

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ

Принципы реабилитации с позиции доказательной медицины

Детский невролог Островерхова Анна Максимовна

Надо сказать, что представления о реабилитации детей с ДЦП на постсоветском пространстве и в развитых странах отличаются.

У нас принято считать, что лечение ДЦП заключается в том, чтобы устранить поломку, которая привела к заболеванию. Если причина ДЦП кроется в поражении тканей мозга, то нужно в обязательном порядке «помогать» мозгу, пытаться «залатать» место поражения, назначая препараты, содержащие вытяжки мозга свиней и коров, обязательно «улучшать» кровообращение и сдабривать клетки мозга витаминами. Ну а физические методы реабилитации заключаются только в том, чтобы улучшить/развить нарушенную двигательную функцию, и включают в себя назначение массажа для снятия мышечного тонуса, пассивной гимнастики, дети постарше занимаются ЛФК с инструктором. Реабилитация детей до года выглядит примерно так: сначала массажист активно массирует напряженные мышцы (как правило, это приносит боль и дискомфорт ребенку, от которого он кричит и напрягается еще больше), а затем занимается гимнастикой с ребенком, пассивно сгибая/разгибая его конечности, делает упражнения, в которых у ребенка «ведомая» роль, т.е. те движения, которые совершает ребенок навязываются взрослым, а не исходят от ребенка. Выходит, что ребенок становится объектом, над которым совершаются разные действия.

При этом на эти действия тратится безумное количество родительских стараний, сил, эмоциональных и материальных затрат.

Но если сравнивать состояние после реабилитации наших детей с ДЦП и детей с такими же исходными данными в Европе, Америке или Австралии, то, честно говоря, закрадывается подозрение, что что-то мы делаем не так. Наша модель оказывается менее эффективной.

Современная модель реабилитации строится на других принципах.

1. Мы принимаем тот факт, что участок мозга, отвечающий за определенные движения, поражен и, скорее всего, на его месте уже ничего нет (киста с ликвором, например), мы не пытаемся «воскресить» эти клетки, вводя клетки мозга животных в анатомическую зону, находящуюся на совершенно противоположном конце туловища, улучшить кровообращение в тех участках, которых физически не существует. Также, мы принимаем тот факт, что клетки, оставшиеся в живых, абсолютно работоспособные и в них тоже не надо ничего улучшать, потому что они не пострадали и остались нормальными. И это не просто философские рассуждения и умозаключения. Это результаты исследований, которые не доказали эффективность (и к тому же безопасность) ноотропов и их с ними. НИКТО В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТ НООТРОПЫ В ЛЕЧЕНИИ ЧЕГО-ЛИБО.

2. Мы признаем тот факт, что человек существо достаточно ленивое и не будет пытаться делать то, в чем он не замотивирован. Можно сколь угодно долго пассивно совершать какие-то манипуляции с ребенком, но, если он не замотивирован в выполнении движения,

или оно выполняется с большим протестом со стороны ребенка, после окончания курса реабилитации этот навык вряд ли закрепится. Поэтому мы обязательно мотивируем ребенка к выполнению движения (например, массажист не просто умело переворачивает ребенка со спины на живот, управляя ногами ребенка, а рядом с ребенком кладется яркая игрушка, к которой он пытается дотянуться, т.е. создается мотивация, а уже в процессе взрослый может показать ребенку, как правильно совершить движение).

Другими словами, ребенок должен понимать, что и для чего он делает. И в целях курса реабилитации будет прописываться не «снижение тонуса в верхних конечностях и улучшение мелкой моторик», а конкретное действие, которые должен научиться выполнять ребенок. Например, «научиться подносить ложку ко рту, самостоятельно съесть 10 ложек каши». Для этого, несомненно, и с тонусом надо будет поработать, и с моторикой. Но это все будут вспомогательные вещи для понятной цели и с хорошей мотивацией.

Для реабилитации используются методы с доказанной эффективностью, вот исследование, которое помогает отделить зерна от плевел <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23962350>

3. Программа реабилитации пишется индивидуально для конкретного ребенка и не может быть одинаковой для детей даже одного уровня по GMFCS.

Мы признаем тот факт, что нет двух одинаковых детей с ДЦП. Даже если поражение абсолютно одинаковое и возможности движения тоже абсолютные одинаковые, скорее всего, это будут дети разные по темпераменту с разными условиями жизни. Один будет жить в многоквартирном доме с пандусом, и для него приоритетным будет держать равновесие, дотягиваясь до кнопки лифта, или снять трубку домофона и открыть дверь, а другой в частном доме, где актуальным будет научиться держать равновесие, проходя через мамин огород, и забираться по лестнице на второй этаж дома, например.

4. Заниматься с ребенком необходимо каждый день. Занятия со специалистами курсами очень важны, но будут малоэффективны, если не закрепляются каждый день. Реабилитация - это в первую очередь труд родителей, задача специалистов - помочь родителям создать программу и обучить родителей выполнять те задачи, которые они могут выполнять в повседневной жизни, не будучи специалистами.

