

Частота, діагностична цінність та прогностичне значення вісцерально–функціональних маркерів недиференційованої дисплазії сполучної тканини у дітей з рекурентними респіраторними інфекціями

Г.С. Барчан

Харківський національний медичний університет МОЗ України
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

У дослідженні двох груп дітей (з та без рекурентних респіраторних інфекцій) вивчено діагностичну цінність та прогностичне значення вісцерально–функціональних факторів та виявлені достовірні відмінності між групами за 18 з 20 маркерами недиференційованої дисплазії сполучної тканини. З'ясовано, що найбільш діагностично цінними та прогностично значимими з них є: показник частоти пневмоній в анамнезі, наявність алергічних реакцій в анамнезі та рівень емоційної лабільності дитини.

Ключові слова: рекурентна респіраторна інфекція, недиференційована дисплазія сполучної тканини, вісцерально–функціональні маркери.

Вступ

Розвиток форм та методів медичної допомоги на первинному рівні, зокрема дитячому населенню, визначає потребу у розробці простих та доступних на цьому рівні допоміжних засобів прогнозування рекурентних респіраторних інфекцій (РРІ) [1]. У вказаному контексті непересічне значення мають спільні для недиференційованої дисплазії сполучної тканини та РРІ вісцерально–функціональні маркери (ВФМ), які доцільно розглядати у якості факторів ризику. Виконаний нами контент–аналіз даних вітчизняної фахової літератури не виявив досліджень, в яких би маркери НДСТ вивчалися серед хворих на РРІ задля розробки критеріїв та обґрунтування прогнозування на етапі первинної медичної допомоги, що актуально у контексті нинішнього переосмислення ролі та функцій лікаря педіатра та сімейного лікаря у вітчизняній охороні здоров'я [2, 8–11, 15]. Відомо, що наявність, як конституційно–біологічних, так і ВФМ у дитини може

бути взаємопов'язаною з частотою РРІ та може визначати особливості механізму саногенезу дитини [12–14, 16–19].

Водночас, відсутні систематизовані дослідження щодо діагностичної цінності та прогностичного значення ВФМ та стигм дисембріогенезу, їх взаємозв'язку з формуванням РРІ у дитячому віці.

Мета дослідження

Вивчення діагностичної цінності та прогностичного значення ВФМ у якості факторів ризику РРІ у дітей.

Матеріали та методи досліджень

Дослідження частоти, діагностичної цінності та прогностичного значення ВФМ виконано шляхом порівняльного їх вивчення серед 184 осіб, включаючи 92 – дітей з РРІ, та 92 практично здорових дітей без РРІ, підібраних за методикою «копі–пара» з урахуванням відповідних ознак: вік, стать, місце поселення. Групи дітей обстежені за стандартною процедурою та з використанням спеціально опрацьованої програми збору, накопичення та аналізу

даних. Дослідження виконані на клінічних базах: дитячого відділення КНП «Міська клінічна лікарня №17», КНП «Харківська міська дитяча поліклініка №1» та в умовах оздоровчої бази санаторного типу «Школи Бойко» за методикою M.J. Glesby [20], якою передбачена оцінка наявності / відсутності в тому числі і ВФМ; рівень особистісної тривожності та емоційної лабільності оцінювали з використанням адаптованої методики [15].

Технологія визначення критеріїв прогнозування базувалася на використанні послідовного аналізу Вальда у модифікації Е.В. Гублера [3] для визначення діагностичної цінності (вимірювалася у одиницях інформативності – бітах) кожної із понад 40 ознак та їх прогностичного значення, представленого у вигляді прогностичних коефіцієнтів (ПК, пат). Додатково визначали: силу впливу кожного із аналізованих факторів ($\eta^2, \%$) та розраховували достовірність відмінностей у його частоті, порівнюючи з контрольною групою. Оцінку симптоматичних та синдромологічних проявів НДСТ у хворих з РРІ виконано за методикою Клемёнова А.В. [6, 7, 16, 17]. Дослідження виконані з дотриманням основних положень «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених Гельсінською декларацією (1964–2013р.), ІСН GCP (1996 р.), Директиви ЄЕС №609 (від 24.11.1986 р.), наказів МОЗ України №690 від 23.09.2009 р., №944 від 14.12.2009 р., №616 від 03.08.2012 р.

