



УДК 617.557–007.43–053.263:616–008.9:314.36

ПАХВИННІ ГРИЖІ В ОДНОЯЙЦЕВИХ ГЛУХОНІМИХ БЛИЗНЯТ ЯК ОЗНАКА НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

**В. В. Арсенюк, В. З. Татарчук, О. В. Гринів, А. М. Бартош, Д. В. Петрук,
І. І. Войтенко, О. В. Красовський**

Кам'янець—Подільська міська лікарня № 1

INGUINAL HERNIAS IN ENZYGOTIC DEAFMUTE TWINS AS A SIGN OF UNDIFFERENTIATED DYSPLASIA OF CONNECTIVE TISSUE

**V. V. Arsenyuk, V. Z. Tatchuk, O. V. Gryniv, A. M. Bartosh, D. V. Petruk,
I. I. Voytenko, O. V. Krasovskyi**

Kamyanets—Podilskyi Municipal Hospital № 1

Проблема недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) стає все більш актуальною як в Україні, так і у світі. Про це свідчить велика кількість наукових публікацій, присвячених цій проблемі, автори, насамперед, акцентують увагу на значному поширенні захворювання, виявленні нових клінічних ознак [1].

Логічно пояснити збільшення частоти утворення грижі, як первинної, так і післяопераційної, рецидивної, незважаючи на впровадження інноваційних технологій лікування і вдосконалення кваліфікації хірургів. Вплив урбанізації, стан гіпокінезії, характерний як для вагітних, так і для дітей раннього віку, в поєднанні з нераціональним харчуванням, дефіцитом білків і вітамінів, зумовлює клінічні прояви захворювання сполучної тканини у вигляді НДСТ. Вона проявляється ознаками ураження серця, варикозної хвороби, неспроможності апоневрозу, утворенням грижі черевної стінки. За даними ВОЗ, частота виявлення НДСТ у дітей досягає 74 — 85%. Оскільки у теперішній час невідомі способи лікування НДСТ, а можлива тільки профілактика її ускладнень, зрозуміло, що хворі діти стануть хворими дорослими, у яких слід очікувати появу різних клінічних проявів НДСТ, в тому числі утворення грижі. А якщо брати до уваги ще й успіхи сучасного акушерства, збільшення частоти виживання недоношених дітей, за недостатньої зрілості всіх тканин, слід прогнозувати значне збільшення частоти виникнення НДСТ, в тому числі у вигляді грижової хвороби [1]. Наводимо клінічне спостереження, що підтверджує роль НДСТ у виникненні грижі.

До відділення госпіталізовані дві дівчинки Аліна та Аліса, 5 років, однояйцеві близнята, з ознаками вродженої лівобічної пахвинної грижі, що з часом збільшувалась. Обидві дівчинки глухонімі.

Стан хворих задовільний, маса тіла та ріст дівчаток відповідають віку, крім вродженої глухонімоти, виявлені порушення прикусу зубів та їх розвитку. Шкіра блідо—рожева, чиста. Пульс 88 за 1 хв, ритмічний. АТ 12,0/8,0 кПа (90/60 мм рт. ст.). Тони серця ясні, ритмічні. В легенях везикулярне дихання. Язик вологий, чистий. Живіт правильної форми, м'який, безболісний. Перистальтика активна. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Фізіологічні відправлення без особливостей. В обох дівчаток у лівій пахвинній ділянці виявлене пухлиноподібне утворення діаметром до 20 мм, м'якоеластичної консистенції, безболісне, вправляється в червну порожнину, шкіра над ним не змінена.

Лабораторні показники без патологічних змін. Діагноз: лівобічна пахвинна грижа.

Під внутрішньовенним наркозом здійснено герніопластику за Мартиновим. Перебіг післяопераційного періоду неускладнений, операційна рана загоїлася первинним натягом. У задовільному стані діти виписані для амбулаторного лікування. Оглянуті через 1 міс, скарг немає, ведуть активний спосіб життя, відвідують дитячий садочок.

Наведене спостереження підтверджує роль НДСТ у виникненні грижі та її спадкової складової.

ЛІТЕРАТУРА

1. Полевий В. П. Дисплазія сполучної тканини як предиктор виникнення гриж передньої черевної стінки / В. П. Полевий,

В. В. Власов, В. В. Арсенюк. — Чернівці: Медуніверситет, 2016. — 288 с.