Хочу привести прекрасный пример из книги «Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам» /Е. В. Семёнова, Е. В. Ключкова, А. Е. Коршикова-Морозова, А. В. Трухачёва, Е. Ю. Заблоцкис. Стр 294-297

Настя, двухлетняя девочка со спастической диплегией GMFCS II.

Сейчас Настя учится стоять у опоры и ходить вдоль опоры. Если считать, что «полезное» время вмешательства для Насти – только время контакта со специалистом, то мы получим следующее:

1–2 часа в день девочка будет заниматься упражнениями, направленными на улучшение стояния у опоры и обучение ходьбе вдоль опоры. Возможно, будут еще какие-то процедуры (массаж, физиотерапия (электролечение), костюмы и т.д.), но, как мы уже говорили, их эффективность сомнительна, поэтому их можно не считать. Возможно, будут еще 30–40 минут стояния в вертикализаторе. В сумме получаем максимум 3 часа. Остальное время Настя будет функционировать так, как она сейчас может, то есть играть, сидя на полу в положении W, ползать на четвереньках, самостоятельно вставать у опоры, подтягиваясь руками. В чем же проблема? Во-первых, при длительном нахождении в позе «W» Настя рискует приобрести специфическую деформацию бедра: при внутренней ротации бедер и их приведении нарушается взаимоотношения головки и шейки бедра с осью тела бедренной кости. Во-вторых, девочка не будет развивать реакции равновесия и ротацию туловища, так как в позе «W» таз наклонен назад, туловище «выключено» из поддержания равновесия, а ротация невозможна. В-третьих, Настя рискует закрепить наклон таза назад, что будет мешать ей сидеть в правильной позе – сидение с «круглой» спиной, в свою очередь, будет

ограничивать использование рук и развитие дотягивания и мелкой моторики. И наконец, поза «W» будет способствовать закреплению подошвенного сгибания в голеностопном суставе – в вертикальной позе это приведет к опоре на передний отдел стопы. Когда девочка самостоятельно встает около опоры, то обычно она «ложится» на опору, опирается на носочки и переразгибает колени. Это происходит из-за того, что часто Настя встает, опираясь на диван, а диван низкий и на него удобно прилечь, обеспечив себе максимальную площадь опоры. Кроме этого, при переходе из позы на четвереньках в позу стоя у опоры девочка подтягивается обеими руками. В этом случае происходит активация сгибательных паттернов и опора на всю стопу становится затрудненной. При опоре на передние отделы стопы и перемещении центра тяжести вперед (опора на диван!) происходит биомеханически закономерное переразгибание в коленных суставах. Все это приводит к риску закрепления опоры на передние отделы стоп и рекурвации коленных суставов, что будет значительно влиять на последующий образец походки.

Если мы примем новый взгляд на вмешательство и подумаем о повседневной жизни Насти как о дополнительном ресурсе для обучения движению, формированию правильных образцов движений, новых двигательных навыков и профилактике костно-мышечных осложнений, то мы получим следующую стратегию:

1 Необходимо ограничить сидение в позе «W» в течение дня. При этом Насте нужна приемлемая поза для самостоятельной игры на полу! Для этого можно использовать простое и эффективное приспособление (см. рисунок ниже).

2 Для того чтобы стоять вертикально, девочке необходимо много стоять в течение дня у опоры во время игр и некоторых активностей повседневной жизни. Например, умываться и мыть руки стоя, а не на руках у мамы. Опора должна быть на уровне груди Насти – в этом случае тело будет выровнено.

3 Для обучения перемещению в вертикальном положении Насте нужно ходить вдоль опоры и иметь возможность перемещаться внутри квартиры и на улице. То есть ребенку уже сейчас нужны правильно подобранные заднеопорные ходунки, и нужна возможность ходить в ходунках.

4 Для формирования правильной опоры на стопу и профилактики закрепления рекурвации коленного сустава Насте необходимы ортезы на голень и стопу. Этот ортез должен быть изготовлен индивидуально из материала, пригодного для ортезирования стопы!

5 Для обучения стоянию и ходьбе Насте нужно формировать такие компоненты движений, как опора и перенос веса на стопы, несение веса на ногах, разгибание нижних конечностей против действия силы тяжести, перенос веса на одну ногу. Вот это потребует активных усилий специалиста по физической реабилитации и обучения родителей.

Если мы посчитаем время, которое в случае следования данной стратегии можно будет считать временем вмешательства, то оно увеличится до 5–6 часов в день!

Прекрасный пример доказательной реабилитации в России <https://www.miloserdie.ru/article/dtsp-lechit-ne-nado/>

<https://www.facebook.com/physrehab/...>

Исследования методик лечения ДЦП по правилам доказательной медицины (с предоставлением ссылок на эти исследования), европейский консенсус по лечению детей с ДЦП, рекомендации крупных клиник <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cerebr..>