

в дозе [7,5–15 мг] и ТК в суточной дозе 150 мг ежедневно в течение месяца. Все исследования были одобрены локальным этическим комитетом Казанского ГМУ.

Результаты: Во всех 3-х группах пациентов было показано улучшение клинических характеристик и достоверное снижение числа болезненных и припухших суставов, уровня СОЭ, индекса ВАШ. Статистическая оценка результатов исследования выявила достоверные различия в эффективности терапии пациентов I группы по сравнению с II и III группами. В I группе наблюдалось достоверное снижение индекса DAS28 со средней до низкой степени активности. Между II и III группами пациентов достоверных различий по всем исследуемым показателям не выявлено. Включение ТК в базисную терапию РА также эффективно, как применение базисной терапии с НПВП.

В результате проведенного клинического исследования, нами впервые было установлено, что отечественная тиоктовая кислота повышает эффективность комплексной терапии Мtx и НПВП пациентов с РА.

ФАКТОРЫ И ПРИЧИНЫ, КОТОРЫЕ СПОСОБСТВУЮТ ТРАВМЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У НОВОРОЖДЕННОГО

Гарбуз И.Ф., Азбукина Л.Н., Кравцова А.Г., Мазур В.Г.

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, e-mail: travorto.tir@mail.ru

Травма шейного отдела позвоночника в процессе родов – это механическое разрушение анатомических структур и тканей шейного сегмента возникающих в процессе родов под воздействием изгоняющих сил роженицы и дополнительных необоснованных или неправильно примененных медицинских пособий.

Распространенность родовой травмы шейного отдела позвоночника и спинного мозга у новорожденных в среднем составляет 19,6–96,0% [1, 4]. Большой разброс обусловлен отсутствием признанной классификации натальной травмы в неонатологии и перинатальной неврологии. При повреждении шейного сегмента позвоночника и спинного мозга у взрослых используется клиническая классификация ISCSCI (1992, 1996), которая построена с учетом уровня нарушения двигательных и чувствительных функции и степени их проявления, у новорожденных до настоящего времени эти функции глубоко не изучались [5, 6]. Ее дополняет классификация, учитывающая характер травмы, – повреждения связочных структур, перелома-вывихи, вывихи позвонков, переломы различных структур позвонков, а также степени стабильности данного повреждения. Что касается спинного мозга, то указывается

уровень и степень повреждения (сотрясение, ушиб, сдавления спинного мозга) [5].

Механизм травмы шейного отдела позвоночника у новорожденного, который случается во время родового акта отличается от бытовой травмы [12, 13], а именно во время родов при продвижении плода по родовым путям воздействуют разные силы и в разном направлении [13]. Это: воздействие на шейный сегмент позвоночника изгоняющие сил самой матки; силы, которые препятствуют продвижению плода по родовым путям; силы, которые уменьшают сопротивление продвижения плода по родовым путям – сила вращения; комбинированные силы. Травма в период родов происходит не мгновенно и за этот период происходит относительная адаптация анатомических структур новорожденного, которая имеет свой лимиты по времени и по силе сжатия, и в прямую зависит от степени созревания плода и физиологии родов. В этом процессе учувствуют несколько субъектов: роженица; новорожденный и медицинский персонал.

Роженица – для планирования ведения родов, прогнозирования вероятной травмы шейного сегмента позвоночника у новорожденного необходимо запрограммировать длительность по времени родовой деятельности роженицы, какие роды по счету, её возраст, конституцию, размеры таза, перенесенные заболевания мочеполовой системы, заболевания общесоматические, наследственный фактор и др.

Новорожденный – заранее определить предполагаемый вес и физическое развитие новорожденного перед рождением, предполагаемые размеры черепа, расположение плода в полости матки, предполагаемые пороки развития, перенесенные внутриутробные заболевания и др.

Медицинский персонал – необходимо строго соблюдать план ведения родов, квалификация медицинского персонала, стаж, опыт работы, ответственность и др.

