

РОДОВАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ (ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ)

Родовая травматизация (РТ) существовала во все времена и у всех народов. Можно много спорить о частоте встречаемости РТ, распространенности в разных странах, возможностях обратного развития, но то, что даже абсолютно нормальные, физиологические роды являются процессом травматичным для ребёнка, знают даже далёкие от медицины люди. И, в результате таких родов, рождаются дети без видимых повреждений, с минимальными проявлениями РТ или с такими, которые остаются с ребёнком на всю оставшуюся жизнь. Я могу отследить представление о РТ всего лишь за смехотворно малый период времени – 20 лет, но и даже за такой период времени сложилось впечатление, что данная проблема получила очень слабое и даже можно сказать поверхностное отражение в доступной современному врачу литературе. Родители же новорожденных детей вообще имеют представление о РТ, как средний американец о Центральной России, то есть практически никакое. Общаясь с большим количеством родителей, понимаешь, что часть их черпает информацию от педиатров в роддоме, часть от участкового врача, невролога поликлиники, часть копается в форумах. Но, скажу более чем определенно, что подавляющее большинство родителей не представляет себе всей широты и сложности проявлений РТ. Не в обиду сказано, но и большинство современных врачей-педиатров имеют довольно смутное представление о том, что это за зверь – «родовая травматизация».

Родовая травматизация – это сочетанный комбинированный процесс получения плодом и ребенком механических и гипоксических микроповреждений в процессе реализации всего родового процесса. В это определение попадает и комплекс неблагоприятных факторов, действующих на плод в перинатальном периоде, результатом чего является формирование строго индивидуальной неврологической конституции у каждого отдельно взятого новорожденного ребёнка. Термин «родовая травматизация» необходимо дистанцировать от уже знакомого всем термина «родовая травма», касаться которой в данном повествовании мы не будем.

Итак, попытаемся представить процесс в житейском понимании (то есть как это есть на самом деле, а не в литературе), но с разных точек зрения. Первая точка зрения (родители): беременность у мамы закончилась, наступили роды. Как протекала беременность-тема отдельная. На вопрос о течении беременности 8 из 10 отвечают – нормально. Начинаешь пытаться и узнаешь, что и угрозы прерывания были с госпитализацией и приемом базовых препаратов при угрозе прерывания (дюфастон, гинипрал, утрожестан), на ультразвуковом исследовании с доплер-эффектом была выявлена фетоплацентарная недостаточность, скакало артериальное давление, определялось мало,- или многоводие, в последнем триместре переносились респираторно-вирусные или урогенитальные инфекции, переносились острые и хронические стрессы. 10 из 10 мам на вопрос о профессиональных вредностях отвечают – нет, но у 5 из этих 10 до декретного отпуска была работа, связанная с профессиональным (более 28 часов в неделю) использованием персонального стационарного компьютера и системный блок с его электромагнитным полем располагался менее чем в полуметре от беременного живота. И многое, многое другое, к чему уже люди настолько привыкли, что это стало НОРМОЙ для течения беременности. При выяснении характера и механизма родов натыкаешься на стену практического отсутствия информации об этом. Создается впечатление, что над образом механизма родов лежит некое табу, довольствуешься только тем, что написано в выписном эпикризе из роддома или из отделения патологии новорожденных. Об этом ниже. Мамы характеризуют свои роды обычно с позиций долго-быстро, больно-терпимо.

