

# **EURASIAN SCIENTIFIC DISCUSSIONS**

Proceedings of V International Scientific and Practical Conference

Barcelona, Spain

5-7 June 2022

**Barcelona, Spain**

**2022**

## UDC 001.1

The 5<sup>th</sup> International scientific and practical conference “Eurasian scientific discussions” (June 5-7, 2022) Barca Academy Publishing, Barcelona, Spain. 2022. 821 p.

**ISBN 978-84-15927-32-7**

The recommended citation for this publication is:

*Ivanov I. Analysis of the phaunistic composition of Ukraine // Eurasian scientific discussions. Proceedings of the 5th International scientific and practical conference. Barca Academy Publishing. Barcelona, Spain. 2022. Pp. 21-27. URL: <https://sci-conf.com.ua/v-mezhdunarodnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-eurasian-scientific-discussions-5-7-iyunya-2022-goda-barselona-ispaniya-arhiv/>.*

**Editor**

**Komarytskyy M.L.**

*Ph.D. in Economics, Associate Professor*

Collection of scientific articles published is the scientific and practical publication, which contains scientific articles of students, graduate students, Candidates and Doctors of Sciences, research workers and practitioners from Europe, Ukraine, Russia and from neighbouring countries and beyond. The articles contain the study, reflecting the processes and changes in the structure of modern science. The collection of scientific articles is for students, postgraduate students, doctoral candidates, teachers, researchers, practitioners and people interested in the trends of modern science development.

**e-mail:** [barca@sci-conf.com.ua](mailto:barca@sci-conf.com.ua)

**homepage:** <https://sci-conf.com.ua>

©2022 Scientific Publishing Center “Sci-conf.com.ua” ®

©2022 Barca Academy Publishing ®

©2022 Authors of the articles

36. **Комар О. Б., Кропатницька Я. В., Колеснік Д. І., Мандрик О. Є.** 166  
ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ФОСФОРНИМИ БОМБАМИ
37. **Короленко Г. С., Біленко А. М., Бойко М. Г., Царьова І. В.** 170  
СИНДРОМ ШЕРЕШЕВСЬКОГО-ТЕРНЕРА, ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ
38. **Кропатницька Я. В., Комар О. Б., Гошовська А. В.** 177  
СТАТИСТИЧНІ ДАНІ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПОРУШЕНЬ В СИСТЕМІ МАТЕРІ І ПЛОДА У ЖІНОК НА ФОНІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ
39. **Кропатницька Я. В., Комар О. Б., Колеснік Д. І., Мандрик О. Є.** 179  
ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ
40. **Лесний В. В., Атумава В. Р., Головка М. Д.** 183  
ЕНДОСКОПІЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ
41. **Лотиш Н. Г., Васильченко Л. В., Кравченко Т. Ю., Папінко Р. М., Мартюк В. І.** 185  
ЧАСТОТА ТА СТРУКТУРА ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ: АНАЛІЗ ДЕСЯТИРІЧНОЇ ДИНАМІКИ
42. **Меленко С. Р., Буганюк І. І., Тісногуз Д. А., Нагорняк С. С.** 188  
МАВПЯЧА ВІСПА: НОВА ЕПІДЕМІЧНА ХВИЛЯ?
43. **Меленко С. Р., Ялович А. В., Вдовін Д. С., Хоменко О. Р.** 193  
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ВІРУСНОЇ ПНЕВМОНІЇ СПРИЧИНЕНОЇ ВІРУСОМ SARS-COV-2 НА ТЛІ ВРОДЖЕНОЇ ВАДИ СЕРЦЯ
44. **Меленко С. Р., Андрусак А. В., Керебка Д. В., Сокальська А. Ю.** 196  
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ У ЖІНОК, ЩО ХВОРИЛИ НА COVID-19
45. **Мельник Л. М., Каньовська Л. В.** 199  
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ І ДІАГНОСТИКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЛАКТАЗНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ
46. **Монакова О. С., Базян А. А., Арзуманова І. В.** 204  
АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЗА 2015-2020 РОКИ
47. **Монакова О. С., Борисевич В. Д., Конюхова М. С.** 207  
ВПЛИВ ВІЙСЬКОВИХ ПОДІЙ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ 6-ГО КУРСУ «ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ» (ХНМУ) ТА АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ЇХ ВІДМОВ ВІД ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПЕРІОД З 24.04.2022 ПО 25.05.2022 Р.
48. **Нечитайло Д. Ю., Міхєєва Т. М.** 211  
РІВЕНЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ШКОЛЯРІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ
49. **Павлова О. О., Лесний В. В.** 215  
ПЕРЕВАГИ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОЇ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ТРАВМІ

