О. Є., винахідники; Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», патентовласник. Спосіб корекції ендотеліальної дисфункції у хворих на неалкогольний стеатогепатит та хронічну хворобу нирок. Патент України № 126123. 2018 Чер 11.

6. Немає.

7. З метою корекції дисфункції ендотелію у хворих на неалкогольний стеатогепатит призначають комбінацію препаратів «Агепта» (S-аденозил-L-метіоніном) та «Вазонат» (мельдоній). Відмінними ознаками даного способу є те, що додатково у комплекс лікування включають сублінгвальну форму препарату «Агепта» (S-аденозил-L-метіонін) по 400 мг 2 рази на день – у якості антиоксиданта, мембраностабілізатора та гепатопротекторного засобу, який гальмує прогресування фіброзу печінки та «Вазонат» (мельдоній), який регулює процеси β-окиснення вільних жирних кислот, здатний позитивно впливати на дисфункцію ендотелію і, відповідно, сприяти нормалізації судинного тонуусу призначають по 250 мг по 1 капсулі 2 рази в день упродовж 30 днів – до одержання клінічного ефекту.

8. Запропонований спосіб корекції ендотеліальної дисфункції у хворих на неалкогольний стеатогепатит та хронічну хворобу нирок сприяє швидкому усуненню гепатомегалії, зниженню ступеня стеатозу гепатоцитів, гальмуванню фіброзування печінкової тканини, функціонального стану ендотелію, показників тромбоцитарної ланки гемостазу та стабільності

мембран червонокрівців. Спосіб призводить до вірогідного усунення чинників ризику розвитку неалкогольного стеатогепатиту у хворого на хронічну хворобу нирок та усуває загрозу ускладнень.

Медичний: підвищити ефективність надання допомоги пацієнтам з неалкогольним стеатогепатитом, тим самим покращити якість життя пацієнтів, що дозволить скоротити терміни лікування. *Соціальний:* буде забезпечено шляхом підвищення ефективності надання допомоги при неалкогольного стеатогепатиту, що спрямовано на профілактику розвитку цирозу печінки. *Економічний:* впровадження запропонованих методів діагностики, лікування та профілактики ускладнень неалкогольного стеатогепатиту дасть змогу знизити частоту загострень даного захворювання, частоту ускладнень та декомпенсації функцій печінки і таким чином, знизити частоту госпіталізацій з приводу загострень або декомпенсації захворювання.

9. Суть способу корекції дисфункції ендотелію у хворих на неалкогольний стеатогепатит шляхом призначення комбінації препаратів «Агепта» (S-аденозил-L-метіоніном) та «Вазонат» (мельдоній). Відмінними ознаками даного способу є те, що додатково у комплекс лікування включають сублінгвальну форму препарату «Агепта» (S-аденозил-L-метіонін) по 400 мг 2 рази на день – у якості антиоксиданта, мембранастабілізатора та гепатопротекторного засобу, який гальмує прогресування фіброзу печінки та «Вазонат» (мельдоній), який регулює процеси β-окиснення вільних жирних кислот, здатний позитивно впливати на дисфункцію ендотелію і, відповідно, сприяти нормалізації судинного тонуусу призначають по 250 мг по 1 капсулі 2 рази в день упродовж 30 днів - до одержання клінічного ефекту.

10. Неалкогольний стеатогепатит.

11. Індивідуальна непереносимість компонентів, що входять до складу препаратів.

12. Побічних ефектів не спостерігалось.

13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2.

14. Немає.

15. Антонів А. А., Хухліна О. С., Коцюбійчук З. Я., Гарвасюк О. В., Мандрик О. Є.

Контактна особа: Антонів А. А., +380992321861.

1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЇЇ ФОРМИ

2. НДР «Клінічні, патогенетичні та фармакотерапевтичні особливості перебігу захворювань внутрішніх», номер державної реєстрації: 0119U101344.

3. Терапія.

4. 2+; С.

5. Хухліна О. С., Антонів А. А., винахідники; Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», патентовласник. Спосіб верифікаційної діагностики неалкогольної жирової хвороби печінки. Патент України № 135846. 2019 Лип 25.

6. Немає.

7. В основу способу діагностики неалкогольної жирової хвороби печінки в залежності від її форми поставлене визначення в сироватці крові вмісту аспартатамінотрансферази - АсАТ, аланінамінотрансферази - АлАТ, гамма-глутамілтранспептидази, лужної фосфатази, вмісту білірубину та його фракцій з наступним визначенням співвідношення АсАТ/АлАТ та в сироватці венозної крові методом імуноферментного аналізу концентрації лептину та адипонектину. Додатково визначають рівень цитокератину 18. При підвищеному вмісті АсАТ, АлАТ, гамма-глутамілтранспептидази, лужної фосфатази, вмісту білірубину та його фракцій, вмісту лептину відносно норми та при зниженні вмісту адипонектину відносно норми, при величині співвідношення АсАТ/АлАТ > 1, при значенні вмісту ЦК-18 від $57,62 \pm 5,37$ Од/л до 395 Од/л діагностують неалкогольну жирову хворобу печінки у формі неалкогольного стеатозу, а при підвищенні вмісту ЦК-18 > 395 Од/л діагностують неалкогольну жирову хворобу печінки у формі неалкогольного стеатогепатиту.

8. Запропонований спосіб дозволяє ефективно здійснювати верифікаційну діагностику неалкогольної жирової хвороби печінки залежно від її форми, а саме неалкогольний стеатоз та неалкогольний стеатогепатит, шляхом додаткового вимірювання вмісту в крові маркера апоптозу клітин цитокератину-18 імуноферментним методом, що дасть можливість знизити захворюваність та зменшити терміни лікування.

Медичний: підвищити ефективність надання допомоги перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки, тим самим покращити якість життя пацієнтів, що дозволить скоротити терміни лікування (зменшити відсоток формування невдач лікування, зменшення частоти загострень неалкогольного стеатогепатиту, що в цілому призведе до економії коштів на лікування хворих). *Соціальний:* буде забезпечено шляхом підвищення ефективності надання допомоги при неалкогольній жировій хворобі печінки, що спрямовано на профілактику розвитку цирозу печінки з печінковоклітинною недостатністю та гепатоцелюлярної карциноми для

забезпечення у подальшому психофізичного здоров'я, повноцінної якості життя та соціального благополуччя пацієнтів, зниження показника інвалідизації та смертності від даних ускладнень. *Економічний:* впровадження запропонованих методів діагностики, лікування та профілактики ускладнень перебігу неалкогольної жирової хвороби печінки дасть змогу знизити частоту загострень даної патології, частоту їх ускладнень та декомпенсації функцій печінки, і таким чином, знизити частоту госпіталізацій з приводу загострень, витрати на інтенсивну терапію ускладнень портальної гіпертензії, печінковоклітинної недостатності, печінкової енцефалопатії II-III ст. та печінкової коми, витрат на відновлювальне лікування та реабілітацію даних хворих, на оплату листків тимчасової непрацездатності та соціального забезпечення при виході на інвалідність осіб працездатного віку.

9. Спосіб верифікаційної діагностики неалкогольної жирової хвороби печінки включає визначення в сироватці крові вмісту аспартатамінотрансферази - АсАТ, аланінамінотрансферази - АлАТ, гамма-глутамілтранспептидази, лужної фосфатази, вмісту білірубину та його фракцій з наступним визначенням співвідношення АсАТ/АлАТ та в сироватці венозної крові методом імуноферментного аналізу концентрації лептину та адипонектину. Додатково визначають рівень цитокератину 18. При підвищеному вмісті АсАТ, АлАТ, гамма-глутамілтранспептидази, лужної фосфатази, вмісту білірубину та його фракцій, вмісту лептину відносно норми та при зниженні вмісту адипонектину відносно норми, при величині співвідношення АсАТ/АлАТ > 1, при значенні вмісту ЦК-18 від $57,62 \pm 5,37$ Од/л до 395 Од/л діагностують неалкогольну жирову хворобу печінки у формі неалкогольного стеатозу, а при підвищенні вмісту ЦК-18 > 395 Од/л діагностують неалкогольну жирову хворобу печінки у формі неалкогольного стеатогепатиту.

10. Неалкогольна жирова хвороба печінки.

11. Індивідуальна непереносимість компонентів, що входять до складу препаратів.

12. Побічних ефектів не спостерігалось.

13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2.

14. Немає.

15. Антонів А. А., Хухліна О. С., Коцюбійчук З. Я., Смандич В. С., Мандрик О. Є.

Контактна особа: Антонів А. А., +380992321861.

1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ВТОРИННОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ

2. НДР «Клінічні, патогенетичні та фармакотерапевтичні особливості перебігу захворювань внутрішніх», номер державної реєстрації: 0119U101344.

3. Терапія.

4. 2+; С.

5. Антонів А.А., Махрова Є. Г., Богдан Н. С. винахідники; Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», патентовласник. Спосіб корекції вторинної артеріальної гіпертензії у хворих із неалкогольним стеатогепатитом на тлі ожиріння. Патент України № 145837. 2021 Січ 6.

6. Немає.

7. В основу способу поставлена завдання удосконалити спосіб корекції вторинної артеріальної гіпертензії у хворих із неалкогольним стеатогепатитом на тлі ожиріння шляхом призначення гепатопротекторних препаратів, зокрема антралю і гепаліну, який вводять усередину у вигляді сиропу, та додаткового призначення валсартану. Відмінними ознаками даної моделі від близького аналога є те, що додатково призначають валсартан у дозі по 40 мг 1 раз на добу впродовж 30 днів - до одержання клінічного ефекту.

8. Запропонований спосіб дозволяє корегувати інтенсивність прогресування вторинної артеріальної гіпертензії у хворих із неалкогольним стеатогепатитом на тлі ожиріння шляхом усунення ознак загострення клінічних синдромів коморбідних патологій: контроль артеріального тиску відносно корекції основних клінічних та біохімічних синдромів основного та супровідного захворювань, покращення печінкового кровообігу: зниження гемодинамічних показників, що вказують на тиск у системі ворітної вени. У порівнянні з близьким аналогом, спосіб, що заявляється, призводить до вірогідного усунення чинників ризику розвитку неалкогольного стеатогепатиту на тлі ожиріння з коморбідною вторинною артеріальною гіпертензією та усуває загрозу ускладнення даної терапії.

Медичний: підвищити ефективність надання допомоги пацієнтам з вторинною артеріальною гіпертензією у хворих із неалкогольним стеатогепатитом на тлі ожиріння, тим самим покращити якість життя пацієнтів, що дозволить скоротити терміни лікування. *Соціальний:* буде забезпечено шляхом підвищення ефективності надання допомоги при вторинній артеріальній гіпертензії у хворих із неалкогольним стеатогепатитом на тлі ожиріння, що спрямовано на профілактику розвитку цирозу печінки. *Економічний:* впровадження запропонованих методів діагностики, лікування та профілактики ускладнень вторинної артеріальної

гіпертензії у хворих з неалкогольним стеатогепатитом на тлі ожиріння дасть змогу знизити частоту загострень даного захворювання, частоту ускладнень та декомпенсації функцій печінки і таким чином, знизити частоту госпіталізацій з приводу загострень або декомпенсації захворювання.

9. Суть способу корекції вторинної артеріальної гіпертензії у хворих із неалкогольним стеатогепатитом на тлі ожиріння шляхом призначення гепатопротекторних препаратів, зокрема антралю та гепаліну, останній вводять усередину у вигляді сиропу. Додатково призначають валсартан у дозі по 40 мг 1 раз на добу впродовж 30 днів - до одержання клінічного ефекту

10. Вторинна артеріальна гіпертензія, неалкогольний стеатогепатит, ожиріння.

11. Індивідуальна непереносимість компонентів, що входять до складу препаратів.

12. Побічних ефектів не спостерігалось.

13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2.

14. Немає.

15. Антонів А. А., Махрова Є. Г., Вівсьянник В. В., Коцюбійчук З. Я.

Контактна особа: Антонів А. А., +380992321861.

Реєстр № 36/9/23

1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ПРОГРЕСУВАННЯ ФІБРОЗУВАННЯ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ

2. НДР «Клінічні, патогенетичні та фармакотерапевтичні особливості перебігу захворювань внутрішніх», номер державної реєстрації: 0119U101344.

3. Терапія.

4. 2+; С.

5. Антонів А. А., Махрова Є. Г., Богдан Н. С. винахідники; Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», патентовласник. Спосіб корекції прогресування фіброзування печінки у хворих на неалкогольний стеатогепатит на тлі ожиріння. Патент України № 145838. 2021 Січ 6.

6. Немає.

7. Даний спосіб корекції фіброзування печінки у хворих на неалкогольний стеатогепатит на тлі ожиріння реалізується шляхом призначення комплексного етіопатогенетичного лікування, а саме гепатопротекторного засобу гепадиф; застосування препарату актовегін, розчину для інфузій 10 %, протягом 10 діб, з наступним переходом на прийом препарату внутрішньо у таблетках, призначення фолієвої кислоти, із курсом терапії 1

місяць та додаткового призначення препарату гепаризин: гліциризин 40 мг, гліцин 400 мг, L-цистеїну гідрохлорид 20 мг внутрішньовенно по 20 мл впродовж 10 днів з наступним переходом на ентеральне вживання капсул: гліциризин 25 мг, гліцин 25 мг, метіонін 25 мг по 2 капсули 3 рази на день після прийому їжі упродовж 80 днів.

Відмінними ознаками корисної моделі від прототипу є те, що додатково призначають препарат гепаризин: гліциризин 40 мг, гліцин 400 мг, L-цистеїну гідрохлорид 20 мг, внутрішньовенно по 20 мл впродовж 10 днів з наступним переходом на ентеральне вживання капсул: гліциризин 25 мг, гліцин 25 мг, метіонін 25 мг, по 2 капсули 3 рази на день після прийому їжі упродовж 80 днів.

8. Перевагами використання даного способу є те, що запропонований спосіб корекції фіброзування печінки у хворих на неалкогольний стеатогепатит на тлі ожиріння сприяв досягненню балансу ана-та катаболізму колагену шляхом активації колагенолізу, гальмування активності інгібіторів протеолізу та колагенолізу, гальмування секреції фактора росту фібробластів, гострофазових показників запалення, і в цілому зниженню активації компонентів сполучної тканини, доказом чого стало зниження індекса фіброзування печінки за даними фібротесту в межах 1,5-2,0 рази.

Медичний: підвищити ефективність надання допомоги за коморбідного перебігу неалкогольного стеатогепатиту на тлі ожиріння, тим самим покращити якість життя пацієнтів, що дозволить скоротити терміни лікування. *Соціальний:* буде забезпечено шляхом підвищення ефективності надання допомоги при неалкогольному стеатогепатиті на тлі ожиріння, що спрямовано на профілактику розвитку цирозу печінки. *Економічний:* впровадження запропонованих методів діагностики, лікування та профілактики ускладнень неалкогольного стеатогепатиту на тлі ожиріння дасть змогу знизити частоту загострень даних захворювань, частоту їх ускладнень та декомпенсації функцій печінки і таким чином, знизити частоту госпіталізацій з приводу загострень або декомпенсації коморбідних захворювань.

9. Суть способу корекції прогресування фіброзування печінки у хворих на неалкогольний стеатогепатит на тлі ожиріння включає призначення комплексного етіопатогенетичного лікування неалкогольного стеатогепатиту на тлі ожиріння. Застосовують гепатопротекторний засіб гепадиф дозою 2 капсули 3 рази на добу; застосовують препарат актовегін, розчин для інфузій 10 %, 250 мл протягом 10 діб з наступним переходом на прийом препарату внутрішньо дозою 1 таблетка 600 мг 3 рази на добу та призначають фолієву кислоту дозою 1 таблетка 10 мг 2 рази на добу, із курсом терапії 1 місяць. Додатково призначають препарат гепаризин: гліциризин 40 мг, гліцин 400 мг, L-цистеїну гідрохлорид 20 мг, внутрішньовенно по 20 мл впродовж 10 днів з наступним переходом на ентеральне вживання капсул: гліциризин 25 мг, гліцин 25 мг, метіонін 25 мг, по 2 капсул и 3 рази на день після прийому їжі упродовж 80 днів.

10. Неалкогольний стеатогепатит, ожиріння, фіброз печінки.

11. Індивідуальна непереносимість компонентів, що входять до складу препаратів.
12. Побічних ефектів не спостерігалось.
13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2.
14. Немає.
15. Антонів А. А., Махрова Є. Г., Вівсянник В. В., Коцюбійчук З. Я.
Контактна особа: Антонів А. А., +380992321861.

Реєстр № 37/9/23

1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ

2. НДР «Клінічні, патогенетичні та фармакотерапевтичні особливості перебігу захворювань внутрішніх», номер державної реєстрації: 0119U101344.

3. Терапія.

4. 2+; С.

5. Хухліна О. С., Антонів А. А., Шупер В. О., Горбатюк І. Б., Каратєєва С. В. винахідники; Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», патентовласник. Спосіб лікування неалкогольного стеатогепатиту. Патент України № 126070, 11 Чер 2018, бюл. № 11.

6. Немає.

7. В основу даного способу корекції та профілактики неалкогольного стеатогепатиту поставлено завдання удосконалити спосіб лікування неалкогольного стеатогепатиту шляхом додаткового до комплексного етіопатогенетичного лікування та профілактики неалкогольного стеатогепатиту призначення гепатопротекторного препарату агепта (адеметіоніну) в дозі по 400 мг по одній таблетці 2 рази на добу за 30-60 хвилин до прийому їжі, утримуючи під язиком не менше 15-20 хвилин до повного розчинення, упродовж 30 днів - до одержання клінічного ефекту.

8. Запропонований спосіб корекції корекції та профілактики неалкогольного стеатогепатиту сприяє швидкому усуненню гепатомегалії, зниженню ступеня стеатозу гепатоцитів, гальмуванню фіброзування печінкової тканини. Даний спосіб призводить до вірогідного усунення чинників ризику розвитку неалкогольного стеатогепатиту у пацієнтів та усуває загрозу ускладнень.

Медичний: підвищити ефективність надання допомоги пацієнтам з неалкогольним стеатогепатитом, тим самим покращити якість життя пацієнтів, що дозволить скоротити терміни лікування. *Соціальний:* буде забезпечено шляхом підвищення ефективності надання допомоги при неалкогольного стеатогепатиту, що спрямовано на профілактику розвитку

цирозу печінки. *Економічний*: впровадження запропонованих методів діагностики, лікування та профілактики ускладнень неалкогольного стеатогепатиту дасть змогу знизити частоту загострень даного захворювання, частоту ускладнень та декомпенсації функцій печінки і таким чином, знизити частоту госпіталізацій з приводу загострень або декомпенсації захворювання.

9. Суть способу корекції та профілактики неалкогольного стеатогепатиту поставлено завдання удосконалити спосіб лікування неалкогольного стеатогепатиту шляхом додаткового до комплексного етіопатогенетичного лікування та профілактики неалкогольного стеатогепатиту призначення гепатопротекторного препарату агепта (адеметіоніну) в дозі по 400 мг по одній таблетці 2 рази на добу за 30-60 хвилин до прийому їжі, утримуючи під язиком не менше 15-20 хвилин до повного розчинення, упродовж 30 днів - до одержання клінічного ефекту.

10. Неалкогольний стеатогепатит.

11. Індивідуальна непереносимість компонентів, що входять до складу препаратів.

12. Побічних ефектів не спостерігалось.

13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2.

14. Немає.

15. Антонів А. А., Хухліна О. С., Коцюбійчук З. Я., Гарвасюк О. В.

Контактна особа: Антонів А.А., +380992321861.

Реєстр № 38/9/23

1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ ЗА КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ II СТАДІЇ

2. НДР «Клінічні, патогенетичні та фармакотерапевтичні особливості перебігу захворювань внутрішніх», номер державної реєстрації: 0119U101344.

3. Терапія.

4. 2+; С.

5. Антонів А. А., Махрова Є. Г., Богдан Н. С. винахідники; Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», патентовласник. Спосіб корекції вторинної артеріальної гіпертензії у хворих із неалкогольним стеатогепатитом на тлі ожиріння. Патент України № 145837. 2021 Січ 6.

6. Немає.

7. В основу способу поставлена завдання удосконалити спосіб корекції та профілактики неалкогольного стеатогепатиту за коморбідного перебігу з гіпертонічною хворобою II стадії шляхом призначення гепатопротекторних

препаратів, зокрема антралю і гепаліну, який вводять усередину у вигляді сиропу, та додаткового призначення валсартану. Відмінними ознаками даної моделі від близького аналога є те, що додатково призначають валсартан у дозі по 40 мг 1 раз на добу впродовж 30 днів - до одержання клінічного ефекту.

8. Запропонований спосіб корекції та профілактики неалкогольного стеатогепатиту за коморбідного перебігу з гіпертонічною хворобою II стадії дозволяє корегувати інтенсивність прогресування артеріальної гіпертензії у хворих із неалкогольним стеатогепатитом шляхом усунення ознак загострення клінічних синдромів коморбідних патологій: контроль артеріального тиску відносно корекції основних клінічних та біохімічних синдромів основного та супровідного захворювань, покращення печінкового кровообігу: зниження гемодинамічних показників, що вказують на тиск у системі ворітної вени.

Медичний: підвищити ефективність надання допомоги пацієнтам з гіпертонічною хворобою у хворих із неалкогольним стеатогепатитом, тим самим покращити якість життя пацієнтів, що дозволить скоротити терміни лікування. *Соціальний:* буде забезпечено шляхом підвищення ефективності надання допомоги при гіпертонічній хворобі у хворих із неалкогольним стеатогепатитом, що спрямовано на профілактику розвитку цирозу печінки.

Економічний: впровадження запропонованих методів діагностики, лікування та профілактики ускладнень гіпертонічної хвороби у хворих з неалкогольним стеатогепатитом дасть змогу знизити частоту загострень даного захворювання, частоту ускладнень та декомпенсації функцій печінки і таким чином, знизити частоту госпіталізацій з приводу загострень або декомпенсації захворювання.

9. Суть способу корекції та профілактики неалкогольного стеатогепатиту за коморбідного перебігу з гіпертонічною хворобою II стадії шляхом призначення гепатопротекторних препаратів, зокрема антралю та гепаліну, останній вводять усередину у вигляді сиропу. Додатково призначають валсартан у дозі по 40 мг 1 раз на добу впродовж 30 днів - до одержання клінічного ефекту

10. Неалкогольний стеатогепатит, гіпертонічна хвороба

11. Індивідуальна непереносимість компонентів, що входять до складу препаратів.

12. Побічних ефектів не спостерігалось.

13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2.

14. Немає.

15. Антонів А. А., Хухліна О. С., Коцюбійчук З. Я., Гарвасюк О. В.

Контактна особа: Антонів А. А., +380992321861.

1. СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПРОГРЕСУВАННЯ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ

2. НДР «Клінічні, патогенетичні та фармакотерапевтичні особливості перебігу захворювань внутрішніх», номер державної реєстрації: 0119U101344.

3. Терапія.

4. 2+; С.

5. Антонів А. А., Махрова Є. Г., Богдан Н. С. винахідники; Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», патентовласник. Спосіб корекції прогресування фіброзування печінки у хворих на неалкогольний стеатогепатит на тлі ожиріння. Патент України № 145838. 2021 Січ 6.

6. Немає.

7. Даний спосіб профілактики прогресування фіброзу печінки у хворих на неалкогольний стеатогепатит реалізується шляхом призначення комплексного етіопатогенетичного лікування, а саме гепатопротекторного засобу гепадиф; застосування препарату актовегін, розчину для інфузій 10 %, протягом 10 діб, з наступним переходом на прийом препарату внутрішньо у таблетках, призначення фолієвої кислоти, із курсом терапії 1 місяць та додаткового призначення препарату гепаризин: гліциризин 40 мг, гліцин 400 мг, L-цистеїну гідрохлорид 20 мг внутрішньовенно по 20 мл впродовж 10 днів з наступним переходом на ентеральне вживання капсул: гліциризин 25 мг, гліцин 25 мг, метіонін 25 мг по 2 капсули 3 рази на день після прийому їжі упродовж 80 днів. Відмінними ознаками корисної моделі від прототипу є те, що додатково призначають препарат гепаризин: гліциризин 40 мг, гліцин 400 мг, L-цистеїну гідрохлорид 20 мг, внутрішньовенно по 20 мл впродовж 10 днів з наступним переходом на ентеральне вживання капсул: гліциризин 25 мг, гліцин 25 мг, метіонін 25 мг, по 2 капсули 3 рази на день після прийому їжі упродовж 80 днів.

8. Перевагами використання даного способу є те, що у хворих на неалкогольний стеатогепатит сприяв досягненню балансу ана-та катаболізму колагену шляхом активації колагенолізу, гальмування активності інгібіторів протеолізу та колагенолізу, гальмування секреції фактора росту фібробластів, гострофазових показників запалення, і в цілому зниженню активації компонентів сполучної тканини, доказом чого стало зниження індекса фіброзування печінки за даними фібротесту в межах 1,5-2,0 рази.

Медичний: підвищити ефективність надання допомоги за коморбідного перебігу неалкогольного стеатогепатиту, тим самим покращити якість життя пацієнтів, що дозволить скоротити терміни лікування. *Соціальний:* буде забезпечено шляхом підвищення ефективності надання допомоги при неалкогольному стеатогепатиті, що спрямовано на профілактику розвитку цирозу печінки. *Економічний:* впровадження запропонованих методів діагностики, лікування та профілактики ускладнень неалкогольного

стеатогепатиту дасть змогу знизити частоту загострень даних захворювань, частоту їх ускладнень та декомпенсації функцій печінки і таким чином, знизити частоту госпіталізацій з приводу загострень або декомпенсації коморбідних захворювань.

9. Суть способу профілактики прогресування фіброзу печінки у хворих на неалкогольний стеатогепатит включає призначення комплексного етіопатогенетичного лікування неалкогольного стеатогепатиту на тлі ожиріння. Застосовують гепатопротекторний засіб гепадиф дозою 2 капсули 3 рази на добу; застосовують препарат актовегін, розчин для інфузій 10 %, 250 мл протягом 10 діб з наступним переходом на прийом препарату внутрішньо дозою 1 таблетка 600 мг 3 рази на добу та призначають фолієву кислоту дозою 1 таблетка 10 мг 2 рази на добу, із курсом терапії 1 місяць. Додатково призначають препарат гепаризин: гліциризин 40 мг, гліцин 400 мг, L-цистеїну гідрохлорид 20 мг, внутрішньовенно по 20 мл впродовж 10 днів з наступним переходом на ентеральне вживання капсул: гліциризин 25 мг, гліцин 25 мг, метіонін 25 мг, по 2 капсули 3 рази на день після прийому їжі упродовж 80 днів.

10. Неалкогольний стеатогепатит, фіброз печінки.

11. Індивідуальна непереносимість компонентів, що входять до складу препаратів.

12. Побічних ефектів не спостерігалось.

13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2.

14. Немає.

15. Антонів А. А., Хухліна О. С., Коцюбійчук З. Я., Гарвасюк О. В.

Контактна особа: Антонів А. А., +380992321861.

Реєстр № 40/9/23

1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ У ХВОРИХ ІЗ ВТОРИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

2. НДР «Клінічні, патогенетичні та фармакотерапевтичні особливості перебігу захворювань внутрішніх», номер державної реєстрації: 0119U101344.

3. Терапія.

4. 2+; С.

5. Хухліна О. С., Антонів А. А., винахідники; Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», патентовласник. Спосіб корекції артеріальної гіпертензії на фоні неалкогольної жирової хвороби печінки. Патент України № 141031. 2020 Бер 25.

6. Немає.

7. З метою корекції та профілактики неалкогольного стеатогепатиту у хворих із вторинною артеріальною гіпертензією шляхом призначення лізиноприлу 10 мг на добу, аторвастатину 10-20 мг на добу, омега-3-поліненасиченої жирної кислоти 2 г на добу та урсодезоксихолевої кислоти 10 мг/кг на добу курсом 12 місяців. Додатково призначають вазонат - мельдоній 250 мг по 1 капсулі 2 рази на добу упродовж 30 днів до одержання клінічного ефекту.

8. Перевагами використання даного способу є те, що запропонований спосіб корекції вторинної артеріальної гіпертензії на фоні неалкогольної жирової хвороби печінки за умов нормалізації системного АТ, усунення процесів стеатозу гепатоцитів, запалення у печінковій тканині, гальмування її фіброзування та нормалізації печінково-селезінкового кровообігу призводить до нормалізації кількісних показників тромбоцитарної ланки гемостазу та їх агрегаційної здатності. Даний спосіб дозволяє ефективно корегувати вторинну артеріальну гіпертензію на фоні неалкогольної жирової хвороби печінки шляхом призначення комбінації препаратів: лізиноприл, аторвастатин, омега-3-поліненасичена жирна кислота, урсодезоксихолева кислота та вазонат (мельдоній), за допомогою чого досягають швидкого усунення основних клінічних та біохімічних синдромів, гепатомегалії, зниження ступеня стеатозу гепатоцитів, гальмування фіброзування печінкової тканини, покращення печінкового кровообігу, а саме зниження гемодинамічних показників, що вказують на підвищений тиск у системі ворітної вени, відновлення нормотензії, функціонального стану ендотелію, показників тромбоцитарної ланки гемостазу та стабільності мембран червонокривців.

Медичний: підвищити ефективність надання допомоги за коморбідного перебігу неалкогольного стеатогепатиту у хворих із вторинною артеріальною гіпертензією, тим самим покращити якість життя пацієнтів, що дозволить скоротити терміни лікування.

Соціальний: буде забезпечено шляхом підвищення ефективності надання допомоги при неалкогольного стеатогепатиту у хворих із вторинною артеріальною гіпертензією, що спрямовано на профілактику розвитку цирозу печінки.

Економічний: впровадження запропонованих методів діагностики, лікування та профілактики ускладнень неалкогольного стеатогепатиту у хворих із вторинною артеріальною гіпертензією дасть змогу знизити частоту загострень даних захворювань, частоту їх ускладнень та декомпенсації функцій печінки і таким чином, знизити частоту госпіталізацій з приводу загострень або декомпенсації коморбідних захворювань.

9. Суть даного способу корекції та профілактики неалкогольного стеатогепатиту у хворих із вторинною артеріальною гіпертензією шляхом призначення лізиноприлу 10 мг на добу, аторвастатину 10-20 мг на добу, омега-3-поліненасиченої жирної кислоти 2 г на добу та урсодезоксихолевої

кислоти 10 мг/кг на добу курсом 12 місяців. Додатково призначають вазонат -мельдоній 250 мг по 1 капсулі 2 рази на добу упродовж 30 днів до одержання клінічного ефекту.

10. Неалкогольний стеатогепатит, вторинна артеріальна гіпертензія.

11. Індивідуальна непереносимість компонентів, що входять до складу препаратів.

12. Побічних ефектів не спостерігалось.

13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2.

14. Немає.

15. Антонів А. А., Хухліна О. С., Коцюбійчук З. Я., Гарвасюк О. В., Мандрик О. Є.

Контактна особа: Антонів А. А., +380992321861.

Реєстр № 41/9/23

1. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ІЗ КОМОРБІДНИМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

2. НДР «Клінічні, патогенетичні та фармакотерапевтичні особливості перебігу захворювань внутрішніх», номер державної реєстрації: 0119U101344.

3. Терапія.

4. 2+; С.

5. Хухліна О. С., Антонів А. А., Коцюбійчук З. Я., Вівсяник В. В., Матущак М. Р. винахідники; Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», патентовласник. Спосіб корекції механізмів прогресування неалкогольного стеатогепатиту на тлі ожиріння та хронічної хвороби нирок. Патент України № 132989. 2019 Лип 25.

6. Немає.

7. З метою профілактики неалкогольного стеатогепатиту на тлі ожиріння та хронічної хвороби нирок шляхом призначення комплексного етіопатогенетичного лікування неалкогольного стеатогепатиту. Додатково призначають сублінгвальну форму препарату агепта (S-аденозил-L-метіонін) у дозі 400 мг та вазонат (мельдоній) у дозі по 250 мг на день упродовж 30 днів.

8. Перевагами використання даного способу є те, що запропонований спосіб корекції хворих на неалкогольний стеатогепатит із коморбідним метаболічним синдромом дозволяє зменшити інтенсивність прогресування неалкогольного стеатогепатиту шляхом усунення ознак загострення клінічних синдромів даної патології: корекції основних клінічних та

біохімічних синдромів основного та коморбідного захворювань У порівнянні з найближчим аналогом спосіб, що заявляється, призводить до вірогідного усунення чинників ризику розвитку неалкогольного стеатогепатиту із коморбідним метаболічним синдромом та усуває загрозу ускладнень.

Медичний: підвищити ефективність надання допомоги за коморбідного перебігу неалкогольного стеатогепатиту із коморбідним метаболічним синдромом, тим самим покращити якість життя пацієнтів, що дозволить скоротити терміни лікування. *Соціальний:* буде забезпечено шляхом підвищення ефективності надання допомоги при неалкогольному стеатогепатиті із коморбідним метаболічним синдромом, що спрямовано на профілактику розвитку цирозу печінки. *Економічний:* впровадження запропонованих методів діагностики, лікування та профілактики ускладнень неалкогольного стеатогепатиту із коморбідним метаболічним синдромом дасть змогу знизити частоту загострень даних захворювань, частоту їх ускладнень та декомпенсації функцій печінки і таким чином, знизити частоту госпіталізацій з приводу загострень або декомпенсації коморбідних захворювань.

9. Суть даного способу передбачає призначення комплексного етіопатогенетичного лікування неалкогольного стеатогепатиту. Додатково призначають сублінгвальну форму препарату агепта (S-аденозил-L-метіонін) у дозі 400мг та вазонат (мельдоній) у дозі 250 мг на день упродовж 30 днів.

10. Неалкогольний стеатогепатит, ожиріння, хронічна хвороба нирок.

11. Індивідуальна непереносимість компонентів, що входять до складу препаратів.

12. Побічних ефектів не спостерігалось.

13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2.

14. Немає.

15. Антонів А. А., Хухліна О. С., Коцюбійчук З. Я., Гарвасюк О. В., Мандрик О. Є.

Контактна особа: Антонів А. А., +380992321861.

Реєстр № 42/9/23

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК

2. НДР «Клінічні, патогенетичні та фармакотерапевтичні особливості перебігу захворювань внутрішніх», номер державної реєстрації: 0119U101344.

3. Терапія

4. 2+; С.

5. Хухліна О. С., Антонів А. А., Коцюбійчук З. Я., Вівсяник В. В., Матушак М. Р. винахідники; Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», патентовласник. Спосіб корекції механізмів прогресування неалкогольного стеатогепатиту на тлі ожиріння та хронічної хвороби нирок. Патент України № 132989. 2019 Лип 25.

6. Немає.

7. З метою лікування неалкогольного стеатогепатиту у хворих на хронічну хворобу нирок призначення комплексного етіопатогенетичного лікування неалкогольного стеатогепатиту. Додатково призначають сублінгвальну форму препарату агепта (S-аденозил-L-метіонін) та вазонат (мельдоній) на день упродовж 30 днів.

8. Перевагами використання даного методу є те, що запропонований спосіб лікування неалкогольного стеатогепатиту у хворих на хронічну хворобу нирок дозволяє зменшити інтенсивність прогресування неалкогольного стеатогепатиту шляхом усунення ознак загострення клінічних синдромів даної патології: корекції основних клінічних та біохімічних синдромів основного та коморбідного захворювань, сприяло досягненню балансу гомеостазу компонентів позаклітинного матриксу печінки шляхом стабілізації мембран гепатоцитів, гальмування активності інгібіторів колагенолізу, протеолізу, зниженню деградації фукоглікопротеїнів, секреції фактора росту фібробластів і гомоцистеїну, відновленню пулу гідрогену сульфіді і монооксиду нітрогену, що сприяло істотному зниженню індексу фіброзування печінки та попередило прогресування коморбідних захворювань. У порівнянні з найближчим аналогом спосіб, що заявляється, призводить до вірогідного усунення чинників ризику розвитку неалкогольного стеатогепатиту на тлі ожиріння та хронічної хвороби нирок та усуває загрозу ускладнень.

Медичний: підвищити ефективність надання допомоги за коморбідного перебігу неалкогольного стеатогепатиту залежно від стадії хронічної хвороби нирок, тим самим покращити якість життя пацієнтів, що дозволить скоротити терміни лікування. *Соціальний:* буде забезпечено шляхом підвищення ефективності надання допомоги при неалкогольному стеатогепатиті залежно від стадії коморбідної хронічної хвороби нирок, що спрямовано на профілактику розвитку цирозу печінки з печінковоклітинною недостатністю та гепатоцелюлярної карциноми. *Економічний:* впровадження запропонованих методів діагностики, лікування та профілактики ускладнень за коморбідного перебігу неалкогольного стеатогепатиту та хронічної хвороби нирок дасть змогу знизити частоту загострень даних захворювань, частоту їх ускладнень та декомпенсації функцій печінки та нирок, і таким чином, знизити частоту госпіталізацій з приводу загострень або декомпенсації коморбідних захворювань.

9. Спосіб лікування неалкогольного стеатогепатиту у хворих на хронічну хворобу нирок реалізується шляхом призначення комплексного

етіопатогенетичного лікування неалкогольного стеатогепатиту. Додатково призначають сублінгвальну форму препарату агепта (S-аденозил-L-метіонін) та вазонат (мельдоній) на день упродовж 30 днів.

10. Неалкогольний стеатогепатит, хронічна хвороба нирок.

11. Індивідуальна непереносимість компонентів, що входять до складу препаратів.

12. Побічних ефектів не спостерігалось.

13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2.

14. Немає.

15. Антонів А. А., Хухліна О. С., Коцюбійчук З. Я., Смандич В. С., Мандрик О. Є.

Контактна особа: Антонів А. А., +380992321861.

Реєстр № 43/9/23

1. СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ ТА ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК

2. НДР «Клінічні, патогенетичні та фармакотерапевтичні особливості перебігу захворювань внутрішніх», номер державної реєстрації: 0119U101344.

3. Терапія.

4. 2+; С.

5. Хухліна О. С., Антонів А. А., Коцюбійчук З. Я., Вівсяник В. В., Матушак М. Р. винахідники; Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», патентовласник. Спосіб корекції механізмів прогресування неалкогольного стеатогепатиту на тлі ожиріння та хронічної хвороби нирок. Патент України № 132989. 2019 Лип 25.

6. Немає.

7. З метою профілактики неалкогольного стеатогепатиту на тлі ожиріння та хронічної хвороби нирок шляхом призначення комплексного етіопатогенетичного лікування неалкогольного стеатогепатиту. Додатково призначають сублінгвальну форму препарату агепта (S-аденозил-L-метіонін) та вазонат (мельдоній) на день упродовж 30 днів.

8. Перевагами використання даного методу є те, що запропонований спосіб корекції механізмів прогресування неалкогольного стеатогепатиту на тлі ожиріння та хронічної хвороби нирок дозволяє зменшити інтенсивність прогресування неалкогольного стеатогепатиту шляхом усунення ознак загострення клінічних синдромів даної патології: корекції основних клінічних та біохімічних синдромів основного та коморбідного захворювань, сприяло досягненню балансу гомеостазу компонентів

позаклітинного матриксу печінки шляхом стабілізації мембран гепатоцитів, гальмування активності інгібіторів колагенолізу, протеолізу, зниженню деградації фукоглікопротеїнів, секреції фактора росту фібробластів і гомоцистеїну, відновленню пулу гідрогену сульфїду і монооксиду нїтрогену, що сприяло істотному зниженню індексу фїброзування печінки та попередило прогресування коморбїдних захворювань.

У порівнянні з найближчим аналогом способ, що заявляється, призводить до вірогідного усунення чинників ризику розвитку неалкогольного стеатогепатиту на тлі ожиріння та хронїчної хвороби нирок та усуває загрозу ускладнень.

