



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

ВСЕУКРАЇНСЬКА НАУКОВО- ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ

**«Клінічні випадки: міждисциплінарний діалог»
для лікарів-інтернів усіх спеціальностей**

Збірник тез доповідей

**Запоріжжя
10 червня 2025**

Зміст

ІШЕМІЧНА КАРДІОМІОПАТІЯ І ЕЛЕКТРИЧНИЙ ШТОРМ (ВИПАДОК З ПРАКТИКИ).....	5
Данилюк Я.М.	5
ДІАГНОСТИЧНІ ТРУДНОЩІ ПРИ ПОЛІГЛАНДУЛЯРНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	8
Ганза Є.В.	8
ДЕРМАТОМІОЗИТ АСОЦІЙОВАНИЙ З ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗОМ	12
Пацьора Т.С.	12
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: ЮВЕНІЛЬНИЙ ІДІОПАТИЧНИЙ АРТРИТ У ДИТИНИ 3-Х РОКІВ	15
Павленко Л.М.	15
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РОЗВИТКУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ НА ФОНІ СТЕНТУВАННЯ ПАНКРЕАТИНОЇ ПРОТОКИ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДИКИ DOUBLE WIRE TECHNIQUE	18
Паничев В.В.	18
РАК ШИЙКИ МАТКИ	20
Поплавка А.С.	20
ГРАНУЛЕМАТОЗ З ПОЛІАНГІТОМ ТА МУЛЬТИСИСТЕМНИМ УРАЖЕННЯМ.....	22
Бондар В.Д.	22
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГІГАНТСЬКОЇ ЗАЩЕМЛЕНОЇ ПАРАЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ КИЛИ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ	25
Гаврильченко А.К., Данилюк М.Б., Кубрак М.А.	25
ТРОМБОЗ ВЕРХІВКИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПАЦІЄНТА З ТРІПОТІННЯМ ПЕРЕДСЕРДЬ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	28
Кондратенко М.В.	28
ЛІКУВАННЯ МАСИВНОГО ІШЕМІЧНОГО МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	31
Кузьмічова К.А.	31
ОНКО-НАСТОРОЖЕНІСТЬ, МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНІСТЬ ТА КОНТРОЛЬ БОЛЮ: БЕЗЗАПЕРЕЧНІ УМОВИ ЯКІСНОЇ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ	33
Ханіна Н.В.	33
КОНСТРИКТИВНИЙ ПЕРИКАРДИТ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	35
Ленівкіна А.О.	35
ГЕТЕРОТОПІЧНА ВАГІТНІСТЬ	38
Богуш Д. О., Міняйло І.О.	38

ЯЄЧНИКОВА ВАГІТНІСТЬ

Вєдякін О.О.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Пучков В.А., кафедра акушерства і гінекології, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя.

Вступ. Ектопічна вагітність – це ускладнення вагітності, яке виникає, коли прикріплення заплідненої яйцеклітини відбувається поза порожниною матки. Одним із варіантів якої є яєчникова вагітність. Хоча яєчникова локалізація вагітності є рідкісною формою позаматкової вагітності, вона не є казуїстичною. Частота останньої становить 1 випадок на 10 000 пологів (2% від усіх випадків ектопічної вагітності).

Основна частина. Пацієнтка 30 років була госпіталізована до гінекологічного відділення зі скаргами на біль внизу живота упродовж 2 годин, затримку менструації на 30 днів. Тест на вагітність – тричі позитивний. Із анамнезу: перенесла вірусний гепатит Б, пієлонефрит, гострі респіраторно-вірусні інфекції. Менструації з 12 років, тривають 5 днів, цикл – 28 днів. Статеве життя з 17 років. Дана вагітність друга. Гінекологічний анамнез обтяжений: тричі оперативне втручання з приводу апоплексії правого яєчника, лівостороння сальпінгектомія з приводу трубної вагітності. Приймала контрацептиви (етинілестрадіол 0,035 мг + ципротерон ацетат 2 мг) протягом 6 міс.

Об'єктивно: загальний стан задовільний, свідомість ясна, артеріальний тиск 100/65 мм рт.ст., перитонеальні симптоми позитивні. При гінекологічному огляді: в дзеркалах шийка матки конічної форми, зовнішнє вічко точкове, закрите, тіло матки збільшене до 5 тижнів вагітності, ліві придатки збільшені до 8 см в діаметрі, болючі, праві також збільшені, без чітких контурів, склепіння різко болюче; виділення з піхви слизові. Було запідозрено розрив кісти лівого яєчника та маткову вагітність малого терміну.

Виконано пункцію черевної порожнини через заднє склепіння та отримано 5 мл темної гемолізованої крові.

В ургентному порядку проведено оперативне лікування – лапаротомію за Пфанненштилем. При ревізії органів малого таза та черевної порожнини виявлено до 500 мл темної крові зі згортками, виражений злуковий процес в малому тазу між сальником, парієтальною очеревиною. Лівий яєчник представлений пухлиноподібним утворенням розмірами 6х8х7 см багрово-ціанотичного кольору з розривом у латеральному полюсі, зі згортками крові. Ліва маткова труба відсутня. Праві додатки розмірами 6х6х7 см: маткова труба розширена, розмірами 10х2,5 см з геморагічним вмістом; правий яєчник розмірами 4,5х4х3,5 см. Враховуючи масивне ураження лівого яєчника та патологічні зміни в правій матковій трубі, було виконано лівосторонню овариоектомію, правосторонню сальпінгектомію, дренажування черевної порожнини.

При огляді макропрепарату яєчника на його розрізі виявлено ембріон який відповідав 6 тижнів гестації; плідне яйце займало 2/3 яєчника та було представлено хоріоном із ретрохоріальною гематомою.

Результат гістологічного дослідження: яєчникова вагітність, кіста жовтого тіла, гематосальпінкс на фоні хронічного сальпінгіту.

Висновки. Представлений клінічний випадок доводить можливість різноманітної локалізації ектопічної вагітності, мозаїчність її клінічної картини та важливість ретельного збору анамнезу і клінічного обстеження.

Література:

1. Стандарти медичної допомоги «Ектопічна вагітність» Наказ МОЗ України №2022-1730 від 24.09.2022.
2. Клінічна настанова, основана на доказах. «Ектопічна вагітність», 2022.