Если не пытаться мам по конкретной схеме опроса, то приходится довольствоваться статистическими данными выписного эпикриза и их (мам) субъективными суждениями, а этого для врача-клинициста страшно мало, можно сказать ничего. Если ребенок родился с обычным весом, с обычной оценкой (8/9, 7/8) по шкале Апгар, адекватно сосёт, имеет более-менее адекватную двигательную активность, то педиатры в роддомах редко предъявляют какие-либо значимые претензии. Повторяюсь-я имею ввиду не грубую неврологическую патологию, видную невооружённым взглядом, а ту «мелочёвку», на которую и внимания не обращают и нередко на вопрос мамы о разнице по ширине глазных щелей следует ответ «Бывает...пройдет». То есть ребенок, к которому нет претензий в роддоме, выписывается домой с клеймом «здоров». А вот дальше, уже дома, реализуется старая совковая схема ведения ребенка первого года. Выглядит она примерно так: первичный осмотр невролога, ортопеда и иже с ними в 1 месяц. Родители покорно ждут до 1 месяца (даже если к ребенку появляются вопросы: беспокойство, срыгивания, плохой сон и т.д.). В месяц ребенка смотрит невролог, ортопед, хирург и... в 90-95% случаев к ребенку претензий не бывает. Как, впрочем, и выданных рекомендаций по правильному физиологическому ведению детей первых трёх месяцев жизни. Всё как-то проходит по старому советскому стандарту, без индивидуального подхода к каждому. Следующие два месяца проходят практически впустую, родители ждут трёх месяцев, когда надо показываться специалистам повторно. Ждут..., а время, необходимое для решения задач уходит. Но за эти два месяца к ребенку, как правило, возникают претензии: односторонний поворот головы, проблемы со стулом (запоры), повышение возбудимости, ухудшение качества сна, искривление туловища ребёнка в одну сторону, разные по ширине глазные щели, и т.д. На повторном осмотре все это выкладывается специалистам (невролог, ортопед). И вот тут начинается выставление диагнозов, в большинстве случаев тех, которые пугают родителей, но практически ничего не объясняющих с позиции топического диагноза: гипертензионный синдром, сегментарная недостаточность шейного отдела позвоночника, повышенная нервно-рефлекторная возбудимость, синдром вегетовисцеральных дисфункций, дисплазия тазобедренного сустава (один этот диагноз по своей сути может обелить волосы родителей). Ясно, что назначается терапия, которая по своей сути является очень субъективной и зависит от того, как конкретный невролог и ортопед видят эту проблему. Одни специалисты уповают на медикаментозную терапию, другие на физические методы реабилитации, третьи – просто на принцип «проходит всё, пройдет и это». Беда в том, что придя домой от того же невролога и еще раз прочитав назначения многие родители не торопятся их выполнять. Часто семейный совет, включающий бабушек-дедушек, решает, что из назначений невролога выполнять, а что нет. «Семейный фильтр» работает почти всегда и если семья решает, что назначения слишком агрессивны, то посещается альтернативный невролог, а то и не один, а потом выбирается самое удобное родителям назначение. Часто назначения детского невролога комментируют взрослые неврологи и врачи других (часто совсем непедиатрических специальностей). Часто и меня провоцируют на такие комментарии. Но тут, дорогие родители, принцип простой: невролог должен быть один, а если его назначения не устраивают – найдите в любых парижках и санкт-петербургах тех, кому вы реально поверите и не будете обсуждать их рекомендации.

В отношении (ФР) физической реабилитации (ЛФК, массаж и т.д.)– тема отдельная. Большинство родителей к ФР относятся механистически. Сразу после трехмесячного приема начинаются поиски специалиста по лечебной физкультуре и массажу. Родители реально в нерве, ибо на приёме у невролога их настроили на срочность («чем скорее, тем лучше»). Тут родители сталкиваются с тем, что у давно работающих в этой сфере специалистов километровые очереди в несколько месяцев, а свободны только спорадические специалисты, студенты и молодые медсёстры. Однако рынок этих услуг сейчас довольно богат и специалист находится. Замечено, что в 90-95% случаев рынок

