

**ЭФФЕКТЫ ЭПИТАЛОНА НА ЭКСПРЕССИЮ ГЕНА «СВЕРХРАННЕГО ОТВЕТА»
C-FOS В СУБЪЯДРАХ ПАРАВЕНТРИКУЛЯРНОГО ЯДРА ГИПОТАЛАМУСА
В УСЛОВИЯХ ПОСТОЯННОГО ОСВЕЩЕНИЯ**

Р.Е. Булык

Резюме. Исследовано влияние эпителина на состояние гена ранней функциональной активности *c-fos* в медиальных мелкоклеточных субъядрах паравентрикулярного ядра (ммПВЯ) гипоталамуса крыс в различные промежутки суток (днем и ночью). Экспрессия продукта этого гена – белка *c-Fos* – у животных, которых содержали в нормальных условиях чередования освещения и темноты демонстрировала довольно четкий циркадианный характер. Световой стресс приводит к выраженному десинхронозу. На фоне постоянного освещения синтетический тетрапептид эпителин (0,5 мкг/кг), в 14.00 ч вызывал снижение (на 10,0 %) концентрации иммуноспецифического белка *c-Fos*, а в 02.00 ч повышение (на 10,6 %) показателя относительно крыс, содержащихся в условиях светового стрессора без введения эпителина.

Ключевые слова: ген *c-fos*, иммуноспецифический белок *c-Fos*, паравентрикулярное ядро гипоталамуса, постоянное освещение, эпителин.

**THE EFFECTS OF EPITHALON ON THE EXPRESSION OF THE C-FOS GENE OF
«EARLY RESPONSE» IN THE SUBNUCLEI OF THE PARAVENTRICULAR
NUCLEUS OF THE HYPOTHALAMUS UNDER THE CONDITIONS
OF PERMANENT LIGHTING**

R.Ye. Bulyk

Abstract. The effect of epithalon on the state of the gene of an early immediate functional activity – *c-fos* in the subnuclei of the paraventricular nuclei (PVN) of the rat hypothalamus has been studied during different intervals of the circadian period (in the day-time and at night). The expression of the product of this gene – *c-Fos* protein – in the animals kept under normal conditions of alternating lighting and darkness demonstrated a rather clear – cut circadian pattern. A light stress results in marked desynchronization. Against a background of permanent lighting synthetic tetrapeptide epithalon (0,5 µg/kg) caused a significant decrease (by 10,0 %) of the concentration of the immunospecific protein *c-Fos* at 14.00 hours, and at 02.00 a.m. – an increase (by 10,6 %) in relation to the animals subjected to the action of the light stressor without performing an epithalon correction.

Key words: *c-fos* gene, immunospecific *c-Fos* protein, hypothalamic paraventricular nucleus, permanent lighting, epithalon.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. В.Ф. Мислицький

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 3 (63), part 1. – P. 21-25

Надійшла до редакції 07.07.2012 року

© Р.Е. Булык, 2012

УДК 616-018.2-053.2-07-092+616-053.2-084:614.212

М.М. Васюкова, Т.В. Починок

**ПРОГНОЗУВАННЯ ФОРМУВАННЯ І ПЕРЕБІГУ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ
ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ТА ДИСПАНСЕРНЕ
СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДІТЕЙ ЦЬОЇ ГРУПИ**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Резюме. Проведено аналіз анамнестичних, клінічно-лабораторних та інструментальних даних дітей із недиференційованою дисплазією сполучної тканини (НДСТ) віком 3-14 років. Визначена частота різних фенотипових варіантів та тяжкість перебігу НДСТ у дітей м. Києва. Верифікована провідна патологія вагітних, за наявності якої певною мірою можна прогнозувати народження дітей із НДСТ. Виявлена гранична кількість дисморфогенетичних ознак, що дозволяє прогнозувати наявність малих аномалій внутрішніх орга-

нів, а також прямий кореляційний зв'язок між рівнем загального Са у сироватці венозної крові дітей з НДСТ з рівнем лейкоцитів, лімфоцитів, фагоцитарною активністю нейтрофілів та інтенсивністю фагоцитозу, що потребує проведення відповідного додаткового обстеження та диспансерного спостереження.