# СИНДРОМ ШЕРЕШЕВСЬКОГО-ТЕРНЕРА, ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

**Короленко Ганна Спиридонівна,**

к.м.н., доцент, асистент

**Біленко Аліна Михайлівна,**

**Бойко Микола Григорович,**

Студенти

Дніпровський державний медичний університет

**Царьова Ірина Володимирівна,**

лікар, завідувач відділення

Центр матері та дитини ім. Руднева

м. Дніпро, Україна

**Вступ.** Синдром Шерешевського – Тернера (СШТ) - хромосомна мутація, яка зустрічається у 1 з 2500 - 3000 живонароджених дівчат. За допомогою цитогенетичних методів встановлено, що вся X-хромосома відсутня у 57 % пацієток, унаслідок чого виявлено каріотип 45X. Близько 80% втрачають батьківську X-хромосому. Можуть бути структурні аномалії X хромосоми (~14%), у 29% - мозаїцизм. Структурні аномалії проявляються в утраті короткого плеча (46,X,i(X)(q10)); в делеції частин і короткого, і довгого плеча, що призводить до утворення кільцевої хромосоми(46,X,r(X)); делеції частин короткого або довгого плеча – 46X,del(Xq) або 46X,del(Xp). При мозаїчному типі є популяції клітин с каріотипом 45,X і не менше одної популяції клітин з нормальним або аберантним каріотипом. При мозаїчному каріотипі можуть бути різні хромосомні набори такі, як: 45,X/46, XX; 45,X/46,XY; 45, X/47, XXX; 45,X/46,X,i(X)(q10).

**Мета роботи** – аналіз клініко-морфологічних проявів синдрому Шерешевського-Тернера за даними літературних джерел, власного досвіду – наведено клінічний випадок з синдромом Шерешевського – Тернера мозаїчного типу з патогістологічним дослідженням післяопераційного матеріалу.

**Матеріали та методи** – дані клінічного обстеження пацієнтки, операційний матеріал. Патогістологічне дослідження операційного матеріалу

проведено нами з використанням трафаретних гістологічних методик заключення об'єктів у парафін, з фарбуванням зрізів гематоксиліном і еозином.

**Результати та обговорення.** Для більшої наочності особливостей СШТ пропонуємо переглянути наданий клінічний випадок із нашої практики, який надаємо відповідно до принципів загальної біоетики, викладених у Гельсінській декларації «Етичні принципи медичних досліджень за участь людей» та «Загальної декларації про біоетику та права людини» (ЮНЕСКО) :

В один із лікувальних закладів Дніпропетровської області влітку 2021 року батьки 12-річної дівчинки звернулися до ендокринолога зі скаргами на затримку росту та розвитку вторинних статевих ознак у дитини, аменореї. При каріотиповому дослідженні була встановлена мозаїчна форма синдрому Шерешевського-Тернера. Мозаїцизми 45,X/46,XX чи XY. Призначено гормон росту. Анамнез життя зі слів батьків: період новонародженості - без значних патологій; сімейний анамнез – без особливостей; щеплення - згідно віку. Дитина знаходилася на диспансерному нагляді у лікаря ендокринолога, гастроентеролога. В січні 2022 року 13-річна пацієнтка була планово госпіталізована для оперативного лікування.