Во время родов имеются несколько типичных механизмов повреждений шейного сегмента, из которых:

1. **Сгибательно-компрессионный механизм** травмы. Такие травмы возникают при стремительных и быстрых родах, особенно при крупном плоде, когда организм новорожденного не успевает адаптироваться к процессу изгнания, а головка ребенка при прохождении родовых путей встречает на своем пути выраженное сопротивление тканей, в том числе и тканей промежности (мать так же получает травму, происходят разрывы промежности), стимуляция родов, приемы акушерской защиты промежности так же приводят к этой травме. У детей выявляют компрессионные переломы тел позвонков, спондилоэпифизеолизы с нарушениями функции нервов и спинного мозга в зоне повреждения.

2. **Механизм ротации головки** акушерским пособием способствует возникновению ротационного подвывиха атланта, повреждение сумочно-связочного аппарата атлanto-окципитального сочленения. При повреждении тяжелой степени с выраженным смещением анатомических структур, гематомы, выраженного отека возможно сужение спинномозгового канала со сдавлением спинного мозга [7].

3. **Дистракционный механизм** повреждения шейного сегмента. Травма возникает при извлечении плода за голову при фиксированных плечиках и при извлечении плода за тазовый конец при фиксированной в тазу матери головки. Акушеры вынуждены использовать в таких ситуациях чрезмерные усилия, при этом возникают спондилоэпифизеолизы (отрывы тел позвонков от межпозвоночных дисков по ростковой эпифизарной зоне), разрывы связок позвоночного столба, менингеальных оболочек, повреждение спинного мозга [10].

4. **Механизм травмы сочетанный**, существует и комбинированная травма шейного сегмента позвоночника, где механизмы приложения сил разнообразны и действуют в различных направлениях.

Родовой акт – сложный биомеханический процесс, который влияет на все органы и системы ребенка. Поэтому рассматривать его только с позиции травмы позвоночного столба, на наш взгляд, неправильно, а сама травма получается сочетанной и всегда преобладает синдром наибольшего повреждения.

В период родового акта маточно-плацентарного кровообращения изменяется, соответственно приводит к изменению газообмена плода, его физиологическая гипоксия, нарушению кислотно-щелочного равновесия, развитию метаболического ацидоза [8, 9]. У большинства детей с признаками родовой травмы имели место такие факторы в момент родов, как тугое обвитие пуповины вокруг шеи, применение акушерских пособий и операций, стремительные роды, слабость родовой деятельности, аномалии предлежания и вставления головы, роды по механизму узкого таза, преждевременное отхождение околоплодных вод, дети, извлеченные путем кесарева сечения, где нередко выявлялись травматическая блокировка атланта с поражением спинного мозга в данной зоне [14, 15].

Дети, подвергшиеся влиянию неблагоприятных факторов, как в дородовом периоде, так и во время родов, являются группой «риска», поскольку перенесенное кислородное голодание, даже при удовлетворительном их нервно-психическом развитии в дальнейшем таит угрозу возникновения тяжелых нарушений неврологического статуса на фоне неблагоприятных внешних факторов и дополнительных нагрузок [2, 3, 16].

Диагностике натальной травмы шейного отдела позвоночника и спинного мозга у новорожденных мешает отсутствие клинической настороженности при наличии факторов риска в акушерском анамнезе, отсутствие четкой специфичной клинической картины (преобладание в данном возрасте общемозговых симптомов над очаговыми) в остром периоде, а также и ее вариабельность в течение посттравматического восстановительного периода, отсутствие возможности дифференциальной диагностики степени повреждения шейного отдела позвоночника, головного и спинного мозга.

Приоритет в диагностике натальной травмы шейного отдела позвоночника и спинного мозга в настоящее время принадлежит клинической картине данной патологии и только после рентгенологическому [11, 17] или другому методу обследования, который помогает выявить тонкие повреждения структур позвоночника, такие как надрыв или разрыв связочного аппарата шейного отдела позвоночника, переломы, вывихи и переломо-вывихи позвонков и другие, повреждение спинного мозга [16].

При рутинном рентгенологическом исследовании хрящевые элементы позвонков, спинной мозг, его оболочки, позвоночные артерии не визуализируются [17]. Хотя их заинтересованность определяет клинику и прогноз данной патологии, а рентгенография определяет лишь ортопедическую тактику при грубых повреждениях шейного отдела позвоночника.