Медичний: підвищити ефективність надання допомоги за коморбїдного перебігу неалкогольного стеатогепатиту залежно від стадїї хронїчної хвороби нирок, ступеня тяжкості фонової патологїї (ожиріння), тим самим покращити якість життя пацієнтів, що дозволить скоротити терміни лікування. *Соціальний:* буде забезпечено шляхом підвищення ефективності надання допомоги при неалкогольному стеатогепатиті залежно від стадїї коморбїдної хронїчної хвороби нирок, що спрямовано на профїлактику розвитку цирозу печінки з печінковоклітинною недостатністю та гепатоцелюлярної карциноми. *Економічний:* впровадження запропонованих методів діагностики, лікування та профїлактики ускладнень за коморбїдного перебігу неалкогольного стеатогепатиту та хронїчної хвороби нирок дасть змогу знизити частоту загострень даних захворювань, частоту їх ускладнень та декомпенсації функцій печінки та нирок, і таким чином, знизити частоту госпіталізацій з приводу загострень або декомпенсації коморбїдних захворювань.

9. Спосіб профїлактики неалкогольного стеатогепатиту на тлі ожиріння та хронїчної хвороби нирок шляхом призначення комплексного етіопатогенетичного лікування неалкогольного стеатогепатиту. Додатково призначають сублінгвальну форму препарату агепта (S-аденозил-L-метіонін) та вазонат (мельдонїй) на день упродовж 30 днів.

10. Неалкогольний стеатогепатит, ожиріння, хронїчна хвороба нирок.

11. Індивідуальна непереносимість компонентів, що входять до складу препаратів.

12. Побічних ефектів не спостерїгалось.

13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2.

14. Немає.

15. Антонів А. А., проф., Хухліна О. С., Коцюбїйчук З. Я., Гарвасюк О. В., Мандрик О. Є.

Контактна особа: Антонів А. А., +380992321861.

ГІГІЄНА ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ, КОМУНАЛЬНА ГІГІЄНА, ГІГІЄНА ХАРЧУВАННЯ

Реєстр № 44/9/23

1. ОЦІНКА ІНДИВІДУАЛЬНОГО РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ МЕНТАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ 7-17 РОКІВ ПІД ЧАС ВПРОВАДЖЕННЯ КАРАНТИННИХ ЗАХОДІВ

2. НДР «Вивчення особливостей адаптації школярів до нових умов життєдіяльності під час пандемії COVID-19», номер державної реєстрації: 0121U114271.

3. Гігієна дітей і підлітків.

4. 2+; С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Розроблена шкала прогностичних коефіцієнтів дозволяє дати кількісну оцінку ризику формування порушень ментального здоров'я дітей на основі семи антропометричних, соціальних та поведінкових предикторів.

8. Визначення індивідуальної ймовірності формування ментальних порушень у школярів 7-17 років під час впровадження карантинних заходів є важливим профілактичним напрямком у сфері медичної допомоги населенню.

9. Немає.

10. Пропонується для впровадження в практику роботи лікувально-профілактичних установ, закладів освіти, фізичної культури і спорту, закладів держпродспоживнагляду та громадського здоров'я, а також практичної діяльності сімейних лікарів і педіатрів.

11. Немає.

12. Немає.

13. Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України».

14. Немає.

15. Гозак С. В., Єлізарова О. Т., Станкевич Т. В., Парац А. М.

Контактна особа: Станкевич Т. В., +380442920619.

Реєстр № 45/9/23

1. ГІГІЄНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОПТИМАЛЬНОГО РІВНЯ ОЗДОРОВЧОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

2. НДР «Наукове обґрунтування оптимальних обсягів рухової активності дітей молодшого шкільного віку», номер державної реєстрації: 0120U100060.

3. Гігієна дітей і підлітків.

4. 2+; С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Розроблено оптимальні рівні оздоровчої рухової активності для дітей 6-11 років в умовах сучасних викликів. Необхідність розробки і впровадження оптимальних рівнів рухової активності з оздоровчою метою обумовлено змінами способу життя сучасних школярів, зростанням захворюваності та відповідає Національній стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» (Указ Президента України № 42/2016), серед завдань якої – розроблення та затвердження рекомендацій з оздоровчої рухової активності, що міститиме конкретні вказівки стосовно обсягів, інтенсивності, форм і видів рухової активності для зміцнення здоров'я осіб різної статі та віку. Особливо актуальним це стає в умовах біологічних загроз та соціальних викликів.

В умовах карантину оптимальна тривалість загальної РА з оздоровчою метою для дітей молодшого шкільного віку становить 1,8-2,3 години на добу, з них на відкритому повітрі діти повинні перебувати не рідше 4 разів на тиждень з тривалістю не менше 50 хвилин кожна прогулянка. Середня тривалість рухової активності помірної та високої інтенсивності становить 55 хвилин на добу для хлопців та 49 хвилин на добу для дівчат.

У період звичайного життя ефективність оздоровчо-тренувального ефекту у дітей досягається при навантаженнях MVPA в організованих спортивних колективах для хлопців по 1,5 години 4 рази на тиждень, для дівчат - по 1,6 години 3 рази на тиждень. Для досягнення високого рівня здоров'я оптимальна кратність занять спортом становить 3-4 рази на тиждень.

8. Наведені рекомендації щодо обсягів оздоровчої рухової активності дітей в умовах біологічних загроз та сучасних соціальних викликів дозволять розробляти та впроваджувати конкретні організаційні та медико-педагогічні заходи, вдосконалити структуру навчально-виховного процесу і режиму дня дітей з метою збереження і зміцнення їх фізичного і ментального здоров'я.

9. Немає

10. Пропонується для впровадження в практику роботи лікувально-профілактичних установ, закладів освіти, спеціалістів з громадського здоров'я, держпродспоживнагляду, фахівців у галузі фізичної культури і спорту, лікарів-педіатрів.

11. Немає.

12. Немає.

13. Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України».

14. Немає.

15. Гозак С. В., Єлізарова О. Т., Станкевич Т. В., Парац А. М.

Контактна особа: Станкевич Т. В., +380442920619.

1. ОРГАНІЗАЦІЯ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ДІЄТИЧНИМИ ПОТРЕБАМИ В ЗАКЛАДАХ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ

2. НДР «Наукове обґрунтування удосконалення організації харчування дітей в Новій українській школі», номер державної реєстрації: 0120U105403.

3. Гігієна дітей та підлітків.

4. 2+; В.

5. Відсутні.

6. Немає.

7. Пропонуються рекомендації щодо організації харчування дітей з особливими дієтичними потребами в закладах загальної середньої освіти. В ході опитування, встановлено що більше чверті дітей, що мають особливі дієтичні потреби не харчуються в школі. Особливі дієтичні потреби також негативно впливають на психологічний стан дитини. Частина дітей вимушена споживати їжу в їдальні або класі але окремо від інших дітей, що слугує додатковим травмуючим чинником. Розроблено рекомендації щодо окремих аспектів щодо організації харчування дітей з особливими дієтичними потребами в умовах закладу загальної середньої освіти. Містить рекомендації щодо приготування дієтичних страв в умовах шкільного харчоблоку, облаштування умов для безпечного зберігання та споживання дієтичних продуктів та страв, принесених з дому, необхідні функціональні обов'язки персоналу закладу загальної середньої освіти тощо.

8. Має соціальне значення. Використання матеріалів інформаційного листа в роботі закладу загальної середньої освіти полегшить забезпечення шкільним харчуванням дітей з особливими дієтичними потребами, дасть їм можливість отримати відповідну освіту та професію, вести звичайний спосіб життя та інтегруватись в суспільство.

9. Додаткових ресурсів для застосування не потрібно.

10. Харчування дітей з особливими дієтичними потребами в умовах закладу загальної середньої освіти.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Державна Установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України».

14. Немає.

15. Гуліч М. П., Петренко О. Д., Любарська Л. С.

Контактна особа: Петренко О. Д., +380933511843.

1. ЗМІНИ КЛІМАТУ: КОНЦЕНТРАЦІЇ ОЗОНУ В ПРИЗЕМНОМУ ШАРІ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ СЕЛЬБИЩНИХ ТЕРИТОРІЙ

2. НДР «Оцінка впливу на здоров'я населення забруднення атмосферного повітря, пов'язаного зі змінами клімату», номер державної реєстрації: 0120U105415.

3. Гігієна якості повітря.

4. З; D.

5. Немає.

6. Немає.

7. Проведені дослідження показали, що в середньому за три місяця спостережень («peak season») перевищення рекомендованих граничних значень концентрацій озону, відповідно до рекомендацій ВООЗ складає 99 % днів та Директиви 2008/50/ЄС – 35 %. За аналітичними даними в 2021 році перевищення концентрацій озону призвело в Україні до збільшення загальної смертності на 0,4 %, що складає 1415 випадків смертей. В результаті проведення військових дій додатково утворюються викиди великої кількості забруднюючих речовин, які можуть бути джерелом вільних радикалів, відповідальних за утворення озону, призводячи до регіональних змін клімату.

У зв'язку з цим задля наукового обґрунтування оцінок впливу експозицій озону на здоров'я населення України є необхідним використання наявних наукових даних, отриманих в рамках міжнародних програм з вивчення процесів змін клімату. Необхідність проведення таких досліджень відповідає

Цілям сталого розвитку України на період до 2030 року (Указ Президента України від 30.09.2019 р. за № 722/2019), де серед головних завдань є вжиття невідкладних заходів щодо боротьби зі зміною клімату та її наслідками на громадське здоров'я.

8. Наведені дані щодо концентрацій озону в атмосферному повітрі сельбищних територій дозволять обґрунтувати необхідність впровадження його спостережень в систему моніторингу та оцінити небезпеку для здоров'я населення наслідків змін клімату, пов'язаних із забрудненням атмосферного повітря озоном.

9. Немає.

10. Пропонується для впровадження в практику державних установ обласних центрів контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України, Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів для розширення можливостей моніторингових спостережень та оцінки впливу забруднення атмосферного повітря на здоров'я населення; покращення підготовки молодих фахівців з актуальних питань загальної гігієни та екології, поглиблення знань студентів та аспірантів.

11. Немає.
12. Немає.
13. Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва Національної академії медичних наук України».
14. Немає.
15. Турос О. І., Петросян А. А., Брезіцька Н. В., Маремуха Т. П., Кобзаренко І. В., Михіна Л. І., Давиденко Г. М., Коблянська А. В., Царенок Т. В.
Контактна особа: Брезіцька Н. В., +380442921447.

Реєстр № 48/9/23

1. СПОСІБ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОГО ВИЗНАЧЕННЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ КОРТИЗОЛУ У ПРОДУКТАХ ХАРЧУВАННЯ ТВАРИННОГО ПОХОДЖЕННЯ

2. НДР «Особливості розвитку патологічних змін в органах системи травлення за різних умов та розробка методів їх корекції», номер державної реєстрації: 0120U100502, 2019-2023 рр.

3. Гігієна харчування.

4. 2+; С.

5. Патент України на корисну модель № 151726 UA, МПК G01N 21/31 (2006.01) G01N 33/02 (2006.01). Спосіб спектрофотометричного визначення концентрації кортизолу у продуктах харчування тваринного походження / Микитенко А.О., Акімов О.Є.; заявник і патентовласник ПДМУ - № у 2021 06103; Заявл. 01.11.2021; Опубл. 7.09.2022. Бюл. № 36.

6. Немає.

7. Метод базується на гомогенізації із трис-буферним розчином твердих речовин тваринного походження та застосуванні специфічного хімічного реагенту на кортизол.

Аналіз продуктів харчування тваринного походження (м'яса) здійснюється наступним чином: наважка 1 г м'яса гомогенізується із 10 мл 0,2 М трис-буферного розчину (рН=7,4) для отримання 10% гомогенату. Для аналізу береться 0,1 мл 10% гомогенату, до якого додається 2 мл розчину аммонію тетраметилгідроксидпентагідрату та 2 мл розчину нітросинього тетразолію хлориду. Далі проба центрифугується 10 хв при 3000 об/хв. Отриману суміш фотометрують у кюветі із довжиною оптичного шляху 10 мм на довжині хвилі 510 нм. Концентрацію кортизолу розраховують за калібрувальною кривою у нмоль/г.

8. Використання даного методу дозволяє оцінювати безпечність та якість харчових продуктів тваринного походження за рахунок визначення концентрації кортизолу у досліджуваних зразках. Метод дозволяє контролювати вміст кортизолу у сироватці крові при використанні гормональних препаратів, що запобігає розвитку небажаних ефектів та передозуванню.

9. Аммоній тетраметилгідроксидпентагідрат, нітросиній тетразолій хлорид, метиловий спирт, дистильована вода, трихлороцтова кислота, спектрофотометр або фотокалориметр здатний вимірювати абсорбцію на довжині хвилі 510 нм, центрифужні пробірки місткістю 10 мл, дозатори піпеткові (0,1, 0,2, 0,5 та 1,0 мл).

10. Контроль за концентрацією кортизолу в організмі при використанні гормональних препаратів. Оцінка якості харчових продуктів тваринного походження.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Микитенко А. О., Акімов О. Є.

Контактна особа: Микитенко А. О., +380985512121.

Реєстр № 49/9/23

1. СПОСІБ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОГО ВИЗНАЧЕННЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ СУЛЬФІДІВ У ПРОДУКТАХ ХАРЧУВАННЯ ТВАРИННОГО ПОХОДЖЕННЯ

2. НДР «Роль транскрипційних факторів, системи циркадіадного осцилятора та метаболічних розладів в утворенні та функціонуванні патологічних систем» номер державної реєстрації: 0119 U103898, 2019-2024 рр.

3. Гігієна харчування.

4. 2+; С.

5. Патент України на корисну модель № 151753 UA, МПК G01N 21/31 (2006.01) G01N 33/02 (2006.01). Спосіб спектрофотометричного визначення концентрації сульфідів у продуктах харчування тваринного походження / Акімов О. Є., Микитенко А. О., Костенко В. О., Катрушов О. В.; заявник і патентовласник ПДМУ - № у 2022 00726; Заявл. 18.02.2022; Опубл. 7.09.2022. Бюл. № 36.

6. Mykytenko A. O. The role of sulfide anion in the development of oxidative stress in the liver under conditions of chronic alcoholic hepatitis / A. O. Mykytenko, O. Ye. Akimov, G. A. Yeroshenko, K. S. Neporada // World of Medicine and Biology. – 2022. – № 3. – С. 223-226.

7. Метод базується на гомогенізації із трис-буферним розчином твердих речовин рослинного та тваринного походження та застосуванні специфічного хімічного реагенту на сульфіди, який є нечутливим до присутності небілкових органічних забруднювачів (жирів, вуглеводів).

Аналіз продуктів харчування здійснюється наступним чином: наважка 1 г продукту гомогенізується із 10 мл 0,2 М трис-буферного розчину (рН=7,4) для отримання 10% гомогенату. Для аналізу береться 0,1 мл 10%

гомогенату, до якого додається 0,2 мл розчину реагенту на сульфідний аніон. Проводиться інкубація при кімнатній температурі 15 хв (не менше ніж 18 та не більше 22). До кожної пробірки додається 5 мл 0,1 М соляної кислоти. Далі проба центрифугується 10 хв при 3000 об/хв. Надосадову рідину переливають у новий ряд центрифужних пробірок. Отриману суміш фотометрують у кюветі із довжиною оптичного шляху 10 мм на довжині хвилі 667 нм. Концентрацію сульфідного аніону розраховують за калібрувальною кривою у мкмоль/г.

8. Використання даного методу дозволяє оцінювати безпечність та якість харчових продуктів рослинного та тваринного походження за рахунок визначення концентрації сульфід-іонів у досліджуваних зразках. Метод дозволяє контролювати вміст сульфідів у сироватці крові при використанні препаратів-донаторів сульфідних груп або препаратів, до складу яких входять амінокислоти із сульфідною групою, що запобігає розвитку небажаних ефектів та передозуванню.

9. N-N-диметил-пара-фенілендіамін, феррум (III) хлорид гексагідрат, Трис-амінооксипентан, дистильована вода, трихлороцтова кислота, спектрофотометр або фотокалориметр здатний вимірювати абсорбцію на довжині хвилі 667 нм, центрифужні пробірки місткістю 10 мл, дозатори піпеткові (0,1, 0,2, 0,5 та 1,0 мл).

10. Контроль за концентрацією сульфідів в організмі при використанні препаратів-донаторів сульфідних груп або препаратів, до складу яких входять амінокислоти із сульфідною групою. Оцінка якості харчових продуктів рослинного та тваринного походження, особливо у регіонах де можливе потрапляння каналізаційних вод до водойм призначених для пиття людини чи тварин.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Акімов О. Є., Микитенко А. О., Костенко В. О., Катрушов О. В., Соловйова Н. В., Міщенко А. В.

Контактна особа: Акімов О. Є., +380996042313.

Реєстр № 50/9/23

1. МАТЕМАТИЧНА МОДЕЛЬ ПРОГНОЗУ ЗАХВОРИВАНОСТІ НА COVID-19 В УКРАЇНІ З ВИКОРИСТАННЯМ РЕСУРСІВ GOOGLE TRENDS У РЕАЛЬНОМУ ЧАСІ ТА НА МАЙБУТНІЙ ПЕРІОД

2. НДР «Генетичні варіанти та їх потенційний зв'язок з COVID-19 серед населення України», номер державної реєстрації: 0121U107440, 2021-2023 рр.

3. Епідеміологія, організація і управління охороною здоров'я.

4. 2+; С.

5. Технологія «Математична модель прогнозу захворюваності на COVID-19 в Україні з використанням ресурсів Google Trends у реальному часі та на майбутній період» (№ ДР: 0622U000099), свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір «Алгоритм побудови математичної моделі прогнозу захворюваності на COVID-19 в Україні з використанням ресурсів Google Trends у реальному часі та на майбутній період» № 114461 від 25.08.2022 р.

6. Відсутні.

7. Для своєчасної відповіді системи охорони здоров'я на появу та розповсюдження хвороб активно використовуються ресурси цифрової епідеміології. Для детального аналізу сезонних коливань інфекційних захворювань використовують аналітичні методи, застосовні до часових рядів даних. Моделювання передбачає використання веб-інструмента Google Trends (GT) для визначення кирилических еквівалентів, які використовують мешканці України для пошуку інформації щодо COVID-19, а також пакетів прикладних програм «Excel», «GraphPad Prism 5.0», «Eviews», «StatPlus» для побудови і перевірки математичної моделі, статистичного опрацювання результатів перевірки. Для побудови математичної моделі спочатку вивчали, які кирилическі еквіваленти терміну COVID-19 використовують мешканці України для пошуку інформації щодо цього захворювання. Було встановлено, що на території України в період 15.03.2020-23.02.2022 для запитів використовувалися переважно еквіваленти «ковід» та «ковид», тому для подальшого дослідження застосовувався комбінований еквівалент «ковід+ковид+COVID-19» (ККС). На основі отриманого часового ряду запитів GT ККС будували корелограму, що показувала зміну між запитами GT ККС залежно від часу. Як наслідок – виявили сезонні коливання однакової частоти у періоди: 23.08.2020-11.10.2020; 03.01.2021-21.03.2021; 21.03.2021-23.05.2021; 07.11.2021-02.01.2021. Періодограму часового ряду піддавали сингулярному спектральному аналізу з метою виявлення статистично значимих піків, що у результаті дослідження відповідали наступним датам: 05.04.2020;

14.06.2020; 11.10.2020; 04.04.2020; 11.10.2020; 24.10.2021. Результати корелограми, сингулярного спектрального аналізу періодограми дозволили побудувати математичну модель прогнозу захворюваності на COVID-19 в Україні, що базувалася на динаміці запитів GT ККС. Побудована шляхом експоненціального згладжування модель на період 27.02.2022-07.04.2024, за критеріями точності та результатами тесту Дікі-Фулера ($\tau = -3.503542$, $p < 0,001$), абсолютними та відносними критеріями точності ($MSE=7,93$; $RMSE=2,82$; $MAD=0,02$; $RMSPE=7,93\%$; $MAPE=4,99\%$; $U=0,0027123$), повністю відповідає критеріям надійності. У аналогічному часовому діапазоні шляхом експоненціального згладжування побудовано прогностичну модель фактичної динаміки захворюваності на COVID-19, що за всіма показниками теж повністю відповідала критеріям надійності ($\tau = -2,266794$, $p < 0,001$; $MSE=9,6$; $RMSE=3,1$; $MAD=0,49$; $RMSPE=9,8\%$; $MAPE=4,7\%$; $U=0,0021299$). Перевірка надійності моделей свідчить про стаціонарність перетворених рядів, тобто доводить наступне: елементи кожного часового ряду є величинами з постійним математичним очікуванням і постійною дисперсією, а коваріація між різними елементами часового ряду залежить тільки від зсуву цих елементів в часі відносно один одного. Співставлення прогностичних даних моделі, побудованої на основі запитів GT, та моделі, побудованої на основі фактичної захворюваності, виявило тісну кореляцію ($R=0,6744$; $p < 0,0001$), що дало змогу стверджувати про можливість оперативного надійного прогнозування динаміки COVID-19 на основі лише запитів GT. Прогнозування динаміки захворюваності на COVID-19 в Україні передбачає наступний алгоритм:

1. збір Google-запитів населення для пошуку інформації щодо COVID-19 та визначення кирилических еквівалентів, які використовуються мешканцями України для пошуку інформації щодо COVID-19;
2. перевірка наявності сезонних коливань з допомогою автокореляційної функції та корелограми;
3. перевірка наявності тренду у часовому ряді запитів з допомогою сингулярного спектрального аналізу;
4. побудова прогностичної моделі – експоненціального згладжування часового ряду запитів у реальному часі;
5. перевірка надійності прогностичної моделі з допомогою тесту Дікі-Фулера з отриманням критичних значень τ -статистики МакКінона, оптимізацією кількості лагів (піків) за інформаційним критерієм Шварца; абсолютних і відносних критеріїв точності (середньоквадратичної похибки прогнозу за n кроків, MSE ; кореня із середньоквадратичної похибки прогнозу за n кроків, $RMSE$; середньої абсолютної похибки за n кроків, MAD ; середньої абсолютної похибки у відсотках за n кроків, $MAPE$; кореня із середньоквадратичної похибки у відсотках від фактичних значень за n кроків, $RMSPE$; середньоквадратичного значення помилки прогнозу приростів – коефіцієнта Тейла, U);
6. прогнозування динаміки часового ряду на майбутні періоди.

8. Медична ефективність від впровадження технології, у загальному, передбачає зниження рівня захворюваності населення шляхом

прогнозування динаміки захворювань у реальному часі і на майбутні періоди; соціальна ефективність від впровадження технології полягає у збереженні повноцінного здоров'я населення, покращенні медичної допомоги.

Використання технології дозволить вирішити проблему раннього прогнозування захворюваності COVID-19 та визначення ризику розвитку захворювання щонайменше на два роки наперед.

9. Медичні кадри, веб-інструмент Google Trends, пакети прикладних програм «Excel», «GraphPad Prism 5.0», «Eviews», «StatPlus».

10. Для раннього прогнозування захворюваності COVID-19 та визначення ризику розвитку захворювання на майбутні періоди.

11. Протипоказань до застосування моделі немає. Проте, відстежені кореляційні зв'язки, отримані зі спостереження двохрічного періоду, можуть мінятися із динамікою хвороби у майбутньому, що може бути пов'язаним зі зміною властивостей SARS-CoV-2. Структура пошукових запитів тісно залежить і від терміну спостереження, особливо у періоди інтенсивного розповсюдження респіраторних вірусних хвороб. Зміни у структурі запитів у період з 24.02.2022 та, щонайменше, до кінця березня 2022 року зумовлені повномасштабною війною в Україні, зокрема гендерними, соціально-економічними змінами, внаслідок відтоку населення із небезпечних територій всередині країни та за її межі.

12. Певне відхилення від прогнозованих показників у подальшому може відображати зміни в політиці системи охорони здоров'я та інші фактори, які потенційно можуть змінити інтенсивність передачі хвороби із плином часу.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Мороховець Г. Ю., Кайдашев І. П.

Контактна особа: Мороховець Г. Ю., +380997763215.

Реєстр № 51/9/23

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ МІНІМАЛЬНОЇ БАКТЕРИЦИДНОЇ КОНЦЕНТРАЦІЇ ЙОДОФОРМУ ДО МІКРООРГАНІЗМІВ

2. НДР «Вивчення ролі умовно-патогенних та патогенних інфекційних агентів з різною чутливістю до антимікробних і противірусних препаратів у патології людини», номер державної реєстрації: 0118 U004456, 2018-2022 рр.

3. Мікробіологія і вірусологія.

4. 2+; С.

5. Патент України на корисну модель № 151171 UA, МПК G12Q 1/04, G01N 33/00. Спосіб визначення мінімальної бактерицидної концентрації йодоформу до мікроорганізмів / Чумак Ю. В., Лобань Г. А., Ананьєва М. М.,

Фаустова М. О., Аветіков Д. С.; заявник і патентовласник ПДМУ - № u2021 06101; Заявл. 01.11.2021; Опубл. 15.06.2022. Бюл. № 24.

6. Немає.

7. Завдання вирішується створенням способу визначення мінімальної бактерицидної концентрації йодоформу до мікроорганізмів що включає застосування методу серійних розведень, який відрізняється тим, що культури музейних штамів мікроорганізмів *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Staphylococcus epidermidis* ATCC 14990, *Candida albicans* ATCC 10231 піддаються дії 5% йодоформного бинта, для отримання якого використовують 96% етиловий спирт об'ємом 20 мл, до нього додають 500 мг дрібнокристалічного порошку йодоформу, інкубують протягом 24 год. при температурі 35-36°C, досягаючи повного розчинення порошку йодоформу, цим 5% йодоформно-спиртовим розчином просочують відрізки стерильного бинта вагою 128 мг, 64 мг, 32 мг, 16 мг, 8 мг, 4 мг, 2 мг, 1мг, 0,5мг, 0,25мг, який в перерахунку вмісту сухої речовини йодоформу в ньому, містить концентрації йодоформу відповідно 1280 мг/мл, 640 мг/мл, 320 мг/мл, 160 мг/мл, 80 мг/мл, 40 мг/мл, 20 мг/мл, 10 мг/мл, 5 мг/мл, 2,5 мг/мл. Спосіб здійснюється наступним чином: Для отримання 5% йодоформного бинта використовували 96% етиловий спирт об'ємом 20 мл та до нього додавали 500 мг дрібнокристалічного порошку йодоформу, інкубували цей розчин протягом 24 год. при температурі 35-36°C. Після інкубації досягли повного розчинення порошку йодоформу і отримали робочий 5% йодоформно-спиртовий розчин. Для досягнення двократних послідовних розведень препарату цим розчином просочували відрізки стерильного бинта різної ваги: 128 мг, 64 мг, 32 мг, 16 мг, 8 мг, 4 мг, 2 мг, 1мг, 0,5мг, 0,25мг; який в перерахунку вмісту сухої речовини йодоформу в ньому, містив такі концентрації йодоформу: 1280 мг/мл, 640 мг/мл, 320 мг/мл, 160 мг/мл, 80 мг/мл, 40 мг/мл, 20 мг/мл, 10 мг/мл, 5 мг/мл, 2,5 мг/мл, відповідно. Для визначення мінімальної бактерицидної концентрації (МБЦК) йодоформу проводили посів вмісту пробірок з відсутністю росту мікроорганізмів на поживний агар. Посіви інкубували в звичайній атмосфері при температурі 35-36°C протягом 24 год.

8. Дані вище заявленого способу можуть бути використані в подальшому вивчення протимікробної дії антисептичного препарату Йодоформ на клінічні штами мікроорганізмів. Для музейного штаму *Staphylococcus epidermidis* ATCC 14990 МБЦК, тобто мінімальна концентрація йодоформу, яка викликала загибель культури, дорівнювала 80 мг/мл. Мікробоцидна дія йодоформу стосовно штаму *Staphylococcus aureus* ATCC 25923 була гіршою, МБЦК йодоформу при дослідженні цього штаму становила 1280 мг/мл. Оцінюючи результати дії йодоформу щодо музейного штаму *Candida albicans* ATCC 10231 відсутність росту культури спостерігали у секторі з концентрацією йодоформу 1280 мг/мл, тобто саме ця концентрація антисептика виявлена як МБЦК для даного музейного штаму.

9. Добові культури музейних штамів мікроорганізмів *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Staphylococcus epidermidis* ATCC 14990, *Candida albicans* ATCC 1023, йодоформ, пробірки, поживний бульйон, 5% йодоформний бинт певної ваги та мікробний інокулятор відповідно до стандартної методики, чашки Петрі.

10. Розробка даного способу може бути використана для вивчення мінімальної бактерицидної концентрації йодоформу на штами мікроорганізмів.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Чумак Ю. В., Лобань Г. А., Ананьєва М. М., Фаустова М. О., Аветіков Д. С.

Контактна особа: Чумак Ю. В., +380959008009.

Реєстр № 52/9/23

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ МІНІМАЛЬНОЇ ІНГІБУЮЧОЇ КОНЦЕНТРАЦІЇ ЙОДОФОРМУ ДО МІКРООРГАНІЗМІВ

2. НДР «Вивчення ролі умовно-патогенних та патогенних інфекційних агентів з різною чутливістю до антимікробних і противірусних препаратів у патології людини», 0118U004456, 2018-2022 рр.

3. Мікробіологія і вірусологія.

4. 2+; С.

5. Патент України на корисну модель № 151172 UA, МПК G12Q 1/04, G01N 33/00. Спосіб визначення мінімальної інгібуючої концентрації йодоформу до мікроорганізмів / Чумак Ю. В., Лобань Г. А., Ананьєва М. М., Фаустова М. О., Аветіков Д. С.; заявник і патентовласник ПДМУ - № u2021 06102; Заявл. 01.11.2021; Опубл. 15.06.2022. Бюл. №24.

6. Немає.

7. Завдання вирішується створенням способу визначення мінімальної інгібуючої концентрації йодоформу до мікроорганізмів що включає застосування методу серійних розведень, який відрізняється тим, що культури музейних штамів мікроорганізмів *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Staphylococcus epidermidis* ATCC 14990, *Candida albicans* ATCC 10231 піддаються дії 5% йодоформного бинта, для отримання якого використовують 96% етиловий спирт об'ємом 20 мл, до нього додають 500 мг дрібнокристалічного порошку йодоформу, інкубують протягом 24 год. при температурі 35-36°C, досягаючи повного розчинення порошку йодоформу, цим 5% йодоформно-спиртовим розчином просочують відрізки стерильного бинта вагою 128 мг, 64 мг, 32 мг, 16 мг, 8 мг, 4 мг, 2 мг, 1мг, 0,5мг, 0,25мг, який в перерахунку вмісту сухої речовини йодоформу в ньому, містить концентрації йодоформу відповідно 1280 мг/мл, 640 мг/мл, 320 мг/мл, 160 мг/мл, 80 мг/мл,

40 мг/мл, 20 мг/мл, 10 мг/мл, 5 мг/мл, 2,5 мг/мл. Спосіб здійснюється наступним чином: Для отримання 5% йодоформного бинта використовували 96% етиловий спирт об'ємом 20 мл та до нього додавали 500 мг дрібнокристалічного порошку йодоформу, інкубували цей розчин протягом 24 год. при температурі 35-36°С. Після інкубації досягли повного розчинення порошку йодоформу і отримали робочий 5% йодоформно-спиртовий розчин. Для досягнення двократних послідовних розведень препарату цим розчином просочували відрізки стерильного бинта різної ваги: 128 мг, 64 мг, 32 мг, 16 мг, 8 мг, 4 мг, 2 мг, 1мг, 0,5мг, 0,25мг; який в перерахунку вмісту сухої речовини йодоформу в ньому, містив такі концентрації йодоформу: 1280 мг/мл, 640 мг/мл, 320 мг/мл, 160 мг/мл, 80 мг/мл, 40 мг/мл, 20 мг/мл, 10 мг/мл, 5 мг/мл, 2,5 мг/мл, відповідно. Найменшою концентрацією йодоформу, яка викликала затримку росту штаму *Staphylococcus epidermidis* ATCC 14990, виявилася 40 мг/мл. У пробірках з культурою, де концентрація йодоформу дорівнювала 20 – 2,5 мг/мл, спостерігали ріст культури. МІК йодоформу стосовно *Staphylococcus aureus* ATCC 25923 склала 160 мг/мл. Найменш чутливою до йодоформу виявилася культура *Candida albicans* ATCC 10231. Гальмування росту *Candida albicans* ATCC 10231 спостерігали при концентрації йодоформу 1280 мг/мл, подальше зменшення концентрації досліджуваного АБП не затримувало ріст культури порівняно з «негативним» контролем.

8. Дані вище заявленого способу можуть бути використані в подальшому для вивчення протимікробної дії антисептичного препарату Йодоформ на клінічні штами мікроорганізмів.

9. 96 % етиловий спирт, Добові культури музейних штамів мікроорганізмів *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Staphylococcus epidermidis* ATCC 14990, *Candida albicans* ATCC 1023, йодоформ, пробірки, поживний бульйон, 5% йодоформний бинт певної ваги та мікробний інокулятор відповідно до стандартної методики, чашки Петрі.

10. Розробка даного способу може бути використана для вивчення мінімальної інгібуючої концентрації йодоформу на штами мікроорганізмів.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Чумак Ю. В., Лобань Г. А., Ананьєва М. М., Фаустова М. О., Аветіков Д. С.

Контактна особа: Чумак Ю. В., +380959008009.

1. ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНА МОДЕЛЬ КЕРОВАНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРИВАНЬ У ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ

2. НДР «Медико-соціальне обґрунтування, розроблення та впровадження сучасної моделі системи безперервного поліпшення якості інтегрованої медичної допомоги в роботу багатoproфільного закладу охорони здоров'я», номер державної реєстрації: 0122U000232, 2022-2024 pp.

3. Профілактична медицина, соціальна медицина, організація і управління охороною здоров'я.

4. 2+, С.

5. Досвід впровадження функціонально-організаційної моделі керованої профілактики неінфекційних захворювань у дорослого населення на рівні багатoproфільного закладу охорони здоров'я / Modern medicine and pharmacology: innovations and prospects of development after the beginning of the RF war with Ukraine: Collective monograph. Institute of professional development. Bratislava, Slovakia, 2022., автори: Дячук Д. Д., Лурін І. А., Зюков О. Л., Кондратюк Н. Ю., Гандзюк В. А.

6. Немає.

7. Блок-схема побудови функціонально-організаційної моделі керованої профілактики НІЗ дорослого населення на рівні ЗОЗ складається з блоку вхідних складових: населення з певними факторами ризику чи їх відсутністю, якому проводять профілактичні огляди та скринінгові обстеження, розподіл його на групи за наявністю та сполученням певних ФР, блоку оцінки, що характеризується погодженням профілактичного та медичного маршруту пацієнтів, блоку ресурсного забезпечення та зворотного зв'язку, що є проявом системного підходу в організації профілактичних заходів. Останній реалізується при підтримці та за рахунок функціонування блоку управління з автоматизованим інформаційним супроводом.

До концептуальних підходів розробки функціонально-організаційної моделі керованої профілактики хронічних неінфекційних захворювань у дорослого населення на рівні медичного закладу відноситься використання низки принципів: принципу керованості (керованої профілактики), принципу використання профілактичних заходів, ефективність яких доведена на засадах доказової профілактики, принципу забезпечення впровадження інноваційного проектно-процесного підходу, принципу вертикальної та горизонтальної інтеграції медичних і немедичних закладів та персоналу, принципу використання інформаційної системи у блоці регулювання моделі.

8. Запропоновані нові підходи до управління медичною профілактикою неінфекційних захворювань, розроблені на основі етапності її організації, безперервного автоматизованого медико-соціологічного моніторингу

чинників ризику їх стратифікації та стандартизації медичної допомоги дозволять здійснювати систематичний аналіз її стану за наявними критеріями та деталізацію, за субкритеріями, для прийняття науково-обґрунтованих рішень.

9. Керівники структурних підрозділів, адміністрація закладу охорони здоров'я. Залучення додаткових ресурсів не потребує.

10. Показано для використання в практиці керівників закладів охорони здоров'я, та уповноважених осіб, які приймають управлінські рішення.

11. Немає.

12. Ускладнення не спостерігалися.

13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр клінічної та профілактичної медицини» Державного управління справами.

14. Немає.

15. Дячук Д. Д., Лурін І. А., Зюков О. Л., Кондратюк Н. Ю., Гандзюк В. А.

Контактна особа: Гандзюк В. А., +3800442847106.

ЗАГАЛЬНА ФАРМАЦІЯ, ХІМІЯ

Реєстр № 54/9/23

1. СПОСІБ ВВЕДЕННЯ ТА РОЗРАХУНКУ ДОЗИ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОГО ПРЕПАРАТУ ШИРОКОГО СПЕКТРА ДІЇ (КЛАРИТРОМІЦИНУ) ЛАБОРАТОРНИМ БІЛИМ ЩУРАМ

2. НДР «Морфофункціональне вивчення внутрішніх органів людини та лабораторних тварин в різних аспектах експериментальної медицини», номер державної реєстрації: 0121U108258, 2021-2025 рр.

3. Фармакологія.

4. 2+; С.

5. Деклараційний патент України на корисну модель № UA 145238. Спосіб введення та розрахунку дози антибактеріального препарату широкого спектра дії (klaritromicin) лабораторним білим щурам / В. Г. Гринь, К. В. Гринь, Р. В. Луценко, М. М. Рябушко; заявник і патентовласник Українська медична стоматологічна академія. – и 2020 04159; заявл. 08.07.2020; опубл. 25.11.2020, Бюл. № 22.

6. 1. Гринь ВГ. Морфометрична характеристика пейєрових бляшок тонкої кишки білих щурів після курсового прийому klaritromicin. Український журнал медицини, біології та спорту. 2020;5(2):58-63. DOI: 10.26693/jmbs05.02.058. 2. Hryn V, Kostylenko Y, Dubinin S, Bilash V. Primordial forms of peyer's patches developed in albino rats' small intestine after administration of broad-spectrum antibiotic. Georgian medical news. 2020 Jan;(298):128-32. PMID: 32141865. 3. Гринь ВГ. Морфофункціональное

состояние желудка и слепой кишки белых крыс после курсового приема кларитромицина. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2020;20(1):134-40. DOI: <https://doi.org/10.31718/2077-1096.20.1.134>. 4. Гринь ВГ, Костиленко ЮП, Шепитько КВ, Лавренко ДА. Иммуногистохимический анализ пейеровых бляшек тонкой кишки белых крыс после приема кларитромицина. Український журнал медицини, біології та спорту. 2020;5(3):122-8. DOI: 10.26693/jmbs05.03.122. 5. Hryn VH, Kostylenko YP, Hryn KV. General histological characteristics of lymphoid nodules of peyer's patches of the small intestine in albino rats after administration of a broad-spectrum antibiotic. The Medical and Ecological Problems. 2020;24(3-4):19-23. DOI: <https://doi.org/10.31718/mer.2020.24.3-4.05>

7. Спосіб введення та розрахунку дози антибактеріального препарату широкого спектра дії (кларитроміцину) лабораторним білим щурам, який передбачає використання різновиду ентерального способу введення кларитроміцину, а саме пероральний разом з їжею, який більш щадний для тварин і не спричиняє у них стресовий стан, який може несприятливо позначатися на фізіологічному стані травної системи, та алгоритм розрахунку дози антибактеріального препарату широкого спектра дії (кларитроміцину) лабораторним білим щурам.

Таблетку кларитроміцину 500 мг розчинили в 10 мл води, і вичисляли разову дозу препарату для тварини, яку відміряли інсуліновим шприцом і давали лабораторним щурам разом з черствим хлібом.