«массажных» услуг представлен в основном советскими схемами классического массажа по канонам Ирины Красиковой, классической лечебной физкультуры и работы на фитболе. Причем, занятия на фитболе считаются некой изюминкой. Никто не спорит, всё это очень полезно и несомненно оказывает благотворное влияние на развитие ребёнка, но еще раз хочу заметить, что в данной статье речь идет о реабилитации микротравм, накладывающих отпечаток на формирование физической конституции. Но, очень часто на мелочи внимание не обращается (например – односторонний поворот со спины на живот, неправильная (порочная) схема ползания в партере, неправильное вставание, скошенный таз (отдельная большая тема) и т.д. В этой ситуации родители находятся в «ножницах»: с одной стороны ФР ребенка оценивается по неким табличным данным советского образца, с другой стороны родители и специалисты сталкиваются с тем, что современный ребёнок несколько отличается по физическим навыкам от ребёнка пятидесятилетней давности. Тут понятно желание родителей «впихнуть» ребенка в рамки советского типа ФР. Люди забывают о том, что сравнивать по ФР современного ребенка и ребенка пятидесятилетней давности несерьезно, даже в силу большего процента травматизации в родах (по некоторым данным 50% против 90-95%). Но у нас в стране в большинстве случаев случается именно так, ибо физическое развитие требует оценки, привязки к каким-то срокам. Во всех педиатров и советской эпохи и современных вложена табличная схема физразвития образца середины шестидесятых годов (поворот со спины на живот в 3 месяца, ползание – в 6 мес., ходьба с 1 года). Привязка к конкретной схеме – это правильно, но вот маленький нюанс – зарубежные схемы несколько иные (поворот со спины на живот к 6 мес., ползание – к 9-10 мес., ходьба к 1,5 годам). Получается – кто неправ? Мы или они? Здесь не будет правых и неправых, дети то одинаковые и примерный процент травматизации в родах одинаковый, вот только отношение к физическому развитию разное. В Европе я слышал фразу: «никто не имеет права навязывать ребенку то движение, которое он не делает сам. Это нарушение его прав». Исходя из такой демократии зарубежные физиологи за эти же пятьдесят лет просто подняли планку нормы и всё стало просто. Это как с пенсионным возрастом: как уменьшить число пенсионеров в стране? Да просто поднять пенсионный возраст и всё будет просто. Просто – да, но только не у нас в стране, где существуют вот такие «ножницы» между физразвитием ребенка и табличными данными. Повторяю, в нас твердо сидит «советская» схема развития и в ближайшее время от нее не отойдут. А может правильнее было бы и не отходить от нее совсем, а просто внимательнее присмотреться к тем многочисленным мелким моментам, которые и мешают нашим детям рождаться, расти и развиваться так, как рождались, росли и развивались наши отцы, деды и прадеды. К тем моментам, которые раньше (100-200 лет назад) были важными, а с внедрением, с начала 20 века, «поточного родовспоможения» постепенно отошли на второй и даже третий план. Итак, у ребёнка начинается физическая реабилитация, попросту массаж, ЛФК и иже сними. Интересно заметить, что очень большое количество родителей, да и врачей-педиатров различают эти понятия: массаж и лечебная физкультура (ЛФК). Часто слышишь: «в этом кабинете нам делали массаж, а потом мы шли в другой кабинет на ЛФК». Я, честно говоря, никогда не понимал как можно разделять эти технологии во времени. В моём понимании приём массажа делается для совершения упражнения ЛФК, а за ним в свою очередь идёт вновь приём массажа. Впрочем это игра слов и борьба технологий. Главное, что бы был эффект лечения. Вот в этом вся и соль. Я часто родителям задаю старую восточную загадку: сколько сторон у монеты? Ответ почти всегда – две. Вот в этом и ошибка. Последствия родовой микротравматизации – это та же монета. Передняя сторона – это то, что в РТ видно хорошо и с самого рождения, задняя – это то, что проявляется хорошо в аппарате движения в течении первого, ну и второго года жизни. Но есть еще две стороны, про которые большинство не догадываются. Боковая сторона – проявляется через два, три года после рождения. Это прежде всего речь. Нарушение формирования речи – это настоящий бич для современного ребенка. Очередь

к логопедам и в логопедические сады растет с каждым годом. Но очень трудно доказать родителям и специалистам, что патология речи есть прямое следствие действия тех микрофакторов в родах, которые были практически не видны. К сожалению есть и четвертая стороны монеты, про которую не знают почти никто. Это распил монеты. Эта сторона проявляет себе еще позднее, после трех-пяти и далее лет. Это, так сказать, тонкие интеллектуально-мнестические составляющие, позволяющие сформировать образное, абстрактное, логическое мышление, сформировать образ человека, позволяющие ему стать или интеллектуалом или склонным к монотонному физическому труду. А вот тут, господа-товарищи мы уже выходим на совершенно новый уровень понимания момента, который мы должны просто понимать, а заниматься воплощением этого момента должны наши государственные мужи, разрабатывая долгосрочные программы интеллектуального развития целой нации. Вот этим- то в последние пятьдесят лет мало кто озадачивался, в отличие от большинства высокоразвитых стран. Но это была притча о монете. В нашей стране процесс реабилитации родовой травматизации напоминает бег за уходящим поездом. Образно говоря, как ребенок рождается, поезд отходит от перрона и мы бежим за ним весь первый год жизни ребенка. В конце первого года мы вскакиваем на подножку последнего вагона и еще семь – десять лет идем к голове состава. Да-да, я не оговорился – семь-десять лет. Многие родители считают, что процесс реабилитации заканчивается с началом самостоятельной ходьбы, то есть в конце первого года. Нет, к сожалению, довольно часто – в конце первого класса, когда Вы (родители) поймете, что ребенок по физразвитию не отстает от сверстников, вербальное общение со сверстниками и преподавателями не страдает, интеллектуально ребенок не отстает от среднего одноклассника. Вот тогда можно выпить первую рюмку коньяка.