Классическим на наш взгляд для диагностики натальной травмы шейного сегмента позвоночника является в различных вариантах и формах Кисс-синдром, который формируется из следующих симптомов:

Неправильное положение головы, анталгическое положение головы, кривошея; Ребенок крикун – часто плачет беспричинно особенно в первые 3 месяца; Ребенок длительное время не может держать самостоятельно голову; Нарушение согласованности в движениях рук и ног; Нарушение сна, трудно засыпает, сон поверхностный, частые вскрикивание во сне; Безволосый участок на затылке (Кисс – место); Повышенная чувствительность или парестезия задней поверхности шеи, повышенная потливость этой зоны; Одностороннее положение ребенка во время сна; Нарушение симметричности в строении черепа, лица, кожные складки не симметричны, плоский затылок; Несимметричные глазные щели; Неадекватная реакция на яркий свет и шум; Несимметричные ягодичные складки; Новорожденный сильно выгибается назад лежа на руках или в кровати; Проблемы с кормлением грудью, ребенок не может лежать расслабленным, кушает только с одной груди, не набирает в весе, объем съеденного небольшой; Трудно глотает, повышенная саливация, часто срыгивает; Частые кишечные колики, вздутие

живота; Отрицательно реагирует при езде в машине, коляске, в лифте, и др. [1, 3, 9].

Лечение медикаментозное, направлены на ликвидацию уже развившегося патологического состояния или компенсацию различных симптомов развившегося заболевания, а не на устранение причины этой патологии.

Хрупкость тканей шейного сегмента позвоночника новорожденного, способность их к быстрой регенерации упрощают способ ортопедического лечения. Необходимо нежно и аккуратно легкой тракцией, и соответственно, коррекцией положения проксимальной части шейного сегмента за счет правильного положения головы и фиксация в таком положении мягким воротником до двух недель.

При лечении детским невропатологам и детским ортопедом чрезвычайно важно учитывать, что процесс восстановления носит фазовый характер.

1-я фаза – острый период, продолжается до 1-го месяца, характеризуется синдромом угнетения функции центральной нервной системы или же сочетанием общих и очаговых неврологических симптомов.

2-я фаза – некоторое улучшение общего состояния ребенка, исчезают или ослабевают неврологические расстройства в начале фазы, но в дальнейшем появляется симптоматика соматического характера. Продолжительность фазы 2–3 месяца.

3-я фаза колеблется от 3-го до 7–9 месяцев жизни, дети капризные, часто болеют, не набирают в весе.

4-я фаза (фаза завершения) характеризуется тем, что на 8-м и 9-м месяцах жизни происходит разделение всех наблюдавшихся детей на 2 группы: у 80% происходит полное или значительное восстановление функций центральной и периферической нервной системы, у остальных 20% формируются те или иные психоневрологические резидуальные расстройства.

Цель исследования – определить основные клинические симптомы натальной травмы шейного отдела позвоночника по данным историй болезни и роль ортопедического пособия.

Материалы исследования. Мы провели исследование историй болезни 137 новорожденных находившихся после рождения в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Результаты исследования. Согласовывая результаты исследования с данными литературы пришли к выводу, что ведущие причины травмы шейного сегмента у новорожденных является: отсутствие подготовки будущей матери к родовому процессу – 80% случаев; сопутствующие заболевания рожениц – 72%; неграмотный подход медицинского персонала к родам, сложному физиологическому процессу – 65%; нарушение физиологии и биомеханики родов – 23%.

Симптоматика натальной травмы шейного отдела позвоночника у новорожденных полно-

стью соответствует Кисс синдрому и их проявления в прямую зависит от степени повреждения анатомических структур и степени зрелости новорожденного.

При выявлении симптоматики родового повреждения шейного отдела позвоночника новорожденного необходимо перевести в реанимационное отделение для дообследования и получения симптоматического и ортопедического лечения с последующим наблюдением и лечением у невропатолога и ортопеда.

Выводы

1. Натальную травму шейного отдела позвоночника у новорожденного учитывая предрасполагающие факторы можно предупредить или даже избежать меняя тактику ведения родов.

2. Немаловажную роль в формировании натальной травмы шейного сегмента позвоночника у новорожденный играют неадекватные активные медицинские пособия.

3. Ортопедическое пособие новорожденным с натальной травмой шейного сегмента позвоночника играет главную роль в лечении патологии и профилактике последствий.

4. Пороки развития у рожениц меньше всего способствуют формированию натальной травмы шейного сегмента позвоночника у новорожденных.