8. Медичні: Використання запропонованого способу дозволяє отримати дані про вибір більш щадного (разом з їжею) перорального введення антибіотику, не спричиняючи у тварин стресовий стан, який може несприятливо позначатися на фізіологічному стані травної системи, та алгоритм ретельного розрахування дози антибактеріального препарату широкого спектра дії (кларитроміцину) лабораторним білим щурам при моделюванні експериментальних досліджень. *Соціальні:* Запропонований спосіб належить до галузі медицини, зокрема – до морфології та фармакології, і може бути використаний для постановки експерименту на лабораторних тваринах. *Економічні:* Ентеральне введення медикаментозних речовин в якості способу введення речовин являється природним (разом з їжею), простим у виконанні і мало затратним; в якості препарату використовується антибактеріальний засіб широкого спектру дії – кларитроміцин (доступний та недорогий в аптеках препарат), шляхом розведенням таблетки 500 мг у воді і дозуванням за допомогою інсулінового шприца.

9. Кларитроміцин таблетки 500 мг, вода для ін'єкцій, інсуліновий шприц, черствий хліб.

10. Для створення способу введення та розрахунку дози антибактеріального препарату широкого спектра дії (кларитроміцину) лабораторним білим щурам.

11. Немає.

12. Дотримання пропорції для розчинення таблетки кларитроміцину 500 мг у воді для ін'єкцій та правильність вимірювання кількості розчиненої речовини з використанням інсулінового шприца, шляхом підрахунку поділок нанесених на шприці.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Гринь В. Г., Гринь К. В., Рябушко М. М.

Контактна особа: Гринь В. Г. +380668126497.

Реєстр № 55/9/23

1. СПОСІБ ОДЕРЖАННЯ КОНЦЕНТРАТУ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ З АНАБОЛІЧНОЮ ТА ІМУНОТРОПНОЮ ДІЄЮ

2. НДР «Хіміко-фармацевтичне обґрунтування створення біологічно-активних сполук, конюгатів та лікарських композицій з протизапальною та протибольовою активностями», номер державної реєстрації: 0119U002907, 2019-2021 рр.

3. Хімія.

4. 2+; С.

5. Патент на винахід № 126261. Спосіб одержання концентрату рослинного походження з анаболічною та імунотропною дією: пат. 126261 Україна: А61К36/48 / Т. М. Гонтова, В. П. Гапоненко, О. Л. Левашова. — № а 2021 00808; заявл. 22.02.2021; опубл. 02.06.2021, Бюл. № 36. — 8 с.

6. Немає.

7. Спосіб одержання концентрату рослинного походження, який включає екстракцію рослинної сировини водно-спиртовими розчинами з подальшою фільтрацією та упарюванням об'єднаних екстрактів до густого концентрату, при якому екстракції піддають шрот сої після вилучення соєвої олії комбінованим методом. Отриманий концентрат володіє анаболічною та імунотропною дією та може бути використаний як джерело для створення лікувально-профілактичних засобів та біологічно активних добавок.

8. Медичний: новий концентрат із пірогу сої після вилучення соєвої олії має комплекс біологічно активних речовин, володіє анаболічною та імунотропною дією; соціальний: натуральний, нетоксичний концентрат, який підвищує загальну опірність та витривалість організму; економічний: комбінований метод отримання концентрату сої сприяє вилученню найбільш оптимального і повного комплексу біологічно активних речовин та комплексного використання сировини.

9. Кадрові ресурси: хімік, промисловий фармацевт. Інструментальне обладнання: реактор для екстракції, фільтрувальне сито, випарний апарат.

10. Лікування та профілактика імунодефіцитних станів як в дитячій, так і в геріатричній практиці.

11. Підвищена чутливість до діючої речовини; вагітність, лактація.

12. Неповна екстракція біологічно активних речовин – додержання правильних технологічних режимів.

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

14. Національний Фармацевтичний Університет, 61002, м. Харків, Пушкінська, 53.

15. Гонтова Т. М.; Гапоненко В. П.; Левашова О. Л.

Контактна особа: Левашова О. Л., +380953927936.

ІМУНОЛОГІЯ, ЛАБОРАТОРНА ІМУНОЛОГІЯ

Реєстр № 56/9/23

1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ІМУННОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ З ЛЕГКИМ ТА ТЯЖКИМ ПЕРЕБІГОМ COVID-19

2. НДР «Генетичні варіанти та їх потенційний зв'язок з COVID-19 серед населення України», номер державної реєстрації: 0121U107440, 2021-2023 рр.

3. Імунологія, лабораторна діагностика.

4. 2+; С.

5. Немає.

6. Немає.

7. В основу даного способу поставлена задача комплексного вивчення діагностичної та прогностичної цінності імунологічних маркерів при легкому та тяжкому перебігу COVID-19 шляхом детекції різних субпопуляцій імунних клітин (CD3+Т-лімфоцитів, CD3+CD4+Т лімфоцитів хелперів, CD3+CD8+ цитотоксичних Т-лімфоцитів, CD16+CD56+ натуральних кілерів, CD19+ В-лімфоцитів) та гуморальних факторів (компоненту комплементу C1q та C3, прозапальних цитокінів ІЛ-6, ІЛ-8 та ІЛ-10).

Спосіб діагностики включає виявлення рівня експресії поверхневих рецепторів різних субпопуляцій імунних клітин за допомогою методу проточної цитометрії, встановлення рівня концентрації гуморальних факторів компонентів комплементу та цитокінів у сироватці крові пацієнтів методом імуноферментного аналізу.

8. В результаті проведених досліджень було встановлено, що у пацієнтів з тяжким перебігом COVID-19, на відміну від пацієнтів з легким перебігом вірогідно нижчі абсолютні показники CD3+ ($p=0,004$), CD3+CD4+ ($p=0,0007$), CD3+CD8+ ($p=0,0001$) Т-лімфоцитів, CD16+CD56+ натуральних кілерів ($p=0,02$), CD19+ В- лімфоцитів ($p=0,023$), компоненту комплементу C1q ($p=0,03$) та C3 ($p=0,02$), проте вірогідно вищі показники ІЛ-6 ($p=0,004$),

ІЛ-8 ($p=0,001$) та ІЛ-10 ($p=0,004$), що дозволить вчасно та ефективно здійснювати діагностику та верифікацію пацієнтів з тяжким перебігом, якісно та ефективно надавати медичну допомогу та попереджати розвиток ускладнень та смертельних наслідків.

9. Моноклональні мишачі антитіла мічені флуорохромами до рецепторів людини проти CD3+ Т-лімфоцитів, CD3+CD4+ Т-лімфоцитів, CD3+CD8+ Т-лімфоцитів, CD16+CD56+ натуральних кілерів, CD19+ В-лімфоцитів, проточний цитофлуориметр, тест система для детекції рівня компонентів комплементу (C1q, C3) та цитокінів (ІЛ-6, ІЛ-8 та ІЛ-10), імуноферментний аналізатор, холодильник, термостат.

10. Розробка діагностичного методу визначення імунного статусу рекомендована при верифікації та диференціальній діагностиці інфекційних захворювань, а саме у пацієнтів з легким та тяжким перебігом COVID-19.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Мамонтова Т. В.

Контактна особа: Мамонтова Т. В., +380506767258.

Реєстр № 57/9/23

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ТА ПОЛЯРИЗАЦІЇ МАКРОФАГІВ ТА МОНОЦИТІВ У ПЛАЦЕНТІ ІМУНОГІСТОХІМІЧНИМ МЕТОДОМ

2. НДР «Вивчення патогенетичної ролі циркадіанного молекулярного годинника в розвитку метаболічних захворювань і системного запалення та розробка методики лікування, що скерована на ці процеси», номер державної реєстрації: 0120U101166, 2020-2022 рр.

3. Морфологія, лабораторна діагностика.

4. 2+; С.

5. Патент України на корисну модель №150482, МПК (2022.01) G01N 1/28 (2006.01) G01N 33/53 (2006.01) G01N 21/00. Спосіб визначення локалізації та поляризації макрофагів та моноцитів у плаценті імуногістохімічним методом / винахідники Мамонтова Т. В., Кайдашев І. П., Бережна В. А., Зелінка-Хобзей М. М., володілець ПДМУ. - № у 2021 05062; заявл. 08.09.2021; опубл. 23.02.2022, Бюл. № 8/2022.

6. Немає.

7. В основу даного способу поставлена задача розробити спосіб виявлення локалізації макрофагів та моноцитів у різних відділах плацентарної тканини, підвищити діагностичну спроможність методу шляхом оцінки локалізації та стану поляризації M1 / M2 типів клітин за їх специфічними маркерами та розробки методу оцінки зсуву поляризації на основі

розрахунку показника співвідношення про- та протизапальних типів, покращити інформативність методу на основі аналізу функціонального стану моноцитарно-макрофагальної системи в плаценті імуногістохімічним методом.

Спосіб визначення включає відбір матеріалу, фіксацію його у 10% нейтральному забуференому формаліні, регідратацію гістологічних зрізів і видалення із них залишків парафіну, блокування ендогенної пероксидази і потім неспецифічної сорбції імуноглобулінів, обробку гістологічних зрізів первинними поліклональними антитілами, з наступною інкубацією їх з вторинними антитілами, проявку пероксидазної активності з 3'3'-діамінобензидином (ДАБ), забарвлення, візуалізацію та оцінку локалізації моноцитів у міжворсинчастому просторі та внутрішньосудинному просторі стромі плаценти, M1 прозапального типу CD68+ макрофагів та M2 протизапального типу CD163+ макрофагів у децидуальній оболонці, стромі та ділянках фіброзу термінальних ворсин плаценти за наявністю специфічного забарвлення продукту реакції в місцях локалізації комплексу антиген-антитіло.

8. В результаті проведених досліджень було встановлено, що запропонований спосіб дозволяє проводити комплексну оцінку з виявлення локалізації CD68+ та CD163+ макрофагів / моноцитів в різних відділах плаценти на глибокому структурно-морфологічному рівні. Використання запропонованого показника співвідношення надає можливість оцінити рівень поляризації M1 / M2 макрофагів / моноцитів за фенотипічними CD68+ та CD163+ маркерами клітин в різних структурних відділах плаценти, провести оцінку поляризаційного зсуву і визначити особливості дисбалансу популяцій імунних клітин.

9. Первинні мишачі моноклональні антитіла проти анти-CD68 (клон PG-M1, REF PD M065-S, Diagnostic BioSystems, США) та анти-CD163 (клон 10D6, REF Mob460-01, Diagnostic BioSystems, США), система виявлення вторинних антитіл миші / кроля PolyVue™ HRP / DAB (Diagnostic BioSystems, США), мікрохвильова піч (Мрія МВ, Україна), термостат, світлооптичний мікроскопом з подальшим фотографуванням (x200, x400; Axio Lab.A1, Zeiss, Німеччина).

10. Застосування даного методу може сприяти уточненню клітинної та тканинної локалізації і розкриттю ролі CD68+ та CD163+ макрофагів / моноцитів в імунних механізмах патогенезу в різних відділах плаценти при акушерській патології.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Мамонтова Т. В., Кайдашев І. П., Бережна В. А., Зелінка-Хобзей М. М.

Контактна особа: Мамонтова Т. В., +380506767258.

1. ОЦІНКА ІМУНОЛОГІЧНИХ ТА БІОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ СИСТЕМНОЇ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ ПРИ РАДІОЧАСТОТНІЙ АБЛЯЦІЇ ТА РЕЗЕКЦІЇ МЕТАСТАЗІВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ У ПЕЧІНКУ

2. НДР «Обґрунтування вибору резекційного або абляційного лікування метастазів колоректального раку в печінку з урахуванням предикторів системного запалення», номер державної реєстрації: 0120U103301, 2021-2023 рр.

3. Онкологія.

4. 2+, С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Спосіб передбачає використання комплексу імунних та біохімічних предикторів для оцінки ступеня системної запальної відповіді при проведенні резекційного або абляційного лікування метастазів колоректального раку в печінку. Відрізняється використанням імунологічних маркерів запальної реакції пов'язаних із протипухлинною реактивністю: CD3+ HLA-Dr, CD4+ PD1+ та CD8 PD1+.

8. Дозволить індивідуалізовано проводити протизапальну терапію і, таким чином, зменшити частість ускладнень, знизити інвалідизацію хворих і скоротити термін реабілітації після інтервенційного лікування метастазів колоректального раку в печінку.

9. Автоматичний біохімічний аналізатор, протоковий цитофлюориметр, автоматичний гематологічний аналізатор.

10. Інтервенційне лікування метастазів колоректального раку в печінку.

11. Немає.

12. Похибки при визначенні субпопуляцій імунокомпетентних клітин. Шлях запобігання – використання сертифікованих специфічних мічених моноклональних антитіл.

13. ДУ «Інститут медичної радіології та онкології ім. С. П. Григор'єва НАМН України», 61024, м. Харків, вул. Пушкінська, 82.

14. Немає.

15. Сорочан П. П., Балака С. М., Кузьменко О. В., Іваненко М. О., Громакова І. А., Громакова І. С.

Контактна особа: Сорочан П. П., +380577255076.

1. ТЕХНОЛОГІЯ ПРОМЕНЕВОГО ЛІКУВАННЯ З ЦИСПЛАТИНОМ ТА ЦЕЛЕКОКСИБОМ У ХВОРИХ НА НЕДРІБНОКЛІТИННИЙ РАК ЛЕГЕНІ ТА ПЛОСКОКЛІТИННИЙ РАК ГОЛОВИ ТА ШИЇ

2. НДР «Визначити роль інгібіторів циклооксигенази-2 в поєднанні з цитостатиком в радіомодифікації променевого лікування недрібноклітинного раку легені та плоскоклітинного раку голови та шиї» НАМН.01.20, номер державної реєстрації: 0119U103007.

3. Онкологія, радіологія.

4. 2+; С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Технологія полягає в індивідуалізації променевого лікування з використанням

радіомодифікації целекоксибом у поєднанні з цисплатином у хворих на недрібноклітинний рак легені та плоскоклітинний рак голови та шиї з циклооксигеназа-2 позитивними пухлинами.

8. *Медичний*: підвищення ефективності лікування хворих на недрібноклітинний рак легені та плоскоклітинний рак голови та шиї; *соціальний*: покращення якості життя онкологічних хворих; *економічний*: зниження матеріальних витрат на лікування за рахунок підвищення безрецидивної виживаності.

9. Кадрові ресурси: лікар-променевиї терапевт, онколог. Інструментальне обладнання: аналізатор імуноферментний, лінійний прискорювач, аналізатор гематологічний автоматичний.

10. Недрібноклітинний рак легені та плоскоклітинний рак голови та шиї з циклооксигеназа-2 позитивними пухлинами.

11. Серцево-легенева недостатність III ступеня, декомпенсований цукровий діабет, печінкова та ниркова недостатність), лейкопенія менше 3×10^9 /л, тромбоцитопенія менше 100×10^9 /л та анемія менше 100×10^{12} /л.

12. Ранні та пізні променеві ушкодження, побічні ефекти застосування препаратів платини та інгібіторів ЦОГ-2.

13. Державна установа «Інститут медичної радіології та онкології ім. С. П. Григор'єва Національної академії медичних наук України» 61024, м. Харків, вул. Пушкінська 82.

14. Немає.

15. Старенький В. П., Мітряєва Н. А., Білотор Н. В., Артюх С. В., Гребіник Л. В.

Контактна особа: Гребіник Л. В., +380509340594.

Реєстр № 60/9/23

1. МЕТОДИКА ПЛАНУВАННЯ КУРСУ ДИСТАНЦІЙНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ПЛОСКОКЛІТИННИЙ РАК ГОЛОВИ ТА ШИЇ

2. НДР «Оптимізувати топометричну підготовку до променевої терапії хворих на рак голови та шиї», номер державної реєстрації: 0119U103013.

3. Променева терапія.

4. 2+; С.

5. Подано заявку на винахід № 202202262 від 18.07.2022 р.

6. Немає.

7. Розроблена технологія дозволяє оптимізувати процес планування тривимірної конформної променевої терапії завдяки встановленню оптимальної разової осередкової дози за визначеним коефіцієнтом рентгенологічної щільності пухлини.

8. *Медичний*: дозволяє встановити оптимальну разову осередкову дозу для максимального руйнування пухлинних клітин без тяжких ушкоджень здорових тканин, що поліпшує локальний контроль над пухлиною; *соціальний*: зменшення променевих ускладнень, поліпшення якості життя хворих та їх адаптації у суспільстві після закінчення спеціального лікування; *економічний*: зниження матеріальних витрат на лікування променевих ускладнень і рецидивів захворювання.

9. Кадрові ресурси: лікар променевий терапевт, лікар-рентгенолог, медичний фізик. Інструментальне обладнання: спіральний комп'ютерний томограф, магнітно-резонансний томограф, лінійний прискорювач.

10. Лікування хворих на плоскоклітинний рак голови та шиї.

11. Клаустрофобія, наявність металевих імплантів в організмі хворого, тяжкі серцево-судинні захворювання.

12. 1) некоректний вибір зрізів для оцінки розмірів пухлини – гібридизація зображень СКТ та МРТ в планувальній системі і визначення розмірів на одному й тому ж анатомічному зрізі, 2) Неможливість коректно співставити зображення СКТ та МРТ – проведення топометричної розмітки на СКТ та МРТ з використанням фіксуючих засобів (термопластична маска).

13. ДУ «Інститут медичної радіології та онкології ім. С. П. Григор'єва НАМН України», 61024, м. Харків, вул. Пушкінська, 82.

14. Немає.

15. Старенький В. П., Сухіна О. М., Артюх С. В.

Контактна особа: Артюх С. В., +380679375989.

1. ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТФОРМІНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ПРОТИПУХЛИННОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПАПІЛЯРНИЙ РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ

2. НДР «Розробка нових технологій індивідуалізації комплексного лікування хворих на папілярний рак щитоподібної залози з інсулінорезистентністю», номер державної реєстрації: 0119U102523.

3. Онкологія та радіологія.

4. 2+; С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Спосіб полягає у включенні до програми комплексного лікування хворих на папілярний рак щитоподібної залози з інсулінорезистентністю прийом бігуаніду – метформіну у дозі 500-850 мг, 2 рази на добу в залежності від рівня показника НОМА-ІР.

8. *Медичний*: зниження у сироватці крові хворих на папілярний рак щитоподібної залози з інсулінорезистентністю рівнів глюкози, інсуліну, індексу НОМА-ІР, С-пептиду, глікозильованого гемоглобіну та інсуліноподібного фактора росту-1 на етапах комплексного лікування, а в результаті цього – подолання інсулінорезистентності; зниження інсуліноподібного фактора росту-1 як результат запобігання виникненню рецидивів папілярного раку щитоподібної залози; *соціальний*: зниження індексу маси тіла та профілактика ожиріння; *економічний*: зниження витрат на лікування рецидивів.

9. Кадрові ресурси: лікар-онколог, лікар-радіолог. Інструментальне обладнання: апаратура для проведення клініко-інструментальних, імуноферментних аналізів.

10. Папілярний рак щитоподібної залози, радіойодотерапія, інсулінорезистентність.

11. Непереносимість бігуанідів. За 3 дні до проведення радіонуклідної терапії або КТ-дослідження **ВІДМІНИТИ** прийом МЕТФОРМІНУ.

12. Побічні ефекти застосування бігуанідів, побічні ефекти радіойодотерапії (набряк гортані, гострий гастрит, профілактика – застосування стероїдних гормонів, відміна бігуанідів).

13. Державна установа «Інститут медичної радіології та онкології ім. С. П. Григор'єва Національної академії медичних наук України», 61024, м. Харків, вул. Пушкінська, 82.

14. Немає.

15. Красносельський М. В., Підченко Н. С.

Контактна особа: Підченко Н. С., +380955589877.

1. ПРОГРАМА СУПРОВІДНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ПУХЛИН ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

2. НДР «Оцінити ризики появи віддалених онкологічних та соматоневрологічних наслідків лікування раку щитоподібної залози для обґрунтування клініко-методологічного супроводу спеціальної терапії», номер державної реєстрації: 0118U001713.

3. Онкологія.

4. 2+; С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Суть програми супровідного лікування полягає в тому, що за 10 днів до курсу радіодотерапії проводять профілактичне лікування із використанням медикаментозних засобів, які вводять по чергово упродовж кожної доби за такою послідовністю: антацидний препарат (комбінація гідроксиду алюмінію та гідроксиду магнію) по 5 мл 3 рази на добу, через 30 хв. після його прийому проводять небулайзерну терапію протизапальним мембраностабілізуючим засобом (ектобрис) 2,5 мл 3 рази на добу, через 1 годину після інгаляції вводять перорально протизапальний нестероїдний препарат (целекоксиб) по 200 мг 1 раз на день та внутрішньовенно краплинно антиоксидантний препарат (цитофлавін) 10 мл 1 раз на добу.

8. *Медичний:* запобігання появі променевих сіалоаденіту, гастриту, набряку гортані; *соціальний:* уникнення втрати працездатності; *економічний:* зниження матеріальних витрат на медикаментозну корекцію післяпроменевих ускладнень.

9. Кадрові ресурси: лікар-онколог, лікар сімейної практики, медична сестра. Інструментальне обладнання: небулайзер, антисептик, стерильна вата, шприці з голкою 30G.

10. Профілактика ускладнень радіонуклідної терапії у хворих на диференційований рак щитоподібної залози через 3-6 тижнів після радикального хірургічного лікування.

11. Індивідуальна непереносимість, алергічні реакції на компоненти препаратів в анамнезі, активна пептична виразка, шлунково-кишкова кровотеча, печінкова недостатність у термінальній стадії, вагітність, гострий апендицит.

12. 1) запаморочення, нудота, профілактика – дотримання правил проведення інгаляційної процедури пацієнтом під наглядом медичного персоналу, 2) формування гематом при виконанні ін'єкцій, профілактика – дотримання правил парентерального введення медичних препаратів.

13. ДУ «Інститут медичної радіології та онкології ім. С. П. Григор'єва НАМН України», вул. Пушкінська, 82, Харків, 61024.

14. Немає.

15. Васильєв Л. Я., Кулініч Г. В., Радзішевська Є. Б., Савченко А. С.

Контактна особа: Савченко А. С., +380989281985.

1. ПРОГРАМА ЗАХОДІВ З КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПІЗНІХ ПРОМЕНЕВИХ УШКОДЖЕНЬ

2. НДР «Визначення факторів прогнозу та індивідуалізація комплексного лікування пізніх променевих ушкоджень», номер державної реєстрації: 0118U001712, 2019-2021 рр.

3. Онкологія, хірургія.

4. 2+; С.

5. Навчальний посібник «Діагностика і лікування поверхневих ушкоджень, викликаних медичним радіаційним опроміненням. Практичний досвід ДУ «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва НАМН України» М. В. Красносельський, В. А. Вінніков, Г. В. Кулініч. ISBN 978-966-96633-6-8, Харків, 2019. 80 с.

6. Немає.

7. Спосіб передбачає алгоритм індивідуалізації комплексного лікування пізніх променевих ушкоджень, який включає різні варіанти консервативного і хірургічного лікування та комбінації хірургічного етапу з різними елементами консервативної терапії, а саме стандартної, фотодинамічної та плазмотерапії залежно від визначення факторів прогнозу та патогенезу.

8. Застосування даної методики дозволить проводити ефективне оперативне лікування великих виразкових дефектів, зменшити частоту післяопераційних ускладнень, скоротити терміни лікування та післялікувальної реабілітації. Використання даного способу в онкологічних пацієнтів з пізніми променевими ушкодженнями є технологічно простим та *економічно* виправданим, що обумовлює можливість його широкого використання.

9. Стандартний хірургічний інструмент та обладнання, апарат для визначення життєздатності тканин – електродерматометр «Skin observed system», для здійснення фотодинамічної терапії – фотонний апарат «Barva-LED / 630», для отримання плазми, багаті тромбоцитами, – центрифуга CM-6M Sky-Line.

10. Пізні променеві ушкодження шкіри та підшкірної клітковини, променеві виразки.

11. Гострі інфекційні процеси, декомпенсовані хронічні захворювання ендокринної, серцево-судинної, сечовидільної систем, сполучної тканини.

12. Крайовий некроз аутотрансплантату, тотальний або субтотальний некроз шкірного клаптя, інфікування трансплантату з подальшим його відторгненням, загоєння вторинним натягом в терміни більше 6 місяців.

Профілактика здійснюється шляхом коректного визначення межі життєздатності тканин патологічного субстрату та трансплантату, зближення країв рани за рахунок «послаблювальних» розрізів, провізорних шовкових лігатур, проведених крізь усі шари тканин і

зав'язаних на гудзиках, валиків з марлі, що запобігають прорізанню і не чинять шкідливого впливу на трофіку країв рани, введенням в кути післяопераційної рани гумових випускників, краї рани насичують розчинами антибіотиків, до яких чутлива мікрофлора, що вегетує у виразці.

13. Державна установа «Інститут медичної радіології та онкології ім. С. П. Григор'єва Національної академії медичних наук України».

14. Немає.

15. Красносельський М. В., Кулініч Г. В., Гладких Ф. В., Прохорова Е. Б.

Контактна особа: Кулініч Г. В., +380577255074.

Реєстр № 64/9/23

1. СПОСІБ ВКЛЮЧЕННЯ ПІОГЛІТАЗОНУ ДО КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ ВУЛЬГАРНИЙ ПСОРИАЗ, ПРОГРЕСУЮЧОЮ СТАДІЄЮ ПЕРЕБІГУ, СЕРЕДНЬОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ З СУПУТНИМ АЛІМЕНТАРНИМ ОЖИРІННЯМ І-ІІ СТУПЕНЯ

2. НДР «Комплексне дослідження патогенетичної ролі субпопуляцій M1 та M2 макрофагів в розвитку хронічного обструктивного захворювання легень для розробки та обґрунтування персоналізованої терапії з урахуванням маси тіла», номер державної реєстрації: 0117U005252, 2017-2019 рр.; НДР «Вивчення патогенетичної ролі циркадіанного молекулярного годинника в розробку метаболічних захворювань і системного запалення та розробка методики лікування, що скерована на ці процеси», номер державної реєстрації: 0120U101166, 2020-2022 рр.

3. Дерматовенерологія.

4. 2+; С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Аліментарне ожиріння підсилює системне запалення у хворих на псоріаз та призводить до метаболічних порушень, ускладнюючи перебіг дерматозу, сприяючи погіршенню дерматологічного індексу якості життя (ДІЯЖ) пацієнтів, частих загострень псоріатичної хвороби, що призводить до неефективності стандартних методів терапії. Результати проспективних клінічних досліджень сьогодні доводять позитивний ефект піоглітазону при наявності ознак системного запалення. Механізм дії даного препарату направлений на зниження хронічного системного запалення з низькою інтенсивністю. Запропонований спосіб передбачає додаткове до стандартної терапії призначення піоглітазону по 45 мг на добу протягом 26 тижнів. При додатковому призначенні по 45 мг на добу протягом 26 тижнів спостерігали 1 раз на рік у 80 % досліджуваних (проти 5 % до початку лікування), 2 рази на рік – у 20 % (проти 15 % до початку лікування),

рецидиву 3 і більше разів на рік після лікування не виявили (проти 80 % до початку лікування). Додаткове призначення по 45 мг на добу протягом 26 тижнів сприяє потоншенню епідермісу, згладженості термальних сосочків, округлості епідермальних гребенів, ортокератозу, зменшенню кількості CD68+ клітин у досліджених пацієнтів та зменшенню кількості CD163+ клітин, що призводить до зменшення щільності інфільтрації шкіри та зниження запалення, що спостерігається при імуногістохімічному дослідженні шкіри та клінічному дослідженні пацієнтів за показниками індексу PASI та ДІЯЖ.

8. Застосування по 45 мг на добу протягом 26 тижнів піоглітазону у комплексному лікуванні хворих на розповсюджений вульгарний псоріаз середнього ступеня тяжкості перебігу з супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня сприяє зниженню рівня місцевого запалення за рахунок зменшення кількості та щільності інфільтрації CD68+ клітинами шкіри, зниженню кількості CD68+ клітин до 0-4 в полі зору, зниженню CD163+ клітин до 8-16 в полі зору і призводить до повної нормалізації морфології шкіри. Застосування піоглітазону сприяє зменшенню щільності інфільтрації шкіри та зниженню запалення за показниками індексу PASI та ДІЯЖ, що відповідають регресу захворювання.

9. Медичні кадри, опитувальник «Міжнародний індекс Psoriasis Area and Severity Index (PASI)» за способом Фредеріксона та Петерсона, анкета-опитувальник DLQI за Фінлеєм та/або анкета-опитувальник «Дерматологічний індекс якості життя (ДІЯЖ)», піоглітазон.

10. Для комплексної терапії хворих на розповсюджений вульгарний псоріаз, прогресуючою стадією перебігу, середнього ступеня тяжкості з супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня.

11. Протипоказання до застосування способу визначаються протипоказаннями до застосування піоглітазону.

12. Немає.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні

15. Ємченко Я. О., Іщейкін К. Є., Кайдашев І. П.

Контактна особа: Ямченко Я. О., +380992892889.

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

Реєстр № 65/9/23

1. СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ В ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

2. НДР «Удосконалення діагностики та лікування вірусних і бактеріальних інфекцій, у тому числі на тлі ВІЛ-інфекції», номер державної реєстрації: 0119U002901, 2019-2021 рр.

3. Інфекційні хвороби.

4. 2+; С.

5. Пат. на винахід 125103 Україна, МПК G01N 33/50. Спосіб діагностики фіброзу печінки в чоловіків, хворих на хронічний гепатит С. / ХНМУ; К. В. Юрко, Н. Є. Христенко, Г. О. Соломенник (UA) – № а2020 04120; Заявл. 07.07.2020; Опубл. 05.01.2022, Бюл. № 1. – 4 с.

6. Спосіб діагностики фіброзу печінки в чоловіків, хворих на хронічний гепатит С, шляхом визначення вмісту тиреотропного гормону в сироватці крові.

A method for diagnosing liver fibrosis in males with chronic hepatitis C by determining the content of thyroid stimulating hormone in blood serum.

7. Розроблено спосіб діагностики фіброзу печінки в чоловіків, хворих на хронічний гепатит С, який передбачає біохімічне дослідження крові з наступною оцінкою стадії фіброзу печінки шляхом визначення у сироватці крові пацієнта вмісту тиреотропного гормону. Якщо $ТТГ \leq 1,22$ мМЕ/л, діагностують відсутність фіброзу (F0) або слабкий (м'який) фіброз (F1), якщо $1,22 < ТТГ < 1,86$ – помірний фіброз (F2), якщо $ТТГ \geq 1,86$ мМЕ/л, – виражений фіброз (F3) за шкалою METAVIR.

8. *Медичні* – спосіб має високу чутливість (90 %) та дає змогу підвищити точність неінвазивної діагностики стадії фіброзу печінки в чоловіків, хворих на хронічний гепатит С, до 95 %, зокрема диференціювати початкові стадії фіброзу від помірного та вираженого, і, таким чином, визначити тактику ведення пацієнта, необхідність призначення протівірусних засобів і можливість досягнення стійкої відповіді на терапію, проводити оцінку ефективності лікування; *Соціальні* – доступність способу сприяє реалізації програми скринінгу та / або моніторингу стадії фіброзу печінки в чоловіків, хворих на хронічний гепатит С, у тому числі для малозабезпечених прошарків населення, та дає змогу 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 аналоги, що існують; використання способу дає змогу попередити виникнення цирозу печінки в чоловіків, хворих на хронічний гепатит С, шляхом призначення своєчасного лікування та таким чином скоротити кількість днів перебування хворого у стаціонарі з 21 ліжко-дня до 15 ліжко-днів; визначення біохімічного

показника, що використаний у способі, є доступними з позиції технічного виконання.

9. Лабораторний посуд (скляні або пластикові пробірки місткістю 10 мл, епандорфи, напівавтоматичні дозатори тощо), центрифуга, біохімічний аналізатор, набір реактивів для визначення вмісту тиреотропного гормону в сироватці крові імунохімічним методом із електрохемолюмінесцентною детекцією або іншими відомими способами.

10. Застосування у чоловіків, хворих на хронічний гепатит С.

11. Відсутні.

12. Ускладнення відсутні.

13. Харківський національний медичний університет.

14. Немає.

15. Юрко К. В., Христенко Н. Є., Соломенник Г. О.

Контактна особа: Соломенник Г. О., +380502037972.

Реєстр № 66/9/23

1. СПОСІБ ОЦІНКИ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ГОСТРОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО МЕНІНГІТУ МЕНІНГОКОКОВОЇ ЕТІОЛОГІЇ

2. НДР «Удосконалення діагностики та лікування вірусних і бактеріальних інфекцій, у тому числі на тлі ВІЛ-інфекції», номер державної реєстрації: 0119U002901, 2019-2021 рр.

3. Інфекційні хвороби.

4. 2+; С.

5. Пат. на винахід 125269 Україна, МПК G01N 33/487, G01N 33/68. Спосіб оцінки ступеня тяжкості гострого бактеріального менінгіту менінгокової етіології. / ХНМУ; К. В. Юрко, Я. В. Зоц, Г. О. Соломенник, А. В. Сохань, А. В. Гаврилов (UA) – № а2020 04238; Заявл. 10.07.2020; Опубл. 09.02.2022, Бюл. № 6. – 4 с.

6. Спосіб оцінки ступеня тяжкості гострого бактеріального менінгіту менінгокової етіології шляхом визначення вмісту тиреотропного гормону в цереброспінальній рідині.

A method for assessing the severity of acute bacterial meningitis of meningococcal etiology by determining the content of thyroid stimulating hormone in the cerebrospinal fluid.

7. Розроблено спосіб оцінки ступеня тяжкості гострого бактеріального менінгіту менінгокової етіології, який передбачає біохімічне дослідження цереброспінальної рідини з наступним встановленням ступеня тяжкості гострого бактеріального менінгіту менінгокової етіології шляхом визначення в цереброспінальній рідині тиреотропного гормону. При значенні цього показника $\leq 4,18$ мМЕ/л діагностують середній ступінь тяжкості гострого бактеріального менінгіту менінгокової етіології, при

значенні $>4,18$ мМЕ/л – тяжкий ступінь тяжкості гострого бактеріального менінгіту менінгококової етіології.

8. Медичні – спосіб дає змогу підвищити точність оцінки ступеня тяжкості гострого бактеріального менінгіту менінгококової етіології і таким чином визначити тактику ведення пацієнта, запобігти формуванню тяжких ускладнень, провести оцінку ефективності лікування; **Соціальні** – спосіб дозволяє визначати прогноз для пацієнта, зменшити смертність і інвалідність від бактеріального менінгіту менінгококової етіології, відновити якість життя реконвалесцентів; **Економічні** – спосіб дає змогу своєчасно оптимізувати терапію, що сприяє скороченню терміну перебування пацієнтів у стаціонарі, відновленню їхньої працездатності.

9. Лабораторний посуд (скляні або пластикові пробірки місткістю 10 мл, епандорфи, напіваавтоматичні дозатори тощо), центрифуга, біохімічний аналізатор, набір реактивів для визначення в цереброспінальній рідині вмісту тиреотропного гормону імунохімічним методом із електрохемолюмінесцентною детекцією або іншим відомим способом.

10. У хворих на гострий бактеріальний менінгіт менінгококової етіології.

11. Наявність у пацієнта вираженого набряку-набухання головного мозку, об'ємного утворення головного мозку, судом, значної гіпотонії, оклюзійної гідроцефалії, пролежнів або гнійного ураження у ділянці попереку.

12. Ускладнення відсутні.

13. Харківський національний медичний університет.

14. Немає.

15. Юрко К. В., Зоц Я. В., Соломенник Г. О., Сохань А. В., Гаврилов А. В.

Контактна особа: Соломенник Г. О., +380502037972.

Реєстр № 67/9/23

1. УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ НА ТЛІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

2. НДР «Клініко-патогенетичне обґрунтування диференційованого лікування поєднаної патології внутрішніх органів», номер державної реєстрації: 0122U002209.

3. Інфекційні хвороби.

4. 1+; А.

5. Деклараційний патент на корисну модель «Спосіб дослідження ВІЛ-інфекції, асоційованої з туберкульозом», Москалюк В. Д., Колотило Т. Р., Баланюк І. В., Андрущак М. О., Бойко Ю. І. UA 150950 G01N 33/50 (2006.01), опубліковано 18.05.2022 р., бюл. № 20.

6. Немає.

7. Запропонована наукова продукція відноситься до галузі медицини, а саме до інфекційних хвороб, та може бути використана при дослідженні та

діагностиці хворих на ВІЛ-інфекцію з підозрою на туберкульоз. Основою наукової продукції є удосконалення системи діагностики туберкульозу на тлі ВІЛ-інфекції. А саме, окрім використання анамнестичних даних пацієнта, видимих клінічних проявів, кількості CD4+-лімфоцитів, рекомендовано додатково визначати сироваткову концентрацію фактору некрозу пухлин – α (ФНП- α). Адже визначення сироваткової концентрації фактору некрозу пухлин – α (ФНП- α) є прогнозуючим фактором при підозрі на туберкульоз у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. При зниженні кількості CD4 + Т-лімфоцитів і наростанні вірусного навантаження ВІЛ та при прогресуванні ВІЛ-інфекції спостерігається збільшення сироваткового вмісту ФНП- α , що, ймовірно, свідчить про зменшення числа протизапальних Т-регуляторних клітин, а також може слугувати раннім маркером діагностики латентної фази мікобактерійної інфекції навіть за відсутності будь-яких клінічних проявів активного туберкульозного процесу. Враховуючи різні форми туберкульозу, у ВІЛ-інфікованих пацієнтів відмічаються наступні зміни сироваткової концентрації ФНП- α : при сироватковій концентрації ФНП- α $22,6 \pm 4,32$ -1 пг/мл визначають ВІЛ-інфекцію, асоційовану з вогнищевою формою туберкульозу; при $40,5 \pm 7,72$ -1 пг/мл - ВІЛ-інфекцію, асоційовану з інфільтративною формою туберкульозу; при $20,2 \pm 4,4$ пг/мл - ВІЛ-інфекцію, асоційовану з казеозною пневмонією; при $46,4 \pm 8,12$ -1 пг/мл - ВІЛ-інфекцію, асоційовану з фіброзно-кавернозним туберкульозом; при $20,8 \pm 6,9$ пг/мл - ВІЛ-інфекцію, асоційовану з дисемінованою формою туберкульозу; при $32,7 \pm 6,22$ -1 пг/мл - ВІЛ-інфекцію, асоційовану з генералізованою формою туберкульозу; при $23,3 \pm 7,3$ пг/мл - ВІЛ-інфекцію, асоційовану з позалегеневими формами туберкульозу.

Отже, визначення сироваткової концентрації ФНП- α у ВІЛ-інфікованих пацієнтів з підозрою на туберкульоз в сукупності із клінічними проявами та результатами вказаних методів обстеження дає змогу на ранніх етапах діагностики підтвердити чи виключити туберкульоз у таких пацієнтів і вчасно призначити ефективне комплексне лікування.

8. Медичний: удосконалений спосіб діагностики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих з додатковим визначенням сироваткової концентрації фактору некрозу пухлин – α (ФНП- α) забезпечує вищу, порівняно з наявними аналогами, діагностичну точність і дає змогу на ранніх етапах діагностики підтвердити чи виключити туберкульоз у таких пацієнтів. **Соціальний:** шляхом додаткового визначення сироваткової концентрації фактору некрозу пухлин – α (ФНП- α) можна на ранніх етапах діагностики підтвердити чи виключити ту чи іншу форму туберкульозу у ВІЛ-інфікованих хворих, що дозволить покращити якість життя таких пацієнтів за рахунок вчасної верифікації та ранньої медикаментозної корекції. **Економічний:** зазначений додатковий лабораторний критерій дає змогу домогтися суттєвого уточнення глибини імунодефіциту без залучення

інших дорогих обстежень (навантаження ВІЛ, підрахунку вмісту CD4 + - лімфоцитів та інших методів діагностики туберкульозу).

9. Метод імуноферментного аналізу для визначення сироваткової концентрації фактору некрозу пухлин – α (ФНП- α).

10. Пропонується визначати концентрацію ФНП- α у сироватці крові у ВІЛ-інфікованих пацієнтів з підозрою на туберкульоз.

11. Немає.

