



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

**КООРДИНАЦІЙНА РАДА З НАУКОВОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ, АСПІРАНТІВ,
ДОКТОРАНТІВ І МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
СТУДЕНТСЬКА РАДА**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

**84 ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ З
МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ - 2024»**

23-24 травня 2024 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2024

Conclusions: Confirmation of the quality of education is the groups of foreign students with an English-language form of education who continued to study at the Zaporizhzhya State University of Medicine and Pharmacy, despite the war.

ПРОГЕСТАГЕНИ ПРИ ВАГІТНОСТІ ВИСОКОГО РИЗИКУ. СУЧАСНІ АСПЕКТИ

Копос Д.М.

Науковий керівник: д. мед. н., доцент Шаповал О.С

Кафедра акушерства та гінекології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Актуальність теми: новітня історія України зіткнулася з жахіттям війни. За оцінками ООН, до 2050 року населення України може скоротитися майже на 20%. Згідно статистики, країна займає 227-е місце з 240 за показниками приросту чисельності населення. Відтак, вельми актуальним є проведення якісної преконцепційної підготовки та проведення заходів, спрямованих на забезпечення нормального перебігу фізіологічного вагітності.

До ефективних методів збереження вагітності у разі невиношування вагітності належать модифікація способу життя та терапія прогестагенами.

Мета: узагальнення актуальних і клінічних даних щодо ролі прогестеронової підтримки в жінок груп ризику невиношування та недоношування вагітності згідно стандартів доказової медицини.

Методи дослідження: проведено аналітичний огляд літературних джерел: дослідницьких статей, аналітичних записок, клінічних протоколів, монографічних досліджень, кокранівських системних оглядів із метааналізом, даних популяційних ретроспективних когортних досліджень.

Результати: застосування прогестагенів у пацієнток з загрозливим невиношуванням асоціюється з вищим рівнем живонародження на 28 % та прогресуванням вагітності. При звичному невиношуванні прогестагени також мають сприятливий ефект.

Висновки: узагальнено дані літератури та досвід авторів щодо використання прогестагенів для запобігання втрати вагітності. Гестагени впливають на імплантацію, баланс цитокінів, активність природних клітин-кілерів, вивільнення арахідонової кислоти та скорочувальну здатність міометрія. Таким чином, гестагени використовувалися на всіх стадіях вагітності, включаючи підтримку лютеїнової фази до вагітності, загрозливий викидень, повторний викидень і для запобігання передчасних пологів.

КЛІНІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ МЕНСТРУАЛЬНОЇ МІГРЕНІ: СИСТЕМАТИЧНИЙ ОГЛЯД

Кіпря А.О.

Науковий керівник: доцент Павлюченко М.І.

Кафедра акушерства і гінекології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

За різними даними, приблизно 60% жінок, які страждають на мігрень, стикаються з менструальною мігренню (ММ). Питання про те, чи є ММ окремою клінічною одиницею з більш тяжкими нападами мігрені та гіршим прогнозом порівняно з неменструальною мігренню (НММ), досі залишається дискусійним.

Вважається, що зниження рівня естрадіолу (естрадіолова відмова), провокує напад мігрені без аури у жінок з менструальною мігренню.

Мета дослідження: З'ясувати особливості клінічної картини ММ, проаналізувати ефективні методи фармакологічної терапії та профілактики

Матеріали та методи: Було здійснено огляд наукової літератури за останні 5 років за допомогою порталу «PubMed».

Результати: Свою ефективність у негормональній терапії (НГТ) ММ показали Фроватриптан, Норатриптан (обидва не зареєстровані в Україні) та Суматриптан. Гормональна терапія (ГТ) полягає у застосуванні екзогенних естрогенів (комбіновані оральні контрацептиви, трансдермальні естрогенові патчі, трансдермальні естрогенові гелі, протизаплідні вагінальні кільця) під час очікуваного періоду ММ. Перспективними терапевтичними мішенями вважаються моноклональні антитіла проти CGRP та його рецепторів, які можуть ефективно блокувати нейрогенне відчуття.

Висновки:

1. Було показано, що клінічний профіль та прогноз пацієток з ММ гірше, ніж у пацієток з НММ, однак рівень доказовості є низьким (згідно оцінці GRADE), щоб робити однозначні висновки.

2. Фроватриптан та Норатриптан вважаються золотим стандартом серед триптанів для НГТ ММ. ГТ включає застосування екзогенних естрогенів. Як Н ГТ, так і ГТ є частиною саме короткострокових курсів профілактики ММ.

3. Потребуються подальші дослідження впливу статевих гормонів на патогенез ММ для більш точкового підбору терапії, адже циклічні коливання гормонів лежать в основі ряду розладів, пов'язаних із ЦНС, окрім ММ, включаючи передменструальний афективний розлад (ПМР) та катамініальну епілепсію (КЕ).

НЕПОВНИЙ МІХУРЦЕВИЙ ЗАНЕСОК (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Теслюк А.В.

Наукові керівники: асистенти Онопченко С.П. і Богуславська Н.Ю.

Кафедра акушерства і гінекології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета: дослідити сучасну концепцію трофобластичної хвороби, як послідовний ланцюг біологічно взаємозалежних захворювань.

Методи дослідження: проведено ретроспективний аналіз клінічного випадку неповного міхурцевого занеску за даними медичної документації у Запорізькому обласному перинатальному центрі в 2024 році.

Результати: Пацієнтка Р., 32 років поступила у відділення малих термінів вагітності зі скаргами на тягнучі болі внизу живота. Вагітність планована, бажана, тест на вагітність позитивний. На обліку в жіночий консультації не перебувала. Менструальна функція не порушена. Перша вагітність у 2021 році – завмерла. За даними анамнезу аутоімунний тиреоїдит, гіпертрофічна форма. Обстежена: в загально-клінічних аналізах відхилень від норми немає. Хоріонічний гонадотропін (загальний) склав 21858 мМО/мл однократно (референтні показники 46509,0-186977,0). Заключення ультразвукового дослідження (УЗД): ехо ознаки неповного міхурцевого занеску (МЗ). Виставлено діагноз: Вагітність II, 10 тижнів. Неповний МЗ? Аутоімунний тиреоїдит, гипотеріоз середнього ступеня тяжкості. Враховуючи підозру на неповний МЗ була проведена електровакуумна екскохлеація (ЕВЕ) порожнини матки з подальшим патогістологічним дослідженням (порушена маткова вагітність малого терміну, підозра на МЗ). Для ідентифікації діагнозу проведено імуногістохімічне дослідження (ІГХО) Ki-67 та P57kip2, за результатом якого виставлений діагноз: Неповний МЗ. Після отримання результатів ІГХ пацієнтка скерована на консультацію та подальше диспансерне спостереження до онколога в продовж 2 років з визначенням рівня хоріонічного гонадотропіну, УЗД органів черевної порожнини, рентгенографії органів грудної клітки.

Висновки. За умов атипових варіантів перебігу саме динамічне спостереження та обов'язкове проведення УЗД дозволить провести своєчасну діагностику та лікування при її ускладненому перебігу. На сьогодні, крім загального морфологічного дослідження при МЗ, золотим стандартом є застосування імуногістохімічного методу, що відображено в рекомендаціях BOOЗ.