

7. Deligeoroglou E. The role of genes in the polycystic ovary syndrome: Predisposition and mechanisms/E. Deligeoroslou, C. Kouskouti, P. Christopoulos// Gynec. Endocrinol. - 2009. –Vol.13. –P. 1 -7.
8. Ehrmann D.A. Polycystic ovary syndrome/D.A. Ehrmann//New Engle. J. Med.-2005. –Vol.352. -№12. –P. 1223 -1236
9. Farell R. Insulin resistance, obesity, inflammation and depression in polycystic ovary syndrome: biobehavioral mechanisms and interventions/R. Farell, M.N. Antoni//Fertil. Steril. -2010. –Vol.94. –P.1565 -1574

Рецензент: д.м.н., профессор Касымбеков Т.Т.

УДК616.361-08:615.862

БАЛДАРДЫН БИЛИАРДЫК ТРАКТЫНЫН (ЗИЛ ЧЫГАРУУЧУ ЖОЛДОРУНУН) ФУНКЦИЯСЫНЫН БУЗУЛУШУНУН ДАРЫЛАНУУСУН БААЛОО

Малеванная В.А. Эне жана баланы коргоо улуттук борборунун балдар гастроэнтерологу, Кыргызстан, valery_i@list.ru

Макалада балдардын билиардык трактынын (зил чыгаруучу жолдорунун) функциясынын бузулушун клиникалык изилдөөнүн, ички органдарды ультра добуш аркылуу изилдөөнүн жана цитоксин системасынын активдүүлүгүнүн жыйынтыгы боюнча комплекстүү дарылоонун бааланышы тууралуу маалыматтар берилет.

***Түйүн сөздөр:** билиардык функциянын бузулушу, балдар, тамак сиңирүүнүн бузулушу, антраль, интерлейкиндер, цитоксиндер*

ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Малеванная В.А. детский гастроэнтеролог Национального центра охраны материнства и детства, Кыргызстан, valery_i@list.ru

В работе представлены данные об оценке комплексного лечения детей с билиарной дисфункцией по результатам клинического, ультразвукового исследования органов брюшной полости и активности цитокиновой системы.

***Ключевые слова:** билиарная дисфункция, дети, нарушение пищеварения, Антраль, интерлейкины, цитокины*

REVIEW OF THE TREATMENT DYSFUNCTION OF BILIARY TRACT IN CHILDREN

Malevannay V.A., children gastroenterology of the National centre of motherly and childhood welfare, Kyrgyzstan, valery_i@list.ru

The paper presents data on the assessment of complex treatment of children with biliary dysfunction as a result of clinical, ultrasonography examination of the abdominal organs and the activity of the cytokine system

Keywords: *biliary dysfunction, children, indigestion, Antral, interleukins, cytokins*

Распространенность функциональных нарушений билиарного тракта в детском возрасте по данным разных авторов составляет от 12 до 58 %[1,2,3]. Проблема обуславливается тем, что зачастую функциональные нарушения билиарного тракта способствуют формированию и прогрессированию воспалительного процесса в желчных путях и нарушением коллоидных свойств желчи за счет нарушения ее пассажа в просвет двенадцатиперстной кишки [4,5]. До настоящего времени нет единого подхода к проведению терапевтических мероприятий и алгоритма лечения детей с данным нарушением, а также оценки их эффективности[6]. Оценка лечения по клиническим данным преимущественно связанного с жалобами детей, данным ультразвукового исследования, носит в большинстве случаев субъективный характер, так как зависит от контакта врачей с детьми и квалификацией специалиста.

С этих позиций представляется перспективным и актуальным оценка лечения по состоянию медиаторов воспаления, в частности, цитокиновой системы (интерлейкинов), продуцируемые различными клетками организма. Цитокины являются основными регуляторами и инициаторами иммунной системы, процессов хемотаксиса, фагоцитоза, гемопоза, проницаемости сосудистой стенки, цитотоксической активности, от выраженности которых зависит изменения на уровне внутриклеточного обмена в тканях, органах и организма в целом[7,8].

Однако, в силу недостаточной изученности представленных аспектов функциональных нарушений билиарной системы у детей и обусловило необходимость настоящих исследований.

Цель работы: определение эффективности комплексного исследования детей с билиарной дисфункцией по клиническим, ультразвуковым и цитокиническим исследованиям.

Материалы и методы исследования.

Объектом исследования явились 60 детей от 7 до 14 лет (средний возраст $11,4 \pm 2,3$ лет) с нарушением моторно-эвакуаторной функции желчевыделительной системы без признаков воспаления (клиническая группа). Для составления результатов специальных методов исследования обследовано 14 относительно здоровых детей без признаков соматической патологии.

Диагноз детей клинической группы верифицировался на основании анализа, жалоб и ультразвуковых методов исследования. УЗИ проводили с оценкой показателя двигательной функции желчного пузыря. Клинические показатели включали в себя такие симптомы как абдоминальные боли, тошнота, рвота, метеоризм, снижение аппетита, запор. Определение содержания интерлейкинов (ИЛ) - 1 β , 4,6 в плазме крови проводили методом иммуноферментного анализа на анализаторе “Мультискан” наборами фирмы “ВЕКТОР-БЕСТ” (Россия). Комплексное лечение детей клинической группы включало медикаментозную терапию препаратом Антраль в дозе 600 мг/кг/сут на 3 приема в течении 20 дней. Немедикаментозная терапия проводилась путем коррекции диеты и ограничением эмоциональных и физических нагрузок.

Материал обработан методом вариационной статистики на персональном компьютере с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica for Windows v 6.0)

Результаты и обсуждение.