Ключові слова: діти, недиференційована дисплазія сполучної тканини (НДСТ), прогнозування розвитку та перебігу, диспансерне спостереження.

© М.М. Васюкова, Т.В. Починок, 2012

Вступ. За останні роки значну зацікавленість лікарів різного профілю привертають захворювання, що розвинулися на тлі донозологічного фонового стану, яким є недиференційована дисплазія сполучної тканини (НДСТ). Наявність сполучної тканини в організмі в усіх органах та тканинах, загальне походження, складність морфології та функції визначають активну участь її основних елементів у формуванні та розвитку багатьох видів патології, зумовлюють виникнення диспластичних змін у будь-якому органі та системі. Ця патологія пов'язана як із генетичними змінами, що детермінують синтез компонентів сполучної тканини, так і виникають внаслідок багатофакторного впливу на плід під час вагітності [3]. Внаслідок впливу несприятливих чинників навколишнього середовища в останні два десятиріччя спостерігається зростання кількості дітей з ознаками цієї патології. [4, 5, 7]. Проте необхідно зазначити, що частота діагностування НДСТ значною мірою залежить від методичних підходів до оцінки дисморфогенезу, що їх використовують дослідники [1]. Так, за даними Леженко Г.О. зі співав. [7], Мінькова І.П. [8], діагностичним рівнем вважається наявність 3-4 стигм дисембріогенезу для встановлення діагнозу дисплазії сполучної тканини. На сьогодні також майже відсутні дані щодо частоти та тяжкості проявів різних фенотипових варіантів синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини (СНДСТ) у дітей.

Матеріал і методи. Обстежені діти різних вікових груп м. Києва (350 дітей 3-14 років). Для діагностики НДСТ (на етапі клінічного спостереження) застосовували клінічні критерії за Нью-Йоркською асоціацією кардіологів (1992) та розроблену і запатентовану спеціальну таблицю фенотипових ознак дисплазії сполучної тканини (Т.В.Починко та співав., 2006). За наявності в дитини шістьох та більше фенотипових ознак виставлявся діагноз НДСТ. Матеріалом для лабораторного дослідження дітей була венозна кров, слина, які забирали вранці натщесерце. Дітей обстежували в спокійному періоді поза респіраторною патологією, не раніше трьох тижнів після перенесеної останньої ГРВІ.

Для оцінки стану імунної системи дітей використано наступні методики: лімфоцитарні субпопуляції свіжо отриманої гепаринізованої периферичної венозної крові визначали з використанням моноклональних антитіл; для оцінки стану фагоцитозу вивчали вміст фагоцитувальних клітин (нейтрофілів), фагоцитарне число, тобто число латекс-частинок, які в середньому поглинаються однією клітиною (J.A. Gelfand et al., 1986); функціональну активність нейтрофілів (кисень-залежний метаболізм) у периферичній крові визначали за реакцією відновлення нітросинього тетразолію – НСТ- (NBT)- тест (В.М. Park., 1971) у мікромодифікації із застосуванням капілярної крові (С.М. Гордиенко, 1983). Результати оцінювали напівкількісним методом з обчисленням ступеня активності реакції (М.Г. Шуба с соавт., 1978). Для вивчення резервних можливостей фа-