Об'єктивний стан при госпіталізації: шкірні покриви блідо-рожеві; слизові оболонки вологі; зів спокійний; підшкірна клітковина має помірний розвиток; лімфатичні вузли не пальпуються; щитоподібна залоза без особливостей; дихання над легеньми везикулярне, хрипи відсутні; тони серця ясні, ритм правильний; живіт - м'який, безболісний; кісткова система пропорційно розвинута; затримка росту, ріст 146 см, вага 42 кг; затримка дозрівання вторинних статевих ознак; фізіологічні відправлення не порушені. В загальноклінічних аналізах показники – в межах вікової норми. Таким чином, клінічні ознаки включали тільки низькорослість та затримку статевого розвитку у дитини. Після проведення клінічних методів дослідження, на наступний день госпіталізації, було виконано ендоскопічну ампутацію тіла матки з додатками з послідуочим власним патогістологічним дослідженням.

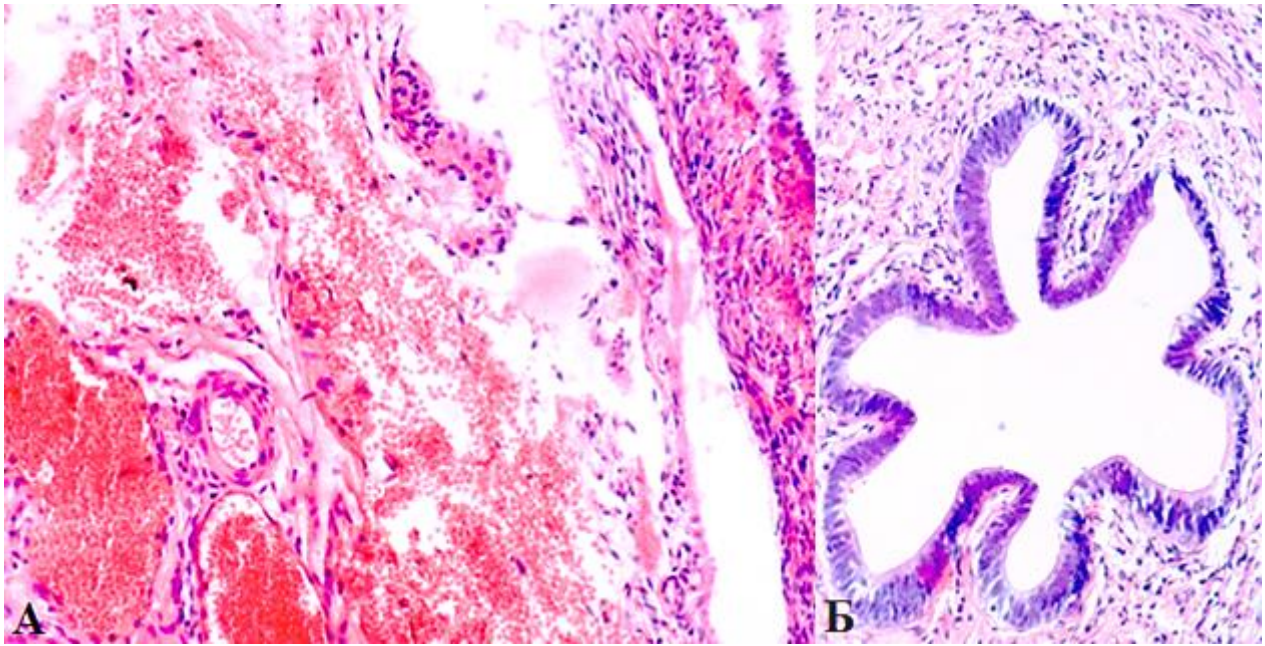
Під час операції: передньоматковий простір та позаматковий простір - без особливостей. Крижово-маткові, широкі маткові зв'язки - без особливостей, спайки відсутні. Ендометроїдні гетеротопії - відсутні. Макроскопічно яєчники - у вигляді тяжів, розміри: правий яєчник - 1x0,5 см, лівий – 0,8x0,4 см. Матка представлена у вигляді тяжа, розміри 0,8x0,4x0,4 см. Маткові труби (права та ліва) візуалізуються повністю (2 см), фімбрії збережені.