Список литературы

1. Ратнер А.Ю. Родовые повреждения нервной системы. – Казань, 1985. – 333 с.
2. Ратнер А.Ю. Поздние осложнения родовых повреждений нервной системы. – Казань, 1990. – 309 с.
3. Ратнер А.Ю. Достижения и просчеты современной перинатальной неврологии // Педиатрия. – 1991. – № 1. – С. 101–103.
4. Хасанов А.А. Родовая акушерская травма новорожденных. – Казань, 1992. – С. 122.
5. Яриков Д.Е., Шевелев И.И., Басков А.В. Международные стандарты в оценке неврологических нарушений при травме позвоночника и спинного мозга // Вопросы нейрохирургии. – 1999. – № 1. – С. 36–38.
6. Попелянский Я. Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология) руководство для врачей. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2003.
7. Евтушенко С.К., Шестова Е.П., Морозова Т.Л. Гипоксически-ишемические поражения нервной системы у младенцев: учебное пособие. – К., 2003. – 185 с.
8. Щедрова Н.В., Галямова А.Ф., Новиков Ю.О. Оценка эффективности комплексного лечения детей первого года жизни с гипоксически – ишемическим повреждением центральной нервной системы и шейного отдела позвоночника // Мануальная терапия. – 2004. – № 2. – С. 60–61.
9. Плеханов Л.А. Перинатальная патология центральной нервной системы при цервикальных вертебромиелогенных расстройствах у детей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Екатеринбург, 2006. – 52 с.
10. Губин А.В. и др. Подвывих С1–С2 в генезе острой кривошеи у детей // Хирургия позвоночника. – 2008. – № 4. – С. 8–12.
11. Гарбуз И.Ф., Мазур В.Г., Гуза Н.Д., Гарбуз А.И. Клиническая полифония застарелого ротационного подвывиха с1 у детей // Успехи современного естествознания. – 2009. – № 10 – С. 68–69.
12. Бордиян Н.С., Гайдей С.С., Гарбуз И.Ф. Предрасполагающие факторы и доказательства ротационного подвывиха С1 у детей // Материалы научно-практической конференции хирургов-травматологов с международным участием: Склифосовские чтения, 26 ноября 2010. – Тирасполь. – С. 38–40.

13. Гарбуз И.Ф., Гарбуз А.И., Морозенко С.Ф. Биомеханика натальной травмы шейного отдела позвоночника у новорожденных и некоторые аспекты её лечения // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 5. – С. 48–49.

14. Mihara H, Onari K, Hachiya M, et al. Follow-up study of conservative treatment for atlantoaxial rotatory displacement // J Spinal Disord. – 2001. – № 14. – P. 494–9.

15. Roche CJ, King SJ, Dangerfield PH, et al. The atlantoaxial joint: physiological range of rotation on MRI and CT. // Clin Radiol. – 2002. – № 57. – P. 103–8.

16. Maigne J. Y., Mutschler C., Doursounian L. Acute torticollis in an adolescent: case report and MRI study // Spine. – 2003. – Vol. 2. – P. E13–E15.

17. Lustrin E.S., Karakas S.P., Ortiz A.O., Cinnamon J., Castillo M., Vaheesan K., Brown J.H., Diamond A.S., Black K., Singh S. Pediatric cervical spine: normal anatomy, variants, and trauma // Radiographics. – 2003 May-Jun. – № 23(3). – P. 539–60.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПАНТОПРАЗОЛА

Зима Д.В., Ивашев М.Н.

Крымский федеральный университет, Симферополь, e-mail: ivashev@bk.ru

Доклинические и клинические исследования новых препаратов должны отвечать требованиям доказательной лабораторной и клинической практике [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16].

Цель исследования. Установить эффективность использования пантопразола.

Материалы и методы исследования. Анализ данных клинической практики.

