

SCI-CONF.COM.UA

EUROPEAN SCIENCE AND INNOVATION CONGRESS



**PROCEEDINGS OF IV INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
MARCH 9-11, 2026**

**BARCELONA
2026**

10. *Ахроров Х. Х., Шадманова М. М., Буранова И. Б., Хайитбаева Ф. О.* 76
МЕХАНІЗМИ РЕГУЛЯЦІЇ ДЕЯТЕЛЬНОСТІ СЕРДЦА ПРИ НАГРУЗКЕ
11. *Браткова Л. Б., Коропець В. В., Казанцева Д. С.* 85
ГЕМОЛІТИЧНА ХВОРОБА ПЛОДА І НОВОНАРОДЖЕНОГО У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ В УКРАЇНІ ТА США
12. *Ващенко Д. В., Весніна М. А., Біловол А. М.* 88
ВПЛИВ ТРИВАЛОЇ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ НА ПЕРСИСТЕНЦІЮ ВПЧ-ІНФЕКЦІЇ ШИЙКИ МАТКИ
13. *Євтушенко О. В., Гончарова Н. М., Поваляєв О. А., Сухоруков І. Ю., Заліський С. І.* 93
ПРОНИКАЮЧІ ПОРАНЕННЯ ЖИВОТА У ВІЙСЬКОВИХ: КРИТИЧНІ РІШЕННЯ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ ПЕРЕД ХІРУРГІЧНИМ ВТРУЧАННЯМ
14. *Кабаченко В. О., Шишкін М. А.* 98
ІМУНОГІСТОХІМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІТИННОГО КОМПОНЕНТУ СТРОМАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТУ В ПРОТОКОВІЙ АДЕНОКАРЦИНОМІ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ
15. *Клітинська О. В., Шеверя С. М., Китастий О. І.* 104
АНАЛІЗ ПСИХО-ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ
16. *Курнос А. О., Головаха М. Л.* 108
ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ ТА ПРОПРІОЦЕПТИВНОГО ТРЕНУВАННЯ У ФУНКЦІОНАЛЬНОМУ ВІДНОВЛЕННІ КОЛІННОГО СУГЛОБА ПІСЛЯ УШИВАННЯ МЕНІСКА
17. *Мочерняк М. Л., Різничук Ю. В., Іваночко Н. Я.* 112
ДІАБЕТИЧНА СТОПА: ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ТА ПРОФІЛАКТИКА АМПУТАЦІЙ
18. *Радловська Ю. В., Тарасова Є. В., Булинїна О. Д.* 115
ДВЗ-СИНДРОМ ЯК СИСТЕМНА ДЕКОМПЕНСАЦІЯ ГЕМОСТАЗУ: ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ТА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА
19. *Резніченко Г. І., Кабаченко О. В., Нікіфоров О. А., Ломейко О. О.* 118
ХРОМОСОМНІ ПРИЧИНИ ВТРАТИ ВАГІТНОСТІ
20. *Савельєва Н. М., Ковальчук Д. О.* 122
ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З РОЗЛАДАМИ СУГЛОБОВОГО ДИСКА СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

ХРОМОСОМНІ ПРИЧИНИ ВТРАТИ ВАГІТНОСТІ

Резніченко Галина Іванівна

Д.мед.н., професор

Кабаченко Олена Володимирівна

к.мед.н., доцент

Нікіфоров Олег Анатолійович

к.мед.н., доцент

Ломейко Олена Олександрівна

к.мед.н., асистент

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Кафедра акушерства, гінекології та репродуктивної медицини
м. Запоріжжя, Україна

Вступ / Introduction. Невиношування вагітності є однією з актуальних проблем сучасного акушерства та репродуктивної медицини в світі і впливає на демографічну ситуацію у всіх країнах. Незважаючи на досягнення в науці, вдосконалення медичної допомоги в акушерстві і репродуктивній медицині, показник частоти невиношування вагітності у більшості країн світу залишається стабільно високим, коливається від 10% до 42% без тенденції до зниження. В Україні на тлі повномасштабної війни проблема демографічної кризи набула особливого значення.