При гістологічному дослідженні: рудиментарні яєчники переважно зі сполучнотканинною будовою, без фолікулів, з великою кількістю артеріальних та венозних судин різного калібру та наявністю артеріовенозної мальформації в одному із них, осередками непосмугованої (гладкої) м'язової тканини та текастрими. (рис.1). В одному яєчнику виявляється додатково ще структура сім'явивідної протоки (з 6-ма поздовжніми складками слизової оболонки та з 3-х шаровою м'язовою оболонкою), а також мікрофокуси клітин, що нагадують гландулоцити яєчка, з їх низькою активністю. (рис.1).

Тіло матки з різко звуженим просвітом, неправильної форми, ендометрій тонкий, вистелений призматичним епітелієм з поодинокими залозами, що мають аналогічний епітелій без ознак секреції епітеліоцитів; власна пластинка ендометрію представлена пухкою сполучною тканиною з явищами фіброзу та фокусами вrostання м'язових клітин із міометрію, який має три шари, як і в нормі, з прошарками пухкої сполучної тканини; в судинному шарі міометрія - осередковий фіброз стінок судин. (рис. 2).

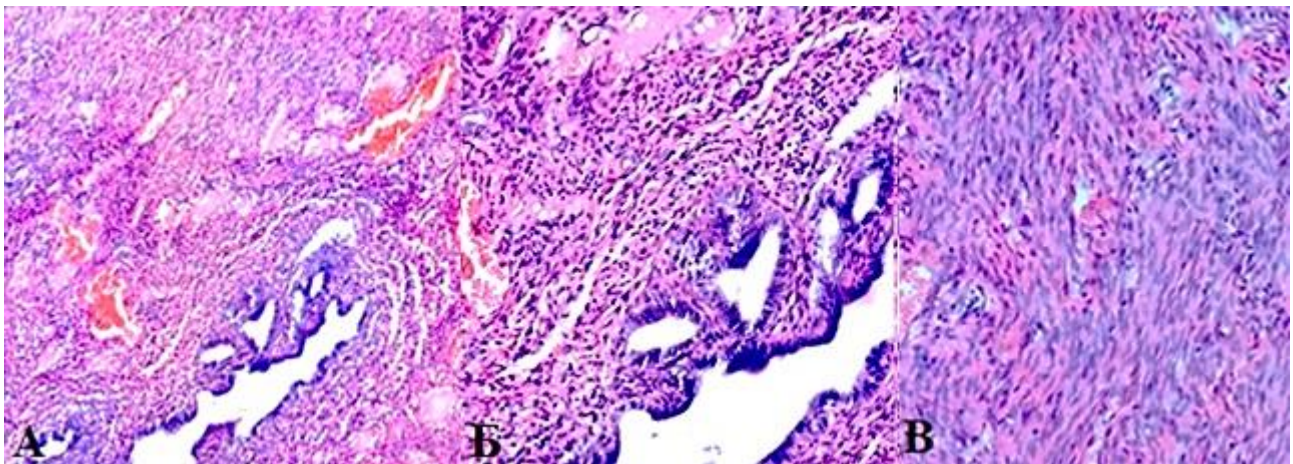
Ліва маткова труба з гетерогенною структурою складок, фрагментацією м'язового шару з вогнищами склерозу, в її адвентиції відмічається структура головки над'яєчка (рис.3)

Права маткова труба з грубими звивистими складками, що вкриті одношаровим призматичним епітелієм, добре розвиненим м'язовим шаром, наявністю в її адвентиції залишків вольфової протоки.