Результаты исследования и их обсуждение. Пантопразол активно подавляет продукцию в желудке соляной кислоты путем блокады протонного насоса в клетках слизистой желудка. Активное вещество трансформируется в активную форму в каналах стенок париетальных клеток и блокирует фермент Н-К-АТФ-азу, то есть на завершающей стадии синтеза соляной кислоты. У большинства больных облегчение симптомов наступает спустя 2 недели терапии. Как и другие ингибиторы протонного насоса (ИПП) и рецепторов H₂-типа, терапия препаратом вызывает понижение кислотности и рост содержания гастрина. Терапевтический эффект препарата при язвенной болезни в фазе обострения, эрадикации *Н. pylori* и рефлюкс-эзофагите сохраняется в течение 45–46 часов. Пантопразол активно абсорбируется, наибольшая концентрация в крови достигается уже после однократного приема. В среднем, наибольшая концентрация в крови наступает спустя 2,5 часа после применения. Метаболизм пантопразола проходит без участия изоферментов печени (конъюгация), что является несомненным преимуществом в сравнении с другими ИПП. При необходимости приема нескольких препаратов для одновременного лечения комплекса заболеваний наиболее безопасен среди ИПП пантопразол. Назначали пантопразол (торговое название санпразол) пациентам с рефлюкс-эзофагитом в дозировке 20 мг в сутки, курсом от 4 до 8 недель с выраженным терапевтическим эффектом. Рецидивы регистрировали в 10% случаев, что при-

водило к временному увеличению дозировки до 40 мг в сутки.

Выводы. Пантопразол эффективен при рефлюкс-эзофагите при курсовом приеме.

Список литературы

1. Анальгетическая активность отваров коры и однолетних побегов ивы белой / О.О. Хитева и др. // Успехи современного естествознания. – 2012. – № 2. – С. 51–52.

2. Биологическая активность чернушки дамасской / А.В. Сергиенко и др. // Аллергология и иммунология. – 2011. – Т. 12. – № 3. – С. 298.

3. Влияние дибикора и таурина на мозговой кровоток в постшемическом периоде / А.К. Абдулмаджид и др. // Фармация. – 2009. – № 1. – С. 45–47.

4. Влияние глюкозы на системную и центральную гемодинамику бодрствующих животных / С.А. Рожнова и др. // Депонированная рукопись № 741-B2003 17.04.2003.

5. Влияние жирного масла чернушки дамасской на липидный спектр плазмы крови крыс при моделированной хронической сердечной недостаточности / А.В. Сергиенко и др. // Современные наукоемкие технологии. – 2012. – № 8. – С. 42–43.

6. Влияние метронидазола и ликопида на экспериментальное воспаление / А.В. Сергиенко и др. // Кубанский научный медицинский вестник. – 2009. – № 8. – С. 68–74.

7. Ивашев М.Н. Йодинол и лихорадка Эбола / М.Н. Ивашев, В.С. Афанасов, А.В. Сергиенко, Е.Г. Чечулин // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 11–3. – С. 125–126.

8. Изучение раздражающей активности масляного экстракта плодов пальмы сабаль *in situ* на хорион-аллантоисной оболочке куриных эмбрионов / А.В. Сергиенко и др. // Современные наукоемкие технологии. – 2012. – № 12. – С. 28–29.

9. Исследование репаративной активности экстракта жирного масла шиповника при моделированном ожоге у крыс / Е.Е. Зацепина и др. // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 3. – С. 122–123.

10. Клиническая фармакология ацетилцистеина / М.Н. Ивашев и др. // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 5. – С. 116–117.

11. Клиническая фармакология карбапенемов / А.В. Сергиенко и др. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 8–3. – С. 138.

12. Клиническая фармакология лекарственных средств, для терапии анемий в образовательном процессе / И.А. Савенко и др. // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – № 8. – С. 132–134.

13. Клиническая фармакология низкомолекулярных гепаринов / А.В. Сергиенко и др. // Современные наукоемкие технологии. – 2013. – № 3. – С. 92.

14. Кодониди И.П. Компьютерное прогнозирование биомолекул / И.П. Кодониди и др. // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – № 11–1. – С. 153–154.

15. Оценка биохимических показателей крови крыс при курсовом применении масляного экстракта плодов пальмы сабаль / А.В. Савенко и др. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 11. – С. 14–15.

16. Экстракт жирного масла арахиса и его адаптивно-репаративная активность на модели ожога / Е.Е. Зацепина и др. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 12. – С. 99–100.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Казарин Б.В., Звягинцев С.В.

ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава Российской Федерации, Краснодар, e-mail: BorisVK2002@yandex.ru

При выполнении государственной программы Российской Федерации, «Развитие здравоохранения» [7], значительное внимание уделяется вопросам эффективного управления процессом