В останні роки спостерігається зростання кількості вагітностей, що не розвиваються, є складовою частиною репродуктивних втрат зі сталою частотою 10-20% від всіх бажаних вагітностей. Зокрема в Україні частота такої форми невиношування вагітності складає 30% від загальної кількості абортів.

Однією з основних причин ранніх втрат вагітності в першому триместрі від 50% до 80% є хромосомні аномалії, причому близько 40% із них відбуваються у період 7–8 тижнів гестації.

В 30% усіх викиднів причиною є трисомії 16,21,22,15 пар хромосом, найпоширенішою вважається трисомія 16. В 15-25% відзначається моносомія X, в 12%-20% – триплоїдія. Серед інших хромосомних та генетичних аномалій виділяють транслокації, інверсії, одногенні порушення, мозаїцизм плаценти.

Мета / Aim: проаналізувати частоту, спектр хромосомних аберацій завмерлих вагітностей.

Матеріали та методи / Materials and methods:

Проведений аналіз 232 зразків ворсин хоріону завмерлих вагітностей непрямим методом. З метою збільшення продуктивності методу в початковий протокол були внесені зміни. В ході проведення дослідження для отримання кращих результатів та для виключення контамінації та проросту зразків було скорочено час витримки ворсин хоріону в поживному середовищі від 2 до 6 годин замість 24 годин.

Обґрунтування зміни протоколу:

- При витримці ворсин хоріону 2-3 години в поживному середовищі кількість метафаз придатних для аналізу замала.
- Витримка ворсин хоріону в поживному середовищі 4 години дає метафази в достатній кількості.
- При витримці в 5-6 годин кількість метафаз на тому ж рівні, що і при 4 годинах з незначними змінами.

Таким чином витримка зразка ворсин хоріону на протязі 4-х годин в поживному середовищі є оптимальною для дослідження. Тримати зразок 5 і більше годин не є продуктивним.

Результати та їх обговорення / Results and discussion:

Вік жінок був від 17 до 42 років і в середньому склав $32,69 \pm 4,25$ років. Пік завмерлих вагітностей припадає на вікову групу 31-35 років – 37,06%.

За даними проведеного аналізу звичне невиношування склало всього 7,41% (10 жінок). Особливої уваги заслуговує те, що 29,63% (40 жінок) склали жінки з першою вагітністю. Більшість зразків абортівного матеріалу були в терміні до 8 тижнів вагітності – 174 (75,00%). До 10 тижнів було 38 зразків (16,38%). В терміні після 10 тижнів представлені тільки 20 зразків (8,62%).

При аналізі хромосомних патернів зразків хоріону завмерлих вагітностей, досліджених непрямим методом, було виділено наступні групи, представлені в таб. 1.

Таблиця 1

**Характеристика хромосомних патернів зразків ворсин хоріона
абортивного матеріалу**

Каріотип	Варіанти каріотипів		Всього
Нормальна	46XX – 27 (44,26%)	46XY – 34 (55,74%)	61 (26,29%)
Трисомія (за аутосомами)	47XX + – 13 (40,63%)	47XY + – 19 (59,38%)	32 (13,79%)
Трисомія (з додатковою маркерною хромосомою)	47XX + mar – 10 (71,43%)	47XY + mar – 4 (28,57%)	14 (6,03%)
Трисомія (за статевою хромосомою) (с-м Кляйнфельтера)	Повна форма 47XXY – 16 (72,73%)	Неповна форма 47XXY/46XY – 3 47XXY/46XX – 2 47XXY9ph/46XY – 1 (27,27%)	22 (9,48)
Трисомія (за статевою хромосомою – X)		Неповна форма 47XXX/46XX -1 47XXX/48XXX+5 -1	2 (0,86%)
Моносомія (за статевою хромосомою) (с-м Тернера)	Повна форма 45X – 6 (54,55%)	Неповна форма 45X/46XX-4 45X+ mar/46XX-1 (45,45%)	11 (4,74%)
Хромосомні структурні перебудови (частіше: транслокації, інверсії)	46XX (9,10,13,22) 4 (40,00%)	46XY(9,14,15,21,22) 6 (60,00%)	10 (4,31%)
Мозаїчні варіанти каріотипів			27 (11,64%)
Поліплоїдії	Триплоїдії 69XXY – 16 69XXX – 2 18 (78,26%)	Тетраплоїдії 92XXXU – 2 92XXYU – 1 mos92XXXX/46XX 1 mos92XXXY/46XX 1 5 (21,74%)	23 (9,91%)
Відсутня мітотична активність			30 (12,93%)