**Рис.1. Яєчник пацієнтки. Фарбування гематоксиліном і еозином, x200.**

**А – строма, судини яєчника, Б - сім'явивідна протока.**



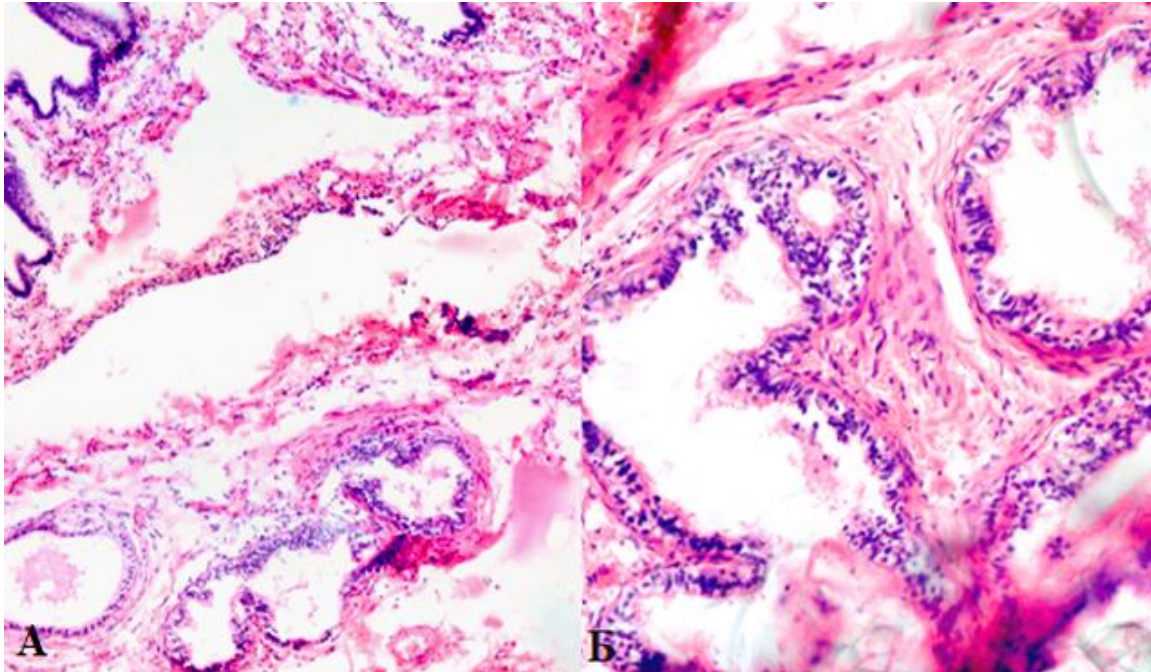
**Рис.2. Матка пацієнтки. Фарбування гематоксиліном і еозином.**

**А – просвіт матки з ендометрієм, x100, Б - x200, В – міометрий, x200**

Таким чином, у пацієнтки має місце фіброз гонад без фолікулів, наявність сім'явивідної протоки в одному із яєчників, матки і маткових труб без секреторної активності їх епітелію, осередків гландулоцитів яєчка, придатку



над'яєчка, залишку вольфової протоки в одній із маткових труб, що гістологічно підтверджує виставлений у клінічному діагнозі синдром Шерешевського – Тернера: Мозаїцизм, 45,X/46,XX/46,XY.



**Рис.3. Маткова труба пацієнтки. Фарбування гематоксиліном і еозином. А – зверху - слизова оболонка маткової труби, знизу - каналці головки над'яєчка, x100, Б - x200**

Синдром Шерешевського – Тернера з генотипом 45X характеризується найтяжчим ураженням, діагноз зазвичай встановлюється при народженні або в ранньому дитинстві.