Как видно из данных таблицы 1, у детей клинической группы в период окончания лечения наблюдается существенное снижение параметров дисфункции билиарного тракта. Так, присутствие абдоминальных болей уменьшилось в 15 раз, тошноты в 20 раз, рвоты в 25 раз. Явления метеоризма в 7 раз. Снижение аппетита в 10 раз, запоров в 8 раз. Наличие взвеси желчи в желчном пузыре по данным УЗИ в 13 раз.

Таблица 1. Клиническая характеристика детей клинической группы до и после лечения

Параметры	Периоды обследования			
	До лечения n = 60		После лечения n = 60	
	Абс.	%	Абс	%
Абдоминальные боли	60	100	4	6,6
Тошнота	39	65	2	3,3
Рвота	24	40	1	1,6
Метеоризм	30	50	4	6,6
Сниженный аппетит	48	80	5	8,3
Запор	24	40	3	5
Взвесь желчи в ЖП	27	45	2	3,3

Со стороны показателей цитокиновой системы (таблица 2) у детей клинической группы в период до начала комплексной терапии отмечается довольно существенное

повышение провоспалительных цитокинов, а именно, ИЛ- 1 β ($P < 0,001$) и ИЛ – 6 ($P < 0,01$), при этом концентрация противовоспалительного ИЛ -4 незначительно, но достоверно значимо снижается($P < 0,05$) по сравнению с показателями контрольной группы.

Таблица 2. Показатели цитокинов в плазме крови у детей клинической группы в процессе лечения

Группы детей и периоды обследования	Статистические данные	Анализируемые показатели		
		ИЛ- 1 β пг/мл	ИЛ – 4 пг/мл	ИЛ – 6 пг/мл
Контрольная группа n = 14	M $\pm m$	10,4 0,832	0,73 0,02	10,65 0,987
Клиническая группа: 2- период до лечения n= 60	M $\pm m$ P 2-1	22,85 1,75 $\leq 0,001$	0,938 0,011 $\leq 0,05$	18,66 1,82 $< 0,01$
Клиническая группа: 3-период окончания лечения n = 60	M $\pm m$ P 3-1 P 3-2	16,47 1,05 $< 0,01$ $< 0,05$	0,765 0,01 $> 0,05$ $< 0,05$	14,68 1,11 $< 0,05$ $< 0,05$

В период окончания лечения и ремиссии состояния, по сравнению с периодом до лечения наблюдается достоверное снижение в концентрации в крови ИЛ – 1 β ($P < 0,05$), ИЛ – 6 ($P < 0,05$) и повышение ИЛ – 4 ($P > 0,05$). Несмотря на такую динамику активности цитокиновой системы по сравнению с данными контрольной группы, значения ИЛ- 1 β и ИЛ – 6 остаются значимо выше. ($P > 0,05$), а ИЛ – 4 достигает контрольного уровня. Следовательно, несмотря на существенную положительную клиническую и функциональную динамику заболевания, показатели цитокинов не приходят к нормальным значениям и по всей видимости, нормализация концентрации медиаторов воспаления наступает в более отдаленные периоды, нежели окончание лечения. Следует отметить, что повышенная секреция ИЛ – 1 β при нарушениях функции билиарной системы у детей, может быть обусловлена началом воспалительного процесса в желчевыводящих путях посредством синтеза белков острой фазы. воспаления компонентов комплимента, некоторых факторов коагуляции и др. Но при этом, происходит и повышение активности ИЛ – 6, который , в свою очередь, усиливает в клетках продукцию факторов свертывания , ингибиторов фибринолиза и некоторых белков острой фазы. ИЛ – 4, являясь преимущественно противовоспалительным цитокином, осуществляет компенсаторный механизм со стороны иммунной системы для поддержания равновесия между про- и противовоспалительными цитокинами, посредством усиления секреции иммуноглобулинов класса G.

Выводы:

1. Цитокиновая система чутко реагирует на изменения функционирования билиарной системы у детей и определение ее параметров может служить в качестве оценки состояния и контроля за эффективностью лечения
2. Использование препарата Антраль в лечении функционального нарушения билиарной системы у детей приводит к существенному улучшению клинической симптоматики дисфункций билиарного тракта и благоприятному течению данного нарушения у исследуемых детей.

Список использованной литературы:

1. Эйберман, А. С. Проект стандартов диагностики и лечения функциональных нарушений органов пищеварения у детей / А. С. Эйберман // РМЖ. – 2003. – Т.11, № 3. – С. 46 – 51.
2. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике в педиатрии / М.И. Пыков [и др.]; под ред. М. И. Пыкова, К. В. Ватолина. – М.: Видар. – 1998. – 376 с..
3. Царегородцева, Т. М. Цитокины в гастроэнтерологии / Т. М. Царегородцева, Т. И. Серова. – М.: Анахарсис, 2003. – 96 с.
4. Семёнова, О.В. Дисфункция билиарного тракта и холецистит у детей, особенности иммунного ответа / О. В. Семёнова, А. А. Медникова // Достижения ВЕСТНИК ВГМУ, 2008, Том 7, №2 22 ния фундаментальной, клинической медицины и фармации: материалы 63 науч. сессии сотрудников ун-та. – Витебск: ВГМУ, 2008. – С.334 – 337.
5. Семенова, О. В. Акустическая негетомогенность полости желчного пузыря и микроскопия желчи у детей / О. В. Семенова // Медицинская панорама. – 2006. – № 1. – С. 87 – 90.
6. Bahar A.M. Maternal serum interleukin – 6, interleukin – 8, tumor necrosis factor alpha and interferon – gamma in preterm labor/ A.M. Bahar , H.W. Ghalib// Acta Obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2003 v. 82 N 6. P. 543-549

Рецензент: д.м.н., профессор Атыканов А.О.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ НАУКИ

УДК: 331.216.8 (575.2)(05)