гоцитарної системи крові реакцію ставили у двох варіантах: спонтанному та стимульованому НСТ-тесті з подальшим розрахунком показника фагоцитарного резерву (Е.И.Шмелев с соавт., 1979). Як стимулятор застосовували ліпополісахарид E.coli 0,55, виділений за методом Вестфалія, концентрацією 0,02 мг/мл; рівень імуноглобулінів (Ig) G, A, M у сироватці крові та Ig A в слині визначали за допомогою моноспецифічних сироваток до окремих класів імуноглобулінів виробництва Науково-дослідного інституту епідеміології та мікробіології ім. М.Ф.Гамалеї (Росія) за методом G.Mancini et al., 1965. Для визначення секреторного імуноглобуліну A (sIg A) в слині застосовувалася моноспецифічна сироватка секреторного імуноглобуліну A людини (Науково-дослідний інститут вакцин та сироваток ім. І.І.Мечникова, Росія). Біохімічні методи дослідження включали: вивчення загального кальцію в сироватці та еритроцитах венозної крові за методом (D.W. Barron et al., 1957), із застосуванням біотест – наборів “Лахема” Брно, Чехія); неорганічного фосфору в сироватці та еритроцитах венозної крові за методом (B.C. Duce et al., 1973); активності лужної фосфатази в сироватці венозної крові за методом (K.S. Motsok et al., 1950, з використанням біотест-наборів фірми “Лахема”, Брно, Чехія).

За допомогою комп'ютерної інформаційно-пошукової системи, спеціально розробленої на кафедрі загальної інформатики Національного університету імені Т.Г.Шевченка, проведена математична обробка анамнестичних та клінічно-інструментальних досліджень отриманих даних. Крім того, цифровий матеріал, отриманий при клінічних спостереженнях та лабораторних дослідженнях, оброблено за допомогою методів варіаційного аналізу (Г.Ф. Лакін, 1990). В обробці результатів вираховували середнє арифметичне значення варіаційного ряду, середню похибку середнього арифметичного. За умови нормального розподілу та рівності генеральних дисперсій порівнювальних груп для оцінки різниці при порівнянні середніх значень використовували критерій Стьюдента. Різниці між порівнюваними величинами вважали вірогідними при $P < 0,05$. При аналізі варіаційних рядів, відмінних за формою від нормального розподілу, використовували непараметричні критерії: χ^2 та метод Фішера. Статистичні розрахунки проводили за спеціальною комп'ютерною програмою “MULTIFAC”2/2 з використанням багатофакторного кореляційного та регресійного аналізу. У роботі наведені лише вірогідні корелятивні зв'язки ($P < 0,05$).

Мета дослідження. Покращання диспансерного нагляду дітей різного віку з НДСТ шляхом визначення критеріїв ранньої діагностики, тяжкості перебігу, особливостей імунних реакцій та фосфорно-кальцієвого обміну в дітей цієї групи.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз пренатального анамнезу обстежених дітей із НДСТ (300 дітей) та контрольної групи (50

дітей без ознак НДСТ) дозволив верифікувати провідну патологію матерів, у яких народжуються діти з НДСТ, і таким чином намагатися прогнозувати народження дітей із такою патологією. За частотою патологія, яка реєструвалася під час вагітності в матерів, розподілилася таким чином: недоношені діти зареєстровані тільки в групі дітей із НДСТ – кожна восьма дитина народилася недоношеною. Загроза викидня спостерігалася у чотири рази частіше в дітей із НДСТ, ніж у контрольній групі; токсикоз першої половини вагітності траплявся в три рази частіше; вегето-судинна дисфункція матері в першій половині вагітності реєструвалася у два рази частіше в матерів дітей із НДСТ; за допомогою кесаревого розтину народилися переважно діти з НДСТ. Інші несприятливі чинники вагітності (токсикоз другої половини, анемія вагітних, гостра інфекційна патологія та загострення хронічної патології в матері) спостерігались у рівній кількості в дітей із НДСТ та в контрольній групі. Діти з НДСТ у середньому мали 1,35 чинника несприятливого перебігу вагітності на одну дитину порівняно зі здоровими дітьми (0,92 на 1 дитину). Таким чином, наявність двох і більше перерахованих значущих несприятливих чинників вагітності з великою вірогідністю дозволяє прогнозувати народження дітей із синдромом недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

