

метов I, II, III пальцами II палец неожиданно устанавливается в положении вынужденного сгибания, палец как бы застревает и только при дальнейшем напряжении II пальца или при его пассивном шевелении другой рукой он рывком "выходит" из этой позиции. Вначале диагностировали "стенозирующий" лигаментит сгибателя II пальца левой кисти. Только тщательное обследование позволило поставить правильный диагноз.

28.04.1995 г. выполнена операция по описанному выше методу. Произведена трансартикулярная фиксация пястно-фалангового сустава II пальца спицей на 3 недели с последующим физиотерапевтическим лечением. Осмотрен через 6 месяцев — функция II пальца полностью восстановлена.

Закрытое повреждение небольшого анатомического образования (апоневротического паннуса) на тыле II и V пястно-фалангового сочленения может серьезно нарушить функцию указанных пальцев. Только сопоставление анатомо-топографических повреждений сухожильно-связочного аппарата кисти с клиническими их проявлениями с учетом биомеханики сухожильного аппарата пальца позволяет своевременно диагностировать эти повреждения и провести адекватное хирургическое лечение.

УДК 618.596 : 616—053. 31—001 : 616.8—085.82

#### **Э.С. Алексеева (Чебоксары). Опыт лечения детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы методом восточного массажа**

Мы проанализировали эффективность лечения детей с различными проявлениями перинатального повреждения центральной нервной системы (головного и спинного мозга) методом точечного, сегментарного и линейного массажа. С 1990 по 1991 г. проведено лечение 29 детям (мальчиков — 17, девочек — 12). От 4 недель до 3 месяцев было 5 детей, от 3 до 6 месяцев — 7, от 6 до 9 месяцев — 8, от 9 до 12 месяцев — 3, от одного года до 3 лет — 4, старше 3 лет — 2. От первой беременности родились 19 детей, от второй — 7, от третьей — 3.

В анамнезе детей отмечались различные отклонения во внутриутробном развитии: беременность на фоне угрожающего выкидыша и невынашивание (у 7 женщин), токсикоз I и II половины беременности (у 3), хроническая гипоксия плода вследствие плацентарной недостаточности (у 13), обвитие пуповины вокруг шеи ребенка (у 1), перенесенный грипп в I половине беременности (у 1).

У 4 детей выявлен отягощающий интранатальный период: безводный период в родах до 5 суток (у 1), наложение полостных акушерских щипцов (у 1), кесарево сечение (у 2). У 22 детей масса тела при рождении превышала 3000 г, у 6 — была менее 3000 г, у одного — менее 2500 г.

8 (27,6%) детей получили лечение по поводу перинатальной энцефалопатии смешанного генеза с гипертензионно-гидроцефальным синдромом, синдромом мышечной гипертонии, нижнего парализа. У всех этих детей выявлены следующие симптомы: тремор подбородка и рук, срыгива-

ние, положительный симптом Грефе, повышение тонуса в аддукторах бедер, сгибателях стоп, упор ножек с грубой ротацией стоп на наружный край, перекрест ног, положительный симптом тряски (голова запрокинута назад, при тряски за руки отсутствие первоначальной фазы разгибания конечностей, бедность мимики). На УЭГ установлено увеличение ширины основания (от 6,5 до 7—9 мм).

У 3 (10,3%) детей констатирована натальная травма головного мозга и шейного отдела позвоночника в форме синдрома гиперрефлекторной возбудимости, спастического тетрапареза.

Натальная травма шейного отдела спинного мозга, выявленная у 9 (31%) детей, проявлялась нистагмом (у 70%), симптомом Грефе (у 95%), вялыми парезами рук и ног (у 80%), стробизмом (у 50%), вялым параличом рук и ног (у 20%), гипотонией мышц спины (у 100%), акушерским параличом (у 16%).

Натальная травма поясничного отдела спинного мозга диагностирована у 2 (7%) детей: вялый смешанный парализ ног, отсутствие рефлексов опоры — у 100%, гипотрофия ягодичной мышцы — у 50%, атрофия мышц ног — у 50%, ограниченные активные движения — у 100%, паралитическая конская стопа — у 50%, угнетение рефлексов — у 100%.

Энцефалопатия поспигноксического генеза с парезом лицевого нерва со спастической кривошеей наблюдалась у 2 (7%) детей: одному из них лечение было начато в возрасте старше одного года, второму — в возрасте старше 3 лет. Следует отметить, что до этого времени детей не лечили.

Перинатальная энцефалопатия, двусторонняя косорукость диагностированы у одного ребенка.

Вялый монопарез, обнаруженный лишь на третий год жизни, отмечен у 2 (7%) детей. Весьма тревожит тот факт, что, несмотря на наличие у них в первые месяцы жизни перинатальной энцефалопатии, миотонического синдрома, парализа ног, они также не получили целенаправленного лечения.

У одного ребенка со спастическим гемипарезом в возрасте старше 2 лет в анамнезе была указана перинатальная энцефалопатия, по поводу которой лечение также не проводилось.

Внутриутробная хроническая гипоксия вследствие хронической плацентарной недостаточности и врожденная косопласть были диагностированы у одного ребенка. Консервативная терапия (гипсовой лонгеткой) в течение 7 месяцев оказалась безуспешной.

Всем детям был назначен восточный массаж. Один курс получили 8 (28%) детей, 2 — 7 (24%), 3 — 14 (49%).