12. Можливі деякі похибки, що зумовлені порушеннями технології виконання методики. Для їх запобігання необхідно чітко дотримуватися інструктивних регламентацій.

13. Буковинський державний медичний університет. 58002, м. Чернівці, Театральна площа, 2.

14. Немає.

15. Москалюк В. Д., Колотило Т. Р., Рандюк Ю.О., Бойко Ю. І., Рудан І. В.

Контактна особа: Колотило Т. Р., +380664669273.

ЛАБОРАТОРНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА, РАДІАЦІЙНА ГІГІЄНА

Реєстр № 68/9/23

1. ОЦІНКА ТЕРАПЕВТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ КУЛЬТИВОВАНИХ/КРІОКОНСЕРВОВАНИХ МЕЗЕНХІМАЛЬНИХ СТРОМАЛЬНИХ КЛІТИН КІСТКОВОГО МОЗКУ ПРИ РАДІАЦІЙНИХ УРАЖЕННЯХ ШКІРИ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ У ТВАРИН

2. НДР «Вивчення механізмів терапевтичного впливу мезенхімальних стромальних клітин кісткового мозку у щурів з радіаційними ураженнями шкіри на моделях алогенного і ксеногенного уведення», номер державної реєстрації: 0120U103302.

3. Радіобіологія, клітинна біологія.

4. 2+; С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Методика полягає у тестуванні призначених до терапевтичного застосування культивованих/кріоконсервованих МСК КМ за критеріями життєздатності (не менше ніж 80 % за прижиттєвим забарвленням трипановим синім), ефективності колонієутворення (ЕКУ не менше ніж 8,5 %) та диференціувального потенціалу в адипогенному та остеогенному напрямках. При терапевтичному застосуванні

культивованих/кріоконсервованих МСК КМ у тварин з радіаційними ураженнями шкіри проводять аналіз рівня С-реактивного білка у сироватці крові для контролю системних та місцевих запальних реакцій під час лікування.

8. Медичний: прогностична оцінка протизапального та відновлювального потенціалу культивованих/кріоконсервованих мезенхімальних стромальних клітин кісткового мозку (МСК КМ), призначених для терапевтичного застосування; *соціальний:* покращення лікувальних заходів з протирадіаційного захисту пацієнтів; *економічний:* зниження матеріальних витрат на проведення клітинної терапії радіаційних уражень шкіри за допомогою культивованих/кріоконсервованих МСК КМ.

9. Кадрові ресурси: кваліфіковані спеціалісти з культивування клітин. Інструментальне обладнання: стандартне устаткування для культивування *ex vivo* та кріоконсервування клітин (стерильний бокс, ламінарна шафа, термостат СО 2 (інкубатор), багатофункціональна центрифуга, мікроскоп інвертований), ультранизкотемпературний заморожувач.

10. Лікування радіаційних уражень шкіри із застосуванням культивованих/кріоконсервованих МСК КМ.

11. Не виявлено.

12. Порухення стерильності клітинних зразків культивованих/кріоконсервованих МСК КМ – отримання проб на стерильність в різні моменти часу у виробництві, наприклад, до культивування (тобто вихідного матеріалу), під час культивування, після культивування і до заморожування.

13. Державна установа «Інститут медичної радіології та онкології ім. С. П. Григор'єва Національної академії медичних наук України», 61024, Харків, вул. Пушкінська, 82.

14. Немає.

15. Узленкова Н. Є., Скоробогатова Н. Г., Кривко О. І., Леонова І. О., Масленіков О. Л., Ненюкова О. В.

Контактна особа: Узленкова Н.Є., +380975113184.

1. МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ КАТЕГОРІЙ В УМОВАХ ВОЄННИХ ДІЙ І ВИМУШЕНОЇ МІГРАЦІЇ

2. НДР «Розробка технології медико-психологічної реабілітації та соціальної реабілітації дітей, які зазнали психологічного насилля», номер державної реєстрації: 0120U101301.

3. Медична психологія.

4. 2+; С.

5. Кабанцева А. В. Організація надання психологічної допомоги у час інформаційно-психологічної війни. Збірник наукових матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медико-психологічні аспекти реабілітації і абілітації в епоху турбулентності» (Костянтинівка, Донецька обл., 21 жовтня 2021 р.) / За заг. ред. Заслуженого лікаря України, проф. О. А. Панченка. Київ. КВІЦ. 2021. С. 131-134.

6. Немає.

7. Медико-психологічна діагностика дітей різних вікових категорій в умовах воєнних дій і вимушеної міграції здійснюється шляхом використання Анкети інтеграції дитини шкільного віку, Карти клініко-психологічного та соціального обстеження дитини молодшого шкільного віку, Карти клініко-психологічного та соціального обстеження дитини середнього шкільного віку, Карти клініко-психологічного та соціального обстеження дитини підліткового віку. Анкета дозволяє діагностувати психологічне благополуччя і соціальну інтеграцію дитини, дослідити психоемоційну напругу і встановити потенційні причини, а також визначити інтереси та установки. Структура кожної Карти вміщує чотири основні блоки (соціальний, медичний, психолого-педагогічний, психологічний), що надає можливість проаналізувати життєдіяльність і функціонування дитини на протязі всього онтогенезу. Впровадження методичного комплексу у практичну діяльність фахівців ментального здоров'я показує ефективність: застосування Анкети сприяє встановленню контакту з дитиною, допомагає їй висвітлити власні емоції, почуття, та розповісти про психологічні проблеми, що заважають повноцінному життю; використання Карт конкретизує хід ведення бесіди з батьками, допомагає виявити «критичні точки», розробити план подальших дій (або у рамках закладу освіти, або за необхідності перенаправити дитину до медичної установи задля проведення комплексного медико-психологічного обстеження, своєчасного корегування соматичних, психосоматичних і психічних наслідків). Застосування у комплексі Анкети та Карти сприяють встановленню довірчих взаємовідносин між дитиною, її сім'єю і фахівцями ментального здоров'я, виявленню істинних причин психологічних проблем

дитини, вивченню внутрішньо-сімейного клімату, пошуку особистісних ресурсів, як дитини, так і її сім'ї в цілому.

8. Медичний ефект: раннє виявлення порушень ментального здоров'я дітей, які зазнали психологічного насильства, що сприятиме наданню своєчасної необхідної медико-психологічної допомоги, зниженню розвитку психічних розладів, функціональних порушень, психосоматичної патології; підвищення рівня надання клінічної медико-психологічної реабілітаційної допомоги у соціально-напружених умовах.

Соціальний ефект: збереження психоемоційної рівноваги, психічного та соматичного здоров'я дітей, що забезпечить збереження міцного психічного здоров'я майбутніх поколінь; оптимізація роботи фахівців ментального здоров'я;

Економічний ефект: зниження матеріальних витрат держави на лікувальні заходи у стаціонарі, соціальний захист дітей зі статусом осіб, які постраждали внаслідок воєнних дій, збройної агресії або збройного конфлікту, збереження здоров'я майбутнього кадрового потенціалу країни.

9. Кадрові ресурси: психолог, педіатр. **Методичний комплект:** Анкета інтеграції дитини шкільного віку; Карта клініко-психологічного та соціального обстеження дитини молодшого шкільного віку; Карта клініко-психологічного та соціального обстеження дитини середнього шкільного віку; Карта клініко-психологічного та соціального обстеження дитини підліткового віку.

10. Медико-психологічна діагностика дітей 7-17 років, які зазнали впливу стресових факторів, зокрема в умовах воєнного конфлікту.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Державний заклад «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України», 85110, Донецька обл., м. Костянтинівка, вул. О. Невського, 14.

14. Немає.

15. Панченко О. А., Кабанцева А. В.

Контактна особа: Кабанцева А. В., +380993282434.

Реєстр № 70/9/23

1. СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ ПРОГРАМНИЙ ЗАСІБ «ЕМОДІТ»

2. НДР «Розробка технології медико-психологічної реабілітації та соціальної абілітації дітей, які зазнали психологічного насилля», номер державної реєстрації: 0120U101301

3. Медична психологія.

4. 2+; С.

5. Кабанцева А.В. Організація надання психологічної допомоги у час інформаційно-психологічної війни. Збірник наукових матеріалів науково-

практичної конференції з міжнародною участю «Медико-психологічні аспекти реабілітації і абілітації в епоху турбулентності» (Костянтинівка, Донецька обл., 21 жовтня 2021 р.) / За заг. ред. Заслуженого лікаря України, проф. О.А. Панченка. Київ. КВІЦ. 2021. С. 131-134.

6. Немає.

7. Назва розробки «ЕМОДІТ» походить від скорочення словосполучення «емоції дітей». Основна функція спеціалізованого засобу – проведення діагностики емоційного стану дитини. Зміст даної комп'ютерної програми представлений двома широковідомими, стандартизованими, надійними психологічними методиками та анкетною: тест 1 – методика «Дитячий опитувальник неврозів» (ДОН, авт. колектив Седнев В. В., Збарскін З. Г., Бурцев А. К.) – для діагностики невротичних проявів; тест 2 – методика «Шкала депресії М. Ковач» – для діагностики депресивних ознак, авторська анкета (персональні дані про дитину, її скарги, пережиті психотравматичні події, інше). Проведення діагностики за даним комплексом дозволяє у першу чергу, діагностувати «сірість» відповідей респондента, виявити негативний настрій і самооцінку, міжособистісні проблеми, порушення поведінки, неефективність у школі, прояви астенії, ангедонії, порушення сну, наявність тривоги й вегетативних розладів. Обробка результатів та формування протоколу дослідження здійснюється автоматично, що значно скорочує час на обробку отриманих даних та оптимізує роботу психодіагноста.

8. *Медичний* ефект: оцінка актуального психоемоційного стану дитини, своєчасне виявлення порушень психоемоційної сфери, складання програми необхідних корекційних, лікувальних, реабілітаційних заходів; оптимізація роботи практичного психолога, своєчасного залучення клінічних психологів, лікарів та ефективного планування робочого часу фахівців; підвищення рівня надання медико-психологічної реабілітаційної допомоги. *Соціальний* ефект: збереження психоемоційної рівноваги, психічного та соматичного здоров'я дітей; зниження ризику розвитку психічних розладів, функціональних порушень, психосоматичної патології у дітей в умовах соціального напруження, що забезпечить збереження міцного психічного здоров'я майбутніх поколінь. *Економічний* ефект: зниження матеріальних витрат держави на лікувальні заходи у стаціонарі, збереження здоров'я майбутнього кадрового потенціалу країни.

9. Кадрові ресурси: психолог, педіатр. Комп'ютер, спеціалізований програмний засіб «ЕМОДІТ».

10. Дослідження актуального психоемоційного стану дітей 7-17 років, які зазнали впливу стресових подій, зокрема в умовах збройного конфлікту.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Державний заклад «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України», 85110, Донецька обл., м. Костянтинівка, вул. О. Невського, 14.

14. Немає.

15. Панченко О. А., Кабанцева А. В., Селіванова К. Г.

Контактна особа: Кабанцева А. В., +380993282434.

Реєстр № 71/9/23

1. ВІЗУАЛІЗАЦІЙНА ТЕСТ-ШКАЛА СКРИНІНГУ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ВЕНОЗНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

2. НДР «Удосконалення профілактики лікування та реабілітації хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця з коморбідною патологією в амбулаторних та стаціонарних умовах», номер державної реєстрації: 0119U001045.

3. Нервові хвороби.

4. 2+; С.

5. Патент України на корисну модель UA (11)150428 (13)U (51) МПК (2022.01) А61В 5/107 (2006.01) А61В 90/00, Візуалізаційна тест-шкала ступеня венозної церебральної дисфункції.

Заявник і патентовласник Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (72) Повне ім'я винахідника(ів) Коваленко Ольга Євгеніївна, Притико Наталія Георгіївна (73).

6. Відсутні.

7. Пропонується оптимізація методу опосередкованої клінічної оцінки наявності та ступеня хронічної церебральної венозної дисгемії, зокрема, ранньої, шляхом використання розробленої візуалізаційної тест-шкали - градуйованої посантиметрово лінійки з переходом кольору від світло-рожевих до сіро-фіолетових кольорів із зазначеними на цих кольорах ступеню виразності синдрому хронічної церебральної венозної дисфункції (СХЦВД). В основі обґрунтування застосування засобу та методики полягає той факт, що за результатами нашого дослідження було виявлено наявність статистично значимої залежності кольору тильної поверхні язика та швидкості кровообігу по вені Розенталя: чим більше відрізняється швидкість кровообігу по вені Розенталя від норми, тим більш темний колір вен на тильній поверхні язика за рахунок їхнього розширення та венозного застою.

Методика застосування: запропоновану нами кольорову тест-шкалу - лінійку для опосередкованої візуалізації наявності у пацієнтів церебральної венозної дисгемії наближають до язика, співставляють колір, ширину вен та припускають наявність та ступінь синдрому хронічної церебральної венозної дисфункції згідно градації. Такий засіб може бути зручним, в першу чергу, на амбулаторному прийомі у лікаря-невролога, сімейного лікаря та ін. для попереднього припущення та скринінгу СХЦВД.

8. Використання тест-шкали ступеня венозної церебральної дисфункції в клінічній практиці дозволить здійснити опосередковану клінічну оцінку стану венозної системи головного мозку, зокрема, ранніх проявів хронічної венозної дисгемії, та в динаміці лікування.

Оскільки на сьогоднішній день серед методів, що використовуються для обстеження пацієнтів з хронічною венозною ішемією головного мозку, переважають ті, що дають інформацію про морфологічні (візуалізація за допомогою магнітно-резонансної або комп'ютерної рентген томографії) або гемодинамічні (ультразвукова доплерографія судин головного мозку) зміни, суттєва поширеність проблеми створює необхідність скринінгового, зокрема, раннього виявлення СХЦВД вже на перших візитах пацієнта до невролога або сімейного лікаря. Важливою перевагою зазначеного методу є його інформативність, низька собівартість та легка доступність у використанні, в першу чергу, в якості скринінгу.

9. Лінійка візуалізаційної тест-шкали ступеня церебральної венозної дисфункції.

10. Необхідність опосередкованої оцінки ступеню виразності хронічної церебральної венозної дисгемії.

11. Немає.

12. Ускладнення не спостерігалися.

13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, вул. Верхня, буд. 5, м. Київ, 01014, UA

14. Відсутні.

15. Коваленко О. Є., Притико Н. Г.

Контактна особа: Коваленко О. Є., +380505015143.

Реєстр № 72/9/23

1. НЕВРОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ Long – COVID. ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ

2. НДР «Удосконалення пацієнт-орієнтованих підходів до надання медичної допомоги хворим на серцево-судинні та цереброваскулярні захворювання з коморбідними станами, зокрема в осіб, що перенесли COVID -19», номер державної реєстрації: 01224000234

3. Нервові хвороби.

4. 2+; С.

5. Рішення про реєстрацію договору, який стосується права автора на твір, реєстраційний номер 6531. Літературний письмовий твір наукового характеру «Методичні рекомендації «Неврологічні прояви Long - COVID. Принципи лікування», <https://cp-medical.com/downloads/guidelines/guidelines-2022-5.pdf>.

6. Відсутні.

7. Пропонується оптимізація методів лікування пацієнтів з астеничними проявами в рамках Long-COVID патогенетично-обґрунтованою комбінацією едаравону, L-карнітину/L-аргініну та ксилітолу. Впродовж 2021 р. було проведено клініко-неврологічне обстеження 20-ти пацієнтів віком від 47 до 76 років зі встановленим діагнозом хронічна ішемія мозку (ХІМ) та астеничним синдромом, що зберігався понад 3 місяці після перенесеної лабораторно підтвердженої інфекції SARS-CoV-2. Діагноз був підтверджений результатами клініко-неврологічного та нейропсихологічного дослідження з використанням шкал для оцінки когнітивної функції (MMSE), емоційного статусу (DASS-21), втоми (FAS) та розробленою нами шкалою оцінки неврологічного дефіциту (МОНД).

8. Всі пацієнти, що отримали лікування комбінацією едаравону, L-карнітину/L-аргініну та ксилітолу, відмітили покращення загального самопочуття та зменшення вираженості неврологічної симптоматики. Інших небажаних ефектів або побічних явищ зареєстровано не було. Статистична обробка отриманих даних показала, що після лікування вираженість неврологічної симптоматики, оціненої за шкалою МОНД, знизилась з $5,6 \pm 1,6$ до $2,8 \pm 1$ ($p < 0,01$). Помірно знизилися показники депресії та тривоги за шкалою DASS-21, з $4,9 \pm 3,6$ до $2,8 \pm 1,5$ ($p < 0,01$) та з $6,3 \pm 2,3$ до $4,3 \pm 1,5$ ($p < 0,01$) відповідно. Більш значна регресія була помічена за шкалою стресу – з $10,3 \pm 3,1$ до $7,5 \pm 1,9$ ($p < 0,01$). Особливо помітним була різниця у вираженості втоми з $28,8 \pm 4,1$ до $20 \pm 1,2$ ($p < 0,01$). Примітним є те, що достовірно значущих змін у когнітивній сфері по шкалі MMSE ($p = 0,845$) не спостерігалось.

Застосування комбінації лікарських засобів едаравону, L-карнітину/L-аргініну та ксилітолу призводить до зменшення астеничного синдрому, що, в свою чергу, позитивно впливає на редукцію когнітивних проявів Long-COVID у вигляді «brain fog».

9. Лікар-невропатолог, лікарські засоби едаравон, L-карнітин/L-аргінін та ксилітол, клініко-неврологічне та нейропсихологічне дослідження з використанням шкал для оцінки когнітивної функції (MMSE), емоційного статусу (DASS-21), втоми (FAS) та розроблена нами шкала оцінки неврологічного дефіциту (МОНД).

10. Неврологічні прояви Long-COVID.

11. Немає.

12. Ускладнення не спостерігалися.

13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.

14. Відсутні.

15. Черній В. І., Черній Т. В., Фокіна Д. О.

Контактна особа: Черній Т. В., +380505771337.

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕМЕНЦІЄЮ

2. НДР «Оптимізація діагностики, прогнозування та профілактики нейропсихологічних розладів при органічних захворюваннях нервової системи», номер державної реєстрації: 0120U104165, 2020-2024 рр.

3. Психіатрія.

4. 2+; С.

5. Деклараційний патент на корисну модель UA № 142951 України, МПК А61К 31/00; А61Р 25/00; А61Р 25/24 (2006.01); А61Р 25/28 (2006.01). Спосіб лікування та профілактики депресивних розладів у пацієнтів з деменцією / Гринь К. В., Скрипніков А. М., Луценко Р. В., Герасименко Л. О., Рябушко М. М., Власова О. В. – u 2019 11027; заявл. 08.11.2019; опубл. 10.07.2020. Бюл.№ 13

6. Гринь К. В. Депресії пізнього віку: поширеність та клініко-психопатологічні особливості / К. В. Гринь // Український журнал медицини, біології та спорту. – 2020. – Т. 5, № 3 (25). – С. 40–45.

7. Спосіб лікування та профілактики депресивних розладів у пацієнтів з деменцією включає комплексне застосування антидепресивної терапії та відрізняється тим, що додатково пацієнтам призначається мемантин, який приймається перорально 1 раз на добу у дозі 10 мг зранку однократно.

8. *Медичні:* Застосування даного способу лікування та профілактики депресивних розладів у пацієнтів з деменцією допомагає в терапії пацієнтів з деменцією та супутнім депресивним синдромом у практичній діяльності сімейних лікарів, лікарів-психіатрів, невропатологів, як в умовах стаціонару, так і в амбулаторній практиці, що дозволить суттєво підвищити ефективність існуючих на сьогодні терапевтичних стратегій. *Соціальні:* спосіб лікування та профілактики депресивних розладів у пацієнтів з деменцією дозволяє підвищити ефективність лікування даної нозології та рівень життя хворих та осіб, які здійснюють за ними догляд. *Економічні:* призначення мемантину в комбінації з антидепресивною терапією дозволяє знизити витрати на лікування пацієнтів, знизити необхідність додаткового призначення ноотропних препаратів, досягти стійкої ремісії депресивного синдрому.

9. Пацієнти з деменцією та депресивним синдромом – шкала Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton Depression Rating Scale, або HAMD-21), шкала тривоги Гамільтона (Hamilton Anxiety Rating Scale, або HARS), шкала глобального клінічного враження для оцінки тяжкості захворювання CGI-S (Clinical Global Impression Scale Severity), шкала глобального клінічного враження для оцінки покращення CGI-I (Clinical Global Impression Scale Improvement).

10. Для створення способу лікування та профілактики депресивних розладів у пацієнтів з деменцією у пацієнтів в загальній практиці сімейній медицині, геронтології, неврології, клінічній психіатрії.

11. Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якого компонента препарату.

12. Запаморочення, порушення ходи, судоми, порушення рівноваги, закріп, артеріальні гіпертензія. При виникненні побічних реакцій – відміна препарату під контролем лікаря.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Гринь К. В., Дельва М. Ю., Дельва І. І., Пінчук В. А.

Контактна особа: Гринь К. В., +380668126498.

ОНКОХІРУРГІЯ, КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ

Реєстр № 74/9/23

1. АЛГОРИТМ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ХВОРИХ НА КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ПРОТИПУХЛИННОГО ЛІКУВАННЯ

2. НДР «Розроблення алгоритму психологічного супроводу хворих на колоректальний рак на різних етапах лікування», номер державної реєстрації: 0120U103299.

3. Медична психологія.

4. 3; D.

5. Assessment of distress dynamics and quality of life of cancer patients at the stage of radiation therapy and possibilities of their correction / M. Krasnoselskyi, O. Kyrylova, T. Rubliova, A. Svyrenko, S. Artiukh // Probl. Radiat. Med. Radiol. – 2022. – Vol. 27. – P. 357–366.

6. Немає.

7. Спосіб полягає у визначенні та корекції мішеней для психологічної роботи з пацієнтом, специфічних для окремих етапів протипухлинного лікування колоректального раку.

Психодіагностика визначає характеристики психоемоційного стану (ступінь емоційного стресу, тривоги, астенії, депресії, фрустрованості), сприйняття змін функціонування тіла, наявність ознак психічних реакцій та розладів, оцінку суїцидального ризику, рівень інформування та мотивації до подальшого лікування, рівень якості життя.

Для психокорекції пропонуються заходи та техніки психологічної роботи, які в залежності від етапу спеціалізованого протипухлинного лікування

відрізняються за змістом (від потреби у інформуванні до необхідності психокорекції емоційного стану) та інтенсивністю (від ситуаційно-обумовлених наявністю психологічних реакцій до клінічно виражених психічних розладів). Оцінка ефективності проведеної роботи, визначення динаміки показників якості життя, моніторингу змін у психоемоційному стані пацієнтів, проводиться шляхом повторної психодіагностики.

8. Застосування запропонованих заходів дозволить підвищити ефективність психологічного супроводу хворих на колоректальний рак на різних етапах протипухлинного лікування, підвищити рівень якості їх життя та мотивацію на подальше лікування, знизити ризики виникнення психічних розладів.

9. Кадрові ресурси: клінічний психолог. Інструментальне обладнання: Distress Thermometer (J. Holland), Hospital Anxiety And Depression Scale, HADS (A. S. Zigmond, R. P. Snaith), Modified Scale for Suicide Ideation, MSSSI (F. Miller at all), Structured Clinical Interview for DSM-III-R, SF-36.

10. Хворі на колоректальний рак в процесі спеціалізованого лікування.

11. Немає.

12. Відмова пацієнта від співпраці із психологом, психіатричні захворювання.

13. ДУ «Інститут медичної радіології та онкології ім. С. П. Григор'єва НАМН України», 61024, Харків, вул. Пушкінська, 82.

14. Немає.

15. Красносельський М. В., Кирилова О. О.

Контактна особа: Кирилова О. О., +380505989026.

ОРТОПЕДІЯ І ТРАВМАТОЛОГІЯ

Реєстр № 75/9/23

1. ЕЛАСТИЧНИЙ ОБВІДНИЙ РАНОРозШИРЮВАЧ

2. НДР «Функціональне лікування переломів плечової кістки», номер державної реєстрації: 0117U004682, 2017-2021 рр.

3. Ортопедія і травматологія.

4. 2+; С.

5. Патент на корисну модель № 144155 Україна, МПК А 61 В 17/02 (2006.01). Еластичний обвідний ранорозширювач / С. О. Литовченко, О. В. Пелипенко, О. С. Ковальов; заявник і патентовласник Українська медична стоматологічна академія. – № у 2020 01133; заявл. 21.02.20; опубл. 10.09.20, Бюл. № 17.

6. Немає.

7. Після виконання хірургічного доступу в ділянці кінцівки встановлюється один з гачків еластичного обвідного ранорозширювача у рані, а потім, обводячи другим гачком, закріпленим на еластичному з'єднанні навколо кінцівки, фіксує гачок у рані з протилежного боку. За необхідності виконується регулювання натягу регулювальним елементом. У ході операції можливо почергово переміщати гачки вгору чи вниз по рані без додаткових налаштувань.
8. Еластичний обвідний ранорозширювач зменшує потребу у асистенті, компактний, легкий, має меншу вартість, ніж існуючі механічні ранорозширювачі, можливість коригування положення та ступеню відкриття рани шляхом зменшення ішемії і травматизації тканин та загалом спрощує роботу хірурга.
9. Гачки з нержавіючої сталі, еластичний джгут.
10. Еластичний обвідний ранорозширювач може бути корисний при оперативних втручаннях на кінцівках для розведення і фіксації ран у потрібному положенні для спрощення роботи хірурга.
11. Відсутні.
12. Відсутні.
13. Полтавський державний медичний університет.
14. Відсутнє.
15. Пелипенко О. В., Ковальов О. С., Литовченко С. О.
Контактна особа: Ковальов О. С., +380661617110.

Реєстр № 76/9/23

1. РЕПОЗИЦІЙНИЙ ЗАТИСКАЧ «ШИЛОЦАПКА»
2. НДР «Функціональне лікування переломів плечової кістки», номер державної реєстрації: 0117U004682, 2017-2021 рр.
3. Ортопедія і травматологія.
4. 2+; С.
5. Патент 151189 Україна, МПК А 61 В 17/30 (2006.01), А 61 В 17/56 (2006.01), Репозиційний затискач «шилоцапка» / С. О. Литовченко, О. В. Пелипенко, О. С. Ковальов; заявник і патентовласник Полтавський державний медичний університет. – № u 2021 07436; заявл. 20.12.21; опубл. 15.06.22, Бюл. № 24.
6. Немає.
7. Після виконання хірургічного доступу і при необхідності проведення репозиції уламку хірург встановлює гостру лапку в уламок, а потім, фіксує уламок в інструменті загнутою лапкою. За необхідності виконується фіксація положення інструменту, використовуючи кремальєри. У ході операції хірург може змінювати положення уламку, зафіксованого в репозиційному затискачі «шилоцапка», змінювати його положення.

8. Репозиційний затискач «шилоцапка» зменшує потребу у асистенті, компактний, легкий, має меншу вартість, ніж існуючі, дає можливість зручного і точного проведення репозиції або переміщення кісткових уламків у рані та загалом спрощує роботу хірурга.

9. Затискач з нержавіючої сталі.

10. Репозиційний затискач «шилоцапка» може бути використаний при проведенні оперативних втручаннях на кінцівках з метою спрощення роботи хірурга.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Пелипенко О. В., Ковальов О. С., Литовченко С. О.

Контактна особа: Ковальов О. С., +380661617110.

ПЕДІАТРІЯ

Реєстр № 77/9/23

1. ОПТИМІЗАЦІЯ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З ОРГАНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

2. НДР «Клініко-метаболичні та імуно-генетичні особливості перебігу органічних захворювань та соматоформних розладів у дітей», номер державної реєстрації: 0120U101080.

3. Педіатрія.

4. 2+; С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Спосіб полягає у включенні до патогенетичної терапії дітей з органічними захворюваннями та соматоформними розладами дихальної системи вітаміну Д3 протягом 30-45 днів.

8. *Медичний:* корекція дефіциту вітаміну Д3, який виявили у 82,3 % дітей з органічними захворюваннями і соматоформними розладами дихальної системи, особливо у хворих дітей на бронхіальну астму, що сприятиме покращенню емоційного стану, оскільки вітамін Д приймає участь в метаболізмі триптофану в серотонін, імунореактивності хворих дітей, оскільки метаболіти вітаміну Д приймають участь в диференціації і дозріванню клітин імунної системи; *соціальний:* покращення емоційного стану дітей, особливо підліткового віку, сприятиме їх кращій адаптації в

суспільстві; *економічний*: покращення імунітету зменшить частоту простудних хвороб, як тригерів розвитку пневмонії та бронхіальної астми, що сприятиме зменшенню зниження матеріальних затрат як сім'ї, так і суспільства.

9. Кадрові ресурси: лікар-педіатр, лікар сімейної практики, дитячий пульмонолог, лікар-лаборант; препарати вітаміну Д.

10. Корекція дефіциту вітаміну Д в організмі дітей з органічними захворюваннями та соматоформними розладами дихальної системи.

11. Підвищена чутливість до компонентів препарату, гіпервітаміноз, гіперкальціємія, активна форма туберкульозу легенів.

12. Гіпервітаміноз.

13. Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова МОЗ України, 01018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

14. Немає.

15. Пипа Л. В., Свістільник Р. В., Лисиця Ю. М., Одарчук І. В., Руда В. І., Невоя М. В.

Контактна особа: Невоя М.В., +380977998667.

Реєстр № 78/9/23

1. ДІАГНОСТИКА ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ З ОРГАНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

2. НДР «Клініко-метаболичні та імунно-генетичні особливості перебігу органічних захворювань та соматоформних розладів у дітей», номер державної реєстрації: 0120U101080.

3. Педіатрія.

4. 2+; С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Спосіб полягає в дослідженні у дітей з органічними захворюваннями та соматоформними розладами дихальної системи їх емоційного стану з наступною корекцією, оскільки за шкалою М. Ковач у 52,6 % дітей з даною патологією виявлено різного ступеню важкості соматизовану депресію, а за допомогою тест-опитувальника Спілбергера-Ханіна тяжкого ступеня особистісна і реактивна тривожність спостерігалась в 42,8 % та 19,1 % дітей, відповідно.

8. *Медичний*: вчасне виявлення афективних станів у дітей з органічними захворюваннями та соматоформними розладами дихальної системи з наступною їх корекцією сприятиме покращенню їх емоційного стану та стресостійкості; *соціальний*: покращення емоційного стану дітей, особливо підліткового віку, сприятиме їх кращій адаптації в суспільстві; *економічний*:

вчасне виявлення і корекція афективних порушень, покращення стресостійкості призведуть до зменшення частоти і важкості перебігу захворювань взагалі і органів дихання, зокрема, що сприятиме зменшенню зниження матеріальних витрат як сім'ї, так і суспільства.

9. Кадрові ресурси: лікар-педіатр, лікар сімейної практики, дитячий пульмонолог, дитячий психолог; дитячі шкали тривоги та депресії.

10. Органічні захворювання та соматоформні (психосоматичні) розлади дихальної системи у дітей.

11. Немає.

12. Можливі неправдиві відповіді дітей при заповненні ними анкет, оскільки шкали лаконічні, прості та зрозумілі респондентам.

13. Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова МОЗ України, 01018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

14. Немає.

15. Пипа Л. В., Свістільник Р. В., Лисиця Ю. М., Одарчук І. В., Філик А. В., Невоя М. В.

Контактна особа: Невоя М. В., +380977998667.

Реєстр № 79/9/23

1. СПОСІБ ПЕРСОНІФІКОВАНОГО ГЕНОТИП-АСОЦІЙОВАНОГО ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ФЕНОТИПІВ ПОЛІОРГАННОГО УРАЖЕННЯ ПРИ АТОПІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ МЕТОДОМ ВИЗНАЧЕННЯ ГЕНОТИПІВ С/Т rs_7927894 ГЕНА *FLG*, Т/Т АБО С/Т rs_7216389 ГЕНА *ORMDL3*, А/А rs_11466749 ГЕНА *TSLP* ТА С/Г SNV rs41423247 ГЕНА *hr-NR3C1*

2. НДР «Генотип-асоційована персоналізація діагностичного та лікувального процесу у дітей з хворобами респіраторної, ендокринної та травної систем», номер державної реєстрації: 0118U006629, 2018-2023 рр.

3. Педіатрія.

4. 2++.

5. Немає.

6. Немає.

7. Атопічні захворювання (АЗ) у дітей є хронічною патологією, яка вражає не менш ніж 10% глобальної дитячої популяції (Belgrave та співавт., 2015). За топографією, АЗ можуть уражати шкіру - атопічний дерматит (АД), верхні дихальні шляхи (і, можливо, орган зору) – сезонний алергічний риніт (риноконьюнктивіт) / цілорічний алергічний риніт (риноконьюнктивіт) (САР(К)/ЦАР(К)) або нижні дихальні шляхи - бронхіальна астма (БА). Фенотипи АЗ з полі-органним ураженням зустрічаються частіше ніж фенотипи з моно-органним ураженням незалежно від IgE-опосередкованої сенсibiliзації (Pinart та співавт., 2014). Це становить значну медико-соціальну проблему через виникнення фізичних, психологічних та

академічних обмежень та інвалідизації у дітей різних вікових груп. Одна зі складових цієї проблеми - відсутність персоніфікованих маркерів прогнозу розвитку фенотипів полі-органного ураження при АЗ у дітей, незважаючи на наявність досліджень, які вказують на асоціації однонуклеотидних варіантів (SNV) генів філагрину (*FLG*, зокрема, SNV rs7927894 *FLG* (Дитятковський та співавт., 2021)), орсомукоїд-1 подібного білка 3 (*ORMDL3*, зокрема rs_7216389 *ORMDL3* (Дитятковський та співавт., 2019)), тимічного стромального лімфопоєтину (*TSLP*, зокрема rs_11466749 *TSLP* (Dytiatkovskiy та співавт., 2021) та людського глюкокортикоїдного рецептору (*hr-NR3C1*, зокрема rs41423247 *hr-NR3C1* (Pietras та співавт., 2011)).

Пропонується спосіб персоніфікованої предиктивної генотип-асоційованої діагностики ризику розвитку фенотипів полі-органного ураження при АЗ у дітей: АД+САР(К)/ЦАР(К) або розгорнутого полі-органного фенотипу АД+САР(К)/ЦАР(К)+БА через визначення генотипів С/Т rs_7927894 *FLG*, Т/Т або С/Т rs_7216389 *ORMDL3*, А/А rs_11466749 *TSLP* та С/Г SNV rs41423247 *hr-NR3C1* методом полімеразної ланцюгової реакції з рестриктивним фрагментом довжини поліморфізму у реальному часі (qPCR). У дослідженні взяли участь діти віком від 3 до 18 років. Основну групу склали 293 пацієнти, які хворіли на моно- та полі-органні фенотипи АЗ, контрольну - 105 пацієнтів без клінічних або біохімічних ознак атопії, хворих на патологією ШКТ. Результати вважались достовірними при $p < 0,05$.

Отримані достовірно підвищений у 3,57 рази (95%ДІ 1,02-12,52) ризик розвитку фенотипу АД+САР(К)/ЦАР(К) відносно моно-органного фенотипу АД для носіїв комбінованого генотипу С/Т rs_7927894 *FLG* + Т/Т rs_7216389 *ORMDL3* та підвищений у 2,71 рази (95% ДІ 1,01-7,40) ризик розвитку фенотипу АД+САР(К)/ЦАР(К) відносно фенотипу САР(К)/ЦАР(К) для комбінації С/Т rs_7927894 *FLG* + С/Г SNV rs41423247 *hr-NR3C1*.

Для розгорнутого полі-органного фенотипу АД+САР(К)/ЦАР(К)+БА відносно моно-органного фенотипу БА отримано достовірно підвищений ризик розвитку у 6,67 рази (95%ДІ 1,27-33,33) у носіїв комбінованого генотипу С/Т rs_7927894 *FLG* + С/Г SNV rs41423247 *hr-NR3C1*.

Розгорнутий фенотип АД+САР(К)/ЦАР(К)+БА має наступні достовірні ризики розвитку відносно фенотипу САР(К)/ЦАР(К): підвищений у 2,79 рази (95%ДІ 1,03-7,53) для носіїв комбінованого генотипу С/Т rs_7927894 *FLG* + С/Т rs_7216389 *ORMDL3*; підвищений у 2,74 рази (95%ДІ 1,04-7,18) для носіїв комбінованого генотипу С/Т rs_7927894 *FLG* + А/А rs_11466749 *TSLP*; підвищений у 3,50 рази (95%ДІ 1,15-10,63) для носіїв комбінованого генотипу С/Т rs_7927894 *FLG* + С/Г SNV rs41423247 *hr-NR3C1*.

8. Переваги, які будуть отримані внаслідок упровадження даного нововведення: *медичні*: попередження розвитку фенотипів з полі-органним ураженням при АЗ у дітей за рахунок активної елімінаційної профілактики та фармакотерапії дітей з визначеними генотипами; *соціальні*: підвищення якості життя – фізичних, психологічних та академічних можливостей - дітей з АЗ за рахунок попередження розвитку більш тяжких фенотипів з полі-

органним ураженням (шкіра, верхні дихальні шляхи, орган зору, нижні дихальні шляхи); *економічні*: зменшення видатків на рутинну лабораторну діагностику і лікування дітей з полі-органними фенотипами АЗ - АД+САР(К)/ЦАР(К), АД+САР(К)/ЦАР(К)+БА.

9. 1) Лікар-алерголог дитячий; 2) Лікар-лаборант; 3) Лаборант; 4) зонд для буккального зішкрібу на зразки ДНК; 5) сертифікований набір для алельного дискримінаційного аналізу за SNV rs7927894, rs_7216389, rs_11466749 та rs41423247 методом полімеразної ланцюгової реакції з рестриктивним фрагментом довжини поліморфізму у реальному часі (qPCR).

10. 1) наявність АЗ у сімейному анамнезі; 2) регулярна експозиція до облігатних алергенів; 3) клінічно встановлений та лабораторно підтверджений діагноз моно-органних фенотипів АЗ.

11. Немає.

12. 1) невірне визначення варіантів SNV rs7927894 гена *FLG*, та/або rs_7216389 гена *ORMDL3*, та/або rs_11466749 гена *TSLP*, та/або rs41423247 гена *hr-NR3C1* – для запобігання або усунення потрібно дотримуватись протоколів виділення ДНК зі зразків та алельного дискримінаційного аналізу на зазначені генотипні варіанти методом qPCR і застосування лише сертифікованих реактивів та спеціалізованого обладнання; 2) невідповідність отриманих варіантів генотипів клінічним фенотипам АЗ у дітей в ході катамнестичного спостереження – для запобігання або усунення дотримуватись стандартів елімінаційної профілактики у дітей з генотип-асоційованих груп ризику та раціональної фармакотерапії у дітей з встановленими моно-органними фенотипами АЗ.

13. Дніпровський державний медичний університет.

14. Немає.

15. Дитятковський В. О.

Контактна особа: Дитятковський В. О., +380675654849.

Реєстр № 80/9/23

1. ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ РАНЬОГО ВІКУ ІЗ ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ

2. НДР «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні», номер державної реєстрації 0115U002852, «Хронологічні аспекти діяльності серцево-судинної системи у дітей шкільного віку з порушеннями артеріального тиску», номер державної реєстрації: 0117U002357.

3. Соціальна медицина, Педіатрія.

4. 2++В.

5. Пат. 138353 Україна, МПК (2006.01), G01N 33/50 Спосіб підвищення якості системи надання медичної допомоги дітям із інфекційно-запальними

захворюваннями сечостатевої системи / Безрук В. В., Шкробанець І. Д., Безрук Т. О., Іванчук М. А., Махрова Є. Г., Гончарук Л. М., Веля М. І.; Заявка № u2019105068 від 13.05.2019; Опубл. 25.11.2019, бюл. № 22.

6. Немає.