Результати та їх обговорення

У якості факторів ризику РРІ досліджено 20 ВФМ (табл., ВФМ₁–ВФМ₂₀) та з'ясовано, що 2 з них (ВФМ₃, ВФМ₄) – не виявили достовірної значимості у порівнянні з частотою представлення у групі контролю, тоді як статистично значимими при РРІ виявилися 18, включаючи 3 з яких

(ВФМ₉, ВФМ₁₄, ВФМ₁₆) – достовірних (при $p \leq 0,01$) та високоінформативних (при $I \geq 0,500$ біт). Для кожного із фенів отримано патометричні (прогностичні) коефіцієнти (ПК, пат).

Нами виконано ранговий розподіл (за показником діагностичної цінності) достовірних та, водночас, високоінформативних ВФМ та виконано детальний аналіз. Так, на першому ранговому місці – частота пневмоній в анамнезі (ВФМ₁₆): з'ясовано, що серед дітей з РРІ практично в 4 рази частіше зареєстровано особи з трьома і більше пневмоніями в анамнезі ніж серед пацієнтів контрольної групи (відповідно, у $(31,5 \pm 4,8)\%$ та $(7,6 \pm 2,8)\%$ осіб, $p=0,001$); це визначило перше рангове місце серед ВФМ та діагностичну цінність на рівні $I=0,894$ біт, відповідну силу впливу ($\eta^2=9,0\%$) і прогностичну цінність (ПК+ =+6,1 пат, ПК– =–1,3 пат).

Наявність алергічних реакцій (різного походження) в анамнезі (ВФМ₁₄) виявлено також в 4 рази частіше серед дітей з РРІ, ніж серед пацієнтів контрольної групи (відповідно, у $(28,3 \pm 4,7)\%$ та $(7,6 \pm 2,8)\%$ осіб, $p=0,001$), що визначило друге рангове місце цього фену серед ВФМ та діагностичну цінність на рівні $I=0,702$ біт, відповідну силу впливу ($\eta^2=7,0\%$) і прогностичну цінність (ПК+ =+5,7 пат, ПК– =–1,0 пат).

Високий рівень емоційної лабільності, як властивості дітей з РРІ виявлено практично в 5 разів частіше – у $(19,6 \pm 4,1)\%$ хворих та $(4,3 \pm 2,1)\%$ дітей групи контролю ($p=0,002$), що визначило його діагностичну цінність на рівні $I=0,554$ біт) та силу впливу ($\eta^2=5,0\%$) і відповідну прогностичну цінність ВФМ₂₀ (ПК⁺ =+6,5 пат, ПК[–] =–0,8 пат). Функціональне вміння пацієнтів згорнути язик в «трубочку» (ВФМ₂₀) виявлено у $(29,3 \pm 4,7)\%$ дітей з РРІ та $(10,9 \pm 3,2)\%$ осіб групи контролю ($p=0,002$), що визначило його четверте рангове місце в перелі-

ку високоінформативних ВФМ та діагностичну цінність на рівні $I=0,493$ біт, силу впливу фактора на рівні $\eta^2=5,0\%$ і відпові-

дну прогностичну цінність ($ПК^+ = +4,3$ пат, $ПК^- = -1,0$ пат).