В обстежених дітей MASS - подібний фенотип у дітей спостерігався частіше (38 %), ніж елерсopodobний та марфаноподібний (відповідно 25 % і 23 %). Синдром НДСТ різного ступеня тяжкості визначали залежно від кількості зовнішніх дисморфогенетичних ознак. За наявності 6-7 фенотипових стигм дисембріогенезу ступінь дисплазії розцінювали як легкий, за наявності 8-10 – як середньо-тяжкий. За наявності більше 10 зовнішніх дисембріогенетичних фенотипових ознак стан дисплазії сполучної тканини оцінювали як тяжкий. За нашими даними, тяжкі форми дисплазії частіше траплялися в дітей з елерсopodobним та марфаноподібним фенотипами (відповідно 56 % та 55 %), ніж у дітей з MASS- фенотипом (29 %); у цій групі переважали діти із середньотяжким перебігом дисплазії (40 %). Легкі форми реєструвалися рідше – 16 % дітей в усіх групах, при цьому кількість фенотипових ознак НДСТ у дітей з віком збільшується, що збігається з даними інших дослідників. Так, у дошкільному віці вони реєструвалися в 64,9 % дітей, а в шкільному віці – у 86 % дітей. З обстежених нами дітей із НДСТ – 40 % мали тяжкі зміни сполучної тканини, які, в подальшому, з віком, погіршують стан їх здоров'я та призводять до формування системної патології в дорослому віці [3].

На підставі проведеної математичної обробки даних доведено, що у всіх дітей, що мали 10 і більше дисморфогенетичних стигм, спостерігалася поєднання двох і більше малих аномалій внутрішніх органів. У більшості дітей реєструвалася деформація жовчного міхура (98,3 %), що супро-

воджувалася дискінезією жовчних шляхів, додаткові хорди шлуночків серця або/та пролапси клапанів серця (81,7 %), іноді спостерігалися дисплазії нирок (19,2 %), додаткова частка селезінки (9,2 %).

У дітей, що мають ознаки НДСТ, виявлені певні зміни імунологічних показників порівняно з дітьми контрольної групи. У дітей із НДСТ спостерігалось зниження рівня лейкоцитів, лімфоцитів, Т-лімфоцитів (CD3+ клітин), T_H-лімфоцитів (CD4+CD3+-клітин), NK (CD16+CD56+CD3-клітин), у той час, як показники гуморального імунітету (за даними рівня Ig G, IgA, IgM у сироватці периферичної венозної крові), не відрізнялися від таких дітей контрольної групи. Крім того, у дітей із НДСТ спостерігалися зниження активності фагоцитозу (20,3±1,1 % проти 59,1±0,9 %, p<0,05), показників стимульованого НСТ-тесту (22,1±1,1 % проти 39,6±0,5 %, p<0,05) показників фагоцитарного резерву (10,0±1,1 % проти 23,2±0,8 %, p<0,05), зсув цитокінів у бік антизапальних (IL-4 – 5,04±0,47 пг/мл, проти 1,21±0,07 пг/мл, p<0,05), що може бути наслідком у них частих гострих запальних процесів та призвести, у подальшому, до виникнення алергічного, аутоімунного запалення. У той же час спостерігалось зниження синтезу прозапальних інтерлейкінів (IL-6: 1,45±0,19 пг/мл, проти 2,68±0,29 пг/мл, p<0,05; IL-8: 3,23±0,22 пг/мл проти 8,8 ±0,21 пг/мл, p<0,05), яке може призводити до трансформації гострої соматичної патології у хронічні захворювання в більш старшому віці. Таким чином, виявлений дисбаланс у реакціях клітинної та гуморальної ланок імунітету свідчив про напругу та виснаження адаптаційних процесів організму і наявність відносної імунологічної недостатності.