7. Спосіб підвищення якості системи надання медичної допомоги дітям раннього віку із інфекційно-запальними захворюваннями сечостатевої системи шляхом чітко регламентованої етапності та об'ємів лікування, що базуються на принципах доказової медицини та розроблено за існуючими методиками національними та/або фаховими медичними асоціаціями країн-членів Європейського Союзу для лікування інфекційно-запальних захворювань сечостатевої системи дитячого населення на первинному рівні надання медичної, згідно з яким призначають антибактеріальну терапію, посиндромну терапію та терапію запобігання рецидиву інфекційно-запальними захворюваннями сечостатевої системи серед дитячого населення на регіональному рівні. При цьому щороку проводять бактеріологічне дослідження сечі із визначенням етіологічної структури уропатогенів та їхньої чутливості до антибактеріальних засобів у дітей із інфекційно-запальними захворюваннями сечостатевої системи, за результатами якого та їх динамікою визначають етіологічний спектр та антибактеріальну резистентність серед основних груп збудників інфекцій сечостатевої системи в залежності від вікових та гендерних відмінностей, на основі чого при проведенні антибактеріальної терапії на первинному рівні надання медичної допомоги вибирають та призначають найбільш оптимальний препарат або комбінацію препаратів для лікування інфекційно-запальних захворювань сечостатевої системи серед дитячого населення.

8. Запропонований спосіб дозволяє підвищити якість надання медичної допомоги дітям раннього віку із інфекційно-запальними захворюваннями сечостатевої системи на регіональному рівні та дає можливість переглянути 2 терапевтичні схеми лікування інфекційно-запальних захворювань сечостатевої системи на первинному рівні надання медичної допомоги з урахуванням щорічного регіонального бактеріологічного дослідження у межах загальнодержавного стандарту лікування за рахунок диференційованого підходу до застосування антибактеріальних препаратів, як патогенетичного лікування даної патології.

Медичний: оптимізація профілактичного, лікувального та організаційного аспектів діяльності національної та регіональних систем охорони здоров'я.

Соціальний: покращання якості життя та здоров'я дитячого населення раннього віку за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів.

Економічний: скорочення середньої тривалості лікування пацієнтів.

9. Немає.

10. Покращення стану здоров'я дитячого населення раннього віку регіону.

11. Немає.

12. Немає.

13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, 58002,

Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2.

14. Національна академія медичних наук України: 04050, м. Київ, вул. Герцена, 12.

15. Безрук В. В., Шкробанець І. Д., Доманчук Т. І., Андрійчук Т. П., Первозванська О. І.

Контактна особа: Безрук В. В., +380509013635.

Реєстр № 81/9/23

1. ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ ІЗ ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ НА ТЛІ ПАНДЕМІЇ COVID-19

2. НДР «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні», номер державної реєстрації: 0115U002852, «Хронологічні аспекти діяльності серцево-судинної системи у дітей шкільного віку з порушеннями артеріального тиску», номер державної реєстрації: 0117U002357.

3. Соціальна медицина, Педіатрія.

4. 2++В.

5. Пат. 138353 Україна, МПК (2006.01), G01N 33/50 Спосіб підвищення якості системи надання медичної допомоги дітям із інфекційно-запальними захворюваннями сечостатевої системи / Безрук В. В., Шкробанець І. Д., Безрук Т. О., Іванчук М. А., Махрова Є. Г., Гончарук Л. М., Веля М. І.; Заявка № u2019105068 від 13.05.2019; Опубл. 25.11.2019, бюл. № 22.

6. Немає.

7. Згідно з офіційними статистичними даними у структурі первинної захворюваності населення в державі відмічається негативна динаміка збільшення питомої ваги хвороб сечостатевої системи; щодо хвороб сечостатевої системи серед дітей 0-17 років - найбільш поширеними є мікробно-запальні захворювання - інфекції сечової системи (ІСС).

Раціональний підхід до призначення антибактеріальної терапії у разі COVID-19 покращує виживання та зменшує витрати на лікування конкретного пацієнта, а також підвищує сприйнятливість збудників антибактеріальної терапії при довгостроковій перспективі. В основу поставлено задачу удосконалити систему надання нефрологічної допомоги дітям із ІСС на тлі пандемії COVID-19 шляхом щорічного проведення бактеріологічного дослідження сечі із визначенням етіологічної структури уропатогенів та їхньої чутливості до антибактеріальних засобів у дітей, за результатами якого та їх динамікою визначають етіологічний спектр та антибактеріальну резистентність серед основних груп збудників інфекцій сечової системи в залежності від вікових та тендерних відмінностей, на основі чого при проведенні антибактеріальної

терапії вибирають та призначають найбільш оптимальний препарат для лікування.

8. Запропонований спосіб дозволяє ефективно оптимізувати систему надання спеціалізованої медичної допомоги дитячому населенню із ІСС на регіональному рівні, що дає можливість переглянути терапевтичні схеми лікування інфекційно-запальних захворювань сечостатевої системи з урахуванням щорічного регіонального бактеріологічного дослідження у межах 2 загальнодержавного стандарту лікування за рахунок диференційованого підходу до емпіричного, в першу чергу на амбулаторному етапі, застосування антибактеріальних препаратів, як патогенетичного лікування даної патології.

Медичний: оптимізація профілактичного, лікувального та організаційного аспектів діяльності національної та регіональних систем охорони здоров'я.

Соціальний: покращання якості життя та здоров'я дитячого населення за рахунок підвищення ефективності лікувальних заходів. *Економічний:* скорочення середньої тривалості лікування пацієнтів.

9. Немає.

10. Покращення стану здоров'я дитячого населення регіону.

11. Немає.

12. Немає.

13. Буковинський державний медичний університет МОЗ України, 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2.

14. Національна академія медичних наук України: 04050, м. Київ, вул. Герцена, 12.

15. Безрук В. В., Шкробанець І. Д., Доманчук Т. І., Андрійчук Т. П., Первозванська О. І.

Контактна особа: Безрук В. В., +380509013635.

Реєстр № 82/9/23

1. СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ ТОНЗИЛІТАМИ, РИНОСИНУСИТАМИ, СТОМАТИТАМИ І ОТИТАМИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРЕПАРАТУ НА ОСНОВІ *Streptococcus salivarius* K12 ТА ВІТАМІНУ D

2. НДР «Оптимізація ранньої діагностики, лікування та визначення прогнозу найбільш поширених захворювань дитячого віку», номер державної реєстрації: 0122U001876, 2022-2026 рр.

3. Педіатрія.

4. 2+; С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Запропонований спосіб комплексної терапії дозволяє скоротити терміни лікування дітей з гострими респіраторними захворюваннями, а також зменшити потребу в призначенні антибактеріальних препаратів. У групі

дітей віком від 3 до 7 років, які отримували препарат Бактобліс® впродовж 10 днів у комплексі з протокольною схемою лікування гострого риносинуситу, тонзиліту, стоматиту і отиту спостерігалось достовірне покращення перебігу захворювання ($p < 0,01$) та більш швидкий регрес клінічної симптоматики. Окрім того, у досліджуваних пацієнтів у 1,5–2 рази рідше виникала необхідність у застосуванні антибактеріальних препаратів. Отримані результати демонструють перевагу комбінації стандартної схеми лікування гострих респіраторних захворювань верхніх дихальних шляхів у дітей із 10-денним курсом препарату Бактобліс® у порівнянні з результатами, отриманими в групі контролю.

8. В результаті проведених досліджень було встановлено, що препарат на основі *Streptococcus salivarius* K12 та вітаміну D (Бактобліс®) у формі саше здатний достовірно зменшити тривалість гострої респіраторної патології, а також частоту застосування антибактеріальних препаратів у дітей з гострими тонзилітами, риносинуситами, стоматитами і отитами, що розширює можливості використання *Streptococcus salivarius* K12 у комплексному лікуванні захворювань дихальних шляхів та лор-органів у дітей у періоді загострення. *Медична* ефективність: позитивний вплив комплексного лікування дітей з гострими вірусними захворюваннями виявляється у підвищенні антимікробної відповіді та нормалізації співвідношення цитокінів-хелперів 1-го та 2-го типів. Під дією вітаміну D3 активується транскрипція пептидів, що володіють широким спектром дії щодо багатьох видів бактерій, вірусів та грибів. *Соціальна* ефективність: удосконалення персоніфікованого лікування дітей з гострими респіраторними захворюваннями шляхом попередження ризику бактеріальних ускладнень. *Економічна* ефективність: зменшення вартості лікування у 1,5-2 рази за рахунок зниження застосування антибактеріальних препаратів.

9. Лікар-педіатр, лікар-отоларинголог дитячий, лікар загальної практики, лікарські засоби, які використовувались: препарат Бактобліс® на основі *Streptococcus salivarius* K12 (у формі саше); Paracetamol, Ibuprofen; бензидаміну гідрохлорид (Benzylaminum), біклотимол (Biclotymolum); Тонзипрет® (Tonsipret®), екстракт з коренів пеларгонії (*Pelargonium reniforme/sidoides*, EPs-7630); комбіновані вушні краплі (Phenazone + lidocaine); при бактеріальних ускладненнях - амоксицилін (Amoxicillinum) або азитроміцин (Azithromycin).

10. Враховуючи здатність *Streptococcus salivarius* K12, як респіраторного пробіотика, колонізувати слизову оболонку ротової порожнини і носоглотки, конкуруючи та витісняючи патогенну мікрофлору, а вітаміну D 3 реалізовувати свій неспецифічний протизапальний ефект, цілком раціонально застосувати даний пробіотичний штам на тлі гострого перебігу респіраторних захворювань у дітей.

11. Діти з вродженою патологією бронхолегеневої системи або аномаліями щелепно-лицьової області, імунодефіцитами, тяжкими соматичними та

аутоімунними захворюваннями, туберкульозом, а також діти, які мали в анамнезі епізоди рекурентного візінга.

12. Відсутні.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Немає.

15. Крючко Т, Несіна І., Ткаченко О., Кушнерева Т., Кузьменко Н., Мельник М.

Контактна особа: Несіна І. М., тел.+380506004708.

Реєстр № 83/9/23

1. СПОСІБ ПЕРСОНІФІКОВАНОГО ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНО НЕЗДОРОВОГО ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ З ЛАКТАЗНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

2. НДР «Прогнозування розвитку дитячих захворювань, асоційованих з цивілізацією», номер державної реєстрації: 0120U101324, 2020-2022 рр.

3. Педіатрія.

4. 2++; В.

5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 112818 Монографія «Метаболічно асоційована жирова хвороба печінки», автори: Абатуров О. Є., Нікуліна А. О. від 02.05.2022 р.

Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 112819 Навчально-методичний посібник «Ожиріння та розлади харчової поведінки: діагностика, профілактика і терапія», автори: Абатуров О. Є., Юр'єва Л. М., Нікуліна А. О. та ін. від 02.05.2022 р.

6. Немає.

7. Метаболічно нездорове ожиріння (metabolically unhealthy obesity – MUO), що включає такі компоненти як абдомінальне ожиріння, інсулінорезистентність, дисліпідемію та артеріальну гіпертензію високою мірою спадково опосередковано і викликано комбінацією генетичних та екологічних факторів. Одним із ключових тригерів, який ініціює метазапалення жирової тканини при метаболічно нездоровому ожирінні є мальдігестія лактози, асоційована з одонуклеотидними варіантами (single nucleotide variants – SNV) гена лактази (lactase – *LCT*) та її енхансера компонента 6 типу мініхромосомного комплексу підтримки (minichromosome maintenance complex component 6 – *MCM6*). На основі повного геномного секвенування серед 50 дітей з ожирінням нами визначено 20 SNV гена *LCT* (rs3816088, rs748841, rs6719488, rs3213890, rs2236783, rs2278544, rs375845174, rs147652514, rs3739022, rs2322659, rs3213891, rs116951780, rs140994860, rs17699796, rs35093754, rs2304371, rs148298513, rs3754689, rs4954449, rs147290601) та 11 SNV гена *MCM6* (rs61752701, rs141448886, rs201537325, rs2289049, rs3087353, rs1057031, rs143348934, rs3087348, rs4988270, rs2070068, rs141917101). Найвищий ризик розвитку MUO серед дітей з ожирінням відмічався при генотипі C/C rs3754689

SNV гена *LCT* (ВШ=3,4; 95% ДІ 1-13,6) з прямим кореляційним зв'язком середньої сили ($V=0.278$; $C=0.268$; $C'=0.379$), $p<0.05$. Серед 80 дітей віком 6-18 років з генотипом C/C rs3754689 SNV гена *LCT*, асоційованого з лактазною недостатністю, генотипованих за допомогою полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі нами було сформовано дві групи порівняння по 40 осіб в кожній, рівнозначних у віковому та гендерному відношенні. Додаткове призначення ферменту лактази рослинного походження (*Kluyvermices lactis*), що містив 3000 ALU тричі на день протягом 1 місяця дітям першої групи призвело до зниження рівня індексу НОМА-IR у хворих дітей в 1,9 рази з 7,36 до 3,9; зниження значення водневого дихального тесту з навантаженням лактозою на 15 ppm з 36 до 21 ppm та перехід від метаболічно нездорового ожиріння до метаболічно здорового ожиріння у 85% випадків, в порівнянні з дітьми, що отримували лише стандартну терапію, у яких динаміка зниження показників не була статистично верифікованою.

8. Можливий вплив на показники здоров'я населення: даний Спосіб персоніфікованого прогнозування та лікування метаболічно нездорового ожиріння у дітей з лактазною недостатністю спрямований на удосконалення персоніфікованого ведення хворих з метаболічно - асоційованими хворобами цивілізації, зниження кардіоваскулярного ризику та покращення якості життя. *Медична* ефективність: поліпшення стану метаболічного здоров'я серед дітей групи високого ризику розвитку метаболічних порушень з генотипом C/C rs3754689 SNV гена *LCT*. *Соціальна* ефективність: удосконалення персоніфікованого ведення хворих з ожирінням, профілактики інвалідності з дитинства. *Економічна* ефективність: зменшення вартості лікування у 2-2,5 рази за рахунок персоніфікованої терапії дитячих захворювань, асоційованих з цивілізацією.

9. Лікар-ендокринолог дитячий; лікар-лаборант; щіточка для буккального зішкрябу; сертифікований набір для алельного дискримінаційного аналізу SNV rs3754689 гена *LCT* методом полімеразної ланцюгової реакції у реальному часі.

10. Обтяжений родинний анамнез за метаболічно-асоційованими хворобами.

11. Немає.

12. Хибне визначення генотипів rs3754689 SNV гена *LCT* (для попередження чітко дотримуватись протоколу виділення ДНК rs3754689 SNV гена *LCT* методом полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі з використанням лише сертифікованих реактивів та спеціалізованого обладнання).

13. Дніпровський державний медичний університет.

14. Немає.

15. Абатуров О. Є., Нікуліна А. О.

Контактна особа: Нікуліна А. О., +380677399385.

1. СПОСІБ ПЕРСОНІФІКОВАНОГО ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ НЕКРОТИЗУЮЧОГО ЕНТЕРОКОЛІТУ В НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

2. НДР «Генотип-асоційована персоналізація діагностичного та лікувального процесу в дітей з хворобами респіраторної, ендокринної та травної систем», номер державної реєстрації: 0118U006629, 2020-2023 рр.

3. Педіатрія.

4. 2++, В.

5. Немає

6. Немає

7. Некротизуючий ентероколіт - одна з провідних причин смертності немовлят та найчастіша гастроінтестинальна патологія в неонатальних відділеннях інтенсивного догляду. В розвитку запального процесу особливу роль відіграє фактор транскрипції T-bet (T-box binding) - специфічний фактор транскрипції сімейства T-box імунних клітин. Фактор транскрипції T-bet регулює програми транскрипції у відповідь на запальні сигнали типу 1 від рецепторів, стимульованих антигенами, прозапальними цитокінами. Фактор транскрипції Foxp3 сприяє дозріванню та диференціюванню Treg, які відіграють вирішальну роль у підтримці толерантності до власних антигенів і модуляції загальної імунної відповіді проти інфекцій і пухлинних клітин.

Нами обстежено 74 новонароджені дитини. В основну групу ввійшли діти зі строком гестації до 37 тижнів (62 дитини), групу контролю склали доношені новонароджені без ознак НЕК (12 дітей). Визначалась експресія генів факторів транскрипції T-bet, Foxp3 в клітинах зішкребу букальної слизової оболонки новонароджених методом полімеразної ланцюгової реакції зі зворотною транскрипцією в режимі реального часу. Для статистичного аналізу розраховано нормалізовані рівні експресії T-bet, Foxp3 слизових оболонок недоношених немовлят по відношенню до групи контролю, де рівень експресії визначених факторів прийнято за 1 ум.од. Попарне порівняння виявило достовірне підвищення рівня експресії T-bet у дітей з НЕК ($p < 0,01$): 2,36 (1,94; 3,17 ум.од.) проти 1,74 (1,01; 3,27 ум.од.). Нами доведено прямий зв'язок між рівнем T-bet та розвитком НЕК ($r = 0,271$; $p = 0,021$). Встановлено достовірне зниження в 2 рази експресії Foxp3 у дітей з виявленим НЕК (0,11 (0,04; 0,25) ум. од.) порівняно з новонародженими без такої патології (0,22 (0,09; 0,91) ум. од.) ($p < 0,05$).

8. Можливий вплив на показники здоров'я населення: даний Спосіб персоналізованого прогнозування розвитку некротизуючого ентероколіту в недоношених новонароджених спрямований на удосконалення персоналізованого ведення недоношених новонароджених, зниження ризику розвитку подальших ускладнень, покращення якості життя. *Медична ефективність*: поліпшення стану здоров'я дітей, що народились передчасно.

Соціальна ефективність: удосконалення персоніфікованого ведення недоношених новонароджених, профілактики інвалідності з дитинства.
Економічна ефективність: зменшення вартості лікування у 2-2,5 рази за рахунок персоніфікованої діагностики та лікування захворювань кишечника серед недоношених новонароджених.

9. Лікар-педіатр/неонатолог; лікар-лаборант; щіточка для букального зішкрібу; сертифікований набір для визначення експресії T-bet, Foxp3 у клітинах зіскрібка букальної слизової оболонки новонароджених методом полімеразної ланцюгової реакції зі зворотною транскрипцією в режимі реального часу.

10. Показання до застосування: вірогідне порушення харчової толерантності, здуття живота, ознаки порушеної моторики кишечника в недоношених новонароджених дітей.

11. Протипоказання до застосування: наявність ознак запалення слизових оболонок ротової порожнини.

12. Хибне визначення рівня експресії T-bet, Foxp3 (для попередження чітко дотримуватись протоколу визначення експресії T-bet, Foxp3 у клітинах зішкрібу букальної слизової оболонки методом полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі з використанням лише сертифікованих реактивів та спеціалізованого обладнання; уникати забору матеріалу при наявних протипоказаннях).

13. Дніпровський державний медичний університет.

14. Немає.

15. Абатуров О. Є., Товарницька А. О.

Контактна особа: Товарницька А. О., +380966833305.

СТОМАТОЛОГІЯ, ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

Реєстр № 85/9/23

1. МЕТОД ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО АТРОФІЧНОГО КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТУ

2. НДР «Розробка патогенетичної профілактики патологічних змін у порожнині рота осіб із внутрішніми хворобами», номер державної реєстрації: 0121U108263, 2020-2026 рр.

3. Стоматологія.

4. 2+; С.

5. Авторське свідоцтво 109339 UA. Метод лікування хронічного атрофічного кандидозного стоматиту / Н. М. Іленко, А. В. Марченко, І. Ю.

Литовченко, С. Ю. Чечотіна, Е. В. Ніколішина, Н. В. Іленко-Лобач (Україна). - № с202107870; заявл. 01.11.2021; опубл.11.11.2021.

6. Немає.

7. Запропонований метод лікування може бути застосований для підвищення ефективності терапії пацієнтів з хронічним атрофічним кандидозним стоматитом за рахунок застосування в схемі лікування нового антисептичного засобу комплексної дії.

8. Запропонований метод лікування пацієнтів з хронічним атрофічним кандидозним стоматитом ефективний, не має побічної дії, доступний і легкий у виконанні, може бути рекомендований до застосування у терапевтичній стоматології.

Комплексний підхід з додатковим призначенням засобу «Лісобакт Дуо», що нормалізує мікрофлору ротової порожнини, дає тривалий успіх в лікуванні захворювань слизової оболонки порожнини рота, викликаних грибами роду *Candida*, дозволяє досягти стійкої ремісії захворювання.

9. Антимікотичні, гіпосенсибілізуючі, імунобіологічні, вітамінні препарати, засіб «Лісобакт Дуо».

10. Клінічними показаннями до застосування запропонованого методу лікування є прояви симптомів хронічного атрофічного кандидозного стоматита у пацієнтів.

11. Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.

12. Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Литовченко І. Ю., Марченко А. В., Іленко Н. М.; Розколупа Н. В., Ніколішина Е. В., Чечотіна С. Ю.

Контактна особа: Марченко А. В., +380532561237.

Реєстр № 86/9/23

1. МЕТОД ЛІКУВАННЯ ПРОТЕЗНОГО СТОМАТИТУ НА ФОНІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

2. НДР «Розробка патогенетичної профілактики патологічних змін у порожнині рота осіб із внутрішніми хворобами», номер державної реєстрації: 0121U108263), 2020-2026 рр.

3. Стоматологія.

4. 2+; С.

5. Авторське свідоцтво 107053 UA. Метод лікування протезного стоматиту на фоні серцево-судинної недостатності / В. М. Ждан, І. Ю. Попович, В. М. Дворник, О. І. Тесленко, С. Ю. Чечотіна, І. Ю. Литовченко (Україна). - № с202105349; заявл. 26.07.2021; опубл.05.08.2021.

6. Немає.

7. Запропонований метод лікування може бути застосований для терапії протезного стоматиту у пацієнтів на фоні серцево-судинної недостатності.
 8. Позитивний ефект даного методу лікування полягає у досягненні нормалізації стоматологічного та загального статусу пацієнтів з протезним стоматитом на фоні серцево-судинної недостатності після проведення комплексної терапії, а також у динаміці об'єктивного стану слизової оболонки порожнини рота.
 9. Препарат «Коензим Q10», засіб «Пелодекс».
 10. Клінічними показаннями до застосування запропонованого методу є прояви у пацієнтів симптомів протезного стоматиту на фоні серцево-судинної недостатності.
 11. Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.
 12. Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.
 13. Полтавський державний медичний університет, 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
 14. Відсутні.
 15. Ждан В. М., Попович І. Ю., Дворник В. М., Литовченко І. Ю., Тесленко О. І., Чечотіна С. Ю.
- Контактна особа:** Попович І. Ю., +380532561237.

Реєстр № 87/9/23

1. МЕТОД ЛІКУВАННЯ ПРОТЕЗНОГО СТОМАТИТУ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

2. НДР «Розробка патогенетичної профілактики патологічних змін у порожнині рота осіб із внутрішніми хворобами», номер державної реєстрації: 0121U108263, 2020-2026 рр.; НДР «Застосування новітніх технологій для діагностики та лікування функціональної патології зубо-щелепної системи» номер державної реєстрації: 0121U113817, 2022-2026 рр.

3. Стоматологія.

4. 2+; С.

5. Авторське свідоцтво 102722 UA. Метод лікування протезного стоматиту на фоні цукрового діабету / Л. Б. Єрис, О. І. Тесленко, Т. О. Дев'яткіна, І. Ю. Попович, С. Ю. Чечотіна, І. Ю. Литовченко, Н. В. Іленко-Лобач (Україна). - № с202100208; заявл. 22.01.2021; опубл. 19.02.2021.

6. Немає.

7. Запропонований метод лікування пацієнтів, що мають протезний стоматит на фоні цукрового діабету, може бути застосований для підвищення ефективності лікування даної патології, із застосуванням засобів, які стимулюють регенерацію тканин та процеси епітелізації, впливають на антиоксидантний захист організму.

8. Запропонований авторами метод лікування протезного стоматиту на фоні цукрового діабету включає в себе використання вітчизняного препарату політропної дії - для місцевого лікування мазі тіотріазолін 2%, для загальної терапії таблетки тіотріазолін. Новий метод лікування протезного стоматиту на фоні цукрового діабету є комплексним, більш ефективним, у порівнянні з відомими методами, простий у виконанні, може бути рекомендований до застосування у терапевтичній і ортопедичній стоматології.

9. Тіотріазолін у таблетках, 2% мазь тіотріазоліну.

10. Клінічними показаннями до застосування запропонованого методу лікування протезного стоматиту були патологічні зміни слизової оболонки порожнини рота у пацієнтів, хворих на цукровий діабет II типу, які користувались знімними зубними протезами з акрилової пластмаси. Для всіх пацієнтів обов'язковими були рекомендації щодо терапії основного захворювання у лікаря-ендокринолога, раціонального харчування, правильного догляду за ротовою порожниною та за протезами. Лікування пацієнтів дослідної групи вважали ефективним при досягненні позитивних результатів стоматологічного статусу та після обстеження у лікаря-ендокринолога через місяць після застосування методу лікування протезного стоматиту. Позитивну клінічну динаміку відмітили всі пацієнти групи спостереження.

11. Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.

12. Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.

13. Полтавський державний медичний університет, 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

14. Відсутні.

15. Попович І. Ю., Єрис Л. Б., Тесленко О. І., Литовченко І. Ю., Дворник І. Л., Муравльова О. В., Чечотіна С. Ю.

Контактна особа: Попович І. Ю., +380532561237.

Реєстр № 88/9/23

1. МЕТОД ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО СТОМАТИТУ

2. НДР «Розробка патогенетичної профілактики патологічних змін у порожнині рота осіб із внутрішніми хворобами», номер державної реєстрації: 0121U108263, 2020-2026 рр.

3. Стоматологія.

4. 2+; С.

5. Авторське свідоцтво 110375 UA. Марченко А.В. Метод лікування травматичного стоматиту (Україна). - № с202108661; заявл. 30.11.2021; опубл. 16.12.2021.

6. Немає.

7. Запропонований метод лікування може бути застосований для терапії гострого та хронічного травматичного стоматиту у пацієнтів із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота.
 8. Позитивний ефект даного методу лікування полягає у досягненні нормалізації стоматологічного статусу у пацієнтів з гострим та хронічним перебігом травматичного стоматиту.
 9. Спрей «Ротокан ЛФ».
 10. Клінічними показаннями до застосування запропонованого методу лікування є прояви у пацієнтів симптомів гострого та хронічного травматичного стоматиту.
 11. Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.
 12. Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.
 13. Полтавський державний медичний університет, 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
 14. Відсутні.
 15. Марченко А. В.
- Контактна особа:** Марченко А. В., +380532561237.

Реєстр № 89/9/23

1. **МЕТОД ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРОТЕЗНОГО СТОМАТИТУ НА ФОНІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ**
2. НДР «Розробка патогенетичної профілактики патологічних змін у порожнині рота осіб із внутрішніми хворобами» номер державної реєстрації: 0121U108263, 2020-2026 рр.
3. Стоматологія.
4. 2+; С.
5. Авторське свідоцтво 107052 UA. Метод підтримувальної терапії протезного стоматиту на фоні серцево-судинної недостатності / В. М. Ждан, І. Ю. Попович, В. М. Дворник, Л. Б. Єрис, І. Ю. Литовченко, С. Ю. Чечотіна (Україна). - № с202105350; заявл. 26.07.2021; опубл. 05.08.2021.
6. Немає.
7. Запропонований метод підтримувальної терапії може бути застосований для профілактики протезного стоматиту у пацієнтів на фоні серцево-судинної недостатності.
8. Позитивний ефект даного методу підтримувальної терапії полягає у досягненні нормалізації стоматологічного та загального статусу пацієнтів з протезним стоматитом на фоні серцево-судинної недостатності після проведення комплексної терапії, а також у динаміці об'єктивного стану слизової оболонки порожнини рота.
9. Препарат «Коензим Q10», льодяники «Лісобакт ДУО».

10. Клінічними показаннями до застосування запропонованого методу підтримувальної терапії є прояви у пацієнтів симптомів протезного стоматиту на фоні серцево-судинної недостатності.
 11. Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.
 12. Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.
 13. Полтавський державний медичний університет, 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.
 14. Відсутні.
 15. Ждан В. М., Попович І. Ю., Дворник В. М., Литовченко І. Ю., Чечотіна С. Ю., Єрис Л. Б.
- Контактна особа:** Попович І. Ю., +380532561237.

Реєстр № 90/9/23

1. МЕТОД ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО АТРОФІЧНОГО КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТУ

2. НДР «Розробка патогенетичної профілактики патологічних змін у порожнині рота осіб із внутрішніми хворобами», номер державної реєстрації: 0121U108263, 2020-2026 рр.

3. Стоматологія.

4. 2+; С.

5. Авторське свідоцтво 109340 UA. Метод підтримувальної терапії хронічного атрофічного кандидозного стоматиту / Н. М. Іленко, А. В. Марченко, І. Ю. Литовченко, Е. В. Ніколішина, С. Ю. Чечотіна, Н. В. Іленко-Лобач (Україна). - № с202107871; заявл. 01.11.2021; опубл. 11.11.2021.

6. Немає.

7. Метод підтримувальної терапії пацієнтів здійснюється згідно протоколу надання стоматологічної допомоги, включає в себе призначення дієти, проведення заходів спрямованих на усунення або ослаблення індивідуальних для кожного пацієнта патогенетичних факторів, лікування фонової патології, зменшення аутоімунних та алергічних реакцій, підвищення природньої резистентності організму до впливу факторів зовнішнього й внутрішнього середовища, проведення загальнозміцнюючої терапії.

8. Запропонований метод підтримувальної терапії пацієнтів з хронічним атрофічним кандидозним стоматитом ефективний, не має побічної дії, доступний і легкий у виконанні, може бути рекомендований до застосування у терапевтичній стоматології.

9. Антимікотичні, гіпосенсибілізуючі препарати, засіб «Лісобакт Дуо», таблетки «Квертин».

10. Після застосування методу лікування хронічного атрофічного кандидозного стоматиту, пацієнтам було рекомендовано через 3-6 місяців

пройти курс підтримувальної терапії. Позитивну клінічну динаміку відмітили всі пацієнти групи спостереження.

11. Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.

12. Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.

13. Полтавський державний медичний університет, 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

14. Відсутні.

15. Литовченко І. Ю., Марченко А. В., Іленко Н. М., Розколупа Н. В., Чечотіна С. Ю., Ніколішина Е. В.

Контактна особа: Марченко А. В., +380532561237.

Реєстр № 91/9/23

1. МЕТОД ПІДТРИМУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ПРОТЕЗНОГО СТОМАТИТУ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

2. НДР «Розробка патогенетичної профілактики патологічних змін у порожнині рота осіб із внутрішніми хворобами», номер державної реєстрації: 0121U108263, 2020-2026 рр.; НДР «Застосування новітніх технологій для діагностики та лікування функціональної патології зубощелепної системи», номер державної реєстрації: 0121U113817, 2022-2026 рр.

3. Стоматологія.

4. 2+; С.

5. Авторське свідоцтво 102771 UA. Метод підтримуючої терапії протезного стоматиту на фоні цукрового діабету / В. М. Дворник, Т. О. Дев'яткіна, А. В. Марченко, О. І. Тесленко, Л. Б. Єрис, І. А. Ніколішин, І. Ю. Литовченко (Україна). - № с202100210; заявл. 22.01.2021; опубл. 23.02.2021.

6. Немає.

7. Запропонований метод підтримуючої терапії пацієнтів, що мають протезний стоматит на фоні цукрового діабету, може бути застосований для підвищення ефективності лікування даної патології, шляхом впливу на антиоксидантну компоненту організму людини та безпосередньо на слизову оболонку протезного ложа.

8. Запропонований метод підтримуючої терапії пацієнтів з протезним стоматитом на фоні цукрового діабету ефективний, не має побічної дії, доступний і легкий у виконанні, покращує пристосування слизової оболонки порожнини рота до базису знімного протеза; може бути рекомендований до застосування у терапевтичній і ортопедичній стоматології. З метою попередження травмування слизової оболонки базисом знімного пластинкового протезу та прискорення звикання були отримані диференційовані функціональні відбитки і виготовлені протези з двошаровим базисом. Для комплексної підтримуючої терапії пацієнтам

були призначені таблетки лізак та таблетки квертин, що надають системний протизапальний, імуномодулюючий та антиоксидантний вплив.

9. Препарат лізак, таблетки квертин.

10. Клінічними показаннями до застосування запропонованого методу підтримуючої терапії протезного стоматиту у пацієнтів на фоні цукрового діабету, є зміни слизової оболонки протезного ложа при щільному приляганні пластинкового протезу та виникнення в анамнезі хвороби запального процесу у вигляді ерозій або виразок.

11. Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.

12. Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.

13. Полтавський державний медичний університет, 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

14. Відсутні.

15. Дворник В. М., Марченко А. В., Тесленко О. І., Єрис Л. Б., Ніколішин І. А., Литовченко І. Ю.

Контактна особа: Литовченко І. Ю., +380532561237.

Реєстр № 92/9/23

1. МЕТОД РЕМІНЕРАЛІЗУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ БРЕКЕТ-ТЕХНІКИ

2. НДР «Розробка патогенетичної профілактики патологічних змін у порожнині рота осіб із внутрішніми хворобами», номер державної реєстрації: 0121U108263, 2020-2026 рр.

3. Стоматологія.

4. 2+; С.

5. Авторське свідоцтво 104636 UA. Метод ремінералізуючої терапії після проведення ортодонтичного лікування із використанням брекет-техніки / В. Д. Куроєдова, І. А. Ніколішин, І. Ю. Литовченко, Л. Б. Галич, Є. Є. Виженко, Е. В. Ніколішина (Україна). - № с202102618; заявл. 26.04.2021; опубл. 18.05.2021.

6. Немає.

7. Запропонований метод може бути застосований для підвищення ефективності ремінералізуючої терапії після проведення ортодонтичного лікування із використанням брекет-техніки за рахунок впливу комплексу препаратів місцевої (полімінеральний розчин) та загальної (кальцієвмісний препарат) дії.

8. Запропонований метод ремінералізуючої терапії після проведення ортодонтичного лікування пацієнтів із використанням брекет-техніки ефективний, не має побічної дії, доступний і легкий у виконанні, може бути рекомендований до застосування у ортодонтії та терапевтичній стоматології. Комплексний підхід з призначенням місцево препарату на основі бішофіту, до складу якого входять більше двадцяти макро- і мікроелементів та в якості

препарату загальної дії, натурального засобу на основі ячної шкаралупи «Біокальцевіт», який характеризується збалансованим співвідношенням кальцію, фосфору, вітаміну D3, лимонної і аскорбінової кислот, забезпечує активне всмоктування кальцію в кишечнику та його інкорпорацію в кісткові структури.

9. Ремінералізуючі, вітамінні препарати, засіб на основі бішофіту та «Біокальцевіт».

10. Клінічними показаннями до застосування запропонованого методу ремінералізуючої терапії є прояви симптомів демінералізації твердих тканин зубів у пацієнтів після проведеного ортодонтичного лікування із використанням брекет-техніки.

11. Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.

12. Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.

13. Полтавський державний медичний університет, 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

14. Відсутні.

15. Курєдова В. Д., Ніколішин І. А., Литовченко І. Ю., Галич Л. Б., Виженко Є. Є., Ніколішина Е. В.

Контактна особа: Ніколішина Е. В., +380532561237.

Реєстр № 93/9/23

1. НОВА МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГЛИБОКОГО КАРІЕСУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

2. НДР «Удосконалення прогнозування, діагностики, лікування та профілактики захворювань зубів та пародонту у дітей з урахуванням екзогенних та ендогенних факторів ризику», номер державної реєстрації: 0122U000204, 2022-2026 рр.

3. Стоматологія

4. 2+; С.

5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 110241. Тези «Нова методика лікування гострого глибокого карієсу постійних зубів у дітей» / Т. В. Поліщук, О. В. Шешукова, Ю. І. Ілляшенко, А. І. Максименко, А. І. Мосієнко. – Дата реєстрації 13.12.2021.

6. Поліщук Т. В. Нова методика лікування гострого глибокого карієсу постійних зубів у дітей: матеріали Всеукр. міждисциплінарної наук.-практ. конф. з міжнар. участю «УМСА – століття інноваційних напрямків та наукових досягнень (до 100-річчя заснування УМСА)», (м. Полтава, 8 жовтня 2021 р.) / Т. В. Поліщук // Український стоматологічний альманах. – 2021. – № 3 (дод.). – С. 66–67.

7. Поставлене завдання вирішували шляхом використання лікувально-профілактичного комплексу під час терапевтичного лікування гострого глибокого карієсу постійних зубів. Запропонований спосіб профілактики карієсу постійних зубів у дітей упроваджували таким чином: проводили

професійну гігієну ротової порожнини й навчання дітей правил індивідуальної гігієни порожнини рота. Після препарування глибокої каріозної порожнини й медичної обробки проводили глибоке фторування емалі з дентином фторовмісним засобом «Глуфторед» («ВладМиВа»), який наносили одноразово в такій послідовності: на висушену каріозну порожнину наносили суспензію гідрооксиду кальцію (для захисту пульпи), потім через 1 хвилину висушували й обробляли рідиною, через 1 хвилину просушували й знову обробляли суспензією. Потім накладали ізолюючу прокладку й пломбували каріозну порожнину фотополімерним матеріалом. Для підвищення функціональної резистентності емалі застосовували аплікації стоматологічного крему «Tooth Mousse» (GC): увечері, після чищення зубів, горошину препарату ватною паличкою або сухим чистим пальцем наносили на зубний ряд верхньої й нижньої щелеп і розподіляли по всіх зубах. Крем утримували в порожнині рота 2-3 хвилини, потім спльовували. Порожнину рота не ополіскували, рекомендували 2 години утриматися від уживання їжі й напоїв. Для індивідуальної гігієни ротової порожнини рекомендовано використання зубної пасти «Активний кальцій» (R.O.C.S.) 2 рази за день, уранці й увечері. Курс лікувально-профілактичних заходів складає 1 місяць, який повторюють 2 рази за рік.

8. Метод, що пропонується, має перевагу у використанні для дітей, його профілактичній направленості, клінічній ефективності після використання, відсутності побічних ефектів, забезпечує тривалу клінічну ремісію. Через один рік, після 2-х курсів застосування профілактичного комплексу в пацієнтів, інтенсивність каріозного процесу не підвищилася за індексом КПВп, пломби відповідали всім вимогам, індекс Green-Vermillion знизився з 2,4 до 0,6, що свідчить про добрий гігієнічний стан порожнини рота. ТЕР склав 3 бали, що вказує на високу стійкість зубів до карієсу.

9. Лікар-стоматолог, обладнаний стоматологічний кабінет; стерильний набір стоматологічного інструментарію, індикаторний розчин для визначення гігієнічного індексу.

10. Гострий глибокий карієс постійних зубів.

11. Протипоказанням до застосування є реакції гіперчутливості на антисептичні препарати та препарати із фтором.

12. Відсутні.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні

15. Поліщук Т. В., Шешукова О. В., Ілляшенко Ю. І., Максименко А. І., Мосієнко А. І.

Контактна особа: Поліщук Т. В., +380502165247.

1. ПРИСТРІЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ВНУТРІШНЬОРОВОГО ЕЛЕКТРОФОРЕЗУ В СТОМАТОЛОГІЇ

2. НДР «Розробка нових підходів до діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у пацієнтів із порушенням опорно-рухового апарату», номер державної реєстрації: 0112U004469, 2021-2026 рр.

3. Стоматологія.

4. 2+; С.

5. Патент України на корисну модель №151949 UA, МПК А61N1/18. Пристрій для проведення внутрішньоротового електрофорезу в стоматології. / Зайцев А. В., Котелевська Н. В., Ніколішин А. К., Бойченко О. М.; заявник і патентовласник ПДМУ - № u202200365; Заявл. 31.01.2022; Опубл. 05.10.2022. Бюл. №40.

6. Немає.