Таблиця

Частота, діагностична інформативність та прогностичне значення вісцерально-функціональних маркерів у дітей з рекурентними респіраторними інфекціями

Код (1) фенотипової ознаки – фену НДСТ (2), їх та градації (3)			Групи пацієнтів				ПК, пат	I, біт	
			Діти з РРІ		Здорові діти				
			абс.	(P±m)%	абс.	(P±m)%			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
ВФМ: серцево-судинна система									
ВФМ ₁	Шлуночкові / перед-сердні екстрасистолії		так	8	8,7±2,9	1	1,1±1,1	+9,0	0,344
			ні	84	91,3±2,9	91	98,9±1,1	-0,4	0,013
	$\eta^2=3,0\%$	$p=0,017$	В	92	100,0	92	100,0	-	0,357
ВФМ ₂	Пароксизмальні тахіаритмії		так	7	7,6±2,8	1	1,1±1,1	+8,4	0,276
			ні	85	92,4±2,8	91	98,9±1,1	-0,3	0,010
	$\eta^2=2,0\%$	$p=0,030$	В	92	100,0	92	100,0	-	0,285
ВФМ ₃	Міграція водія ритму серця		так	4	4,3±2,1	2	2,2±1,5	+3,0	0,033
			ні	88	95,7±2,1	90	97,8±1,5	0,0	0,001
	$\eta^2=0,0\%$	$p=0,406$	В	92	100,0	92	100,0	-	0,034
ВФМ ₄	АВ / внутрішньо-шлуночкові блокади		так	7	7,6±2,8	2	2,2±1,5	+5,4	0,148
			ні	85	92,4±2,8	90	97,8±1,5	-0,3	0,007
	$\eta^2=1,0\%$	$p=0,087$	В	92	100,0	92	100,0	-	0,155
ВФМ ₅	Подовження інтервалу Q-T.		так	9	9,8±3,1	2	2,2±1,5	+6,5	0,249
			ні	83	90,2±3,1	90	97,8±1,5	-0,3	0,013
	$\eta^2=2,0\%$	$p=0,029$	В	92	100,0	92	100,0	-	0,262
ВФМ ₆	Пролапс мітрального клапана		так	11	12,0±3,4	3	3,3±1,9	+5,6	0,245
			ні	81	88,0±3,4	89	96,7±1,9	-0,4	0,018
	$\eta^2=2,0\%$	$p=0,026$	В	92	100,0	92	100,0	-	0,263
ВФМ ₇	Серцево-судинні захворювання у батьків		так	12	13,0±3,5	4	4,3±2,1	+4,8	0,207
			ні	80	87,0±3,5	88	95,7±2,1	-0,4	0,018
	$\eta^2=2,0\%$	$p=0,036$	В	92	100,0	92	100,0	-	0,225
ВФМ: нервова система									
ВФМ ₈	Вегето-судинна дистонія		так	27	29,3±4,7	15	16,3±3,9	+2,5	0,166
			ні	65	70,7±4,7	77	83,7±3,9	-0,7	0,048
	$\eta^2=2,0\%$	$p=0,035$	В	92	100,0	92	100,0	-	0,214
ВФМ ₉	Висока емоційна лабільність		так	18	19,6±4,1	4	4,3±2,1	+6,5	0,497
			ні	74	80,4±4,1	88	95,7±2,1	-0,8	0,057
	$\eta^2=5,0\%$	$p=0,002$	В	92	100,0	92	100,0	-	0,554
ВФМ ₁₀	Висока особистісна тривожність		так	21	22,8±4,4	7	7,6±2,8	+4,8	0,363
			ні	71	77,2±4,4	85	92,4±2,8	-0,8	0,059