У роботі польських дослідників наголошується, що основною причиною дослідження каріотипу та ранньої постановки діагнозу (у допубертатному періоді) є характерні фенотипові особливості: низькорослість (98 %); загальна диспластичність (неправильна статура) (92 %); бочкоподібна грудна клітка та широко розставлені соски (75 %); специфічні риси обличчя: укорочення шиї (63%); крилоподібні складки шкіри в області шиї у старших дітей (46%); низька лінія росту волосся на потилиці (57%); високе «готичне» піднебіння (56 %);



низько посаджені вуха, деформація вушних раковин (46%); укорочення метакарпальних та метатарзальних кісток та аплазія фаланг (46 %), маленькі нігті. Обов'язковим симптомом указанного каріотипу є: рудиментарні яєчники (недорозвинені структури гонад, які згодом стають фіброзними); аменорея, відсутність менструального циклу, безпліддя. Найчастіше у хворих з синдромом Шерешевського-Тернера незалежно від каріотипу: збільшення ваги, ожиріння, високе співвідношення талії та стегон (стегна не набагато більше талії). Можуть бути вроджені аномалії: серцево-судинної системи (7%); нирок та системи сечовиділення (19%). Крім того, відмічають зміни і з боку нервової системи, а саме: гіперактивність дітей, дефіцит уваги, деякі труднощі у навчанні та з соціальними навичками і просторовими відносинами.

Мозаїчна форма вважається більш сприятливим захворюванням порівняно з класичною формою і протікає легше, як і в нашому випадку. У дослідженої нами пацієнтки має місце затримка росту, але пропорційний ріст кісток, а також затримка статевого розвитку, аменорея, яка обумовлена атрофією яєчників. Крім того, тільки гістологічно було виявлено наявність над'яєчка, сім'явивідної протоки, які не були діагностовані при клінічних методах дослідження.

Головною відмінністю від класичної форми хвороби є частковий розвиток патології у клітинах. В організмі одночасно існують клітини з нормальним каріотипом та аномальним. Це дозволяє компенсувати прояв деяких симптомів, що робить перебіг хвороби легшим. Стандартні методи діагностики (каріотипування) можуть виявити лише повну моносомію 45,XO, а також деякі мозаїчні набори хромосомних аномалій. Тим часом, сучасні методи цитогенетичного аналізу, а саме метод хромосомного зондування, дозволяють встановити більш детальні хромосомні аномалії. В даний час вже доведено, що фізичний розвиток дитини залежить від гена SHOX, локалізованого в псевдоаутосомній ділянці в кінці короткого плеча X-хромосоми (Xp22.3), а його структурне порушення призводить до низькорослості у дітей із СШТ. Зниження експресії цього гена може бути асоційоване не тільки з

низькорослістю, але й з деформаціями скелета. В наданому клінічному випадку присутня затримка росту із пропорційним розміром кісток, тому можна припустити, що є структурне порушення гена SHOX, але щоб сказати про це впевнено потрібно зробити більш ретельне генетичне досліджування, ніж каріотипування.

У нашому приведеному випадку з мозаїчною формою СШТ, при нечітко виражених його проявах у ранньому дитинстві, важко було діагностувати, тому ми згодні з рекомендаціями провідних педіатрів-ендокринологів світу, що усім дівчатам із затримкою росту та із затримкою пубертату необхідно проводити генетичне обстеження з обов'язковим дослідженням каріотипу.

Згідно з Міжнародним консенсусом з ведення дівчат і жінок з СШТ (2007) необхідне стандартне каріотипування в 30 клітинах, як це рекомендовано Американською колегією медичної генетики (American College of Medical Genetics), що дозволяє з ймовірністю в 95% ідентифікувати не менше 10%. Для уточнення може бути проведене додаткове дослідження гібридизації флуоресцентної *in situ* (FISH). Слід також пам'ятати, що деякі прояви вродженої патології, які мають місце і при СШТ, можна виявити тільки при гістологічному методі дослідження, як і в нашому випадку.

**Висновки.** 1. Внаслідок слабо виражених клінічних проявів має місце запізнiла діагностика синдрому Шерешевського - Тернера. Патогістологічне дослідження післяопераційного матеріалу, проведеного нами, підтвердило у пацієнтки синдром Шерешевського - Тернера: Мозаїцизм, 45,X/46,XX/46,XY. Проведена операція була обґрунтована.

2. Необхідно усім дівчатам із затримкою росту та пубертатного розвитку проводити своєчасне генетичне обстеження - каріотипічне дослідження, при можливості – хромосомне зондування.