



**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

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.