	$\eta^2=4,0\%$	$p=0,004$	В	92	100,0	92	100,0	–	0,422
ВФМ: травна система									
ВФМ ₁₁	Аномалії жовчного міхура / дизкінезія		так	16	17,4±4,0	6	6,5±2,6	+4,2	0,232
			ні	76	82,6±4,0	86	93,5±2,6	-0,5	0,029
	$\eta^2=2,0\%$	$p=0,023$	В	92	100,0	92	100,0	–	0,261
ВФМ ₁₂	Моторно–евакуаторні порушення ШКТ		так	13	14,1±3,6	4	4,3±2,1	+5,1	0,250
			ні	79	85,9±3,6	88	95,7±2,1	-0,4	0,023
	$\eta^2=2,0\%$	$p=0,022$	В	92	100,0	92	100,0	–	0,273
ВФМ: сечовивідна система									
ВФМ ₁₃	Нефроптоз / дистопія нирок / їх подвоєння		так	8	8,5±2,9	1	1,1±1,1	+8,9	0,208
			ні	86	91,5±2,9	91	98,9±1,1	-0,4	0,009
	$\eta^2=2,0\%$	$p=0,030$	В	92	100,0	92	100,0	–	0,344
ВФМ: респіраторна система									
ВФМ ₁₄	Алергічні реакції (в анамнезі)		так	26	28,3±4,7	7	7,6±2,8	+5,7	0,588
			ні	66	71,7±4,7	85	92,4±2,8	-1,0	0,113
	$\eta^2=7,0\%$	$p=0,001$	В	92	100,0	92	100,0	–	0,702
ВФМ ₁₅	Вентиляційні порушення		так	17	18,5±4,0	4	4,3±2,1	+6,3	0,444
			ні	75	81,5±4,0	88	95,7±2,1	-0,7	0,049
	$\eta^2=4,0\%$	$p=0,002$	В	92	100,0	92	100,0	–	0,493
ВФМ ₁₆	Три та більше пневмоній в анамнезі		так	29	31,5±4,8	7	7,6±2,8	+6,1	0,738
			ні	63	68,5±4,8	85	92,4±2,8	-1,3	0,156
	$\eta^2=9,0\%$	$p=0,001$	В	92	100,0	92	100,0	–	0,894
ВФМ: кістково–м'язова система									
ВФМ ₁₇	Грижі різної локалізації		так	11	12,0±3,4	2	2,2±1,5	+7,4	0,362
			ні	81	88,0±3,4	90	97,8±1,5	-0,5	0,022
	$\eta^2=3,0\%$	$p=0,010$	В	92	100,0	92	100,0	–	0,385
ВФМ ₁₈	3 і більше переломів кісток анамнезі		так	13	14,1±3,6	4	4,3±2,1	+5,1	0,250
			ні	79	85,9±3,6	88	95,7±2,1	-0,4	0,023
	$\eta^2=2,0\%$	$p=0,022$	В	92	100,0	92	100,0	–	0,273
ВФМ ₁₉	Часті вивихи		так	18	19,6±4,1	5	5,4±2,4	+5,5	0,393
			ні	74	80,4±4,1	87	94,6±2,4	-0,5	0,050
	$\eta^2=4,0\%$	$p=0,004$	В	92	100,0	92	100,0	–	0,443
ВФМ ₂₀	Вміння згорнути язик в «трубочку»		так	27	29,3±4,7	10	10,9±3,2	+4,3	0,399
			ні	65	70,7±4,7	82	89,1±3,2	-1,0	0,093
	$\eta^2=5,0\%$	$p=0,002$	В	92	100,0	92	100,0	–	0,493

Примітка: В – всього, ВФМ – вісцерально–функціональні маркери (фени), р – рівень достовірності різниці між середніми показниками двох груп, η^2 – сила впливу фактора (%), ПК – прогностичний коефіцієнт (пат), І – інформативність (біт)

В групах обстежених дітей були зареєстровані різні прояви вентиляційних порушень (ВФМ₁₅), частота яких значно відріз-

нялась залежно від наявності РРІ; так в групі дітей з РРІ вона становила (18,5±4,0)%, в контролі – (4,3±2,1)%, що

визначило його п'яте рангове місце в переліку інформативних ВФМ та діагностичну цінність на рівні $I=0,493$ біт, силу впливу фактора на рівні $\eta^2=4,0\%$ і відповідну прогностичну цінність ($ПК^+=+6,3$ пат, $ПК^-=-0,7$ пат).

