

ПЕТРОВ А.Г., АКИНФИЕВ А.В., ЛАЗЕБНИКОВ Я.М., КОРОТКОВА Л.А., СОКОЛОВ А.О.

616.711.9-053.2

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары

Возможности стабилизации пояснично-крестцового отдела позвоночника у детей

Лечебно-тактические вопросы оказания помощи детям с диспластической нестабильностью пояснично-крестцового отдела позвоночника до сих пор остаются нерешенными. Основные противоречия заключаются в определении лечебной тактики у детей с диспластическим спондилолистезом L-5.

Нами ретроспективно прослежена эволюция диспластической нестабильности пояснично-крестцового отдела позвоночника у 17 больных. Средний срок анализа составил 12-17 лет. У всех больных первичная диагностика диспластического спондилолистеза L-5 проведена в возрасте 10-12 лет, во время рентгенологического обследования по поводу люмбагии. В детском возрасте больные получали стандартное консервативное лечение: корсетотерапия, электростимуляция, физиотерапия, ЛФК, массаж, на фоне которого отмечалось прогрессирование заболевания с переходом от 1-й до 2-й степени смещения.

С данной тенденцией к смещению больные были переведены на лечение во взрослую сеть, где было продолжено консервативное лечение. Анализ результатов консервативного лечения данной категории больных выявил его несостоятельность: из 17 больных спондилолистез 3-4-й степени развился у 15, спондилоптоз — у 2 больных.

Таким образом, выжидательно-консервативная лечебная тактика у детей любого возраста с диспластическим спондилолистезом L-5 неспособна остановить прогрессирование деформации и инвалидизации пациента. С 2000 года в нашей клинике введен принцип лечебно-профилактических операций (передний спондилодез L-5 — S-1 никелид-титановыми имплантатами) у детей с данной патологией. К 2009 году проведено 24 операции в возрастной группе от 7 до 16 лет с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

616.34-053.2

ПЕЧКУРОВ Д.В., ПРОКОФЬЕВА А.А., КОРОТКОВА Н.Н.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», г. Самара

Поражения слизистой оболочки желудка у детей при инфицировании *сagA*-позитивными штаммами *Helicobacter pylori*

Патология органов пищеварения занимает 3-е место в структуре общей заболеваемости; ее распространенность, согласно эпидемиологическим исследованиям за 2007 год, колеблется в разных регионах нашей страны от 21 до 42% (Волков А.И.; Пиманов С.И., 2008). Среди этиологических факторов хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки *H.pylori* играет ведущую роль. Ассоциированные с *H.pylori*

гастродуоденальные заболевания отличаются большим разнообразием клинических, эндоскопических и морфологических проявлений.

Заболевания, ассоциированные с *H.pylori*, эндоскопически проявляются картиной хронического гастрита, отличительной особенностью которого являются гиперемия СОЖ и повышенная контактная кровоточивость. Некоторые исследователи



связывают более выраженные эндоскопические изменения в виде эрозивных, фолликулярных, нодулярных поражений с инфицированием *H. pylori*, содержащий цитотоксинассоциированный ген (CagA).

В связи с этим актуальной задачей является изучение морфологических изменений слизистой оболочки желудка при инфицировании CagA-содержащими штаммами *Helicobacter pylori*.

Для реализации поставленной цели нами было обследовано 63 ребенка, инфицированных *H. pylori*, в возрасте от 5 до 17 лет, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение Детской городской клинической больницы № 1 г.о. Самары. Из них 27 детей с CagA-ассоциированной диспепсией и 37 с CagA-негативной.

Анализ данных ЭГДС показал, что независимо от CagA-статуса у детей преобладала эритематозная форма поражения СОЖ. Однако если при инфицировании CagA-негативными штаммами поверхностные поражения составили 97,1%, а случаи гипертрофической гастропатии были единичными, то в подгруппе НД CagA+ фолликулярные изменения СОЖ встречались более чем у трети детей. Таким образом, наличие гипертрофической гастропатии является достаточно специфическим признаком инфицирования высокопатогенным штаммом *H. pylori* (ОШ=4,3; 95% ДИ=1,48-12,62).

Отмечается статистически значимая связь между выраженностью эндоскопических изменений и CagA-статусом *H. pylori* ($p < 0,05$, коэффициент Чупрова (K)=0,38; Пирсона (C)=0,48, при Стах=0,81).

При морфологическом исследовании биопсий антрального отдела желудка была выявлена воспалительная инфильтрация собственного слоя слизистой оболочки, выраженная в различной степени в зависимости от групп сравнения. Почти у половины больных (47,1%) с CagA-ассоциированной диспепсией вы-

являлась значительная лимфоплазмочитарная инфильтрация с наличием внутриэпителиальных лейкоцитов и лимфоцитов, это расценивалось нами как показатель активности воспалительного процесса. Слабая степень лимфоплазмочитарной инфильтрации, наоборот, чаще встречалась в группе детей с CagA-негативной диспепсией и составила 51,7%. Отмечалась статистически значимая связь между степенью воспалительного изменения СОЖ и инфицированием CagA-позитивными штаммами *H. pylori* ($p < 0,05$, хи-квадрат -6,8, Коэффициент Чупрова (K)=0,46; Пирсона (C)=0,42, при Стах=0,7, $p < 0,05$).

При этом нейтрофильная инфильтрация, характеризующая максимальную степень активности гастрита, практически в 4 раза чаще отмечалась в группе детей с CagA-ассоциированной диспепсией: 29,4% при CagA+ и 5,4% при CagA- ($p < 0,05$, хи-квадрат -2,6). Таким образом, выделена четкая взаимосвязь наличия CagA-антигена с более отчетливыми воспалительными изменениями СОЖ и выраженными проявлениями активности гастрита.

Выраженность воспалительного процесса зависит не только от патологических свойств *H. pylori*, но и от степени колонизации в СОЖ. По нашим данным, наибольшая обсемененность *H. pylori* отмечена при инфицировании CagA-штаммами. При этом высокая степень обсеменения встречалась только в группе CagA-позитивных детей (23,1%), умеренная степень в этой же группе отмечалась в 46,2% случаев, а в группе CagA-негативных детей почти в 2 раза реже (26,7%). Слабая степень инвазии *H. pylori* достоверно чаще регистрировалась почти у половины (53,3%) детей с CagA-негативной диспепсией.

Итак, особенностями СОЖ является большая обсемененность хеликобактером и более выраженная лимфоплазмочитарная инфильтрация, что свидетельствует об активности воспалительного процесса.

613.2-053.2

ПИГАЛОВ А.П., КУЛАКОВА Г.А., КУРМАЕВА Е.А., СОЛОВЬЕВА Н.А.
ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Росздрава», г. Казань

Грудное вскармливание ребенка — это долг родителей, забота педиатра и ответственность государства

Вместе с рождением ребенка созревает материнская система естественного вскармливания — лактация. Исключительно грудное вскармливание способно обеспечить полноценное питание ребенка до шестимесячного возраста. Актуальность грудного вскармливания сохраняется и в питании детей до 1,5-2 лет. Являясь пищей, созданной самой природой и полностью отвечающей потребностям младенца в пищевых ингредиентах,

женское молоко обеспечивает иммунологическую защиту ребенка. Именно за счет грудного молока поддерживается пролонгированный пассивный иммунитет младенцев. Содержащийся в женском молоке целый ряд компонентов прямо или косвенно помогает ребенку противостоять инфекциям.

Сразу же после рождения устанавливается тесный контакт ребенка с матерью. Грудное вскармливание — это школа по-