После одного курса улучшилось нервно-психическое и физическое развитие: восстановился цвет кожных покровов, повысилась эмоциональная активность, усилились зрительно-ориентировочные и опорная реакции, снизился повышенный мышечный тонус, повысился пониженный тонус мышц, улучшилась или восстановилась двигательная активность. При спастической кривошее отмечалось свободное выведение головы в

среднее положение, при косолопости выведение стопы в среднее положение и восстановление опорной функции стопы.

После одного курса лечения стойкого лечебного эффекта не наблюдалось. Для достижения хороших и отличных результатов, а также закрепления лечения нами проведены второй и третий курсы лечения, а 20,7% детям, особенно с тяжелым течением заболевания и поздним восстановительным лечением, — и четвертый курс.

Эффективность восстановительного лечения определена нами при катанестическом наблюдении с оценкой нервно-психического и физического развития. У всех детей, леченных восточным массажем, физическое развитие соответствовало при обследовании в катанезе возрастным нормам. Дети начинали переворачиваться со спины на живот с 5 месяцев, с живота на спину — с 6, активно ползать, самостоятельно сидеть — с 6—7, стоять самостоятельно — с 11, ходить — с 12 месяцев. Быстро появлялся “комплекс оживления” в ответ на эмоциональное общение с первых дней начала восстановительного лечения: с 4 месяцев дети начинали узнавать мать, с 5 — отличать близких людей от чужих по внешнему виду, с 6 — произносить отдельные слоги, с 8 — выполнять разученные ранее движения, например “ладушки”, с 9 — подражать движениям других, узнавать свое имя, поворачивать голову на зов, с 12 месяцев — различать предметы по форме.

Таким образом, правильно проведенный восточный массаж позволяет добиться хороших и отличных результатов почти у всех детей независимо от тяжести поражения центральной нервной системы. Точечный, линейный и сегментарный массаж как метод восстановительного лечения следует начинать на ранних сроках, не позднее двухмесячного возраста ребенка. Лечение должно быть комплексным и следовать за медикаментозной терапией или в сочетании с ней. Точечный массаж позволяет уменьшить или отказаться от назначения многочисленных лекарственных препаратов, провести профилактику лекарственной аллергии и подготовить детей к вакцинации.

УДК 618.2—083—082—039.57

**А.Н. Зотов, В.Б. Хенвен, А.Н. Дуткина, Ф.Г. Ахмерова** (г. Набережные Челны). Опыт работы кабинетов пренатального воспитания (дорожной педагогики) детских поликлиник г. Набережные Челны

Одной из основных задач службы детства и родовспоможения в сохранении здоровья будущего поколения является правильная подготовка семейной пары, особенно беременной женщины, к рождению будущего ребенка. За последние несколько лет эта проблема стала еще актуальней в связи с более выраженной тенденцией к росту числа патологических родов и осложнений беременности, обусловившей значительное сокращение числа новорожденных, со-

ответствующих 1-й группе здоровья. Рост числа больных новорожденных, особенно маловесных и недоношенных, требует больших затрат на их выхаживание.

Педиатрическая и акушерско-гинекологическая службы г. Набережные Челны предприняли попытку управлять состоянием здоровья будущих новорожденных. С этой целью с 1995 г. в двух детских поликлиниках (а с 1996 г. во всех детских поликлиниках и женской консультации) организованы кабинеты перинатального воспитания, или дородовой педагогики. Их штат включает врача (педиатра-невропатолога), медсестру (акушерку) и музыкального работника.

Сразу после постановки на учет в женской консультации беременную женщину направляют в кабинет пренатального воспитания детской поликлиники, где по специальному методу “СО-НАТАЛ” (автор М.Л. Лазарев, г. Москва) с ней начинают регулярные занятия. Этот метод представляет собой форму музыкальной стимуляции развития плода и новорожденного, а также способ снятия стрессов у женщин с помощью музыки. Занятия проводят специалисты кабинета и с помощью различных музыкальных произведений (колыбельных, народной, инструментальной, классической музыки) учат женщин (и не только их, но и их близких) общаться с будущим ребенком, помогают воспринимать беременность не просто как физиологический процесс. Практически все женщины не испытывают страха перед родами.

В течение 1995 г. пренатальным воспитанием были охвачены 307 беременных, причем регулярно занимались 50% женщин. 10,1% женщин посещавших кабинет пренатального воспитания, сами были инициаторами таких занятий, 22,8% — были направлены участковым педиатром, 39,4% — женской консультацией, 27,7% — работниками кабинета пренатального воспитания.

По срокам беременности женщины распределялись следующим образом: до 12 нед — 7,7%, от 12 до 28 нед — 36,5%, от 28 до 40 нед — 55,8%. Нами проведена оценка течения беременности, родов и состояния здоровья новорожденных у матерей, прошедших подготовку в кабинете пренатального воспитания в сравнении с женщинами контрольной группы без такого специального обучения.

В контрольной группе осложнения беременности (гестозы, преэклампсия, угрозы прерывания, токсикоз, анемия беременных, нефропатия и т.д.) составили 92,5%, среди женщин, получивших пренатальную подготовку, — 36%, роды без патологии — соответственно у 15% и 68%.

По состоянию здоровья новорожденные обеих групп, выписанные из родильного дома, распределились следующим образом: у женщин, посещавших кабинет пренатального воспитания, 24% детей были отнесены к 1-й группе здоровья, 76% — ко 2-й и ни одного — к 3-й, в контрольной группе — соответственно 3,7%, 70%, 26,3%.

После пренатального воспитания заболеваемость детей в возрасте до 6 месяцев оказалась в 2,5 раза ниже, чем в контроле; кроме того, пер-