У дітей із НДСТ також виявлено зниження показників IgA (0,28±0,02 г/л проти 0,85±0,02 г/л p<0,05) та sIgA (0,3 8±0,01 г/л проти 0,94±0,02 г/л p<0,05) у слині, що свідчило про неповноцінність місцевого імунітету слизових оболонок верхніх дихальних шляхів і пояснювало більш часте виявлення (у 88 % проти 12 % дітей без НДСТ) та в значно вищих титрах *St. aureus* при дослідженні мазків з носоглоткового змиву на патологічну флору.

Вивчення кальцій-фосфорного обміну в дітей із НДСТ показало, що вміст загального кальцію (Ca) (2,1±0,02 ммоль/л) та неорганічного фосфору (P_n) (1,44±0,03 ммоль/л) був істотно знижений порівняно з групою дітей без НДСТ (Ca – 2,59±0,02 ммоль/л; P_n – 1,6±0,01 ммоль/л, P<0,05). У дітей із НДСТ відмічалось підвищення активності лужної фосфатази порівняно з цими показниками у здорових дітей (142,4±4,34 проти 135±0,03 у дітей без НДСТ, P<0,05).

Проведений кореляційний аналіз дозволив встановити наявність вірогідного прямого зв'язку між рівнем загального Ca в сироватці венозної крові дітей із НДСТ з одного боку та рівнем лейкоцитів (r=0,91), лімфоцитів (r=0,93), фагоцитарної активності нейтрофілів (r=0,95) та інтенсивності фагоцитозу (r=0,92) з іншого. Тобто, можна

припустити, що знижений рівень кальцію в організмі дитини сприяє зниженню активності фагоцитозу, знижує продукцію та диференціацію лейкоцитів та лімфоцитів і сприяє формуванню у дітей вторинних імунодефіцитних станів. Крім того, кореляційний аналіз дозволив також встановити наявність вірогідного зворотного зв'язку між показниками активності лужної фосфатази в сироватці венозної крові дітей із НДСТ з одного боку та рівнем CD3+ - клітин ($r = -0,71$), CD4+CD3+ - клітин ($r = -0,71$), CD8+CD3+ - клітин ($r = -0,72$), CD16+CD56+CD3- клітин ($r = -0,82$) з іншого. Отримані дані свідчать про взаємозв'язок між фагоцитарною активністю та інтенсивністю фагоцитів – нейтрофілів, показниками клітинної ланки імунітету та рівнем загального кальцію і активності лужної фосфатази у дітей із НДСТ та дозволяють припустити, що порушення кальцій – фосфорного обміну, в основі якого суттєву роль відіграє гіповітаміноз D₃, сприяє формуванню в дітей вторинних імунодефіцитних станів. Тому дітям цієї групи з профілактичною метою доцільним є застосовувати препарати, що містять вітамін D₃, кальцій та фосфор, які покращать стан кальцій-фосфорного обміну та імунітету, а відтак і метаболізм сполучної тканини.

Висновки

1. Проведене комплексне клінічно-лабораторне та інструментальне обстеження дітей виявило значну частоту недиференційованої дисплазії сполучної тканини серед дітей м. Києва; наявність у цієї групи дітей поєднаних змін у різних органах та системах, у тому числі імунній, порушень метаболізму.

2. Аналіз пренатального анамнезу дозволяє прогнозувати народження дітей із недиференційованою дисплазією сполучної тканини, а відтак починати з раннього віку профілактику можливих системних змін та ускладнень.

3. У дітей із проявами недиференційованої дисплазії сполучної тканини відмічається: дисбаланс показників клітинної ланки імунітету при нормальних показниках гуморального імунітету і більш виражених змінах локального імунітету слизових оболонок верхніх дихальних шляхів, активності фагоцитозу та кисень – залежного метаболізму нейтрофілів.

4. У дітей із недиференційованою дисплазією сполучної тканини вміст загального кальцію та неорганічного фосфору в сироватці та в еритроцитах периферичної венозної крові істотно знижений порівняно з групою дітей без дисплазії сполучної тканини.

