

Речкина Т.И., Иванникова О.Э.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЯГКИХ ТЕХНИК МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ РОДИЛЬНОГО ДОМА

В статье описан опыт применения мягких техник мануальной терапии у новорожденных, дана оценка их эффективности.

Ключевые слова: мануальная терапия; новорожденные.

Rechkina T.I., Ivannikova O.E.
Municipal Clinical Hospital N 3,
Kemerovo

DATA ON USING ON USING SOFT TECHNOLOGY OF MANUAL THERAPY IN THE NEONATE IN MATERNITY HOSPITAL

The article presents data on using soft technology of manual therapy in the neonate in maternity hospital, evaluates its efficiency.

Key words: manual therapy; neonate.

Актуальной проблемой детской неврологии является патология нервной системы, возникающая в перинатальном периоде (чаще антен- и интранатальном). Изучение особенностей механизмов родового акта показало, что в процессе родов нередко создаются предпосылки для повреждения шейного отдела позвоночника, и возникающая при этом неврологическая симптоматика подтверждает данный факт [1-3].

Анализируя заболеваемость новорожденных, прошедших лечение в палате интенсивной терапии родильного дома, мы пришли к выводу, что каждый второй новорожденный, нуждавшийся в проведении интенсивной терапии, имел клинические проявления спинальных поражений на шейном уровне.

В результате механической травмы или нарушения кровообращения в спинальных двигательных сегментах у новорожденных формируется разнообразная клиническая симптоматика [2, 3]: кривошея — у 80 %, ограничение поворотов головы — у 60 %, асимметрия лица — у 53 %, болевой синдром — у 80 %, синдром гипервозбудимости — у 94 %, син-

дром дыхательных расстройств — у 44 %, тонусные нарушения в виде гипертонуса в сгибателях конечностей (скованность позы) — у 29 %, гипотонии в сгибателях рук и гипертонуса в сгибателях ног — у 55 % или диффузной мышечной гипотонии — у 16 %.

Все дети родились при осложненном течении родов, наиболее часто встречались несоответствие размеров плода родовым путям матери, большая масса плода, кесарево сечение (особенно экстренное), тугое обвитие пуповиной вокруг шеи, тазовое предлежание, дистоция плечиков.

Недостаточно изученным является вопрос о раннем проведении мануальной коррекции у новорожденных. Возможность использования мягких техник мануальной терапии для лечения новорожденных отмечалась в ряде работ [4-6].

Отбор детей для лечения методом мануальной терапии проходил в 2 этапа. Первый этап включал: — осмотр врача-неонатолога с целью постановки клинического диагноза. Из исследования исключались новорожденные с соматической патологией, проявляющейся грубыми расстройствами функции дыхания и сердечно-сосудистой системы, с тяжёлыми внутриутробными инфекциями (пневмония, менингоэнцефалит и др.), нарушениями гемостаза. Также противопоказанием являлись судорожный синдром, перелом ключицы, костей черепа, внутричерепные кровоизлияния;

Корреспонденцию адресовать:

Речкина Татьяна Ивановна,
650061, г. Кемерово, ул. Н. Островского, 22,
МУЗ «Городская клиническая больница № 3
им. М.А. Подгорбунского»,
E-mail: vitas_1999@mail.ru

- осмотр врача-невролога для оценки неврологического статуса, определения показаний к мануальной терапии. Обязательной была оценка дисэмбриогенетических стигм: строение и расположение ушных раковин, гипертелоризм, прогнатизм, кожные стигмы и т.д., как косвенных признаков возможной аномалии развития позвоночника и краниовертебрального перехода; дети с подозрением на аномалию развития позвоночника также исключались из исследования;
- УЗИ шейного отдела позвоночника проводилось всем детям, патология была выявлена у 60 % новорожденных в виде блокировки C₀-C₁, нестабильности C₂, C₃, C₄ позвонков с сужением субарахноидальных пространств, отека в шейном отделе позвоночника.

2 этап включал мануальное тестирование. В ходе мануального тестирования у подавляющего большинства детей выявлены признаки блоков, чаще всего ротационных (C₀-C₁, C₁-C₂ — в 84 % случаев; C₆-C₇, Th₁-Th₂, Th₃-Th₄ — в 16 %).