Часті вивихи дрібних суглобів (ВФМ₁₉): в 3 рази частіше зареєстровано серед дітей з РРІ, порівнюючи з пацієнтами контрольної групи (відповідно, у $(19,6\pm 4,1)\%$ та $(5,4\pm 2,4)\%$ осіб, $p<0,004$); це визначило його шосте рангове місце серед ВФМ та діагностичну цінність ($I=0,443$ біт), силу впливу фактора ($\eta^2=4,0\%$) і відповідну прогностичну цінність ($ПК^+=+5,5$ пат, $ПК^-=-0,5$ пат).

ЕКГ – верифіковані варіанти екстрасистолії (ВФМ₁: передсердні або шлуночкові, або змішані) виявлені у 6 разів частіше у хворих на псоріаз в порівнянні з пацієнтами контрольної групи (відповідно, у $(23,3\pm 7,7)\%$ та $(3,3\pm 3,3)\%$ осіб, $p=0,023$); це визначило його четверте рангове місце серед ВФМ та діагностичну цінність ($I=0,946$ біт), відповідну силу впливу ($\eta^2=7,0\%$) і прогностичну цінність ($ПК^+=+8,4$ пат, $ПК^-=-1,0$ пат).

Зазначимо, що низка ВФМ, які виявили достатньо високу частоту в обох групах дітей, статистично характеризуються низьким рівнем інформативності, але клінічно є досить важливими. Зокрема, ЕКГ – верифіковані варіанти подовженого інтервалу Q–T (ВФМ₅) виявлені частіше у дітей з РРІ в порівнянні з пацієнтами контрольної групи (відповідно, у $(9,8\pm 3,1)\%$ та $(2,2\pm 1,5)\%$ осіб, $p=0,029$); це визначило діагностичну цінність на рівні $I=0,262$ біт, відповідну силу впливу ($\eta^2=2,0\%$) і про-

гностичну цінність ($ПК^+=+6,5$ пат, $ПК^-=-0,3$ пат).

Аналогічною закономірністю характеризувався і ВФМ₆ (пролапс мітрального клапана), частота якого серед дітей з РРІ становила $(12,0\pm 3,4)\%$ та практично в 4 рази перевищувала аналогічний показник групи контролю – $(3,3\pm 1,9)\%$. Водночас, діагностично значимі подовження інтервалу Q–T (ВФМ₅) виявлені у 5 разів частіше при РРІ в порівнянні з пацієнтами контрольної групи (відповідно, у $(9,8\pm 3,1)\%$ та $(2,2\pm 1,5)\%$ осіб, $p=0,029$).

Звичайно, маючи на меті розробку доступної для первинної ланки медичної допомоги та мінімально затратної (і по зусиллям виконання, і по його вартості) системи прогнозування ризику РРІ, слід комплексно враховувати не тільки ВФМ, але і інші фенотипологічні маркери.

Висновки

1. ВФМ є діагностично цінними та прогностично значимими щодо формування ризику РРІ у дитячому віці, зокрема виявлені достовірні відмінності між групою дітей з РРІ та практично здоровими за 18 з 20 досліджених маркерів недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

2. З'ясовано, що найбільш діагностично цінними та прогностично значимими з них є: показник частоти пневмоній в анамнезі, наявність алергічних реакцій (різного походження) та рівень емоційної лабільності дитини.

Подальші дослідження мають бути ВФМ спрямовані на розробку алгоритму прогнозування РРІ за комплексом конституційно-біологічних та , що визначає потребу у подальшому аналізі парних кореляційних взаємозв'язків між ними.