7. Корисна модель відноситься до медицини, переважно до стоматології, а саме до фізіотерапії захворювань ротової порожнини. Вона може бути використана для поліпшення якості лікування захворювань тканин пародонта, при лікуванні яких показано використання електрофорезу.

Найбільш близьким до корисної моделі, що заявляється, є пристрій для проведення електрофорезу і зубного знеболювання, який призначений для застосування спеціалістами ветеринарної медицини для лікування хвороб ротової порожнини тварин, в тому числі ясен і зубів

8. Пристрій для проведення внутрішньоротового електрофорезу в стоматології у вигляді електричної схеми, складеної з елементу живлення, на полюсах якого закріплені струмозійомні електроди, від яких відходять струмопроводи, до другого кінця яких прикріплено лікувальні електроди. При збиранні електричної схеми електричним струмом до ясен передаються лікувальні речовини у вигляді активованих іонів або молекул. Лікувальний ефект залежить від властивостей лікувальної речовини і полярності підключення лікувальних електродів.

Пристрій для проведення внутрішньоротового електрофорезу в стоматології використовується наступним чином: з перерахованих вище елементів збирається вищезазначена схема. Один з лікувальних електродів обгортається гідрофільною пов'язкою і фіксується на зап'ясті. Другий з лікувальних електродів обгортається гідрофільною пов'язкою, яка просякнута лікувальним розчином і розміщується на яснах в ділянці патології.

9. Живлення пристрою використовується гальванічний елемент номінальною напругою 3 вольти, номінальною силою струму 0,5 міліампери (типу CR2430), пристрій не містить електронних схем.

10. Запропонований пристрій для проведення внутрішньоротового електрофорезу в стоматології був використаний в комплексній терапії наприкінці курсу при лікуванні 15 пацієнтів, в яких було діагностовано

захворювання пародонту. Лікування вважалось ефективним, коли при застосуванні пристрою було досягнуто стійкої ремісії при пародонтиті або видужання при гінгівіті.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Зайцев А. В., Котелевська Н. В., Ніколішин А. К., Бойченко О. М.

Контактна особа: Бойченко О. М., +380502203877.

Реєстр № 95/9/23

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ АКТУ КОВТАННЯ

2. НДР «Розробка методів хірургічного лікування хворих з патологією щелепно-лицевої ділянки з урахуванням корекції супутніх захворювань», номер державної реєстрації: 0118U005403.

3. Хірургічна стоматологія.

4. 2+; С.

5. Патент на корисну модель № 150521 «Спосіб визначення ефективності акту ковтання»

6. Немає.

7. Ультразвукове дослідження акту ковтання у пацієнтів з пухлинами порожнини рота та ротоглотки до оперативного втручання та після важливе. Оскільки видалення пухлини без порушення цілісності м'язів, ковтання не порушено і дає змогу харчуватись через рот, а після проведення видалення пухлини разом з поруч розташованими м'язами, ковтання стає неможливим (пацієнти знаходяться на зондовому харчуванні). УЗД акту ковтання проводиться в динаміці для визначення показників до оперативного лікування і після, щойно показники відновлюються, пацієнту видаляють зонд. Вимірювання проводиться в В- та М-режимі.

8. Вищезазначений спосіб забезпечує об'єктивну, неінвазивну методику дослідження акту ковтання, доступний у пацієнтів з онкопатологією порожнини рота в до- та післяопераційному періоді. Запропонований метод дозволяє по об'єктивним показникам переводити пацієнта з назогастрального харчування на звичайне. Доступність проведення та простота виконання має перевагу над іншими методами дослідження у онкологічних пацієнтів.

Медична – скорочення терміну перебування хворих у стаціонарі, частоти розвитку ускладнень; *соціальна* – підвищення ефективності лікування хворих з новоутвореннями порожнини рота та ротоглотки, покращується психоемоційний стан та підвищується якість життя пацієнта; *економічна* – зменшення витрат на лікування.

9. Апарат УЗД, датчик 7,5 мгц.

10. При застосуванні назогастрального зонду в післяопераційному періоді, для об'єктивізації та термінів видалення назогастрального зонду.

11. Відсутні.

12. Нemoжлива візуалізація надпід'язикової групи м'язів, необхідна зміна положення датчика.

13. Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова. 21018, Україна, Вінниця, вул. Пирогова, 56.

14. Немає.

15. Кушта А. О., Шувалов С. М.

Контактна особа: Кушта А. О., +380677903790.

Реєстр № 96/9/23

1. СПОСІБ ДЕЗІНФЕКЦІЇ КОРЕНЕВОГО КАНАЛУ ПОСТІЙНОГО ЗУБА

2. НДР «Удосконалення прогнозування, діагностики, лікування та профілактики захворювань зубів та пародонту у дітей з урахуванням екзогенних та ендогенних факторів ризику», номер державної реєстрації: 0122U000204, 2022-2026 рр.

3. Стоматологія.

4. 2+; С.

5. Спосіб дезінфекції кореневого каналу / Шешукова О. В., Казакова К. С., Максименко А. І., Гунявий В. В.// Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 110279, дата реєстрації 14 грудня 2021 року, заявка № с202108837.

6. Немає.

7. Спосіб дезінфекції кореневих каналів постійних зубів включає введення у кореневий канал зуба озонованого 0,9 % водного розчину хлориду натрію з концентрацією озону 2 мг/л. За рахунок цього виключається випадання осаду, відсутній подразнюючий вплив на тканини пародонту, не виникає алергічних реакцій, не змінюється колір коронки зуба.

8. Запропонований спосіб дезінфекції кореневих каналів постійних зубів відображає клінічну ефективність, що підтверджується даними мікробіологічного аналізу та може бути рекомендований для практичного використання.

9. Стоматологічні бори, ендодонтичний інструментарій, озонатор «ОЗОН УМ-80», озонований 0,9 % водний розчин хлориду натрію з концентрацією озону 2 мг/л.

10. Для дезінфекції кореневих каналів постійних зубів при ендодонтичному лікуванні.

11. Підвищена чутливість до будь-якого компонента препаратів, індивідуальна непереносимість.

12. Не виявлено.

13. Полтавський державний медичний університет, кафедра дитячої стоматології.

14. Немає.

15. Шешукова О. В., Казакова К. С., Максименко А. І., Гунявий В. В.

Контактна особа: Максименко А. І., +380666272580.

Реєстр № 97/9/23

1. СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРАДОНТИТ

2. НДР «Фармакологічне дослідження біологічно активних речовин і лікарських засобів для розробки та оптимізації показань до їх застосування в медичній практиці», номер державної реєстрації: 0120U103921, 2020-2025 рр.

3. Стоматологія.

4. 2 +; С.

5. Патент України на корисну модель № 143040 UA, МПК А61С 3/025 (2006.01), А61К 35/74 (2015.01), А61Р 1/02 (2006.01). Спосіб комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит / Островська Г. Ю., Розколупа Н. В., Капустянська А. А., Моїсеєва Н. В.; заявник і патентовласник «УМСА» - № и 2020 00016; Заявл. 02.01.2020; Опубл. 10.07.2020. Бюл. № 13.

6. Терапевтична ефективність солкосерил-дентальної адгезивної пасти у лікуванні генералізованого пародонтиту / Островська Г. Ю., Розколупа Н. В., Петрова Т. А. / Актуальні питання клінічної фармакології та клінічної фармації: Матеріали науково-практичної internet- конференції, м. Харків, 22-23 жовтня 2019 р. – Харків, 2019. – С. 61-62.

7. В основі корисної моделі поставлена задача удосконалити спосіб комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит I-II ступеня за допомогою препарату політропної дії – солкосерил-адгезивної пасти. Препарат містить широкий спектр природних низькомолекулярних речовин – глікопептиди, нуклеозиди й нуклеотиди, амінокислоти, мікроелементи, електроліти та проміжні продукти вуглеводного та жирового обміну. Солкосерил посилює внутрішньоклітинний енергообмін, стимулює регенерацію клітин, має мембрано стабілізуючий цитопротекторний ефекти. Місцевий анестетик проявляє швидку, достатньо потужну і тривалу дію.

8. В результаті проведених досліджень було встановлено, що у хворих на генералізований пародонтит I-II ступеня при призначенні солкосерил-дентальної адгезивної пасти спостерігається більш потужний знеболюючий ефект, покращується мікроциркуляція, підвищується природний захист слизової оболонки порожнини рота, забезпечується оптимальні умови для регенерації тканин.

9. Лікарський препарат у вигляді гелю.
 10. Генералізований парадонтит I-II ступеня.
 11. Підвищена чутливість до препарату.
 12. Алергічні реакції. Для запобігання слід ретельно збирати алергологічний анамнез.
 13. Полтавський державний медичний університет.
 14. КУ «Полтавський обласний центр стоматології – стоматологічна клінічна поліклініка».
 15. Островська Г. Ю., Розколупа Н. В., Капустянська А. А., Моїсєєва Н. В., Петрова Т. А.
- Контактна особа:** Островська Г. Ю., +380532564732.

Реєстр № 98/9/23

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПРОТЕЗНОГО СТОМАТИТУ НА ФОНІ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

2. НДР «Розробка патогенетичної профілактики патологічних змін у порожнині рота осіб із внутрішніми хворобами», номер державної реєстрації: 0121U108263, 2020-2026 рр.

3. Стоматологія.

4. 2+; С.

5. Авторське свідоцтво 104788 UA. Спосіб лікування протезного стоматиту на фоні захворювань шлунково-кишкового тракту / О. І. Тесленко, А. В. Марченко, Т. О. Дев'яткіна, Л. Б. Єрис, С. Ю. Чечотіна, І. Ю. Литовченко (Україна). - № с202102218; заявл. 06.04.2021; опубл.25.05.2021.

6. Немає.

7. Запропонований спосіб лікування може бути застосований для терапії протезного стоматиту у пацієнтів на фоні захворювань шлунково-кишкового тракту.

8. Позитивний ефект даного способу лікування полягає у досягненні нормалізації стоматологічного та загального статусу пацієнтів з протезним стоматитом на фоні захворювань шлунково-кишкового тракту після проведення комплексної терапії, а також у динаміці об'єктивного стану слизової оболонки порожнини рота.

9. Таблетки «Альтан», льодяники «Тантум верде».

10. Клінічними показаннями до застосування запропонованого способу є прояви у пацієнтів симптомів протезного стоматиту на фоні захворювань шлунково-кишкового тракту.

11. Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.

12. Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.

13. Полтавський державний медичний університет, 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

14. Відсутні.

15. Дворник В. М., Попович І. Ю., Марченко А. В., Тесленко О. І., Литовченко І. Ю., Єрис Л. Б., Чечотіна С. Ю.

Контактна особа: Попович І. Ю., + 380532561237.

Реєстр № 99/9/23

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛОР-ОРГАНІВ

2. НДР «Удосконалення прогнозування, діагностики, лікування та профілактики захворювань зубів та пародонту у дітей з урахуванням екзогенних та ендогенних факторів ризику», номер державної реєстрації: 0122U000204, 2022-2026 рр.

3. Стоматологія.

4. 2+; С.

5. Спосіб лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей із захворюваннями ЛОР-органів / Максименко А. І., Шешукова О. В. // Свідectvo про реєстрацію авторського права на твір № 103521, дата реєстрації 26 березня 2021 року, заявка № с202100209.

6. Максименко А. І. Лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей із захворюваннями ЛОР-органів / А. І. Максименко // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Ортопедична стоматологія: традиції, сьогодення, погляд у майбутнє», 14-15 травня 2021, м. Полтава – 2021.– С. 78-80.

7. Спосіб лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей із захворюваннями ЛОР-органів включає проведення професійної гігієни, навчання правил гігієни порожнини рота, призначення курсу із аплікацій антисептичного препарату «Стомолік» (у рамках протоколів МОЗ України) на слизову уражених ясен, для ліквідації їх запалення, протягом 5-7 днів. Перорально призначають краплі «Вокара» по 10 крапель 3 рази на добу через одну годину після їди. Краплі розчинити у 10 мл води та випити, затримуючи на кілька секунд у роті. «БіоГая Продентіс» по 1 пастилки в день (бажано після прийому їжі та чищення зубів), після розсмоктування якої рекомендується 2 години утриматися від прийому їжі та напоїв. Для індивідуальної гігієни ротової порожнини рекомендовано використання зубної пасти L'Angelica «Натуральний трав'яний догляд» 2 рази в день, вранці та ввечері. Курс лікування складає 1 місяць.

8. Запропонований спосіб відображає клінічну ефективність лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей із захворюваннями ЛОР-органів, що підтверджується зниженням показників інтенсивності ураження тканин пародонта та може бути рекомендований для практичного використання.

9. Антисептичний препарат «Стомолік», краплі «Вокара», пастилки для розсмоктування пробіотичної дії «БіоГая Продентіс», зубна паста L'Angelica «Натуральний трав'яний догляд».

10. Для лікування хронічного катарального гінгівіту у дітей із захворюваннями ЛОР-органів.
 11. Підвищена чутливість до будь-якого компонента препаратів.
 12. Не виявлено.
 13. Полтавський державний медичний університет, кафедра дитячої стоматології.
 14. Немає.
 15. Максименко А.І., Шешукова О. В.
- Контактна особа:** Максименко А. І., +380666272580.

Реєстр № 100/9/23

1. СПОСІБ ОДЕРЖАННЯ АНТИМІКРОБНОГО ЦИТРАТНОГО БУФЕРА

2. НДР «Вивчення ролі умовно-патогенних та патогенних інфекційних агентів з різною чутливістю до антимікробних і противірусних препаратів у патології людини», номер державної реєстрації: 0118 U004456, 2018-2022 рр.; НДР «Розробка патогенетичної профілактики патологічних змін у порожнині рота осіб із внутрішніми хворобами», номер державної реєстрації: 0121U108263, -2026 рр.

3. Стоматологія.

4. 2+; С.

5. Патент України на корисну модель № 151489, Україна, МПК А61К 6/50 (2020.01). Спосіб одержання антимікробного цитратного буфера/ Костиренко О. П., Ганчо О. В., Бублій Т. Д.; заявник та патентовласник ПДМУ.-№ u2021 07434, заяв. 20.12.2021, опубл. 03.08.2022, бюл. 31.

6. Немає.

7. Спосіб одержання антимікробного цитратного буфера виконується шляхом розчинення у дистильованій воді лимонної кислоти з додаванням нашатирного спирту (10 %), з подальшим змішуванням композиції з лимонною кислотою до утворення 30 екзотермічної реакції з виділенням тепла, при наступному співвідношенні компонентів: дистильована вода 1,5 мл, лимонна кислота 0,23 г, нашатирний спирт (10 %) 20 мл, лимонна кислота 8,0 г. Запропонований спосіб викликає хімічну реакцію, утворюючи антибактеріальний нерозчинний осад цитрату кальцію, який приводить до обтурації дентинних каналців поверхневої зони дентину внутрішньої стінки кореневого каналу та численних відгалужень.

8. Даний спосіб є більш ефективним, тому що при його застосуванні проводять одноразове використання одержаного розчину, а самостійно утворений осад кальцію в дентинних каналцях є природною сполукою в твердих тканинах зубів, завдяки чому зростає ефективність віддалених термінів лікування та максимально зменшується токсична дія хімічних

реагентів на періодонт і зменшується антимікробна резистентність патогенної мікрофлори кореневого каналу.

9. Одержаний цитратний буфер застосовують наступним чином: кореневий канал обробляють згідно з вимогами загальноприйнятої методики лікування ускладненого карієсу. На наступному етапі використовують запропонований розчин. Приготовлену композицію змішують з лимонною кислотою - 8,0 г. Заключний процес утворення суміші супроводжується екзотермічною реакцією з виділенням тепла. Одержаний розчин можна використовувати, коли він набуде кімнатної температури. Підготовлений загальноприйнятим способом канал кореня зуба заповнюють піною або тонко намотаною на кореневій голці ватою, попередньо змоченою одержаним розчином. Кореневу голку витягують з каналу, залишаючи в ньому вату (або піну), змочену одержаним розчином. Герметична пов'язка. Повторне відвідування пацієнту призначають через 24 години або інший термін до 3 діб (на розсуд лікаря). Герметичну пов'язку та залишену в кореновому каналі вату (або піну) ретельно видаляють. Кореневий канал механічно очищують від сторонніх залишків, промивають водою, висушують та завершують лікування, пломбуючи його, згідно із загальноприйнятою методикою.

10. Розробка даного способу може бути використана для obturaції дентинних каналців поверхневої зони дентину внутрішньої стінки кореневого каналу та численних відгалужень

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Костиренко О. П., Ганчо О. В., Бублій Т. Д., Боброва Н. О.

Контактна особа: Боброва Н. О., +380667409562.

Реєстр № 101/9/23

1. СПОСІБ ОДЕРЖАННЯ КОМБІНОВАНОГО ЗАСОБУ СТРЕСПРОТЕКТИВНОЇ ДІЇ

2. НДР «Фармакологічне дослідження біологічно активних речовин і лікарських засобів для розробки та оптимізації показань до їх застосування в медичній практиці», номер державної реєстрації: 0120U103921, 2020-2025 рр.

3. Стоматологія.

4. 2 +; С.

5. Патент України на корисну модель № 149107 UA, МПК (2006) А61К 33/06 (2006.01), А61К 31/198 (2006.01), А61К 9/20 (2006.01) А61Р 25/00. Спосіб одержання комбінованого засобу стреспротективної дії / Рубан О. А., Штриголь С. Ю., Колісник Т. Є., Яковенко О. В., Дев'яткіна Н. М., Дев'яткін

О. Є.; заявник і патентовласник «НФаУ» - № и 2021 00984; Заявл. 01.03.2021; Опубл. 20.10.2021. Бюл. № 42.

6. 1. Study of the stress-protective effect of the combination of glycine with magnesium citrate / Yakovenko O., Ruban O., Devyatkina N., Devyatkina T. / Norwegian Journal of development of the International Science – 2020. - № 48/2020. – P. 52-58. 2. Дослідження з визначення кількості активних фармацевтичних інгредієнтів при створенні седативних таблеток / Яковенко О. В, Рубан О. А., Дев'яткіна Н. М. // Сучасні аспекти створення екстемпоральних алопатичних, гомеопатичних та косметичних лікарських засобів матеріали IV міжнар наук.-практ. дистанційної конф, Харків, 20 березня 2020 р. – Харків, 2020. – С. 151.

7. В основі корисної моделі поставлена задача вивчити вплив гліцину, різних доз магнію цитрату та комбінації гліцину з магнію цитратом на функціональний стан центральної нервової системи за поведінковими реакціями у тесті «відкрите поле» та показниками тріади Сельє.

8. За результатами скринінгового дослідження стреспротективної дії комбінації гліцину з магній цитратом, та окремих компонентів за показниками функціонального стану ЦНС (поведінковими реакціями у тесті «відкрите поле») та тріадою Сельє, можна стверджувати, що найвищий лікувально-профілактичний ефект у порівнянні досліджуваних комбінацій виявила комбінація гліцин 100 мг з магній цитратом 250 мг за площею виразок у слизовій оболонці шлунка, кількістю крововиливів, коефіцієнтами маси тимусу та надниркових залоз.

9. Лікарський препарат у сублінгвальних таблетках для лікування стресу, психоемоційного напруження.

10. Стрес, психоемоційному напруженні (у період екзаменів, при конфліктних ситуаціях).

11. Індивідуальна непереносимість препарату та підвищена чутливість до окремих його компонентів; артеріальна гіпотензія. Дитячий вік до 3 років.

12. Алергічні реакції. Для запобігання слід ретельно збирати алергологічний анамнез.

13. Національний фармацевтичний університет.

14. Полтавський державний медичний університет.

15. Рубан О. А., Штриголь С. Ю., Яковенко О. В., Колісник Т. Є., Дев'яткіна Н. М., Дев'яткін О. Є.

Контактна особа: Дев'яткіна Н. М., +380532564732.

1. СПОСІБ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПРОТЕЗНИМ СТОМАТИТОМ НА ФОНІ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

2. НДР «Розробка патогенетичної профілактики патологічних змін у порожнині рота осіб із внутрішніми хворобами», номер державної реєстрації: 0121U108263, 2020-2026 рр.

3. Стоматологія.

4. 2+; С.

5. Авторське свідоцтво 104202 UA. Спосіб підтримуючої терапії протезного стоматиту на фоні захворювань шлунково-кишкового тракту / В. М. Дворник, Т. О. Дев'яткіна, О. І. Тесленко, Л. Б. Єрис, А. В. Марченко, І. Ю. Литовченко (Україна). - № с202102226; заявл. 06.04.2021; опубл. 21.04.2021.

6. Немає.

7. Запропонований спосіб може бути застосований для проведення підтримувальної терапії протезного стоматиту у пацієнтів на фоні захворювань шлунково-кишкового тракту в динаміці клінічних спостережень.

8. Позитивний ефект даного способу підтримувальної терапії полягає у досягненні нормалізації стоматологічного та загального статусу пацієнтів з протезним стоматитом на фоні захворювань шлунково-кишкового тракту після проведення комплексної терапії, а також у динаміці об'єктивного стану слизової оболонки порожнини рота.

9. Таблетки «Альтан», льодяники «Лісобакт».

10. Клінічними показаннями до застосування запропонованого способу підтримувальної терапії є симптоми протезного стоматиту у пацієнтів на фоні захворювань шлунково-кишкового тракту, досягнення довгострокового ефекту їх лікування та профілактики.

11. Індивідуальна чутливість до компонентів схеми лікування.

12. Алергічні реакції на компоненти запропонованого курсу лікування.

13. Полтавський державний медичний університет, 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

14. Відсутні.

15. Дворник В. М., Попович І. Ю., Марченко А. В., Тесленко О. І., Литовченко І. Ю., Чечотіна С. Ю., Ніколішин І. А.

Контактна особа: Попович І. Ю., + 380532561237.

1. СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЕСУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

2. НДР «Удосконалення прогнозування, діагностики, лікування та профілактики захворювань зубів та пародонту у дітей з урахуванням екзогенних та ендогенних факторів ризику», номер державної реєстрації: 0122U000204, 2022-2026 рр.

3. Стоматологія.

4. 2+; С.

5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № №109075. Тези «Спосіб профілактики карієсу постійних зубів у дітей із патологією щитоподібної залози» / Т. В. Поліщук, О. В. Шешукова. – Дата реєстрації 03.11.2021.

6. Поліщук Т. В. Новий метод профілактики карієсу постійних зубів у дітей із патологією щитоподібної залози / Т. В. Поліщук // Матеріали 89-ї наук.-практ. конф. студентів та молодих вчених із міжнар. участю [«Інновації в медицині та фармації»]. – Івано-Франківськ, 2020. – с. 102-103.

7. В основу поставлено задачу розробки способу комплексної профілактики карієсу постійних зубів у дітей з захворюваннями щитоподібної залози.

Поставлену задачу вирішують шляхом використання лікувально-профілактичного комплексу, що включає професійне чищення зубів, навчання і проведення контролю чищення зубною пастою, використання біологічно-активної добавки та призначення гігієнічного засобу, який відрізняється тим, що в якості зубної пасти використовується «Активний кальцій» (R.O.C.S., Росія) вранці та ввечері, в якості фотогерметика для герметизації фісур постійних молярів та премолярів використовують «Fissurit FX» (VOCO, Німеччина) після повного прорізування жувальної поверхні зубів, в якості біологічно-активної добавки використовують оральну суспензію «Кальцикер» (Індоко Ремедіс Лімітед для «Євро Лайфкер Лтд», Індія/Великобританія) по 5 мл 2 рази на добу 1 місяць, в якості кальційумісного препарату для аплікації використовується стоматологічний крем «Tooth mousse» (GC Японія) " 1 раз на ніч після чищення зубів - 1 місяць, наносяться після вечірнього чищення зубів. Курс 2-3 рази на рік.

8. Заявлений спосіб дозволяє суттєво зменшити рецидиви захворювання карієсу і стабілізувати каріозний процес у дітей з патологією щитоподібної залози. Все вищезазначене дозволяє зробити висновок про ефективність запропонованого способу та рекомендувати його для впровадження у клінічну медицину. Спосіб, що пропонується, має перевагу у використанні для дітей, його профілактичній направленості, клінічній ефективності після використання, відсутності побічних ефектів, має тривалу клінічну ремісію.

9. Лікар-стоматолог, обладнаний стоматологічний кабінет; стерильний набір стоматологічного інструментарію, індикаторний розчин для визначення гігієнічного індексу.

10. Карієс зубів, патологія щитоподібної залози.

11. Протипоказанням до застосування є реакції гіперчутливості на антисептичні препарати, складові компоненти оральної суспензії.

12. Відсутні

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні

15. Поліщук Т. В., Шешукова О. В.

Контактна особа: Поліщук Т. В., +380502165247.

Реєстр № 104/9/23

1. ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКУ В ПРОТОКОЛІ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНОГО ДЕСКВАМАТИВНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ

2. НДР «Удосконалення прогнозування, діагностики, лікування та профілактики захворювань зубів та пародонту у дітей з урахуванням екзогенних та ендогенних факторів ризику», номер державної реєстрації: 0122U000204, 2022-2026 рр.

3. Стоматологія

4. 2+; С.

5. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № №109143. Тези «Застосування пробіотику в протоколі лікування та профілактики хронічного десквамативного гінгівіту у дітей» / Т. В. Поліщук, О. В. Шешукова, Ю. І. Ілляшенко, А. І. Максименко, А. І. Мосієнко. – Дата реєстрації 04.11.2021.

6. Поліщук Т. В. Застосування пробіотику в протоколі лікування та профілактики хронічного десквамативного гінгівіту у дітей / Т. В. Поліщук // Матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю [«Сучасні аспекти теоретичної та практичної стоматології»] (4-5 травня 2020 року). – Чернівці, 2020. – С. 55-56.

7. Метою дослідження стало створення методу підвищення ефективності лікування хронічного десквамативного гінгівіту у дітей 12-16 років та профілактики ускладнень.

При стоматологічній клінічній стандартній діагностиці хронічного десквамативного гінгівіту у підлітків віком 12-16 років, проводили професійне чищення зубів, навчання гігієні порожнини рота і курс лікування, що складався з 4 розпилень спрею антисептичного препарату «Фортеза» (Абді Ібрахім Ілач Санаї ве Тіджарет А.Ш. для «Дельта Медикел Промоушинз АГ», Турція/Швейцарія) (у рамках протоколів МОЗ України) на слизову уражених ясен для ліквідації їх запалення протягом 7-10 днів.

Паралельно проводили контрольовану чистку зубів перед кожною процедурою зрошення. Безпосередньо під час курсу лікування гінгівіту «Сучасні аспекти теоретичної та практичної стоматології», м. Чернівці (4-5 квітня 2020 р.) 56 призначають дітям препарати: полівітамінний препарат «АлфаВіт школяр» (Вітаміни, ПАО, м.Умань, Черкаська обл., Україна) в по 1 таблетці кожного виду (№ 1, № 2, № 3) один раз на добу під час споживання їжі (за сніданком, обідом та вечерею), інтервал між прийомами таблеток від 4 до 6 годин, протягом 1 місяця; 1 капсулу «Ротабіотик» («Ротафарм лімітед», Велика Британія) 3 рази на день. Дітям рекомендували утриматися від прийому їжі і напоїв 2 години. Курс лікування складав 1 місяць. Дослідження проведено за участю 27 осіб віком 12-16 років.

Вивчення ефективності запропонованого методу проводили порівнюючи клінічні індекси запалення ясен (ГІ за Федоровим-Володкіною; РМА; індекс кровоточивості (ІК) між врівноваженими групами пацієнтів з хронічним десквамативним гінгівітом, яким проводили стандартне місцеве лікування (1-ша група, 13 осіб) і 2-га група (14 осіб), у якій додатково призначали пробіотик «Ротабіотик», антисептичний препарат у вигляді спрею «Фортеза» та полівітамінний препарат «АлфаВіт школяр». Зміни клінічних індексів визначали через 30 та 60 днів спостереження.

8. В результаті проведених досліджень було встановлено, що динаміка індексів показала меншу частоту рецидивів хронічного десквамативного гінгівіту при використанні запропонованих препаратів та аналогічну закономірність коливань для інших індексів.

Використання даного методу у дітей віком 12-16 років призводить до підвищення клінічної ефективності лікування неускладненого хронічного десквамативного гінгівіту та профілактики запальних захворювань пародонту, відсутності побічних ефектів, тривалої клінічної ремісії.

9. Лікар-стоматолог, обладнаний стоматологічний кабінет; стерильний набір стоматологічного інструментарію, індикаторний розчин для визначення гігієнічного індексу.

10. Хронічний десквамативний гінгівіт.

11. Протипоказанням до застосування є реакції гіперчутливості на антисептичні препарати, складові компоненти пробіотику та полівітамінного препарату.

12. Відсутні.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Поліщук Т. В., Шешукова О. В., Ілляшенко Ю. І., Максименко А. І., Мосієнко А. І.

Контактна особа: Поліщук Т. В., +380502165247.

Реєстр № 105/9/23

1. БЕЗАКРИЛОВА ПЛАСТМАСА ДЛЯ БАЗИСІВ ЗНІМНИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

2. НДР «Оптимізація методів діагностики та лікування основних стоматологічних захворювань», номер державної реєстрації: 0119U002899, 2019-2021 рр.

3. Ортопедична стоматологія.

4. 2+, С.

5. Патент на винахід №126256. Безакрилова пластмаса для базисів знімних зубних протезів: пат. 126256 Україна: А61К6/61 А61К6/887 А61С13/01 / І. В. Янішен, С. А. Куліш, О. С. Масловський, Н. В. Кричка, А. В. Ярова, А. В. Доля. - № а202006559; заявл. 12.10.2020; опубл. 07.09.2022, бюл. № 36. – 5 с.

6. Немає.

7. В основу винаходу поставлено задачу розширення арсеналу стоматологічних базисних матеріалів, за рахунок розробки композитного матеріалу з мінімальним вмістом мономера (безакрилового) для виготовлення знімних зубних протезів, а також для їх ремонту, реставрації та перебазування.

8. *Медичний:* виготовлення знімних протезів без вмісту мономеру (метилметакрилату) пацієнтам з алергією на метилметакрилат; *соціальний:* поліпшення якості життя пацієнтів, які користуються знімними протезами; *економічний:* зниження матеріальних витрат на виготовлення знімних протезів пацієнтам з алергією на метилметакрилат.

9. Кадрові ресурси: лікар стоматолог-ортопед, зубний технік.

Інструментальне обладнання: стоматологічна установка, стандартний набір стоматологічних і зуботехнічних інструментів і обладнання.

10. Дефекти зубних рядів.

11. Не виявлено.

12. Загально відомі ускладнення та помилки при лікуванні пацієнтів з дефектами зубних рядів.

13. Харківський національний медичний університет.

14. Немає.

15. Янішен І. В., Масловський О. С., Кричка Н. В., Ярова А. В., Доля А. В., Куліш С. А.

Контактна особа: Куліш С. А., +380506181272.

Реєстр № 106/9/23

1. ГОЛОВНА ПРАЩЕПОДІБНА ШАПОЧКА

2. НДР «Обґрунтування та впровадження аспектів комплексного лікування функціональних порушень та удосконалення технологій оперативних втручань при захворюваннях щелепно-лицевої ділянки», державний реєстраційний номер 0120U105551, 2020-2025 рр.

3. Хірургічна стоматологія та ортопедична стоматологія.

4. 2+, С.

5. Патент України на корисну модель № 150462 UA, МПК А61С 7/00. Головна пращеподібна шапочка / Новіков В. М., Коросташова М. А., Додатко В. І.; заявник і патентовласник ПДМУ - № u2021 03458 Заявл. 17.06.2021; Опубл. 23.02.2022. Бюл. № 8.

6. Немає.

7. В основу корисної моделі поставлена задача забезпечити ефективне лікування, сумісно з капою для роз'єднання прикусу, що забезпечить швидше виздоровлення та комфортніше життя. Запропонована конструкція є дієвою та сприяє скороченню термінів одужання.

8. Пропонована пращеподібна головна шапочка була використана в 40 пацієнтів з дисфункцією скронево-нижньощелепного суглобу. Перед лікуванням хворі скаржилися на хрускіт при відкриванні рота, біль, що віддавав у вухо чи скроню. Лікування проводилося капою Michigan-splint з обов'язковим використанням під час сну в комплекті з пращеподібною головною шапочкою. Результати лікування помітні були вже через місяць. Пацієнти відмічали значні покращення під час лікування, що говорить про ефективність використання корисної моделі в ночі.

Отже, для дієвого лікування дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу доцільно звертати увагу на роботу парасимпатичної системи і в обов'язковому порядку призначати лікування головним чином в період сну. В цей час для забезпечення тонусу м'язів, як додаток до капи, доцільно використовувати головну пращеподібну шапочку. Це сприяє скороченню термінів одужання.

9. Стрічки тасьмяної тканини, фіксуючі опорні стрічки, резинова тяга і праща, допоміжні стрічки, резиновий тяж.

10. Лікування дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу в доповненні з капою для роз'єднання прикусу на ніч.

11. Ротовий тип дихання.

12. Відсутні.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні

15. Новіков В. М., Коросташова М. А., Додатко В. І.

Контактна особа: Капустян С. В., +380992856755.

1. ОПЕРАЦІЙНО-ПРЕПАРУВАЛЬНИЙ СТОЛИК З ФІКСАТОРАМИ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНИХ ЩУРІВ

2. НДР «Морфофункціональне вивчення внутрішніх органів людини та лабораторних тварин в різних аспектах експериментальної медицини», номер державної реєстрації: 0121U108258, 2021-2025 рр.

3. Судово-медична гістологія.

4. 2+; С.

5. Деклараційний патент України на корисну модель № UA 142955. Операційно-препарувальний столик з фіксаторами для лабораторних щурів / В. Г. Гринь, Я. О. Броварник; заявник і патентовласник Українська медична стоматологічна академія. – и 2019 11032; заявл. 08.11.2019; опубл. 10.07.2020, Бюл. № 13.

6. Немає.

7. Операційно-препарувальний столик з фіксаторами для лабораторних щурів, який передбачає виготовлення міцної дерев'яної конструкції зі стільницею покритою оргсклом, яка по периметру містить додаткові елементи у вигляді отворів з різьбами для знімних штативів з подальшим кріпленням до них фіксаторів на резинках, знімних штативів з регулюючим рефлектором, застосування фіксаторів, якими слугують металеві затискачі типу «алігатори» на резинках, телескопічних ніжок з можливістю додаткового розкладання, об'ємної стільниці та детальних креслень з розмірами препарувального столика.

8. *Медичні:* Розроблений операційно-препарувальний столик дозволяє проводити операційні втручання, препарування лабораторних тварин, а саме щурів та забезпечує вільний доступ до всіх органів грудної та черевної порожнини, відмежування операційних полів. *Соціальні:* Корисна модель належить до галузі медицини, галузі медицини: а саме до анатомії, клінічної анатомії і оперативної хірургії, патологічної анатомії, біології, гістології, цитології, ембріології та фізіології і може бути використаний для фіксації лабораторних щурів під час оперативних втручань, препарування та морфометрії. *Економічні:* Виготовлення міцної дерев'яної конструкції зі стільницею покритою оргсклом, знімних штативів з регулюючим рефлектором, застосування фіксаторів, якими слугують металеві затискачі типу «алігатори» на резинках, телескопічних ніжок, об'ємної стільниці та детальних креслень з розмірами препарувального столика. Надається можливість відмежування операційних або препарувальних полів на краніальний та каудальний відділи, тим самим з'являється можливість одночасно працювати двом препаратом; вперше використано знімний штатив з регулюючим рефлектором для відбивання бліків для покращення фотозйомки.

9. Дерев'яної основа (довжина 378 мм, ширина 137 мм, висота 40 мм), телескопічні ніжки висотою 130 мм; дерев'яна стільниця (довжина 406 мм, ширина 295 мм, товщина 20 мм); оргскло (довжина 406 мм, ширина 295 мм, товщина 8 мм); знімні штативи (довжина 50 мм та 300 мм); рефлектор; металеві затискачі типу «алігатор».

10. Для створення операційно-препарувального столика з фіксаторами для лабораторних щурів.

11. Немає

12. Послідовність виконання етапів складання конструкції згідно детальних креслень з розмірами препарувального столика.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Гринь В. Г., Броварник Я. О.

Контактна особа: Гринь В. Г., +380668126497.

Реєстр № 108/9/23

1. СПОСІБ ПРЕПАРУВАННЯ ТОТАЛЬНОГО ОРГАНОКОМПЛЕКСУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У БІЛИХ ЩУРІВ

2. НДР «Морфофункціональне вивчення внутрішніх органів людини та лабораторних тварин в різних аспектах експериментальної медицини», номер державної реєстрації: 0121U108258, 2021-2025 рр.

3. Анатомія.

4. 2+; С.

5. Деклараційний патент України на корисну модель № UA 147218. Спосіб препарування тотального органокomплексу шлунково-кишкового тракту у білих щурів / В. Г. Гринь, Ю. П. Костиленко, О. О. Шерстюк, Н. Л. Свінцицька; заявник і патентовласник Українська медична стоматологічна академія. – u 2021 07050; заявл. 03.11.2020; опубл. 21.04.2021, Бюл. № 16.

6. Немає.

7. Спосіб препарування тотального органокomплексу шлунково-кишкового тракту у білих щурів, який передбачає отримання і систематизацію даних про специфіку просторового синтопічного відношення досліджуваних органів на тотальному препараті шлунково-кишкового тракту та проведенні стереологічного аналізу вивчаемого органокomплексу у білих щурів, який вирізняється тим, що для препарування використовується увесь шлунково-кишковий тракт щурів, евтаназія проводиться шляхом передозування тіопентал-натрієвого наркозу з розрахунку 75 мг/кг маси тіла тварини внутрішньом'язово в верхню третину стегна задньої лапи, відсікання всього органокomплексу проводиться на рівні дистального відділу стравоходу і місця впадіння ободової кишки в пряму, фіксацію препарату здійснюють у 10% розчині формаліну.

8. Медичні: Використання запропонованого способу дозволяє раціоналізувати тотальне препарування шлунково-кишкового тракту (ШКТ), отримати дані про особливості топографії та провести стереологічний аналіз органів ШКТ у білих щурів. **Соціальні:** Корисна модель належить до галузі медицини, зокрема – до морфології, і може бути використано для вивчення анатомічної будови та морфометричних параметрів органів ШКТ, як у нормі, так і при патології в експерименті на лабораторних тваринах. **Економічні:** Існує зовсім небагато способів та методик препарування органів шлунково-кишкового тракту у лабораторних тварин, а саме білих щурів. Але відомі способи мають певні недоліки, які зосереджені на отриманні даних про препарування та дослідження окремих органів шлунково-кишкового тракту та перешкоджають отриманню даних про просторові синтопічні відношення вивчаємих органів на тотальному препараті ШКТ, а наявні окремі дані не є систематизованими. Поставлена задача вирішується шляхом розробки способу препарування тотального органокomплексу шлунково-кишкового тракту з черевної порожнини білих щурів.

9. Скальпель, 10% розчин нейтрального формаліну, тіопентал натрію 0,5 г, операційно-препарувальний столик, 0,9% фізіологічний розчин, шприц 2,0.

10. Для створення способу препарування тотального органокomплексу шлунково-кишкового тракту у білих щурів.

11. Немає.

12. Послідовність виконання етапів препарування.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Гринь В. Г., Костиленко Ю. П., Свінцицька Н. Л.

Контактна особа: Гринь В. Г., +380668126497.

1. ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ЗДАТНОСТІ ДЕКОМПЕНСОВАНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

2. НДР «Клініко-патогенетична характеристика ремоделювання сечових шляхів в осіб похилого і старечого віку», номер державної реєстрації: 0120U104459, 2020-2024 рр.

3. Урологія.

4. 2+; С.

5. Технологія. № 0622U000085. Л. П. Саричев, Р. Б. Савченко, Я. В. Саричев, Г. Л. Пустовойт. Відновлення функціональної здатності некомпенсованого сечового міхура у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози. Дата реєстрації 07-07-2022.