В лечении использовались мягкие, атравматичные методы мануальной терапии, исключающие рывковые движения (миофасциальный релиз-расслабление (МФР), тракция, атравматичные манипуляции).

Мягкие мануальные техники отличает ряд особенностей, и наиболее значимые — это минимизация силы и продолжительности не прямых техник воздействия с акцентом на мышечно-связочные структуры и ориентацией на максимальное расслабление и исключение прямых воздействий на такие патологические симптомы, как напряжение, гипертонус, боль. Они не вызывают неприятных, а тем более болевых ощущений, и не форсируются. Эффективность мягких мануальных техник оценивается по расслаблению сегментарных тканевых структур и увеличению резервов общей и локальной моторики.

Количество процедур — от 2 до 4, что определялось патобиомеханической ситуацией, остротой процесса, компенсаторными возможностями организма ребенка, его конституциональными особенностями. Мягкими техниками мануальной терапии было пролечено 76 новорожденных. Лечение начиналось в первые-вторые сутки жизни.

Для определения преимущества различных методов лечения все новорожденные были распределены на 2 группы: основная — 76 детей, группа сравнения — 50 детей. В основной группе новорожденные однократно при поступлении в палату интенсивной

терапии получали обезболивающую терапию (парацетамол в виде ректальных свечей), далее — лечение мягкими мануальными техниками. В группе сравнения проводилось стандартное консервативное лечение, включавшее противоотечную, обезболивающую терапию и иммобилизацию воротником Шанца.

На 5-7 день после рождения проводилась оценка эффективности лечения на основании купирования клинических симптомов: болевого, гипервозбудимости, кривошеи, синдрома дыхательных расстройств, ликвидации функциональных блоков и ультразвуковых признаков поражения шейного отдела позвоночника.

В основной группе новорожденных, получавших мануальную терапию, нормализация неврологического статуса наблюдалась в 60 % случаев, в группе сравнения — в 35 %, улучшение клинической картины в основной группе отмечено в 40 % случаев, в группе сравнения — в 65 %.

Средний койко-день пребывания в палате интенсивной терапии у детей, получавших мануальную терапию по поводу спинальных поражений на шейном уровне, составил $1,6 \pm 0,02$ дней, тогда как, новорожденные, получающие традиционную терапию, находились в ПИТ, в среднем, $3,4 \pm 0,05$ койко-дня.

Таким образом, применение мануальной терапии у новорожденных способствует более быстрому купированию неврологических симптомов, снижению затрат на медикаментозное обеспечение, сокращению сроков пребывания ребенка в палате интенсивной терапии, более ранней выписке новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бадалян, Л.О. Детская неврология /О.Л. Бадалян. — М., 1984. — 576 с.
2. Ратнер, А.Ю. Неврология новорожденного /А.Ю. Ратнер. — М., 1995. — 368 с.
3. Хасанов, А.А. Родовая акушерская травма новорожденного /А.А. Хасанов. — Казань, 1992. — 122 с.
4. Основы мануальной диагностики новорожденных и детей грудного возраста /В.И. Александров, В.С. Гойденко, В.И. Котенева и др. //Мануальная терапия. — 2003. — № 2. — С. 28-34.
5. Беляев, А.Ф. Лечение и реабилитация детей с перинатальными повреждениями методами мануальной терапии /А.Ф. Беляев, Н.А. Карпенко, С.А. Семашко. — Владивосток, 2007. — С. 52.
6. Холкина, Г.Ф. Методологические проблемы мануальной терапии в неонатальной вертеб্রологии /Г.Ф. Холкина //Мануальная терапия. — 1991. — № 2. — С. 3-5.

Сведения об авторах:

Речкина Татьяна Ивановна, мануальный терапевт, врач невролог-неонатолог Родильного дома МУЗ «ГКБ № 3», г. Кемерово, Россия.

Иванникова Ольга Эдуардовна, врач неонатолог Родильного дома МУЗ «ГКБ № 3», г. Кемерово, Россия.

* * *