

Висновок. Спостерігається вірогідне зниження МЩК у хворих на ХОЗЛ, що не пов'язано із фактором паління. Існує прямий кореляційний зв'язок між ступенем зниження МЩК та тяжкістю перебігу ХОЗЛ.

ДІАФРАГМАЛЬНІ КИЛИ В ГЕНЕЗІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ ТА СВОЄЧАСНА ДІАГНОСТИКА

Гончарь М.О., Іщенко Т.Б., Орлова Н.В., Тишко О.С., Пушкар О.М.¹, Крижановська О.М.¹

Кафедра педіатрії № 1 та неонатології, Харків, Україна

КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна дитяча лікарня»¹, Харків, Україна

Актуальність: Дана проблема актуальна не тільки в зв'язку з зростаючою частотою народження, але і високою ймовірністю розвитку ускладнень. За даними статистики, понад 700 тисяч дітей народилися з діафрагмальною килою з 1 січня 2000 року. Діафрагмальний кили у дітей спостерігаються відносно часто (1 на 1700). Летальність при цьому захворюванні становить 1-3% загальної смертності новонароджених, а протягом першого року життя - 10% смертності серед дітей, що вирають у зв'язку з вадами розвитку.

Показовим є дані про те, що 147 дітей кожен день народжуються з цією патологією, тобто кожні 10 хвилин в світі народжується дитина з діафрагмальною килою.

У старшому віці частіше зустрічаються кили стравохідного отвору діафрагми, потім кили купола діафрагми, і рідше - ретростернальні кили.

Клінічне спостереження: Хлопчик 7 років поступив в лікарню зі скаргами на блідість, млявість, зниження апетиту і спотворення смаку (ів глину). Вищевказані скарги з'явилися рік тому. З анамнезу відомо, що рік перебував на обліку в дільничного педіатра, лікувався препаратами двовалентного заліза, однак, без ефекту. За допомогою до гематолога не звертався.

Об'єктивно: стан середнього ступеня тяжкості, шкіра бліда, епітеліальні зміни (трофічні порушення шкіри, нігтів, волосся, слизових оболонок). Аускультативно в легенях везикулярне дихання, зліва в грудній клітці вислуховуються перистальтичні шуми. Тони серця гучні, ритмічні. Живіт м'який, безболісний, паренхіматозні органи не збільшені. В зв'язку з атипичною аускультативною картиною над лівою легенею було проведено рентген ОГК.

На рентгенограмі ОГК: лівостороння діафрагмальна кила.

Клінічний аналіз крові: Ер. – $3,4 \cdot 10^{12}/л$; Нб – 85 г/л; КП - 0,7; Тр. – $180 \cdot 10^9 / л$; Рет. - 0,2%; Лей. – $4,0 \cdot 10^9/л$; ШОЕ - 15.

Біохімічні показники крові: сироваткового заліза - 8мкм/л; загальна залізоєв'язуюча здатність сироватки - 50 мкм/л; латентна залізоєв'язуюча здатність сироватки - 45мкм/л; сироватковий ферити - 10 мкм/л.

Встановлено діагноз: залізодефіцитна анемія середнього ступеня тяжкості. Лівобічна діафрагмальна кила.

Терапія. Оперативна корекція - лапаротомія, пластика лівого купола діафрагми місцевими тканинами.

Після оперативного лікування призначено препарати двовалентного заліза в дозі 5 мг на кг на добу протягом 6 місяців. Стан дитини значно покращився, скарг немає, лабораторні показники (Ер. - $4,0 \cdot 10^{12}/л$, Нб - 110 г/л, КП - 1,0). Протягом року спостерігався в гематолога, після чого був знятий з обліку.

Ускладнення діафрагмальних кил різноманітні і до них відносяться: запалення кили, утиск кили, кровотеча, кишкова непрохідність. Найбільш часто зустрічаються в педіатрії ускладнення - гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, виразкова хвороба, пневмонія, порушення ритму серця, дизуричні розлади, а також дефіцитні анемії.

При діафрагмальних килах основними патогенетичними механізмами формування анемії відносяться: кровотечі з шлунково-кишкового тракту (ШКТ), при розвитку їх обмеження, порушення абсорбції і всмоктування заліза.

Клінічною особливістю наведеного нами спостереження є повна відсутність симптомокомплексу скарг, характерних для ураження органів шлунково-кишкового тракту та єдиним проявом діафрагмальної грижі з'явилася анемія з провідним сідеропеніческого синдром у дитини.

Висновок: Одним з факторів залізодефіцитної анемії може бути наявність аномалій шлунково-кишкового тракту, тому пацієнти з тривалими залізодефіцитними станами потребують поглибленого дослідження органів шлунково-кишкового тракту.

ЕТИОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЛАПСУ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНУ

Граніна О.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра анатомії людини, в.о. зав. кафедри Вовк О.Ю.

Пролапс мітрального клапану (ПМК) є дуже різноманітною патологією клапанного апарату серця. ПМК був вперше описаний у 1963 р. J. Barlow і W. Rosok, які продемонстрували зв'язок систолічного клацання з виявленням при ангіокардіографії провисанням однієї або обох стулок мітрального клапану у систолу лівого шлуночка (ЛШ) у порожнину лівого передсердя (ЛП) вище рівня мітрального кільця. Надлишковість стулок мітрального клапану зустрічається у 7% вмерлих у віці більше ніж 40 років, частіше у жінок.

Мета роботи. Визначити етіологічні особливості ПМК.

Матеріали та методи. Нами було досліджено 40 трупних матеріалів серця жінок. Для дослідження були використані методи препарування, морфометрії і ангіокардіографії серця.

Результати досліджень. На підставі ангіокардіографії, у ході дослідження було визначено, що є первинний (ідіопатичний) ПМК (ІПМК), який розвивається на тлі природженої патології сполучної тканини і не зв'язаним з будь-яким системним її захворюванням або з захворюванням серця та вторинний (ВПМК).

По сучасним уявленням ІПМК є частиною генетично обумовленого симптомокомплексу, який характеризується вегетативною дизрегуляцією, сполучнотканинною дизплазією та психопатологічними порушеннями.