

мой в педиатрии. Соединительная ткань широко представлена в пищеварительной системе, поэтому при СТД желудочно-кишечный тракт и желчевыводящая система вовлекаются в патологический процесс одними из первых. Дальнейшее изучение данной патологии является важной задачей.

Известно, что на исход бронхиальной астмы (БА) оказывает влияние сопутствующая патология.

Нами было обследовано 100 детей в возрасте от 5 до 18 лет с установленным диагнозом БА. Дисфункция билиарного тракта является одним из наиболее частых висцеральных проявлений СТД. По данным УЗИ изменения со стороны желчного пузыря (перегибы, перетяжки тела, дна, выходного отдела) были выявлены у 42% детей. Преобладали перегибы тела, стойкие перегибы были выявлены у 22% детей. I и II варианты билиарного сладжа были выявлены у 2/3 детей с дисфункцией билиарного тракта, сократительная функция желчного пузыря у 60% детей с билиарной патологией снижена. Утолщение стенки желчного пузыря до 3 мм отмечалось у 1% детей, а ее уплотнение у 2%. В 66% случаев дисфункция билиарной системы сочетается с другими проявлениями СТД органов пищеварения, что проявляется моторными нарушениями в верхних отделах пищеварительного тракта (ВОПТ) в виде дуоденогастрального и гастроэзофагального рефлюксов у 68,2%, недостаточности кардии и привратника у 21,9%, грыжи пищеводного отверстия у 4,8% детей. Нарушения характера стула чаще проявлялись запорами (у 28% детей). У 75% детей с СТД органов пищеварения выявлен реактивный панкреатит.

У большинства детей отмечались разнообразные и различной степени выраженности диспластические нарушения костно-связочного аппарата. У половины - висцеральные признаки дисплазии сердечно-сосудистой системы, мочевыделительной системы, ЦНС и другие. Вышеуказанная группа пациентов имела ранние проявления симптомов со стороны органов пищеварения и большую частоту рецидивов. Отмечалась спонтанность абдоминальной боли, что обусловлено гипомоторной дискинезией, а также наличием симптомов вегетативной дисфункции из-за неврологического фона и метеочувствительности детей с висцеральными проявлениями СТД.

Вышеуказанная патология у детей с бронхиальной астмой требует своевременной диагностики, динамического наблюдения специалистов, обоснованного лечения и коррекции питания.

Сорокман Т.В., Сокольник С.В., Сокольник С.А., Остапчук В.Г., Гингуляк Н.Г.
**ФАЗНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ В КРОВИ ДЕТЕЙ
С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

В литературе немного сведений, посвященных проблеме про- и противовоспалительных интерлейкинов у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК).

Цель исследования - изучить содержание интерлейкинов с различными функциональными свойствами в сыворотке периферической крови детей с ЯБДПК в фазе обострения в возрасте 14-18 лет. Определение уровня интерлейкина-1бета (IL-1 β), интерлейкина-8 (IL-8), интерлейкина-4 (IL-4) и рецепторного антагониста интерлейкина-1 (IL-1Ra) в крови детей проводили с применением стандартных иммуноферментных наборов реагентов производства ЗАО «ВЕКТОР БЕСТ» (г. Новосибирск, Россия). Проведен анализ содержания интерлейкинов в сыворотке крови детей в зависимости от фазы течения заболевания в стадии обострения. Выявлено, что на ранних сроках обострения в периферической крови преобладало повышение концентрации ИЛ-1 β и ИЛ-8 (в среднем 154,3 \pm 16,8 пг/мл и 169,4 \pm 22,7 пг/мл соответственно). Это позволяет расценивать данные интерлейкины как маркеры острой фазы заболевания. Концентрация ИЛ-4 и ИЛ-1Ra составляла 18,6 \pm 5,8 пг/мл и 261 \pm 7,8 пг/мл соответственно. В разгар обострения концентрация ИЛ-1 β и ИЛ-8 несколько снижалась, достигая 121,5 \pm 5,8 пг/мл и 111,2 \pm 4,4 пг/мл, а концентрация ИЛ-4 и ИЛ-1Ra достоверно повышалась (93 \pm 3,9 пг/мл и 1685 \pm 34,4 пг/мл). В фазу рубцевания констатируется достоверное снижение содержания провоспалительных интерлейкинов и сохранения относительно высокого уровня ИЛ-4 и ИЛ-1Ra.

Интересно, что не у всех больных детей отмечено такую закономерность. Так, у части детей в начальной фазе не определено высокого уровня ИЛ-1 β и ИЛ-8. Наверное, это можно объяснить двумя обстоятельствами: позднее обращение за медицинской помощью (позднее 7 суток от начала клинической симптоматики) и, возможно, ослабленное реагирования иммунной системы. Привлекает внимание и тот факт, что у 16 (10,7%) детей содержание провоспалительных интерлейкинов находилось на высоком уровне на протяжении длительного времени, что можно расценить как факт выраженного и затяжного воспалительного процесса. У 7 (4,7%) детей основной группы не наблюдалось повышение всех групп интерлейкинов, что может свидетельствовать об отсутствии значимой реакции со стороны иммунной системы.