5. Кореляційний аналіз між показниками фагоцитарної активності та інтенсивністю фагоцитозу, показниками клітинної ланки імунітету та рівнем загального кальцію і активності лужної фосфатази у дітей з НДСТ дозволяють припустити, що порушення кальцій – фосфорного обміну сприяють формуванню у дітей вторинних імунодефіцитних станів і свідчать про доцільність з метою реабілітації цієї категорії дітей застосовувати препарати вітамі-

ну D₃ та кальцію, які покращать стан кальцій-фосфорного обміну та імунітету.

6. Виявлення в дитини 10 і більше фенотипових стигм дизембріогенезу є скринінговим тестом, що дозволяє спрогнозувати можливу наявність малих аномалій внутрішніх органів та проводити подальше ретельне обстеження дітей цієї групи з обов'язковим залученням додаткових інструментальних методів досліджень.

7. Диспансерне спостереження дітей із тяжкими проявами недиференційованої дисплазії сполучної тканини повинно бути комплексним і включати обов'язковий огляд дітей один раз на рік спеціалістами різного профілю (невропатолога, ЛОР-лікаря, кардіолога, гастроентеролога, стоматолога, окуліста та ін.); у подальшому – необхідним є внесенням цього донозологічного стану в лист уточнених діагнозів поліклінічної картки розвитку дитини.

Перспективи подальших досліджень. Виявлені клінічно-анамнестичні, імунологічні та метаболічні особливості дітей із НДСТ потребують подальших досліджень з метою розробки відповідних реабілітаційних програм.

На наш погляд, у завершенні клінічного огляду дитини доцільним є формулювати діагноз за схемою із занесенням його в лист уточнених діагнозів; ці заходи дозволять у подальшому спланувати необхідне диспансерне спостереження фахівцями різного профілю дітей зі сполучною патологією різних систем та органів:

- основне захворювання, з приводу якого дитина була оглянута фахівцями або госпіталізована до стаціонару;
- фоновий стан: синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини відповідного типу;
- прояви синдромної патології.

1. *Основне захворювання:* первинна, позалікарняна, правобічна нижньо-часткова вогнищева пневмонія середньої тяжкості вірусно-бактеріальної етіології, ускладнена обструктивним синдромом, ДН₂ ступеня, гострий перебіг.

Фоновий стан: синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини, марфаноподібний фенотип, тяжкий перебіг.

Прояви синдромної патології та супутні захворювання: множинні стигми дисембріогенезу, дисфункція жовчних шляхів на тлі аномалії жовчного міхура, уроджена вада серця (аномальна хорда лівого шлуночка), гіпермобільність суглобів, плоскостопість, міопія, астигматизм, загострення хронічного аденонозиліту.

2. *Основне захворювання:* вегето-судинна дисфункція за гіпотонічним типом.

Фоновий стан: синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини, елерсopodobний фенотип, тяжкий перебіг.

Прояви синдромної патології та супутні захворювання: множинні стигми дисембріогенезу, дисфункція жовчних шляхів на тлі аномалії жовчного міхура, додаткова частка селезінки, пролапс мітрального клапана, гіпереластоз шкі-

ри, плосковальгусна деформація стоп, хронічний тонзиліт, компенсований, поза загостренням, дисбіоз верхніх дихальних шляхів 2-3-го ступеня.