Література

1. Аряев Н.Л. Частые и рецидивирующие болезни у детей: новая концепция / Н.Л. Аряев // Совр. педиатрия. – 2005. – №3(8). – С. 94–97.
2. Гаркави Л.Х. Сигнальные показатели антистрессорных адаптационных реакций и стресса у детей / Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина, Т.С. Кузьменко // Педиатрия. – 1996. – №5. – С. 107–109.

3. Гублер Е.В. Патоинформатика в клинической медицине и педиатрии / Е.В. Гублер. – Ленинград, 2001. – 180 с.
4. Інформаційний лист МОЗ України №256–2017 про нововведення в системі охорони здоров'я. Методика визначення та алгоритм оцінки онтогенетичної гармонійності м'язової компоненти маси тіла / Шкляр СП, Фролова ТВ, Черкашина ЛВ, Шкляр АС, Барчан ГС, Бондаренко ЛВ. // Український центр наукової медичної інформації та патентно–ліцензійної роботи. Київ, 2017. Вип.11. 4 с.
5. Інформаційний лист МОЗ України №257–2017 про нововведення в системі охорони здоров'я. Використання оцінки ризику для здоров'я населення в структурі програм популяційної профілактики диспластикозалежної патології / Шипко АФ, Фролова ТВ, Черкашина ЛВ. // Український центр наукової медичної інформації та патентно–ліцензійної роботи. Київ, 2017. Вип.11. 4 с.
6. Клеменов А.В. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани / А.В. Клеменов. – Москва: Информтех, 2006. – 120 с.
7. Нечаева Г.И. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение / Г.И. Нечаева, В.М. Яковлев, В.П. Конев // Леч. врач. – 2008. – №2. – С. 23–26.
8. Нововведення №178/28/08. Алгоритм оцінки рівня здоров'я дітей, підлітків та молоді / Фролова ТВ, Шкляр СП, Коробчанський ВО, Барська ЛЯ, Барчан ГС. // Реєстр галузевих нововведень МОЗ України, 2008. – Вип. 28–29. – С. 119–120.
9. Нововведення №215/30/09. Методика стратифікації ризику дисплазії сполучної тканини у дітей та підлітків / Фролова ТВ, Охупкіна ОВ, Барчан ГС, Климовська ЛО. // Реєстр галузевих нововведень МОЗ та АМН України, 2009. – Вип. 30–31.
10. Нововведення №216/30/09. Індивідуалізація лікувальної тактики при сполучнотканинній дисплазії у поєднанні з остеопенією / Охупкіна ОВ, Фролова ТВ, Барчан ГС. // Реєстр галузевих нововведень МОЗ та АМН України, 2010. – Вип. 30–31.
11. Нововведення №475/33/10. Методика прогнозування частих гострих респіраторних захворювань у дітей / Моїсеєнко РО, Шкіряк–Нижник ЗА, Цодікова ОА, Шкляр СП, Павлова ГБ, Барчан ГС, Чебан ВІ, Гарник ТП, Білоусова ІВ, Петріщева ВО, Козименко ТМ // Реєстр галузевих нововведень МОЗ та АМН України, 2010.
12. Пат.78523 U, Україна, МПК (2013.01) А61В 10/00. Спосіб оцінки онтогенетичної дисгармонійності кісткової компоненти тіла дітей та підлітків / Г.С. Барчан, Л.І. Омельченко, О.М. Хвисяк, А.С. Шкляр, О.А. Цодікова, Л.В. Черкашина, С.П. Шкляр // ХМАПО (UA). – Заявка №u201209080; Заявл. 06.08.2012; Опубл. 25.03.2013, Бюл. №6, 2013
13. Пат.78524 U, Україна, МПК (2013.01) А61В 10/00. Спосіб оцінки онтогенетичної дисгармонійності жирової компоненти тіла дітей та підлітків / О.Б. Крилова, Ю.Г. Антипкін, О.А. Цодікова, А.С. Шкляр, Г.С. Барчан, Л.В. Черкашина, С.П. Шкляр // ХМАПО (UA). – Заявка №u201209081; Заявл. 06.08.2012; Опубл. 25.03.2013, Бюл. №6, 2013
14. Пат.78521 U, Україна, МПК (2013.01) А61В 10/00. Спосіб оцінки онтогенетичної дисгармонійності м'язової компоненти тіла дітей та підлітків // З.А. Шкіряк–Нижник, О.А. Цодікова, Л.К. Пархоменко, А.С. Шкляр, Л.В. Черкашина, Г.С. Барчан, С.П. Шкляр // ХМАПО (UA). – Заявка №u201209537; Заявл. 06.08.2012; Опубл. 25.03.2013, Бюл. №6, 2013
15. Прогнозування частих гострих респіраторних захворювань у дітей / Моїсеєнко РО, Шкіряк–Нижник ЗА, Цодікова ОА, Шкляр СП, Павлова ГБ, Барчан ГС, Чебан ВІ, Гарник ТП, Білоусова ІВ, Петріщева ВО, Козименко ТМ. // Методичні рекомендації МОЗ України.–Київ, 2009.–16 с.
16. Фролова Т.В. Результати розробки та впровадження програми моніторингу: удосконалення профілактики та діагностики порушень кісткоутворення / Т.В. Фролова, О.В. Охупкіна, Г.С. Барчан // Медицина і ... – 2008. – №3. – С. 53–55.
17. Фролова Т.В. Екопатологія в контексті розвитку профілактичної педіатрії: моніторинг довілля та клінічні проблеми: частина I / Т.В. Фролова, О.В. Охупкіна, О.В. Стерина, Г.С. Барчан // Гігієна населених місць. – Вип. 51, 2008. – С. 505–510.
18. Цодікова О.А. Саногенетична корекція стану імунітету у дітей з використанням сучасних фітоімуномодуляторів / О.А. Цодікова, К.Б. Гарбар, Г.С.Барчан // Современная педиатрия. – 2012. – №3(43). – С. 84–88.
19. Цодікова О.А. Стан мукозального імунітету верхніх дихальних шляхів у дітей з різними типами реакцій адаптації та рівнем резистентності / О.А. Цодікова // Український медичний альманах. – 2005. – Т. 8, №3. – С. 185–187.