6. Немає.

7. Технологія відновлення функціональної здатності детрузора при доброякісній гіперплазії передміхурової залози із декомпенсацією сечового міхура, що включає метаболізм-корегуючу та антихолінестеразну терапію, хворим у якості першого етапу лікування виконують цистостомію і призначають метаболізм-корегуючу та антихолінестеразну терапію, спрямовану на відновлення функції детрузора. Для усунення мікроциркуляторних розладів та енергодефіцитного стану призначають вітаміни групи В: октотіамін – 25 мг, рибофлавін – 2,5 мг, піридоксину гідрохлорид – 40 мг, ціанокобаламін – 0,25 мг 3 рази на добу впродовж 4 тижнів. Для стимуляції нейромедіаторної і нейром'язової провідності та скорочення гладких м'язів призначають іпідакрин – 20 мг 3 рази на добу впродовж 4 тижнів. За індивідуальними показаннями виконують відкриті або ендоскопічні хірургічні втручання, з метою усунення обструкції. Показанням до хірургічного лікування є відновлення функціональної здатності детрузора, свідченням чого виступає відчуття наповнення сечового міхура при об'ємі до 400 мл і сильне бажання спорожнити сечовий міхур при об'ємі до 600 мл.

8. У 60 хворих на ДГПЗ проведено біопсію сечового міхура. Сформовано дві групи спостереження: I група – 30 осіб яким проведена цистостомія; II група – 30 осіб, яким крім цистостомії проведена метаболізм-корегуюча та антихолінестеразна терапія. За результатами патоморфологічного дослідження у хворих II групи діаметр просвіту артеріол виявився на 20,21% більшим ($p < 0,05$), товщина стінки артеріол – на 31,73% меншою ($p < 0,05$), індекс Керногана – на 28,22% нижчим ($p < 0,05$), діаметр капілярів – на 3,52% більшим. Діаметр лейоміоцитів виявився на 45,26% більшим ($p < 0,05$), питома вага сполучної тканини у стінці сечового міхура – на 29,14% нижчою ($p < 0,05$).

9. Перелік необхідних ресурсів (кадрових, лікарських засобів, виробів медичного призначення тощо), необхідних для практичного застосування наукової (науково-технічної) продукції.

Хворі на ДГПЗ із декомпенсацією сечового міхура; вітаміни групи В: октогіамін – 25 мг, рибофлавін – 2,5 мг, піридоксину гідрохлорид – 40 мг, ціанокобаламін – 0,25 мг; антихолінестеразний препарат іпідакрин – 20 мг.

10. Лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози із декомпенсацією сечового міхура.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Саричев Л. П., Савченко Р. Б., Саричев Я. В., Сухомлин С. А., Пустовойт Г. Л.

Контактна особа: Савченко Р. Б., +380508557650.

Реєстр № 110/9/23

1. СПОСІБ ВИГОТОВЛЕННЯ ПАРАФІНОВОГО ЗРІЗУ СЕЧОВОГО МІХУРА

2. НДР «Клініко-патогенетична характеристика ремоделювання сечових шляхів в осіб похилого і старечого віку» номер державної реєстрації: 0120U104459, 2020-2024 рр.

3. Урологія.

4. 2+; С.

5. Патент України на корисну модель № 147176 UA, МПК (2020.01) G01N 1/00. Спосіб виготовлення парафінового зрізу сечового міхура / Саричев Л. П., Старченко І. І., Савченко Р. Б., Саричев Я. В., Пустовойт Г. Л.; заявник і патентовласник «УМСА» - № u2020 05708; Заявл. 04.09.2020; Опубл. 21.04.2021. Бюл. №16.

6. Немає.

7. У основу корисної моделі поставлена задача удосконалити спосіб виготовлення парафінових зрізів біопсійного матеріалу сечового міхура. Спосіб виготовлення парафінового зрізу сечового міхура включає фіксацію біоптату передньої стінки сечового міхура у 10% розчині нейтрального формаліну при кімнатній температурі, зразок тканини вирівнюється для чіткої візуалізації всіх оболонок сечового міхура, проводиться виготовлення парафінового блока, зріз з парафінової матриці виконується шляхом проводки матеріалу в автоматі для проводки тканин через всі оболонки сечового міхура, парафінові зрізи товщиною 5 мкм фарбуються гематоксиліном і еозином та наносяться на предметне скло.

8. Спосіб виготовлення парафінового зрізу сечового міхура був застосований у 30 хворих на ДГПЗ яким була проведена біопсія сечового міхура.

Позитивний ефект запропонованого методу полягає у виготовленні зрізу з парафінової матриці чітко через всі оболонки сечового міхура.

9. Біоптат сечового міхура, 10% розчин нейтрального формаліну, парафіновий блок, автомат для проводки тканин, 96% етанол, 80% етанол, 70% етанол, дистильована вода, гематоксилин, 1% соляної кислоти, 0,5% розчин аміаку, еозин, ксилол, толуол, канадський бальзам, предметне скло.

10. Підготовка біопсійного матеріалу для подальшого гістологічного дослідження.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Полтавський державний медичний університет.

14. Відсутні.

15. Саричев Л. П., Старченко І. І., Савченко Р. Б., Саричев Я. В., Пустовойт Г. Л.

Контактна особа: Савченко Р. Б., +380508557650.

Реєстр № 111/9/23

1. СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ІМУНОГІСТОХІМІЧНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ У ДІАГНОСТИЦІ ПРОСТАТИЧНОЇ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНОЇ НЕОПЛАЗІЇ

2. НДР «Оптимізація надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги хірургічного профілю на принципах «хірургії швидкого шляху» при окремих захворюваннях щитоподібної та прищитоподібних залоз, носоглотки, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, судин і суглобів, зокрема, з використанням атомно-силової мікроскопії та із застосуванням методу преламінації для обробки імплантів», номер державної реєстрації: 0119U001046.

3. Урологія, патоморфологія.

4. 2+; С.

5. Стаття «Роль імуногістохімічних методів дослідження у діагностиці простатичної інтраепітеліальної неоплазії» Світ медицини та біології. – 2021. - № 2 (76). – С. 89-93.

6. Немає.

7. Нововведення стосується визначення експресії імуногістохімічних маркерів проліферації (Ki-67) та інвазії (p63) у пацієнтів з простатичною інтраепітеліальною неоплазією з метою індивідуалізації лікувальної тактики та попередження малігнізації.

8. Розроблений спосіб оптимізації імуногістохімічних методів дослідження у діагностиці простатичної інтраепітеліальної неоплазії призводить до: визначення біологічного потенціалу простатичної інтраепітеліальної неоплазії високого та низького ступеня до малігнізації та

злюкисної прогресії. За допомогою методики виявляються пацієнти з високим ризиком злюкисної трансформації, які потребують поглибленого обстеження та лікування.

9. Умовою гарантованої ефективної реалізації запропонованої методики – є наявність необхідного обладнання імуногістохімічної лабораторії для вивчення маркеру проліферації Ki-67 та маркер інвазивного росту рб3 імуногістохімічним методом.

10. Показання до застосування: простатична інтраепітеліальна неоплазія високого та низького ступеня.

11. Відсутні.

12. Відсутні.

13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.

14. Немає.

15. Журавчак А. З., Мельничук М. П., Дячук М. Д.

Контактні особи: Журавчак А. З., +380676708951, Мельничук М. П., +380975637943, Дячук М. Д., +380957777769.

ФІЗИЧНА ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНА МЕДИЦИНА, ФІЗІОТЕРАПІЯ

Реєстр № 112/9/23

1. ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ТА ФІЗИЧНОГО СТАТУСУ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ КЕСАРІВ РОЗТИН, ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

2. НДР «Використання не медикаментозних засобів і природних факторів для покращення фізичного розвитку, функціональної і фізичної підготовленості організму», номер державної реєстрації: 0110U001671, 2019-2023рр.

3. Фізична терапія, ерготерапія.

4. 2++С.

5. Стаття Куравська Ю. С. Ефективність відновлення психо-емоційного та фізичного статусу жінок, які перенесли кесарів розтин, засобами фізичної терапії / Ю. С.Куравська, М. Г. Аравіцька// Art of Medicine. – 2022. - № 1(21). С. 50-55. (Scientific and practical journal), DOI: 10.21802/artm.2022.1.21.50

6. Немає.

7. Вагітність, пологи та післяпологовий період – складні та відповідальні періоди у житті кожної жінки. Від стану породіллі, фізичної та психологічної готовності до материнства залежать взаємини в сім'ї, емоційне тепло у ставленні до дитини, що сприяє гармонійному росту та

розвитку. Зміни у настрої та фізіологічному статусі жінки залежать від флуктуацій гормонів, пов'язаних із вагітністю та пологами. Найвище зростання депресивного настрою настає в середньому на 5-й день після пологів, що поєднується з сильними гормональними коливаннями. Рівень кортизолу в крові може корелювати зі зміною настрою та післяпологовою депресією.

Гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова система також перебуває у стані фізіологічної гіперактивності, що визначає гормональну нестабільність. Післяпологові депресії (ППД) та інші фізіологічні стани, зокрема фізична ослабленість, які не були виявлені та залишилися некорегованими, можуть негативно впливати на розвиток дитини, спотворювати адекватний зв'язок у взаємодії «мати-дитина» та підвищувати ризик депресивних чи тривожних симптомів у дітей у пізнішому віці. Отже, ППД матері є потенційним фактором ризику для подальшого розвитку дитини, і навіть через рік після пологів у частини матерів зберігається депресія, яка негативно впливає на емоційний, когнітивний, соціальний розвиток дитини.

Тому, враховуючи тісний взаємозв'язок у стані здоров'я матері і дитини, проблема відновлення стану здоров'я жінок після КР вимагає впровадження в практичну реабілітацію та акушерство нових медичних знань і технологій, зокрема, методик активної функціональної фізичної терапії з метою покращення якості життя та якнайшвидшого фізичного та психічного відновлення. Перевагами застосування засобів фізичної терапії у післяпологовому періоді є їх безпечність, можливість застосування упродовж лактації, адаптація до будь-якого фізичного стану жінки. Це визначає актуальність представленої роботи, її теоретичну та практичну цінність.

8. Засоби фізичної терапії доцільно призначити з першого дня після пологової реабілітації з метою покращення психоемоційного стану та збільшення фізичної працездатності жінок.

9. Таблиці результатів для велоергометрії, платформи «PROCEDOS PLATFORM9™ Pro» та «PROCEDOS WALL9», Единбурзька шкала післяпологової (постнатальної) депресії (Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS).

10. Жінки, які перенесли кесарів розтин.

11. Немає.

12. Немає.

13. Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра фізичної терапії та ерготерапії

14. Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, кафедра фізичної терапії, ерготерапії

15. Аравіцька М. Г., Куравська Ю. С., Чурпій І. К., Кравчук М. І., Федорівська Л. П.

Контактна особа: Куравська Ю. С., +380663157174.

Реєстр № 113/9/23

1. ПРИСТРІЙ ДЛЯ БЕЗПЕРЕБІЙНОЇ ПОДАЧІ КИСНЮ В КИСНЕВУ МЕРЕЖУ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

2. НДР «Розробка і вдосконалення організаційно-методичних основ фізичної терапії у хворих із захворюванням черевної порожнини та нервової системи», номер державної реєстрації: 0119U448, 2019-2024р.

3. Фізична терапія, ерготерапія.

4. 2++С.

5. Патент на корисну модель № 151675 «Пристрій для безперебійної подачі кисню в кисневу мережу лікувального закладу». Документ, що засвідчує пріоритет, авторство і право власності є патент на корисну модель UA № 151675 U. № u2022 01594; заявл. 17.05.2022; опубл. 2508.2022. Бюл. № 34.

6. Немає.

7. Пристрій для безперебійної подачі кисню в кисневу мережу лікувального закладу містить кисневу станцію і центральну трубку подачі кисню в мережу. Додатково введено друге джерело кисню із щонайменше двох кисневих балонів, під'єднаних за допомогою рампи і системи трубок через трійник до центральної трубки подачі кисню в мережу, обладнаної додатково клапаном з манометром з властивістю задання режиму подачі кисню в мережу відповідно різниці тисків на виході з джерел подачі кисню.

8. Пропонований пристрій є простим у виконанні, не вимагає складних пристосувань чи спеціального додаткового обладнання (оскільки станція для вироблення кисню на сьогоднішній день є у більшості лікарень), не потребує спеціальної підготовки персоналу, є сумісним з кисневими станціями, забезпечує безперервну подачу кисню за будь-яких умов та може бути легко впроваджений у лікувальні заклади.

9. Киснева станція, кисневі балони, персонал.

10. Киснево-залежні особи.

11. Немає.

12. Немає.

13. «Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра фізичної терапії та ерготерапії».

14. Немає.

15. Чурпій І. К., Чурпій К. Л., Куравська Ю. С., Фіцич М. В., Чурпій В. К., Чурпій Н. В., Ліскевич І. І.

Контактна особа: Чурпій І. К., +380509671840.

1. КОМП'ЮТЕРНА ПРОГРАМА «FUNCTIONAL PROFILE OF THE PATIENT AFTER CHOLECYSTECTOMY (PROFCHOL)» ДЛЯ ОЦІНКИ РІВНЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ ЗА МІЖНАРОДНОЮ КЛАСИФІКАЦІЄЮ ФУНКЦІОНУВАННЯ

2. НДР «Теоретико-методичні основи фізичної терапії хворих після лапароскопічної холецистектомії», номер державної реєстрації: 01119U2951, 2019-2024 рр.

3. Фізична терапія, ерготерапія.

4. 2++.

5. Голод Н. Р. Міжнародна класифікація функціонування як інструмент формування реабілітаційної програми для пацієнтів після лапароскопічної холецистектомії/ Чурпій І. К. //Art of Medicine. – 2020. - № 3 (15) - С. 38-42 (Scientific and practical journal).DOI: 10.21802/artm.2020.3.15.38.

Nataliya Golod, Tetiana Buhaienko, Viktoriia Imber, Svitlana Kara, Olha Zastavna, Olena Prysiazhniuk, Mariia Kravchuk. The Results of the Examination of Patients After Laparoscopic Cholecystectomy in the Acute Period of Rehabilitation Using the International Classification of Functioning Acta Balneologica. 3 (278)/2022, 222-229 [https:// DOI: 10.36740/ABAL202203104](https://doi.org/10.36740/ABAL202203104) <https://actabalneologica.eu/03-2022/>.

6. Немає.

7. При розробці та впровадженні концепції фізичної терапії хворих після лапароскопічної холецистектомії на стаціонарному, амбулаторному та санаторно-курортному етапах реабілітації була використана методологія міжнародної класифікації функціонування (МКФ) з врахуванням контекстуальних чинників особистості та оточуючого середовища.

Комп'ютерна програма спрямована на полегшення процесу документування стану пацієнта, а саме кодування за МКФ та впровадження електронних форм наданих послуг для визначення яких застосовуються міжнародні класифікації.

8. Впровадження принципів міжнародних класифікацій як методичної основи науково-дослідної діяльності з питань реабілітації буде сприяти застосуванню біопсихосоціальної моделі реабілітації. Використання комп'ютерної програми полегшить роботу мультидисциплінарних команд реабілітаційних відділень при оцінці рівня функціонування та активності пацієнта, становленні цілей реабілітації та для визначення обсягів реабілітаційних, соціальних послуг під час розроблення та реалізації індивідуальних програм реабілітації. Комп'ютерна програма дозволить зменшити затрати часу при обстеженні та кодуванні за МКФ та визначенні ефективності проведеного реабілітаційного втручання для пацієнтів після лапароскопічної холецистектомії на стаціонарному, амбулаторному та санаторно-курортному етапах реабілітації.

9. ПК з ОС Windows, інтернет браузер.
 10. Оцінка рівня функціонування пацієнтів після холецистектомії.
 11. Немає.
 12. Немає.
 13. «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра фізичної терапії та ерготерапії.
 14. Немає.
 15. Голод Н. Р., Голод Ю. О.
- Контактна особа:** Чурпій І. К., +380509671840.

Реєстр № 115/9/23

1. **КОМП'ЮТЕРНА ПРОГРАМА «FUNCTIONAL PROFILE (FPROF)» ДЛЯ ОЦІНКИ РІВНЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ЗА МІЖНАРОДНОЮ КЛАСИФІКАЦІЄЮ ФУНКЦІОНУВАННЯ**
2. НДР «Розробка і вдосконалення організаційно-методичних основ фізичної терапії у хворих із захворюваннями черевної порожнини та нервової системи», номер державної реєстрації: 0119U000448, 2019-2024 рр.
3. Фізична терапія, ерготерапія.
4. 2++.
5. 1) Голод Н. Р. Міжнародна класифікація функціонування як інструмент формування реабілітаційної програми для пацієнтів після лапароскопічної холецистектомії/ Чурпій І. К. //Art of Medicine. – 2020. - № 3 (15) - С. 38-42 (Scientific and practical journal).DOI: 10.21802/artm.2020.3.15.38.
2) Nataliya Golod, Tetiana Buhaienko, Viktoriia Imber, Svitlana Kara, Olha Zastavna, Olena Prysiashniuk, Mariia Kravchuk.The Results of the Examination of Patients After Laparoscopic Cholecystectomy in the Acute Period of Rehabilitation Using the International Classification of Functioning Acta Balneologica. 3 (278)/2022, 222-229 [https:// DOI: 10.36740/ABAL202203104](https://doi.org/10.36740/ABAL202203104) <https://actabalneologica.eu/03-2022/>
6. Немає.
7. При розробці та впровадженні концепції фізичної терапії для пацієнтів із захворюваннями черевної порожнини та нервової системи на стаціонарному, амбулаторному та санаторно-курортному етапах реабілітації пропонується застосовувати методологію міжнародної класифікації функціонування (МКФ) з врахуванням контекстуальних чинників особистості та оточуючого середовища. Комп'ютерна програма спрямована на полегшення процесу документування стану пацієнта, а саме кодування за МКФ та впровадження електронних форм наданих послуг для визначення яких застосовуються міжнародні класифікації.
8. Впровадження принципів міжнародних класифікацій як методичної основи науково-дослідної діяльності з питань реабілітації буде сприяти

застосуванню біопсихосоціальної моделі реабілітації. Використання комп'ютерної програми полегшить роботу мультидисциплінарних команд реабілітаційних відділень при оцінці рівня функціонування та активності пацієнта, становленні цілей реабілітації та для визначення обсягів реабілітаційних, соціальних послуг під час розроблення та реалізації індивідуальних програм реабілітації для пацієнтів із захворюваннями черевної порожнини та нервової системи. Комп'ютерна програма дозволить зменшити затрати часу при обстеженні та кодуванні за МКФ та визначенні ефективності проведеного реабілітаційного втручання для пацієнтів із захворюваннями черевної порожнини та нервової системи на усіх етапах реабілітації.

9. ПК з ОС Windows, інтернет браузер.

10. Оцінка рівня функціонування пацієнтів із захворюваннями черевної порожнини та нервової системи.

11. Немає.

12. Немає.

13. «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедра фізичної терапії та ерготерапії.

14. Немає

15. Чурпій І. К., Голод Н. Р., Голод Ю. О.

Контактна особа: Чурпій І. К., +380509671840.

Реєстр № 116/9/23

1. СПОСІБ ЗАБОРУ АУТОПСІЙНОГО МАТЕРІАЛУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ РОЗТИНУ ПОМЕРЛОГО ВІД КАРАНТИННОЇ ІНФЕКЦІЇ

2. НДР «Променева, клініко-лабораторна діагностика та морфопатогенез органів та систем при дифузному альвеолярному пошкодженні легень», номер державної реєстрації: 0121U108832.

3. Патологічна анатомія, судово-медична експертиза.

4. 2+; D.

5. Патент на корисну модель № 150494.

6. Немає.

7. Спосіб забору аутопсійного матеріалу серцево-судинної системи при проведенні розтину померлого від карантинної інфекції, що включає забір зразків серцевого м'язу і відрізняється тим, що під час проведення розтину беруть окремі стерильні набори інструментів для вирізки та забору кожного зразка тканини, якими додатково висікають у чотирьох екземплярах тканини серцевого м'язу з ендокардом, серцевого м'язу з епікардом, перикарду, інтими устя аорти, інтими легеневого стовбура, потім у двох екземплярах здійснюють забір окремим стерильним набором рідкого вмісту перикарду, надалі всі забрані зразки сортують для наступного проведення

етапів вірусологічного, бактеріологічного, гістологічного та електронно-мікроскопічного досліджень.

8. Спосіб забору аутопсійного матеріалу серцево-судинної системи при проведенні розтину померлого від карантинної інфекції забезпечує розширений почерговий забір секційного матеріалу тканин, що включає додатково тканини серцевого м'язу з ендокардом, серцевого м'язу з епікардом, перикарду, інтими устя аорти, інтими легеневого стовбура та вмісту перикарду (взяття рідкого компоненту), використання окремих стерильних наборів інструментів для вирізки кожного зразка тканини, обов'язковий забір цих зразків у чотирьох екземплярах з подальшим сортуванням наборів. Такий спосіб дасть можливість уникнути хибнонегативних результатів під час подальшого проведення полімеразно-ланцюгової реакції для виявлення вірусної РНК та під час посіву матеріалу на поживне середовище для встановлення вторинної бактеріальної інвазії вірусу в кожній забраній тканині серця та судин. Також подальша фіксація гістологічних зрізів обраних тканин в розчині формальдегіду та глутарового альдегіду дасть можливість провести рутинне морфологічне і електромікроскопічне дослідження та, при потребі, імуногістологічне вивчення, а використання окремих стерильних наборів інструментів для вирізки кожного зразка тканини дозволить уникнути хибнопозитивних результатів, завдяки унеможливленню перехресної інфекційної контамінації.

9. Дотримання усіх протиепідеміологічних заходів біологічної безпеки передбачених згідно Постанови № 44 від 04.08.2020 р. Головного державного санітарного лікаря України «Про внесення змін до Тимчасових рекомендацій щодо безпечного поводження з тілами померлих з підозрою або підтвердженням коронавірусної хвороби (COVID-19)» та в оснащених і укомплектованих карантинній секційній, обладнаній активною приточно-втяжною вентиляцією із фільтрами тонкого очищення. Набір окремих стерильних наборів інструментів для вирізки кожного зразка тканини, спиртівка для стерилізації, марковані одноразові стерильні поліпропіленові кріофлакони з гвинтовими кришками.

10. Проведення аутопсії померлого з підозрою/підтвердженням на гостру карантинну інфекцію з ураженням серцево-судинної системи.

11. Проведення аутопсії померлого з соматичними неінфекційними захворюваннями.

12. Не спостерігались.

13. Івано-Франківський національний медичний університет.

14. Немає.

15. Мацькевич В. М., Василик В. М., Ленчук Т. Л., Рижик В. М., Грищук М. І., Камишний О. М., Мицик Ю. О.

Контактна особа: Мацькевич В. М., +380509685152.

1. СПОСІБ ЗАБОРУ СЕКЦІЙНОГО ПОТЕНЦІЙНО ІНФІКОВАНОГО БІОЛОГІЧНОГО МАТЕРІАЛУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ АУТОПСІЇ

2. НДР «Променева, клініко-лабораторна діагностика та морфопатогенез органів та систем при дифузному альвеолярному пошкодженні легень», номер державної реєстрації: 0121U108832.

3. Патологічна анатомія, судово-медична експертиза.

4. 2+; D.

5. Патент на корисну модель № 148790.

6. Немає.

7. Спосіб забору секційного потенційно інфікованого біологічного матеріалу шлунково-кишкового тракту при проведенні аутопсії, що включає забір зразків з травного тракту і відрізняється тим, що під час проведення розтину додатково висікають у трьох екземплярах тканини стінки шлунку, підшлункової залози та товстого кишечника, надалі їх сортують для наступного проведення етапів морфологічного, вірусологічного та бактеріологічного досліджень.

8. Спосіб забору секційного потенційно інфікованого біологічного матеріалу шлунково-кишкового тракту при проведенні аутопсії забезпечує розширений забір секційного матеріалу тканин, що включає тканини стінки шлунку, підшлункової залози та товстого кишечника, обов'язковий забір цих зразків у трьох екземплярах з подальшим сортування наборів. Такий спосіб дасть можливість подальшого проведення полімеразно-ланцюгової реакції для виявлення РНК вірусу, посіву матеріалу на поживне середовище приєднання для встановлення вторинної бактеріальної інвазії та зафарбування і фіксацію гістологічних зрізів з метою наступного вивчення їх клітинної структури.

9. Дотримання усіх протиепідеміологічних заходів біологічної безпеки передбачених згідно Постанови № 44 від 04.08.2020 р. Головного державного санітарного лікаря України «Про внесення змін до Тимчасових рекомендацій щодо безпечного поводження з тілами померлих з підозрою або підтвердженням коронавірусної хвороби (COVID-19)» та в оснащеній і укомплектованій карантинній секційній, обладнаній активною приточно-втяжною вентиляцією із фільтрами тонкого очищення. Набір окремих стерильних наборів інструментів для вирізки кожного зразка тканини, спиртівка для стерилізації, марковані одноразові стерильні поліпропіленові криофлакони з гвинтовими кришками.

10. Проведення аутопсії померлого з підозрою/підтвердженням на гостру карантинну інфекцію з локалізацією в шлунково-кишковому тракті

11. Проведення аутопсії померлого з соматичними неінфекційними захворюваннями.

12. Не спостерігались.

13. Івано-Франківський національний медичний університет.

14. Немає.

15. Мацькевич В. М., Василик В. М., Камишний О. М., Ленчук Т. Л., Попадинець О. Г., Вацеба Б. Р., Мицик Ю. О.

Контактна особа: Мацькевич В. М., +380509685152.

Реєстр № 118/9/23

1. ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ТРАВМАМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ, ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ, ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ В УМОВАХ САНАТОРНО-КУРОРТНИХ І РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАКЛАДІВ

2. НДР «Розробити систему реабілітації військовослужбовців з різними травмами та захворюваннями в санаторно-курортних умовах із використанням природних лікувальних чинників», номер державної реєстрації: 0120U101626.

3. Фізична та реабілітаційна медицина, фізіотерапія.

4. 2+; С.

5. Деклараційний патент на корисну модель № 146748 Україна, МПК G09B 23/28. Спосіб моделювання посттравматичного стресового розладу / Бабов К. Д., Гуца С. Г., Насібуллін Б. А., Олешко О. Я., Бахолдіна О. І., Ярошенко Н. О., Польщакова Т. В.; заявники та патентовласники: ДУ «Укр. НДІ МР та К МОЗ України». - № u 2020 04377; заявл. 13.07.2020; опубл. 17.03.2021, Бюл. № 11.

6. Немає.

7. Розроблено диференційовані програми застосування комплексу методів та засобів реабілітації військовослужбовців з травмами опорно-рухового апарату, черепно-мозковою травмою, посттравматичним стресовим розладом в умовах санаторно-курортних і реабілітаційних закладів у періоді післягострої та довготривалої реабілітації, що включає всі елементи відновлювального лікування: бальнеотерапія, фізична терапія, групова та індивідуальна психотерапія, пелоїдотерапія (інфрарелоїдотерапія), апаратна фізіотерапія (високотонова терапія, високоінтенсивна терапія змінним магнітним полем).

8. *Медичний:* одночасне відновлення порушених психологічних феноменів, зменшення психосоматичних і поведінкових розладів; зменшення обмеження життєдіяльності та дефіциту функцій, що сприятиме попереджанню розвитку і прогресування травматичної хвороби мозку, загострення патології опорно-рухового апарату (в тому числі, як наслідок травм та поранень) або зменшенню їхніх прояв, завдяки попередженню рецидивів, консолідації ремісії та реадaptaції. *Соціальний:* досягнення найповнішої психологічної, соціальної та професійної адаптації, що

приведе до найскорішого та найкращого відновлення військового та/чи трудового потенціалу. *Економічний*: розвантаження ліжкового фонду госпіталів, уникання зайвих витрат на оснащення госпіталів апаратурою та іншими приладами, необхідними для проведення широкого спектру реабілітаційних заходів.

9. Кадрові ресурси: лікар фізичної та реабілітаційної медицини, лікар-невролог, лікар ортопед-травматолог, психолог. Інструментальне обладнання: апарат високоточної терапії НІТОР 1 TOUCH, камера «Інфрапелотерм-5+» з джерелом інфрачервоного світла, муловий сульфідний пелоїд, апарат високоінтенсивної імпульсної магнітотерапії Zimmer emField Pro.

10. Післягостра та довготривала реабілітація хворих з наслідкам черепно-мозкової травми, хворих з дегенеративно-дистрофічною патологією опорно-рухового апарату, з наслідками травм та поранень (після переломів верхніх та/чи нижніх кінцівок у постімобілізаційному періоді, механічних травм та поранень верхніх та/чи нижніх кінцівок (кульові, мінно-вибухові, осколочні)), на тлі посттравматичного стресового розладу.

11. Загальні протипоказання для застосування апаратної фізіотерапії та пелоїдотерапії, наявність металевих конструкцій та фіксаторів.

12. Немає.

13. Державна установа «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України, 65014, м. Одеса, пров. Лермонтовський, 6.

14. Немає.

15. Бабов К. Д., Заболотна І. Б., Гуща С. Г., Польщаківа Т. В.

Контактна особа: Безверхнюк Т. М., +380674852308.

Реєстр № 119/9/23

1. СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ МКФ В ПОЄДНАННІ З МКХ-10 ДЛЯ СИСТЕМАТИЗАЦІЇ ІНФОРМАЦІЇ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ОПЕРОВАНИХ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

2. НДР «Теоретико-методичні основи фізичної терапії хворих після лапароскопічної холецистектомії», номер державної реєстрації: 01119U2951, 2019-2024 рр.

3. Фізична терапія, ерготерапія.

4. 2++С

5. Стаття Голод Н.Р. Міжнародна класифікація функціонування як інструмент формування реабілітаційної програми для пацієнтів після лапароскопічної холецистектомії / І.К. Чурпій, Н.Р. Голод // Art of Medicine. – 2020. - № 3(15). С. 38-43. (Scientific and practical journal), DOI: 10.21802/artm.2020.3.15.38.

6. Немає.

7. Широкий спектр сучасних реабілітаційних можливостей вимагає чіткої стандартизації в підходах до реабілітації. Це забезпечить зменшення фінансового навантаження на конкретну особистість, створить чіткий алгоритм роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди та покращить якість наданих послуг.

В міжнародних класифікаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) стани здоров'я (захворювання, травми, порушення, та ін.) класифікуються за допомогою міжнародної класифікації хвороб МКХ-10, яке визначає етіологічну основу, а функціонування й інвалідність, пов'язані із станом здоров'я, класифікуються за допомогою міжнародної класифікації функціонування (МКФ). Можна сказати, що МКХ-10 та МКФ доповнюють одна одну.

8. Використовуючи спільну інформацію, яка стосується діагнозу та функціонування, фахівці, які будуть брати участь у лікуванні та реабілітації отримують більш широку і точну картину здоров'я, що дозволить якісно провести оздоровлення пацієнта.

9. Класифікатори МКХ-10 та МКФ.

10. Хворі оперовані на органах черевної порожнини.

11. Немає.

12. Немає.

13. Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра фізичної реабілітації, ерготерапії з курсом фізичного виховання.

14. Центральна міська клінічна лікарня, хірургічне відділення.

15. Чурпій І. К., Голод Н. Р., Янів О.В., Куравська Ю. С., Федорівська Л. П., Кравчук М. І., Фіщич М. В.

Контактна особа: Голод Н. Р., +380673443259

Реєстр № 120/9/23

1. СПОСІБ КОМПЛЕКСНОЇ ВАКУУМНОЇ ТЕРАПІЇ РАН

2. НДР «Розробка, обґрунтування і впровадження нових методів профілактики та лікування трофічних та гнійно-некротичних ускладнень захворювань нижніх кінцівок судинного генезу з використанням фізичних чинників», номер державної реєстрації: 0118U001192.

3. Хірургія.

4. 2+; С.

5. Патент України на корисну модель № 143372, МПК (2020.01) А61М 27/00. Спосіб комплексної вакуумної терапії ран / Іфтодій А. Г., Козловська І. М., Шкварковський І. В., Кулачек Я. В., Москалюк О. П., Гребенюк В. І., Кравчук Ю. Б.; заявник і патентовласник Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет». – № u 2020 00959; заявл. 14.02.2020; опубл. 27.07.2020, бюл. № 14.

6. Немає.

7. В основу корисної моделі покладено завдання підвищити ефективність лікування гнійно-некротичних, інфікованих чи тривало незаживаючих ран шляхом проведення їх санації розчином антисептика із аплікацією порошку сорбенту з іммобілізованим на ньому антибіотиком на ранову поверхню та комплексної VAC-терапії у постійному режимі від'ємного тиску. При цьому тривалу аспірацію ранового вмісту проводять протягом 5-7 днів в залежності від стадії ранового процесу та додатково кожні 24 години роблять перерву в роботі вакуумної системи під час якої виконують заливку рани розчином антисептика із використанням вакуумно-приточного методу – через трубку дренажа – протягом 30-40 секунд з його наступною аспірацією з використанням VAC-пристрою протягом 5 секунд, процедуру повторюють три рази підряд, і після цього проводять аплікацію порошком сорбенту з іммобілізованим на ньому антибіотиком через приточну систему із 60-хвилинною перервою в роботі вакуумної системи.

8. Медичний: Завдяки дії і депонуванню антибіотика та антисептика безпосередньо в ділянці рани вдається зменшити її мікробну контамінацію. Після аплікації рани розчином антисептика та антибіотика через приточну систему 60-хвилинна перерва забезпечує оптимальну локальну дію вказаних лікарських препаратів та їх депонування в ділянці хронічного запального процесу. А завдяки трикратній інстиляції розчину антисептика по 30-40 секунд із використанням вакуумно-проточного методу вдається вимити нашарування фібрину та запобігти стійкій фіксації мікробних біоплівки в ділянці хронічної контамінованої рани. Такий комплексний спосіб вакуумної терапії дозволяє швидко зменшити прояви запалення та пришвидшити перебіг стадій запального процесу в ділянці рани,

стимулювати та прискорити ріст грануляційної тканини у рані, прискорити терміни та значно підвищити ефективність лікування інфікованих ран. *Соціальний*: покращення якості життя та здоров'я пацієнтів внаслідок зменшення ускладнень, скорочення тривалості ранового процесу на всіх його етапах, швидкому загоєнню ран та значно швидшому реабілітаційному періоді, після запропонованого лікування. *Економічний*: зниження матеріальних витрат на перев'язувальні матеріали та лікарські препарати, скорочення фінансових витрат на перебування пацієнтів із хронічними ранами на стаціонарному лікуванні у зв'язку з швидшим очищенням та загоєнням ран, зменшенням кількості ранових ускладнень.

9. Апарат для вакуумної терапії ран, дренажна трубка, антибактеріальні лікарські засоби.

10. Хронічні інфіковані ранові дефекти будь якої етіології та локалізації.

11. Немає.

12. Не спостерігались при дотриманні процедури виконання, відповідних показань та протипоказань до застосування методу.

13. Буковинський державний медичний університет, 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2.

14. Немає.

15. Іфтодій А. Г., Козловська І. М., Шкварковський І. В., Кулачек Я. В., Москалюк О. П., Гребенюк В. І.

Контактна особа: Козловська І. М., +380506705913.

Реєстр № 121/9/23

1. СПОСІБ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ НЕСПРОМОЖНОСТІ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ КАРДІЇ ПРИ ГРИЖАХ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБИ

2. НДР «Вивчити особливості ускладненого перебігу кили стравохідного отвору діафрагми, гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, ахалазії кардії, стенозу гастродуоденальної зони виразкового генезу та удосконалити методи їх хірургічної корекції з застосуванням ендолапароскопічних технологій».

3. Хірургія.

4. 1; 2+; D.

5. Хірургічна корекція неспроможності фізіологічної кардії при грижах стравохідного отвору діафрагми та ГЕРХ / Шевченко Б. Ф., Пролом Н. В., Бабій О. М. / Методичні рекомендації. Дніпро. К.: Видавництво та друкарня «Ліра», 2021. 32 с.

6. Немає.

7. Спосіб хірургічної корекції неспроможності фізіологічної кардії при грижах стравохідного отвору діафрагми та гастроєзофагеальній рефлюксній

хворобі відноситься до медицини, а саме до абдомінальної лапароскопічної хірургії, і може використовуватися при лікуванні неспроможності фізіологічної кардії. Пропонується для впровадження в хірургічних відділеннях обласних, міських лікарень.

Фізіологічна кардія – це ряд анатомічних утворень ділянки стравохідно-шлункового переходу (м'язи та зв'язки нижнього відрізка стравоходу, кут Гіса, газовий міхур шлунка, ніжки діафрагми, складка слизової оболонки шлунка – клапан Губарєва), які забезпечують жомно-клапанну функцію кардії.

Неспроможність фізіологічної кардії – стан, який супроводжується рефлюксом шлункового вмісту у стравохід – гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), міграцією частини шлунка в грудну порожнину – грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД).

Хірургічні методи, які направлені на лікування хворих з неспроможністю фізіологічної кардії поєднують в собі різні способи крурорафії та фундоплікації, які іноді призводять до ускладнень в ранньому або пізньому післяопераційному періоді і супроводжуються рецидивами захворювання.

За останні 30 років види відеолапароскопічних антирефлюксних операцій при грижі стравохідного отвору діафрагми набули значної модифікації, однак, кількість післяопераційних ускладнень залишається високою. Серед них найбільше значення має рецидив ГСОД (10-84 %), ГЕРХ, зісковзування фундоплікаційної манжети (1-8 %), дисфагія (2-70 %), gas-bloat синдром (6-46 %).

Неправильний вибір типу операції, виникнення післяопераційних ускладнень і, як наслідок, погіршення якості життя, роблять цю патологію однією з актуальних проблем сучасної хірургії.

З появою і швидким удосконаленням техніки лапароскопічної хірургії та поглибленням уявлень про механізми розвитку ГЕРХ та ГСОД стало можливим кардинально переглянути відношення до антирефлюксних операцій.

Відомі способи лікування хворих на таку патологію методом лапароскопічної хірургічної корекції, найбільш близьким до запропонованого рішення є спосіб лапароскопічної фундоплікації, поєднаний з крурорафією, при ГЕРХ та ГСОД, який полягає у виділенні абдомінального відділу стравоходу, мобілізації фундального відділу шлунка і формування манжетки з фундального відділу шлунка, який включає проведення фундального відділу шлунка позаду стравоходу і фіксацію його передньої частини до стінки стравоходу, таким чином, щоб манжетка повністю обгортала стравохід, а потім трьома швами формують симетричну вільну манжетку навколо стравоходу (Пат. 88515. Спосіб лапароскопічної фундоплікації при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі / Грубник В. В., Соломко О. О. / опубл. 25.12.2008, бюл. № 24, 2008). Недоліком даного способу є те, що при мобілізації фундального відділу шлунка виникає кровотеча, руйнуються діафрагмально-фундальна, діафрагмально-селезінкова, шлунково-селезінкова та шлунково-

підшлункова зв'язки, новоутворена манжета, яка обгортає стравохід, розташовується не фізіологічно і може приводити до дисфагії, при цьому, руйнується газовий міхур шлунка, кут Гіса, клапан Губарева та діафрагмальний компонент механізму замикання фізіологічної кардії, не здійснюється обмеження середостіння та абдомінального відділу стравоходу від черевної порожнини.

Метою роботи є розробка такого способу хірургічної корекції неспроможності фізіологічної кардії, який був би найменш травматичним, забезпечував надійне відновлення фізіологічної кардії та збереження анатомічних взаємовідносин діафрагми і зони стравохідно-шлункового переходу, зменшував ризик виникнення кровотечі, гіперфункції кардії, зменшував вірогідність розвитку рецидиву неспроможності фізіологічної кардії і здійснював обмеження середостіння та абдомінального відділу стравоходу від черевної порожнини.