Література

1. Вельтищев Ю.Е. Экологически детерминированные нарушения состояния здоровья детей / Ю.Е. Вельтищев // Рос. педиатр. ж. – 1999. – №3. – С. 7-8.
2. Гречанина О.Я. Спектр та частота дисплазії сполучної тканини вимагають впровадження скринуючих програм серед новонароджених / О.Я. Гречанина, О.В. Бугайова, Р.В. Богатирьова // Педіатрія, акушерство та гінекол. – 2001. – № 2. – С. 63.
3. Эпидемиологический анализ фенотипических и висцеральных проявлений дисплазии соединительной ткани у городских жителей / Л.В. Егорова, А.В. Глотов, О.В. Плотнокова [и др.] // Бюл. физиол. и патол. дыхания. – 2007. – Вып. 25. – С. 80-82.
4. Земцовский Э.В. Диспластические синдромы и фенотипы. Диспластическое сердце / Э.В. Земцовский. – СПб.: Ольга, 2007. – 80 с.
5. Качурина Т.И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение и диспансеризация) / Т.И. Качурина. – СПб.: Невский диалект, 2000. – 271 с.
6. Шияев Р.Р. Дисплазия соединительной ткани и ее связь с патологией внутренних органов у детей и взрослых / Р.Р. Шияев, С.Н. Шальнова // Вопр. совр. педиатрии. – 2003. – Т. 2, № 5. – С. 61-67.
7. Синдром недифференціованої дисплазії сполучної тканини у дітей та підлітків (поширеність, особливості діагностики та лікування) / [Леженко Г.О., Волосовець О.П., Кривоустов С.П. та ін.]. – 3.: Видавництво Запорізького державного медичного університету, 2006. – 134 с.
8. Миньков И.В. Клиническая классификация синдромов врожденной дисплазии соединительной ткани / И.В. Миньков // Врач. практика. – 1999. – № 5. – С. 31-32.
9. Нечаев Г. Дисплазия соединительной ткани: распространенность, фенотипические признаки, ассоциации с другими заболеваниями / Г. Нечаев, И. Викторова // Врач. – 2006. – № 1. – С. 19-23.
10. Острополец С.С. К проблеме дисплазии соединительной ткани в патологии сердечно-сосудистой системы у детей / С.С. Острополец // Теорет. мед. – 2007. – № 4 (7). – С. 34-38.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ ЭТОЙ ГРУППЫ

М.М. Васюкова, Т.В. Починок

Резюме. Проведен анализ анамнестических, клинко-лабораторных и инструментальных данных детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ) 3-14 лет. Определена частота фенотипических вариантов и тяжесть течения НДСТ у детей г. Киева. Верифицирована ведущая патология беременных, при наличии которой возможно рождение детей с НДСТ. Определены граничное количество стигм дисморфогенеза, позволяющее предположить наличие малых аномалий внутренних органов, а также прямая корреляционная связь между уровнем общего Са в венозной крови детей с НДСТ и уровнем лейкоцитов, лимфоцитов, фагоцитарной активностью нейтрофилов и интенсивностью фагоцитоза, что требует проведения соответствующего дополнительного обследования и диспансерного наблюдения.

Ключевые слова: дети, недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ), прогноз развития и течения, диспансерное наблюдение.

PROGNOSTICATING THE FORMATION AND COURSE OF UNDIFFERENTIATED DYSPLASIA OF THE CONNECTIVE TISSUE AND A CASE FOLLOW-UP OF THE CHILDREN OF THIS GROUP

M.M. Vasiukova, T.V. Pochynok

Abstract. An analysis of the anamnestic, clinicolaboratory and instrumental findings of children with undifferentiated dysplasia of the connective tissue (UDCT) aged 3-14 years has been made. The incidence of different phenotypic variants and the severity of the UDCT course in children of the City of Kyiv has been determined. The authors have verified the leading pathology of pregnant women in whose presence one can prognosticate the birth of children with UDCT in full measure. They have also detected a critical quantity of dysmorphogenetic signs, making it possible to predict the presence of minor anomalies of the inner organs, as well as a direct correlation between the level of total Ca in the serum of the venous blood of children with UDCT and the level of leukocytes, lymphocytes, the phagocytic activity of neutrophils and the phagocytosis intensity, requiring to carry out a relevant additional examination and a regular medical check-up.

Key words: children, undifferentiated connective tissue dysplasia (UCTD), prediction of development and course, regular medical check-up.

O.O. Bohomolets National Medical University (Kyiv)

Рецензент – проф. Ю.Д. Годованець

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 3 (63), part 1. – P. 25-29

Надійшла до редакції 05.07.2012 року