Аналіз зразків каріотипів виявив у 26,29% нормальний каріотип з перевагою чоловічого каріотипу над жіночим (55,74% проти 44,26%).

Хромосомні аберації найчастіше були представлені трисомією за аутосомами – 13,79% також з перевагою чоловічих ембріонів (59,38% проти 40,63%). Серед них синдром Патау з додатковою 13 хромосомою зустрівся в 3 зразках (2 зразки чоловічого каріотипу, 1 зразок жіночого каріотипу), синдром Едвардса з додатковою 18 хромосомою – в 10 зразках (6 – чоловічий каріотип, 4 – жіночий). Найчастіше додатковою аутосомою була 16 хромосома – в 14 випадках з однаковою частотою чоловічих і жіночих ембріонів. По одному випадку зустрілись додаткові 2, 14, 22 хромосоми.

Третє місце серед хромосомних аномалій посіла трисомія за статевою У хромосомою – Синдром Кляйнфельтера (9,48%). Повна форма синдрому склала

72,73%, неповна – 28,57%. Звертає на себе увагу, що трисомія за X хромосоною була представлена тільки неповною формою і склала всього 0,86% (2 випадки).

Інша хромосомна аномалія за статевими хромосомами – моносомія – синдром Тернера – склала 4,74%. Повна форма виявлена в 54,55%, неповна – в 45,45%. Трисомія з додатковою маркерною хромосоною склала 6,03% зі значною перевагою жіночих каріотипів (71,43% проти 28,75%).

Трисомії за аутосомами склали 13,79%, серед яких 16 зразків були з трисомією з подвоєнням X хромосоми (69XXY) і 2 – з трисомією за X хромосоною (69XXX). Тетраплоїдія зустрілась в 5 випадках (21,74%), з яких 4 були з Y хромосоною. В 30 досліджуваних зразках (12,93%) мітотична активність була відсутня. Співвідношення чоловічих ембріонів до жіночих склала 1,06. В 11,64% випадків каріотипи були представлені мозаїчними варіантами. Поліплоїдії були діагностовані в 9,91%, серед яких триплоїдії склали 78,26%, тетраплоїдії – 21,74%. Хромосомні структурні перебудови були виявлені в 4,31% і представлені в основному транслокаціями і інверсіями. Жіночі каріотипи склали 40,00% проти 60,00% чоловічих. В жіночих каріотипах перебудовам піддалися 9,10,13,22 хромосоми, в чоловічих спектр пошкоджених хромосом був дещо інший (9,14,15,21,22).

Висновки:

1. Переривання вагітності в 75% відбувається до 8 тижнів вагітності.
2. В 26,29% викиднів відзначений нормальний каріотип.
3. В 60,78% викиднів відзначені хромосомні аномалії у вигляді трисомій за аутосомами (2,14,22,13,16,18) – 13,79%, трисомія за Y хромосоною – 9,48%, синдром Тернера – 4,74%, трисомія з додатковою маркерною хромосоною – 6,03%, хромосомні структурні перебудови у вигляді транслокацій і інверсій склали 4,31%.