

**Звіт кафедри акушерства та гінекології №2 про основні показники наукової діяльності
у II кварталі 2026 року**

№	Назва кафедри	Найменування завдання, виконавець	Термін виконання, виконавець	Наукові результати виконання завдання
1	2	3	4	5
1	Акушерства і гінекології №2	Ініціативна НДР № держреєстрації 0122U201228 Керівники НДР проф. Ліхачов В.К. Оптимізація підходів до ведення вагітності у жінок груп високого ризику по виникненню акушерської та перинатальної патології»	10. 2022-09. 2027р.р. Доц. Тарановська О.О., Аспірант Масальська О.С.	15 статей

Найменування завдання	Найменуван ня показників виконання завдання	Одиниц виміру	Очікувані результати	Фактично досягнуто
1	2	3	4	5
Науковий твір "Прегравідарна підготовка жінок із звичним невиношуванням вагітності в умовах воєнного часу". Жабченко І.А., Ліхачов В.К., Корнієць Н.Г., Бондаренко О.М., Ліщенко І.С.,	авторське право на твір	1	Частота невиношування вагітності в Україні залишається високою і коливається в межах 10–35%, а за деякими даними – 15–27% від усіх діагностованих вагітностей. Певним реальним виходом із цієї ситуації може	Ми сформували наступні рекомендації щодо прегравідарної підготовки жінок із звичним невиношуванням: Комплексний підхід (визначення стану соматичного здоров'я, виявлення екстрагенітальної патології та її корек-ція із залученням суміжних фахівців за потреби). Модифікація способу життя та дотація вітамінів і мікро-елементів:

Добровольська Л.М. Свідectво про реєстрацію договору, що стосується майнових прав на твір №7968. Державна установа "Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України", вул.Платона Майбороди, 8, м.Київ, 04050. Державна організація "Український національний офіс інтелектуальної власності та інновацій". Дата реєстрації 25.03.2026 року.			стати адекватно організована та вчасно проведена якісна прегравідарна підготовка (ПП).	відмова від тютюнопаління, вживання алкоголю та психо-активних речовин, запобігання впливу токсичних речовин на виробництві та в побуті; харчування; дотація фолатів та інших вітамінів і мікроелементів; фізична активність. Планова вакцинація. Генетичне дослідження. Корекція анатомічних порушень жіночих репродуктивних органів. Можлива корекція АФС та спадкових тромбофілій як причини невиношування. Елімінація інфекційних чинників. Відновлення нормального біоценозу піхви (за необхідності). Корекція ендокринних чинників (недостатність лютеї-нової фази, гіпотиреоз без медикаментозної корекції, порушення метаболізму глюкози, гіперпролактинемія, зниження оваріального резерву). Корекція чоловічого чинника. Корекція психоемоційних порушень.
Науковий твір "Сучасні стратегії ведення вагітності при короткій шийці матки в стресових умовах сьогодення". Жабченко І.А., Ліхачов В.К., Ліщенко І.С., Коваленко Т.М.,	авторське право на твір	2	Однією з провідних причин передчасного завершення вагітності залишається проблема короткої шийки матки (КШМ). Залишаються актуальними та дискусійними	Підсумовуючи рекомендації та доказову базу сучасних публікацій, присвячених цій проблемі, можна виділити наступні стратегії: • Пацієнтки з КШМ або ІЦН можуть лікуватися вагінальним прогестероном, що знижує рівень спонтанних ПП і неонатальної захворюваності. • Відповідно до настанов 2022 р. Міжнародного товариства ультразвукового дослідження в акушерстві та гінекології (Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, ISUOG),

Бондаренко О.М., Сивура О.О. Свідоцтво про реєстрацію договору, що стосується майнових прав на твір №7978. Державна установа "Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України", вул.Платона Майбороди, 8, м.Київ, 04050. Державна організація "Український національний офіс інтелектуальної власності та інновацій". Дата реєстрації 27.03.2026 року.			питання діагностики й корекції цих станів: ультразвукові критерії, застосування прогестерону, серкляжу, акушерських песаріїв, поєднання цих засобів у різних комбінаціях та їхня ефективність.	безсимптомним жінкам з одноплідною вагітністю без попередніх спонтанних ПП й із ШМ ≤ 25 мм завдовжки за ТВУЗД до 24 тижнів, уведення мікронізованого вагінального прогестерону рекомендується із часу виявлення короткої ШМ до 36 тиж. вагітності. У жінок з одноплідною вагітністю та попередніми спонтанними ПП слід розглянути можливість лікування вагінальним прогестероном щовечора з 16 по 36 тиж. або спостереження та лікування в жінок із ШМ ≤ 25 мм, хоча все ще є суперечливі докази [13]. • Серкляж ШМ можна розглядати в жінок з одноплідною вагітністю без попереднього спонтанного переривання вагітності, у яких ШМ вкорочується до < 10 мм, незважаючи на те, що вони приймають прогестерон [14]. • Жінкам з одноплідною вагітністю та попередніми спонтанними ПП, які приймають прогестерон і мають ШМ за даними ТВУЗД завдовжки ≤ 25 мм у разі скринінгу цього параметра до 24 тижнів, може бути рекомендований серкляж. Водночас розміщення цервікального песарія вважається суперечливим [15, 16]. • Сучасні дані не підтверджують користь від використання цервікальних песаріїв як моновторчання для запобігання ПП у безсимптомних жінок із / без попередніх спонтанних ПП із ШМ < 25 мм поза протоколами дослідження.
---	--	--	---	--

30.06.2026

Зав кафедри акушерства і гінекології №2
ПДМУ, д. мед. н., професор

Володимир ЛІХАЧОВ