



**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

ГЕТЕРОТОПІЧНА ВАГІТНІСТЬ

Богуш Д. О., Міняйло І.О.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Ганжий І.Ю., кафедра акушерства і гінекології, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя.

Вступ. Гетеротопічна вагітність включає вагітності, що розвиваються одночасно в різних місцях імплантації. Найчастіше ці місця є поєднанням маткової з однією або декількома ектопічними вагітностями.

Хоча гетеротопічна вагітність і є рідкісним явищем при природному зачатті (1 випадок на 30 000 спонтанних вагітностей), її частота зростає з використанням допоміжних репродуктивних технологій і за останніми даними цей показник становить 1:100-1:8000. Дослідження показали, що при ранній діагностиці та лікуванні, 63-70% маткових вагітностей досягають життєздатності.

Основна частина. Пацієнтка 36 років вагітність II 10 тижнів (екстракорпоральне запліднення), звернулась на приймальний покій зі скаргами на розлитий біль внизу живота, запаморочення, загальну слабкість. Дані скарги почалися гостро, внаслідок чого загальний стан пацієнтки погіршився. В анамнезі: 2014 р. – операція з приводу фіброаденоми молочної залози, 2019 р. – нижньосерединна лапаротомія, лівостороння сальпінгектомія (з приводу позаматкової вагітності).

При фізикальному огляді: дихання через ніс вільне, при перкусії ясний легеневий звук, при аускультатії дихання везикулярне, хрипи відсутні. При аускультатії серця: тони ясні, контури серця чіткі. Живіт при пальпації болісний у гіпогастрії, біль розлитий, інтенсивний. Симптоми подразнення очеревини – сумнівні. Сечостатева система: без особливостей. Проведено повне клініко-лабораторне дослідження. Під час УЗД виявлено маткова вагітність 10 тижнів прогресуюча, розширена маткова труба справа до 5 тижнів вагітності.

Проведена операція: Нижньосерединна лапаротомія. Сальпінгектомія справа. Дренування черевної порожнини. Післяопераційний період проходив без ускладнень.

Пацієнтка виписана на 4 добу після операції. Збережена маткова вагітність, яка прогресує. На момент публікації у жінки 26 тиждень вагітності.

Висновки:

1. Діагностиці та лікуванню гетеротопічних вагітностей слід приділяти більше уваги для отримання найбільш оптимального результату вагітності та довгострокового прогнозу.

2. Необхідно підвищити обізнаність щодо можливої гетеротопічної вагітності у пацієнток, які проходили ДРТ.

3. Проведення трансвагінального УЗД високої роздільної здатності з ретельним скануванням придатків може допомогти в ранній діагностиці та потенційно запобігти ускладненням, що загрожують життю.

4. З метою покращення результатів маткової вагітності та мінімізації шкідливого впливу на маткову вагітність, лікування гетеротопічної вагітності повинно проводитися з використанням малоінвазивного підходу і, як правило, включає лапароскопію з сальпінготомією або сальпінгектомією.

Література:

1. Стандарти медичної допомоги «Ектопічна вагітність». Наказ МОЗ 2022-1730 від 24.09.2022.

2. Nabi U., Yousaf A., Ghaffar F., Sajid S., and Ahmed M.M.H., Heterotopic pregnancy – a diagnostic challenge. Six case reports and literature review, Cureus – 2019.