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

«ПОГОДЖЕНО»	**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**
Віце-президент	**Заступник Міністра**
НАМН України	**охорони здоров'я України**
_____	**_____**
_____2017 р.	**_____2017 р.**

П Е Р Е Л І К

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

(Випуск 3)

Київ – 2017

10. Визначення раціональності вибору діагностичної стратегії в лабораторній діагностиці респіраторних вірусних інфекцій.
11. Немає.
12. Немає.
13. Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
14. Немає.
15. Дзюблик І.В., Соловйов С.О. (0442054988), Кукало О.В., Ковалюк О.В., Соломко Ю.О.

НАРКОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ

Реєстр. № 187/3/16

1. **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РЕКУРЕНТНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ.**
2. НДР «Клініко-психопатологічна характеристика, патоморфоз та лікування депресивних станів з урахуванням біологічних ритмів», 0110U003031, 2012-2016 рр.
3. Психіатрія.
4. 2+, С.
5. Деклараційний України патент на корисну модель № 97431. МПК A61P 25/24, A61P 25/00. Спосіб лікування та профілактики рекурентних депресивних розладів / Гринь К.В., Скрипніков А.М., Гринь В.Г. – № u201411573; заявл. 24.10.2014; 10.03.2015. Бюл. № 5.
6. Гринь Е.В. Принципы терапии рекуррентных депрессивных расстройств с учетом состояния биологических ритмов организма / Е.В. Гринь // Междунар. научн.-практ. журн. «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология» (Беларусь). − 2012. − № 4 (10). − С. 88 − 95.
7. Спосіб лікування та профілактики рекурентних депресивних розладів, що включає призначення антидепресанту і відрізняється тим, що як антидепресант застосовують агомелатін на засадах хронотерапії, який вводять усередину 1 раз на добу у дозі 25-50 мг, відповідно до визначеного індивідуального хронотипу, тобто призначення основної дози антидепресанту припадає на період найбільшої фізіологічної активності організму: пацієнтам ранкового хронотипу – у ранкові години, пацієнтам індиферентного хронотипу – у денний час, пацієнтам вечірнього хронотипу – у вечірній час.
8. Медичні: Застосування даного способу лікування та профілактики рекурентних депресивних розладів на засадах хронотерапії допомагає в курації хворих на рекурентний депресивний розлад у практичній діяльності лікарів-психіатрів як в умовах стаціонару, так і в амбулаторній практиці, що дозволить суттєво підвищити ефективність існуючих на сьогодні терапевтичних стратегій. Соціальні: спосіб лікування та профілактики рекурентних депресивних розладів з урахуванням індивідуального хронотипу дозволяє підвищити ефективність лікування даної нозології та відновляти соціальне функціонування хворих. Економічні: призначення агомелатіну з урахуванням індивідуального хронотипу дозволяє знизити витрати на лікування пацієнтів з рекурентними депресивними розладами, попередити тривалий підбір ефективного антидепресанту, досягти стійкої ремісії хвороби.
9. Хворі на рекурентні депресивні розлади, психопатологічні шкали – шкала HAMD-21, HARS, CGI-S, CGI-I, модифікована для середньої смуги країн СНД анкета Естберга, ртутний термометр, механічний пристрій для вимірювання

артеріального тиску (високоякісний манометр, стетоскоп, професійна манжета, груша з клапаном, футляр), секундомір.

10. Для створення способу лікування та профілактики рекурентних депресивних розладів у пацієнтів в клінічній психіатрії.
11. Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої допоміжної речовини препарату. Порушення функції печінки (цироз печінки або активна фаза захворювання печінки) або підвищення рівня трансаміназ більше ніж у 3 рази від показників норми. Застосування у комбінації з високоактивними CYP1A2 інгібіторами.
12. Головний біль, запаморочення, посилення тривоги, безсоння, сонливість, нудота, діарея, свербіж шкіри, біль в епігастрії. Необхідне чітке дотримання призначеного дозування та режиму прийому препарату. При виникненні побічних дій – зниження дози або відміна препарату.
13. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».
14. Немає.
15. Гринь К.В. (0668126498), Скрипніков А.М., Гринь В.Г.

Реєстр. № 188/3/16

1. **ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ КОПІНГ-РЕСУРСІВ ТА СТРАТЕГІЙ ТЕРАПІЇ В РАМКАХ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТАСИСТЕМИ МЕХАНІЗМІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ ТА УПОРЯДКОВАНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОМУ РОЗЛАДІ.**
2. НДР «Оптимізація лікування та реабілітації хворих з обсесивно-компульсивним розладом», 0114U002219, 2014-2018 рр.
3. Психіатрія.
4. 2++, B.
5. Немає.
6. Немає.
7. Вивчити психопатологічну структуру обсесивно-компульсивного розладу (ОКР), виділення його основних синдромальних варіантів, визначення копінг-ресурсу та копінг-стратегій відповідно до кожного фактору, що дає можливість диференційовано підійти до проведення лікувальних та реабілітаційних заходів. Міжнародні епідеміологічні дослідження показують, що поширеність ОКР складає від 1,9 до 3,3% населення. Захворювання, як правило, розвивається в підлітковому та молодому віці від 10 до 24 років: у 30% випадків – початок у дитинстві, у 65% хворих – у віці до 25 років, тільки у 15% – у віці після 35 років. Це значно погіршує соціальну адаптацію пацієнта – утруднює навчання, придбання соціальних зв’язків і навиків, знижує або втрачає можливість опанувати висококваліфікованими навичками та ін. Не дивлячись на відносно не глибокий рівень ураження психічної діяльності і поширеного арсеналу середників терапії, обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) є резистентним до проведеної терапії, відмічається тенденція до хронізації захворювання та інвалідизації таких хворих зі значними негативними соціальними і економічними наслідками. Частота захворювання, тяжкість симптоматики, часта хронізація і наступна інвалідизація підкреслює соціальну і клінічну значущість дослідження по проблематиці ОКР. Так, серед пацієнтів лікарів загальної практики частота ОКР становить 11,9%, причому йдеться про тяжкі форми ОКР. Така висока поширеність цього виду психічної патології обґрунтовує потребу в оптимальній терапії. Тяжкі форми ОКР можуть протікати тривалий час (до 20 років) і бути резистентними до терапії. При медикаментозному лікуванні