20. Glesby M.J. Association of mitral valve prolapse and systemic abnormalities of connective tissue. A phenotypic continuum / M.J. Glesby, R.E. Pyeritz // J.A.M.A. – 1989. – Vol. 262. – P. 523–528.

Барчан Г.С. Частота, диагностическая ценность и прогностическое значение висцерально–функциональных маркеров недифференцированной дисплазии соединительной ткани у детей с рекуррентными респираторными инфекциями

Ключевые слова: рекуррентные респираторные инфекции, недифференцированная дисплазия соединительной ткани, висцерально–функциональные маркеры.

В исследовании двух групп детей (с и без рекуррентных респираторных инфекций определены диагностическая ценность и прогностическое значение висцерально–функциональным факторов и выявлены достоверные различия между группами по 18 из 20 маркеров недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Доказано, что наиболее диагностически ценными и прогностически значимыми являются: показатель частоты пневмоний в анамнезе, наличие аллергических реакций в анамнезе, а также уровень эмоциональной лабильности ребенка.

Barchan G.S. Frequency, diagnostic value and prognostic value of visceral–functional markers of undifferentiated connective tissue dysplasia in children with recurrent respiratory infections.

Key words: recurrent respiratory infections, undifferentiated dysplasia of the connective tissue, visceral–functional markers.

In the study of two groups of children (with and without recurrent respiratory infections, the diagnostic value and prognostic value of visceral–functional factors were determined and significant differences were found between groups of 18 out of 20 markers of undifferentiated connective tissue dysplasia. It was proved that the most diagnostically valuable and prognostic are significant : an indicator of the frequency of pneumonia in history, the presence of allergic reactions in the history, as well as the level of emotional lability of the child.