В основу способу покладено корекцію анатомічних і функціональних порушень фізіологічної кардії, для оновлення антирефлюксних властивостей стравохідно-шлункового переходу і забезпечення вільного антеградного пасажу їжі при хірургічному лікуванні хворих на ГСОД та ГЕРХ. Перевагами технології над відомими (за Nissen, Toupet, Dor) є те, що при ГСОД та ГЕРХ лапароскопічно виділяють тільки переднє півколо абдомінального відділу стравоходу та частину шлунка з оточуючих тканин, яка знаходиться в грудній порожнині, при цьому зберігають діафрагмально-фундальну, діафрагмально-селезінкову, шлунково-селезінкову та шлунково-підшлункову зв'язки, які приймають участь в формуванні фізіологічної кардії, що зменшує травму та запобігає кровотечі з коротких артерій селезінки. Виконують крурорафію накладанням одного П-подібного шва на праву стінку стравоходу на рівні кардії з фіксацією до неї медіальної та латеральної ніжок діафрагми медіально від стравоходу з накладанням П-подібного шва на медіальну ніжку діафрагми, з використанням нитки першого зав'язаного П-подібного шва, забезпечують зменшення стравохідного отвору діафрагми до зовнішнього діаметру стравоходу без подальшого залучення латеральної ніжки діафрагми, високе підшивання якої супроводжується утворенням «сходинки» для стравоходу і розвитком дисфагії. Накладанням П-подібного шва на ліву стінку стравоходу на рівні кардії з фіксацією до неї латеральної ніжки діафрагми та прилеглих до неї стінки фундального відділу шлунка і діафрагмально-фундальної зв'язки забезпечують розташування зони стравохідно-шлункового переходу в черевній порожнині, оновлюють кут Гіса і газовий міхур шлунка, посилюють заднє півколо НСС; на введеному зонді в шлунок виконанням перпендикулярно вісі стравоходу кардіогастроплекції передньої стінки шлунка накладанням двох П-подібних швів оновлюють клапан Губарева і посилюють переднє півколо НСС; виконанням гастродіафрагмопексії забезпечують оновлення діафрагмального компоненту механізму замикання

фізіологічної кардії і здійснюють обмеження середостіння та абдомінального відділу стравоходу від черевної порожнини.

Запропонованим способом проведено лікування у 34 хворих, серед яких 10 (29,4 %) чоловіків та 24 (70,6 %) жінки, вік обстежених складав 34-69 років, середній становив $(55,6 \pm 3,9)$ років.

Зменшення частоти інтраопераційних (2,9 % проти 11,1%, $p < 0,05$, точний критерій F) та ранніх післяопераційних (5,8 % проти 31,1 %, $p < 0,05$, точний критерій F) ускладнень, достовірне зниження частоти розвитку рецидивів ГСОД в строки спостереження від 6 міс до 3 років в порівнянні з класичними антирефлюксними способами за частотою анатомічних (5,8% проти 17,7 %, $p = 0,003$, критерій χ^2), функціональних (5,8 % проти 13,3 %, $p = 0,045$, критерій χ^2), поєднання анатомічного і функціонального (11,1 % проти 2,9 %, $p = 0,003$, критерій χ^2) рецидивів, достовірне зниження частоти виникнення дисфагії (2,9 % проти 28,9 %, $p = 0,007$, точний критерій F) та пілороспазму (2,9 % проти 17,7 %, $p = 0,009$, точний критерій F) у віддаленому післяопераційному періоді.

Таким чином, досягається покращення якості лікування пацієнтів з ГСОД та ГЕРХ: запропонований спосіб хірургічного лікування неспроможності фізіологічної кардії є менш травматичним, ніж відомі; застосування запропонованого способу забезпечує надійне відновлення фізіологічної кардії та збереження анатомічних взаємовідносин діафрагми і зони стравохідно-шлункового переходу, зменшує ризик виникнення кровотечі, гіперфункції кардії; в післяопераційному періоді даний спосіб хірургічного лікування зменшує вірогідність розвитку рецидиву неспроможності фізіологічної кардії, виникнення дисфагії та рецидиву захворювання.

8. Застосування нововведення дозволяє лапароскопічним доступом виконувати оперативне втручання, що достовірно зменшує можливість виникнення інтра- та післяопераційних ускладнень, рецидивів ГСОД в порівнянні з «класичними» способами операцій.

9. Необхідне обладнання: лапароскопічна стійка з відеокамерою високого розрішення (HD), ультразвуковий скальпель.

10. Грижа стравохідного отвору діафрагми, ГЕРХ.

11. Супутня патологія, яка є протипоказом для проведення ендотрахеального знечулення.

12. Немає.

13. Державна установа «Інститут гастроентерології НАМН України».

14. Немає.

15. Шевченко Б. Ф., Бабій О. М., Пролом Н. В.

Контактна особа: Бабій О. М., +380679020042.

Реєстр № 122/9/23

1. ВИЗНАЧЕННЯ РАННІХ ПОКАЗІВ ДЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН ХІАЗМАЛЬНО-СЕЛЯРНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ЗА ДАНИМИ ОКТ

2. НДР: «Оптимізувати методи діагностики та комплексного лікування новоутворень хіазмально-селярної ділянки», номер державної реєстрації: 0122U000334, 2022-2024 рр.

3. Нейрохірургія.

4. 2+, С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Пропонується спосіб ранньої діагностики компресійної оптичної нейропатії шляхом проведення оптичної когерентної томографії з вимірюванням товщини англіонарного комплексу в макулярній зоні.

8. Дозволяє своєчасно провести хірургічне лікування, яке дозволить попередити розвиток незворотніх змін зорового нерва.

9. МРТ, МСКТ, оптичний когерентний томограф, апарат Рота, аналізатор поля зору.

10. Пухлини хіазмально-селярної локалізації.

11. Немає.

12. Хибний результат при супутній офтальмологічній патології.

13. Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 32.

14. Немає.

15. Єгорова К. С., Гук М. О., Даневич О. О., Чуков А. А., Мумлєв А. О., Українець О. В.

Контактна особа: Чуков А. А., +380502399051, +380682399051.

Реєстр № 123/9/23

1. ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ АСИСТЕНЦІЇ ПРИ СТЕНОЗАХ ХРЕБТОВОГО КАНАЛУ

2. НДР «Розробити інноваційні малоінвазивні технології в хірургічному лікуванні дегенеративних нейрокомпресійних синдромів поперекового відділу хребта», номер державної реєстрації: 0122U000330, 2022-2024 рр.

3. Нейрохірургія.

4. 2+, С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Пропонується спосіб застосування ендоскопічної асистенції при стенозах хребтового каналу що, може бути використаний для покращення результатів хірургічного лікування.
8. Застосування способу при проведенні хірургічних втручань з приводу стенозу хребтового каналу значно мінімізує хірургічну травму та відповідно скорочує період післяопераційної реабілітації.
9. Операційна кімната, ендоскопічна стійка, набір мікрохірургічного інструментарію.
10. Стеноз хребетного каналу.
11. Наявність сегментарної нестабільності.
12. Інфікування.
13. Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 32.
14. Немає.
15. Педаченко Є. Г., Хижняк М. В., Педаченко Ю. Є., Танасійчук О. Ф., Крамаренко В. А., Фурман А. М., Ксензов Т. А.
Контактна особа: Фурман А. М., +380444893188.

Реєстр № 124/9/23

1. СПОСІБ РОЗШИРЕНОЇ КАЛЛОЗОТОМІЇ МЕТОДОМ СТЕРЕОТАКСИЧНОЇ РАДІОЧАСТОТНОЇ ДЕСТРУКЦІЇ
2. НДР «Вивчити особливості перебігу мультифокальної симптоматичної епілепсії та розробити диференційовані підходи хірургічного лікування», номер державної реєстрації: 0119U103958, 2020-2022 рр.
3. Нейрохірургія.
4. 2+,С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Пропонується спосіб хірургічного лікування структурної епілепсії в хворих, що перенесли відкриту тотальну або часткову передню каллозотомію, як спосіб лікування структурної епілепсії — розширена каллозотомія методом стереотаксичної радіочастотної деструкції.
8. Застосування способу дозволяє виявити резидуальні функціональні комісуральні волокна, по яким продовжує поширюватися епілептогенна активність після проведення каллозотомії та функціональної гемісферотомії. Наявність вищевказаних комісуральних волокон є причиною недостатньої ефективності хірургічного втручання або рецидиву епілептичних нападів. Проведення додаткової, розширеної дисконекції стереотаксичними чи відкритими хірургічними методиками дозволить підвищити ефективність хірургічного лікування, зменшить вірогідність інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, скоротить терміни

реабілітаційного періоду та підвищить якість життя хворих з тяжкими формами епілепсії.

9. Стереотаксична система, станція стереотаксичного планування, система відео-ЕЕГ моніторингу, МРТ-трактографія, комп'ютерна томографія.

10. Структурна епілепсія з дифузним, мультифокальним або двобічними ураженням головного мозку, фармакорезистентна форма.

11. Нестабільні вітальні функції

12. Ішемічні, геморагічні, інфекційні ускладнення – ретельний підбір хворих, виконання операції з урахуванням особливостей ангіоархітектоніки головного мозку.

13. Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 32.

14. Немає.

15. Цимбалюк В. І., Костюк К. Р., Медведєв Ю. М., Чебурахін В. В., Костюк М. Р., Попов А. О., Бунякін В. М., Тевзадзе Д. А.

Контактна особа: Костюк К. Р., +380444838183.

Реєстр № 125/9/23

1. СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВОГНИЩЕВОЇ ЕПІЛЕПСІЇ, В СТРУКТУРУ ЕПІЛЕПТИЧНОГО ФОКУСУ ЯКОЇ ВХОДЯТЬ ВНУТРІШНЬОМОЗКОВІ НОВОУТВОРЕННЯ

2. НДР «Вивчити особливості перебігу мультифокальної симптоматичної епілепсії та розробити диференційовані підходи хірургічного лікування», номер державної реєстрації: 0119U103958, 2020-2022 рр.

3. Нейрохірургія.

4. 2+, С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Пропонується спосіб удосконалення методів хірургічного лікування структурної епілепсії в хворих, в яких в структуру епілептичного фокусу входить внутрішньомозкові новоутворення.

8. Застосування нововведення надає можливість визначити зони мозкової речовини, які межують з внутрішньомозковим новоутворенням і приймають активну участь в генералізації епілептогенної активності. Видалення епілептогенної зони разом з внутрішньомозковим новоутворенням в поєднанні зі збереженням функціонально важливих зон мозку забезпечить високий контроль над епілептичними нападами та сприятиме покращенню якості життя хворих на структурну вогнищеву епілепсію.

9. Стереотаксична система, стереотаксична станція планування, система хірургічної нейронавігації, система нейромоніторингу, система

інтраопераційної ультразвукової навігації, нейрохірургічний мікроскоп, система відео-ЕЕГ моніторингу та інтраопераційного електрофізіологічного картування, МРТ-трактографія, однофотонна емісійна комп'ютерна томографія.

10. Структурна вогнищева епілепсія у хворих з внутрішньомозковим новоутворенням.

11. Нестабільні вітальні функції

12. Ішемічні, геморагічні, інфекційні ускладнення, розвиток неврологічного дефіциту – чітке визначення функціонально-важливих ділянок мозку, висока кваліфікація нейрохірурга.

13. Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 32.

14. Немає.

15. Цимбалюк В. І., Костюк К. Р., Медведєв Ю. М., Чебурахін В. В., Костюк М. Р., Попов А. О., Бунякін В. М., Тевзадзе Д. А.

Контактна особа: Костюк К. Р., +380444838183.

Реєстр № 126/9/23

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПРОНИКАЮЧИХ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ЧЕРЕПА ТА ГОЛОВНОГО МОЗКУ

2. НДР «Розробка методів діагностики, лікування та прогнозування виходів в гострому, проміжному та віддаленому періоді черепно-мозкової травми та черепно-мозкових поранень», номер державної реєстрації: 0117U006495, 2017-2021 рр.

3. Нейрохірургія.

4. 2+, С.

5. Патент на корисну модель № 102964, «Спосіб лікування проникаючих вогнепальних поранень черепа та головного мозку». Винахідники: Сірко Андрій Григорович, Пилипенко Григорій Сергійович. МПК: А61В17/00. Заявка: u201505439, 02.06.2015. Зареєстровано в Державному реєстрі України корисних моделей 25.11.2015р.

6. Немає.

7. Задачею даного нововведення є вдосконалення способу лікування вогнепальних проникаючих поранень черепа та головного мозку, який би дозволив надійно герметизувати внутрішньочерепний вміст, провести адекватну санацію вогнища ушкодження, та в кінцевому результаті зменшити ризик розвитку гнійно-запальних ускладнень.

Запропонований спосіб лікування дозволяє уникнути негативних наслідків, які зустрічаються при використанні інших, загальноприйнятих методів лікування.

8. Медичні переваги: 1. Знижує ризик розвитку гнійно-запальних ускладнень. 2. Виключає необхідність повторних хірургічних втручань з приводу гнійних ускладнень. 3. Фізіологічний, так як для закриття дефекту твердої оболонки головного мозку використовується аутоотканина. *Соціальні переваги:* зменшення рівня інвалідності та смертності від внутрішньочерепних гнійно-запальних ускладнень. *Економічні переваги:* для пластики дефекту твердої оболонки головного мозку використовується аутоотканина, що не потребує додаткових фінансових затрат. Зменшує вартість лікування за рахунок зниження частоти гнійних ускладнень і зменшення періоду використання антибіотиків. Не потребує дороговартісного обладнання та матеріалів.

9. Кадрові ресурси: лікар – нейрохірург.

Інструментальні ресурси: нейрохірургічна операційна, стандартний хірургічний інструментарій.

10. Наявність вогнепального проникаючого поранення черепа та головного мозку.

11. Загальні протипоказання до хірургічного втручання. Специфічних протипоказів немає.

12. Можливі ускладнення: 1. Лікворея через контрапертури дренажів припливно-відливної системи. 2. Внутрішньочерепні гнійно-запальні ускладнення.

Шляхи запобігання та усунення: 1. Встановлення трубок припливно-відливної системи із дотриманням методики, забезпечення герметичності контакту трубки із шкірою у контрапертурі. 2. Обмеження терміну використання припливно-відливної дренажування строком до трьох діб.

13. Дніпровський державний медичний університет, кафедра нервових хвороб та нейрохірургії ФПО.

Відділення церебральної нейрохірургії № 2, КП «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова ДОР»

14. Немає.

15. Сірко А. Г., Пилипенко Г. С.

Контактна особа: Пилипенко Г. С., +380955406928.

1. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ТЯЖКИХ ПРОНИКАЮЧИХ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ЧЕРЕПА ТА ГОЛОВНОГО МОЗКУ ІЗ БАГАТОУЛАМКОВИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕПНОЇ ЯМКИ ТА НАДБРІВНОЇ ДУГИ, ЩО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ НАБРЯКОМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ТА ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

2. НДР «Розробка методів діагностики, лікування та прогнозування виходів в гострому, проміжному та віддаленому періоді черепно-мозкової травми та черепно-мозкових поранень», номер державної реєстрації: 0117U006495, 2017-2021 рр.

3. Нейрохірургія.

4. 2+, С.

5. Патент на корисну модель № 134798, «Спосіб лікування тяжких проникаючих вогнепальних поранень черепа та головного мозку із багатоуламковими переломами передньої черепної ямки та надбрівної дуги, що супроводжується набряком головного мозку та внутрішньочерепною гіпертензією». Винахідники: Пилипенко Григорій Сергійович, Сірко Андрій Григорович. МПК: А61В17/00. Заявка: u201811491, 22.11.2018. Зареєстровано в Державному реєстрі України корисних моделей 10.06.2019р.

6. Немає.

7. Задачею даного нововведення є полегшення виконання реконструктивного втручання та зниження ризику виникнення назальної ліквореї та гнійно-септичних ускладнень у віддаленому періоді вогнепального проникаючого поранення черепа та головного мозку шляхом виконання реконструкції надбрівної дуги за допомогою титанової динамічної пластини та виконання комбінованої реконструкції дефекту основи черепа з використанням окісно-м'язового клаптя на живильній ніжці та титанової динамічної пластини. Запропонований спосіб забезпечує герметичність та жорсткість основи передньої черепної ямки у місці дефекту та збереження нормальної геометрії верхнього контуру очниці (надбрівної дуги).

8. *Медичні переваги:* 1. Забезпечує герметичність основи черепа, що знижує ризик розвитку персистоючої назальної ліквореї та внутрішньочерепних гнійно-запальних ускладнень. 2. Значно полегшує проведення реконструктивного втручання у проміжному періоді поранення. 3. Фізіологічний, так як для закриття дефекту твердої оболонки головного мозку використовуються у тому числі і аутоканіни. *Соціальні переваги:* збереження контурів верхньої зони обличчя забезпечує задовільний косметичний результат втручання. Зменшення рівня інвалідності та смертності в результаті внутрішньочерепних гнійно-септичних ускладнень. *Економічні переваги:* Зменшує вартість лікування за рахунок зниження

частоти гнійних ускладнень і зменшення періоду використання антибіотиків.

9. Кадрові ресурси: лікар – нейрохірург.

Інструментальні ресурси: нейрохірургічна операційна, стандартний хірургічний інструментарій, набір титанових пластин та шурупів для проведення краніопластики.

10. Наявність тяжкого проникаючого вогнепального поранення черепа та головного мозку із багатоуламковим переломом передньої черепної ямки та надбрівної дуги, що супроводжується набряком головного мозку та внутрішньочерепною гіпертензією.

11. Специфічних протипоказів немає.

12. Можливі ускладнення: 1. Назальна лікворея. 2. Внутрішньочерепні гнійно-септичні ускладнення.

Шляхи запобігання та усунення: 1. Дотримання методики із обов'язковим збереженням живлячої ніжки у окісних клаптях. 2. При виникненні назальної ліквореї – проведення короткотривалого (5-7 діб) зовнішнього люмбального дренивання ліквору.

13. Дніпровський державний медичний університет, кафедра нервових хвороб та нейрохірургії ФПО.

14. Відділення церебральної нейрохірургії № 2, КП «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова ДОР».

15. Сірко А. Г., Пилипенко Г. С.

Контактна особа: Пилипенко Г. С., +380955406928.

Реєстр № 128/9/23

1. ПРОТИПУХЛИННА ВАКЦИНА НА ОСНОВІ ДЕНДРИТНИХ КЛІТИН В СХЕМІ ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ГЛІОМ

2. НДР «Дослідити ефективність ад'ювантних імунотерапевтичних та радіотерапевтичних технологій в комплексному лікуванні злоякісних гліальних пухлин головного мозку», номер державної реєстрації: 0119U103900, 2020-2022 рр.

3. Нейрохірургія.

4. 2+, С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Корисна модель відноситься до клінічної нейроонкології і може бути використана для забезпечення більш ефективного лікування злоякісних гліом головного мозку.

8. Спосіб передбачає, що до стандартної загальноприйнятої схеми лікування при злоякісних гліомах головного мозку за відсутності чутливості до основного хімотерапевтичного препарату темозоломід (відсутність метилування промотеру гену MGMT) додається активна специфічна

імунотерапія у вигляді вакцини на основі дендритних клітин (ДК), отриманих з крові пацієнтів та «навантажених» лізатом пухлинних клітин, отриманих з фрагментів вилученої пухлини після хірургічного втручання.

9. Обладнання операційної, морозильна установка температура (-20°C) для зберігання фрагментів пухлини.

10. Пацієнти хворі на злоякісні гліоми.

11. Тяжкий соматичний стан (Індекс Карновського < 50), дані нейровізуалізації, що свідчать за прогресування процесу.

12. Місцева реакція на введення, втома, озноб, можливі у невисокому відсотку випадків.

13. Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 32.

14. Немає.

15. Главацький О. Я.

Контактна особа: Главацький О. Я., +380444839573.

Реєстр № 129/9/23

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ГЕНЕТИЧНОЇ СХИЛЬНОСТІ ДО ДЕГЕНЕРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ ЗА ГЕНОТИПУВАННЯМ ГЕНІВ КОЛАГЕНІВ COL1A1rs1800012 COL2A1rs2276454, COL2A1rs1793953, COL9A1rs1135056, COL11A1rs1676486, VDR rs2228570

2. НДР «Дослідити поліморфізми генів колагенів та рецептору вітаміну D серед осіб з дегенеративними захворюваннями міжхребцевих дисків», номер державної реєстрації: 0119U103927, 2020-2022 рр.

3. Нейрохірургія.

4. 2+, С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Пропонується спосіб діагностики схильності до дегенеративних процесів міжхребцевих дисків за генотипуванням генів колагенів COL1A1rs1800012 COL2A1rs2276454, COL2A1rs1793953, COL9A1rs1135056, COL11A1rs1676486, VDR rs2228570.

8. Дослідження генетичної складової при дегенеративних процесах міжхребцевих дисків дозволить визначити причину на рівні первинної структури альфа ланцюгів колагенів; з урахуванням результатів, надавати пацієнту індивідуалізовану медичну допомогу.

9. Обладнання для молекулярно-генетичних досліджень. Реагенти для генотипування генів колагенів.

10. Показанням для застосування методу є ранні прояви дегенеративних процесів міжхребцевих дисків, особливо при наявності ознак спадковості та наявності дегенеративних уражень міжхребцевих дисків у різних відділах хребта.

11. Протипоказань немає.

12. Ускладнень немає.

13. Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 32.

14. Немає

15. Педаченко Є. Г., Васильєва І. Г., Хижняк М. В., Чопик Н. Г., Галанта О. С., Цюбко О. І, Дмитренко А. Б., Макарова Т. А.

Контактна особа: Йовенко Т. А., +380508269228.

Реєстр № 130/9/23

1. СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ РАДІОХІРУРГІЧНОГО І РАДІОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГІПОКСИЧНИХ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ З ВИКОРИСТАННЯМ ОКСИГЕНАТОРА (КОНЦЕНТРАТОР ОХУ 6000)

2. НДР «Розробити метод комплексного лікування метастатичних пухлин головного мозку із застосуванням передопераційної стереотаксичної радіохірургії», номер державної реєстрації: 0119U103917, 2020-2022 рр.

3. Нейрохірургія. Променева терапія.

4. 2+, С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Пропонується спосіб оптимізації лікування гіпоксичних пухлин головного мозку до хірургічного втручання з використанням оксигенатора з метою насичення пухлини киснем і значного поліпшення результатів опромінення пухлин, швидкої відповіді на лікування та збільшення показників загального та безрецидивного виживання з мінімізацією післяпроменевих ускладнень та токсичності.

8. Застосування способу дає можливість насичувати гіпоксичні пухлинні клітини киснем на етапі доопераційного опромінення, тим самим значно покращуючи результати радіохірургічного лікування.

9. Обладнання: лінійний прискорювач, МРТ, з обов'язковим використанням програми BOLD (залежність від рівня оксигенації крові), КТ, оксигенатор (концентратор ОХУ 6000), монітор пацієнта, пульсоксиметр.

10. Первинні та вторинні злоякісні гіпоксичні пухлини головного мозку.

11. Нестабільні вітальні функції.

12. Гіпероксигенація

13. Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 32, тел. (044) 483-95-73.

14. Немає.

15. Грязов А. Б., Каменська О. І., Грязов А. А.

Контактна особа: Каменська О. І., +380636767487.

Реєстр № 131/9/23

1. СПОСІБ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТУ ВЕРХНЬОГО САГІТАЛЬНОГО СИНУСА (ВСС) ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ПАРАСАГІТАЛЬНОЇ МЕНІНГІОМИ, ЯКА ПРОРОСЛА 1 АБО 2 СТІНКИ ВСС, НЕ ВИКЛИКАЮЧИ ЙОГО ОКЛЮЗІЇ

2. НДР «Розробка методів діагностики, хірургічного лікування та прогнозування найближчих та віддалених результатів при новоутвореннях головного мозку». Номер державної реєстрації: номер державної реєстрації: 0120U104309, 2020- 2023 рр.

3. Нейрохірургія.

4. 2+, С.

5. Патент на корисну модель № 146105, «Спосіб пластики дефекту верхнього сагітального синуса (ВСС) після видалення парасагітальної менінгіоми, яка проросла 1 або 2 стінки ВСС, не викликаючи його оклюзії». Винахідники: д. мед. н, проф. Сірко Андрій Григорович, Перепелиця Вадим Андрійович. МПК: А61В17/00. Заявка: u202005025, 03.08.2020. Зареєстровано в Державному реєстрі України корисних моделей 20.01.2021р.

6. Немає.

7. Задачею даного нововведення є вдосконалення способу пластики дефекту ВСС аутоканинами (клаптем окістя на живлячій ніжці) після видалення парасагітальної менінгіоми, який дозволить досягати тотального видалення парасагітальної менінгіоми (градація I за класифікацією Simpson) при залученні 1 або 2 стінок ВСС у патологічний процес (за класифікацією Bonnel та Brotchi II, III, IV) тим самим виконувати профілактику інтраопераційних ускладнень, післяопераційних ускладнень та рецидиву новоутворення. А також способу, який дозволить поліпшити результати хірургічного лікування хворих із парасагітальними менінгіомами.

8. *Медичні переваги:* 1. Досягнення радикальності хірургічного втручання за (градація I за класифікацією Simpson). 2. Зниження ризиків інтраопераційних та післяопераційних геморагічних ускладнень. 3. Поліпшення найближчих та віддалених результатів хірургічного втручання та збільшення тривалості безрецидивного періоду. *Соціальні переваги:* зменшення рівня інвалідності та смертності від новоутворень головного мозку. *Економічні переваги:* для пластики ВСС використовується

аутоотрансплантат, а саме окисний клапоть на живлячій ніжці, що не потребує додаткових фінансових затрат.

9. Кадрові ресурси: лікар – нейрохірург.

Інструментальні ресурси: нейрохірургічна операційна, мікрохірургічний інструментарій, операційний мікроскоп.

10. Пацієнти із парасагітальними менінгіомами, які викликають ураження 1 або двох стінок верхнього сагітального синусу.

11. Загальні протипоказання до хірургічного втручання при нейрохірургічній патології. Специфічних протипоказань немає.

12. Можливі ускладнення: 1. Інтраопераційна кровотеча. 2. Післяопераційна кровотеча із формуванням внутрішньочерепної гематоми. 3. Тромбоз верхнього сагітального синусу. 4. набряк головного мозку.

Шляхи запобігання та усунення: 1. Вдосконалення мікрохірургічних методик. Контроль Нв крові під час хірургічного втручання. Заздалегідь заготовлена свіжозаморожена плазма та еритроцитарна маса. 2. Вдосконалення мікрохірургічних методик. Контроль СКТ головного мозку. Видалення внутрішньочерепної гематоми. 3. Вдосконалення мікрохірургічних методик. Контроль СКТ ангіографії / інвазивної церебральної ангіографії. При необхідності антикоагулянтна та протинабрякова терапія. 4. Контроль СКТ головного мозку. Декомпресивна краніектомія.

13. Дніпровський державний медичний університет, кафедра нервових хвороб та нейрохірургії ФПО.

14. Центр церебральної нейрохірургії, КП «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова ДОР».

15. Сірко А. Г., Перепелиця В. А.

Контактна особа: Перепелиця В. А., +380634383525.

Реєстр № 132/9/23

1. СПОСІБ ПЛАСТИЧНОГО ЗАКРИТТЯ КРАЙОВОГО ДЕФЕКТУ ВЕРХНЬОГО САГІТАЛЬНОГО СИНУСУ (ВСС) ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОГО ВИДАЛЕННЯ ПАРАСАГІТАЛЬНОЇ МЕНІНГІОМИ, ЯКА ВИКЛИКАЄ ОБТУРАЦІЮ ВСС, ІЗ ЗБЕРЕЖЕННЯМ ШЛЯХІВ КОЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВОТОКУ

2. НДР «Розробка методів діагностики, хірургічного лікування та прогнозування найближчих та віддалених результатів при новоутвореннях головного мозку», номер державної реєстрації: 0120U104309, 2020-2023 рр.

3. Нейрохірургія.

4. 2+, С.

5. Патент на корисну модель № 146106, «Спосіб пластичного закриття крайового дефекту верхнього сагітального синусу (ВСС) після тотального видалення (Simpson I) парасагітальної менінгіоми, яка викликає обтурацію

ВСС (Bonnel та Brotchi VI), із збереженням шляхів колатерального кровотоку». Винахідники: д. мед. н, проф. Сірко Андрій Григорович, Перепелиця Вадим Андрійович. МПК: А61В17/00. Заявка: u202005026, 03.08.2020. Зареєстровано в Державному реєстрі України корисних моделей 20.01.2021р.

6. Немає.

7. Задачею даного нововведення є вдосконалення способу пластичного закриття крайових дефектів ВСС аутоканинами (клаптем окістя на живлячій ніжці) після тотального видалення парасагітальної менінгіоми (Simpson I), яка викликає obturацію верхнього сагітального синусу (за класифікацією Bonnel та Brotchi VI), тим самим виконувати профілактику інтраопераційних ускладнень, післяопераційних ускладнень та рецидиву новоутворення. А також способу, який дозволить поліпшити результати хірургічного лікування хворих із парасагітальними менінгіомами.

8. *Медичні переваги:* 1. Досягнення радикальності хірургічного втручання за (градація I за класифікацією Simpson). 2. Зниження ризиків інтраопераційних та післяопераційних геморагічних ускладнень. 3. Зниження ризиків венозного інфаркту та подальшого набряку головного мозку. 4. Поліпшення найближчих та віддалених результатів хірургічного втручання та збільшення тривалості безрецидивного періоду. *Соціальні переваги:* зменшення рівня інвалідності та смертності від новоутворень головного мозку. *Економічні переваги:* для пластики крайових дефектів ВСС використовується аутогрансплантат, а саме окісний клапоть на живлячій ніжці, що не потребує додаткових фінансових затрат.

9. Кадрові ресурси: лікар – нейрохірург.

Інструментальні ресурси: нейрохірургічна операційна, мікрохірургічний інструментарій, операційний мікроскоп.

10. Пацієнти із парасагітальними менінгіомами, які викликають obturацію верхнього сагітального синусу, при цьому із тісним розташуванням функціонуючих великих дренажних вен до рівня оклюзії ВСС.

11. Загальні протипоказання до хірургічного втручання при нейрохірургічній патології. Специфічних протипоказань немає.

12. Можливі ускладнення: 1. Інтраопераційна кровотеча. 2. Післяопераційна кровотеча із формуванням внутрішньочерепної гематоми. 3. Тромбоз великих дренажних вен (сформованих шляхів колатерального венозного відтоку). 4. набряк головного мозку.

Шляхи запобігання та усунення: 1. Вдосконалення мікрохірургічних методик. Контроль Нв крові під час хірургічного втручання. Заздалегідь заготовлена свіжозаморожена плазма та еритроцитарна маса. 2. Вдосконалення мікрохірургічних методик. Контроль СКТ головного мозку. Видалення внутрішньочерепної гематоми. 3. Вдосконалення мікрохірургічних методик. Контроль СКТ ангіографії / інвазивної церебральної ангіографії. При необхідності протинабрякова терапія. 4. Контроль СКТ головного мозку. Декомпресивна краніектомія.

13. Дніпровський державний медичний університет, кафедра нервових хвороб та нейрохірургії ФПО, Центр церебральної нейрохірургії, КП «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова ДОР».

14. Немає.

15. Сірко А. Г., Перепелиця В. А.

Контактна особа: Перепелиця В. А., +380634383525.

Реєстр № 133/9/23

1. СПОСІБ МОРФОЛОГІЧНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ГЕНЕЗУ Й ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВУ ХРОНІЧНОЇ СУБДУРАЛЬНОЇ ГЕМАТОМИ ЗА ХАРАКТЕРИСТИКОЮ КЛІТИННОГО СКЛАДУ КАПСУЛИ

2. НДР «Вивчити вплив клінічних і неврологічних проявів, а також нейровізуалізуючих, морфологічних особливостей хронічних субдуральних гематом на тактику лікування хворих похилого і старечого віку», номер державної реєстрації: 0119U103920, 2020-2022 рр.

3. Нейрохірургія. Патологічна анатомія.

4. 2+, С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Пропонується спосіб визначення особливостей будови стінки хронічної субдуральної гематоми щодо оцінки етіопатогенезу захворювання (травматичного/нетравматичного) і профілактики імовірного рецидивного перебігу що може бути застосовано для оптимізації тактики лікування.

8. Застосування способу дає можливість зменшити ризики розвитку рецидивів та врахування етіопатогенезу захворювання (травматичного/нетравматичного) в аспекті страхової та судово-медичної експертизи.

9. Обладнання патогістологічної лабораторії з електронною мікроскопією і цифровою візуалізацією, ліцензовані пакети обробки цифрових зображень та статистичного аналізу.

10. Морфологічний субстрат — фрагменти стінки хронічної субдуральної гематоми.

11. Немає.

12. Достатня для статистичної значущості кількість клітин в полі зору, артефакти при гістологічній обробці матеріалу.

13. Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова Національної академії медичних наук України», 04050, м. Київ, вул. Платона Майбороди, 32.

14. Немає.

15. Малишева Т. А., Каджая М. В., Черненко О. Г., Васлович В. А.

Контактна особа: Малишева Т. А., +380444839208.

1. СПОСІБ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ПРИ ЕВАКУАЦІЇ З ОЦІНКОЮ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОЇ ВАЖКОСТІ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛОГО

2. НДР «Розробка, обґрунтування і впровадження нових методів профілактики та лікування трофічних та гнійно-некротичних ускладнень захворювань нижніх кінцівок судинного генезу з використанням фізичних чинників», номер державної реєстрації: 0118U001192.

3. Хірургія, медицина невідкладних станів.

4. 2+, С.

5. Патент України на корисну модель № 145075, МПК (2020.01) А61В 5/00 Спосіб медичного сортування постраждалих при евакуації з оцінкою лікувально-евакуаційної важкості стану постраждалого / Кулачек Я. В., Іфтодій А. Г., Козловська І М., Гребенюк В. І., Більцана О. В., Кулачек В. Т.; заявник і патентовласник Буковинський державний медичний університет. – № u 202000962; заявл. 14.02.2020; опубл. 25.11.2020, бюл. № 22.

6. Немає.

7. В основу корисної моделі поставлено завдання вдосконалити спосіб медичного сортування постраждалих при евакуації з оцінкою лікувально-евакуаційної важкості стану постраждалого шляхом надання першої медичної допомоги, проведення огляду та визначення характеру пошкодження: рана, закрита травма, проникаюча рана, опік, переломи та додатково краш синдром при завалах, відмороження, отруєння, електротравма, утоплення, інфекція; та механізму пошкодження: радіаційний, біологічний, хімічний та додатково вибух, вогнепальне поранення; вимірювання параметрів життєдіяльності: частоти дихання, пульсу, артеріального тиску, індекса за шкалою ком Глазго GCS, та додатково шокового індекса Альговера та індекса RTS – переглянута шкала травми; занесення цих та інших індивідуальних даних у Форму медичного сортування, та на основі всіх цих даних проведення оцінки лікувально-евакуаційної важкості стану постраждалого, за якою визначають сортувальну категорію; прикріплення Форми медичного сортування до постраждалого із чіткою візуалізацією результату проведеної оцінки для дотримання черги евакуації та для подальшого надання необхідної медичної допомоги.

8. *Медичний:* Завдяки запропонованому способу медичного сортування та евакуації вдається мінімізувати важкість та кількість ускладнень та максимально ефективно оцінити стан постраждалих завдяки оцінці лікувально-евакуаційної важкості стану постраждалого з метою надання максимально ефективною першої медичної допомоги. Проведення огляду, визначення характеру та механізму пошкодження, вимірювання параметрів життєдіяльності, занесення цих та інших індивідуальних даних у Форму медичного сортування, та на основі всіх цих даних проведення оцінки

лікувально-евакуаційної важкості стану постраждалого, за якою визначають сортувальну категорію, прикріплення Форми медичного сортування до постраждалого із чіткою візуалізацією результату проведеної оцінки для дотримання черги евакуації та для подальшого надання необхідної медичної допомоги, дозволяє забезпечити якісну невідкладну медичну допомогу, звести до мінімуму можливі діагностичні похибки при оцінці стану хворого та надати всю необхідну інформацію на наступних етапах надання медичної допомоги постраждалим. *Соціальний*: покращення якості медичного сортування та евакуації в надзвичайних ситуаціях дозволить зменшити кількість можливих ускладнень при травмі, пораненнях чи інших надзвичайних ситуаціях, швидко та ефективно надати необхідну медичну допомогу, що відповідно значно покращить якість подальшої реабілітації та відновлення якості життя постраждалих. *Економічний*: зниження матеріальних витрат на передбачені можливі ускладнення. Якісна та своєчасна евакуація постраждалих із місця подій до відповідного медичного закладу для надання кваліфікованої або спеціалізованої медичної допомоги зменшить кількість можливих діагностичних методів, необхідного медичного персоналу та вузьких спеціалістів для діагностики та лікування потерпілих.

9. Форма медичного сортування.

10. Надзвичайні події цивільного та військового характеру із великою кількістю постраждалих.

11. Немає.

12. Помилки виникають при неправильній оцінці показників та невідповідному виборі сортувальної категорії, що можуть бути усунуті при попередньому ретельному ознайомленні із Формою медичного сортування.

13. Буковинський державний медичний університет, 58002, Україна, м. Чернівці, Театральна площа, 2.

14. Немає.

15. Кулачек Я. В., Іфтодій А. Г., Козловська І. М., Гребенюк В. І., Більцан О. В., Кулачек В. Т.

Контактна особа: Кулачек Я. В., +380662269853.

Реєстр № 135/9/23

1. ПРОГРАМА ЗАХОДІВ З ПРОГНОЗУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА РАНЬОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

2. НДР «Розробити програму індивідуалізованого лікування пери- і післяопераційних ускладнень при мультівісцеральних втручаннях у хворих на місцево-поширений колоректальний рак», номер державної реєстрації: 0120U103300, 2021-2023 рр.

3. Онкологія, хірургія.

4. 2+, С.

5. Немає.

6. Немає.

7. Спосіб передбачає алгоритм раннього прогнозування, профілактики та лікування періопераційних ускладнень місцево-поширеного колоректального раку (МПКРР), який включає визначення групи хворих високого ризику та індивідуалізацію тактики лікування післяопераційних ускладнень при МПКРР з різними варіантами консервативних і хірургічних заходів, а саме раннім додаванням до стандартного післяопераційного ведення хворих групи високого ризику додаткової антибіотикотерапії, програмованих лапаросанацій ще до розвитку ускладнень.

8. Застосування даної методики дозволить проводити ефективне хірургічне лікування хворих на МПКРР і ранню профілактику та лікування післяопераційних ускладнень ще до їх клінічного виникнення, скоротити терміни лікування та післялікувальної реабілітації.

Використання даного способу в онкологічних пацієнтів з МПКРР є технологічно простим та економічно виправданим, що обумовлює можливість його широкого використання.

9. Стандартний хірургічний інструмент та обладнання, аналізатор імуноферментний «Immunochem-2100» для визначення маркерів в сироватці крові хворих.

10. Місцево-поширений колоректальний рак.

11. Гострі інфекційні процеси, декомпенсовані хронічні захворювання ендокринної, серцево-судинної, сечовидільної систем, сполучної тканини.

12. Запальні післяопераційні ускладнення.

Профілактика здійснюється шляхом визначення групи високого ризику розвитку ускладнень та використання в цій групі додаткової антибіотикотерапії та програмованих лапаросанацій.

13. Державна установа «Інститут медичної радіології та онкології ім. С. П. Григор'єва Національної академії медичних наук України».

14. Немає.

15. Красносельський М. В., Білий О. М.

Контактна особа: Білий О. М., +380577255074.

Генеральний директор

Державного некомерційного підприємства

«Центр тестування професійної компетентності фахівців з вищою освітою

напрямів підготовки «Медицина» і «Фармація»

при Міністерстві охорони здоров'я України»



Леся ОЛІЙНИК