Но, вернемся к массажу и ЛФК. У многих родителей сформирована идея, что на первом году «массажей» надо именно три курса. Чаще всего –да и эти курсы целесообразно привязывать под конкретные двигательные схемы: три-четыре месяца – схема поворота со спины на живот, шесть – семь месяцев – схема ползания на четвереньках и присаживание, девять-десять-одиннадцать месяцев – схема самостоятельной ходьбы. Но довольно часто для достижения этих схем требуется проводить не один курс, а два или три, так как развитие навыка того же ползания в партере (четвереньки) во многом зависит от степени готовности (зрелости) мышечного тонуса к этой самой схеме. Поэтому курс может быть и не 10 занятий (как привыкли многие), а 15 и 20. А может быть и 10 с двухнедельными или месячными перерывами. Это решает тот, кто проводит курс, опять же ориентируясь на степень зрелости мышечного тонуса под конкретную схему. Жёсткую (или вялую) мышцу с незрелым тонусом можно мять до «апрельских снегов» — она не ответит. Значит, есть смысл прерваться в нагрузке и, оставив родителям рекомендации на межкурсовой период, вернуться к этой схеме через промежуток времени, который определяется специалистом индивидуально. Отдельно хотелось бы остановиться на других моментах физической реабилитации. В назначениях неврологов, ортопедов и педиатров в основном звучит трактовка «общий массаж №(числом)10». Значит другие методы реабилитации родители подбирают сами. А как сами? Да по совету родственников, друзей, знакомых, короче кого угодно, но только не тех, кто это должен делать по рангу службы. Чаще всего это происходит так. Мама маленьких детей естественно общаются друг с другом. Информация о своих детях передается, как правило, в рамках тех или иных достижений конкретного ребёнка, причем в этом же контексте идет информация о том, кто с ребенком занимается, куда ходят. Вот тут и выплывают альтернативные схемы реабилитации: 1) Плавание. Что тут скажешь? Плавание всегда хорошо. Плавание с ребенком первого года проводится либо в бассейне (в Твери их три), либо дома в ванне (джакузи). И в том и в другом случае лучше работать с инструктором, имеющим навыки работы в воде. Я всегда спрашиваю: «как долго планируете заниматься плаванием?». Ответ: «на первом году и далее...». Но в реалии плаванием в бассейне или ванне дома занимаются в лучшем случае

в пределах первого года, а чаще заканчивают и раньше. Причин много: далеко ездить, ребенок болеет и т.д. 2) Остеопатия. Это отдельная большая тема. Метод реабилитации в нашей стране сравнительно молодой, насчитывает от 10 до 15 лет в зависимости от региона (в Москве и Санкт-Петербурге и несколько раньше). Отношение к остеопатии в разных кругах медицины разное. Как я понял, большинство ортодоксальных врачей относится к остеопатии нейтрально-скептически, считая эту науку схоластической, несерьезной. В этой связи у родителей новорожденных детей информации о остеопатии еще меньше. Из 100 родителей четко представляют что это за зверь 5-6 человек, еще 20 где-то слышали, остальные вообще не слышали никогда об этой науке, известной на Западе аж со второй половины 19 века. Многие родители отождествляют остеопатию с мануальной терапией («где шейей хрустят») и откровенно боятся. Я проводил сплошной опрос мам, побывавшим с ребенком на приеме остеопата и выяснил, что 9 из 10 мам узнали о остеопатии от знакомых, друзей, родственников. Крайне редко информация идет от врача. Но, несмотря на низкую информированность, остеопатия в нашей стране набирает силу. Мне, как клиницисту, плотно работающему в системе государственного родовспоможения и интенсивной терапии новорожденных горестно от того, что остеопатия в нашей стране (да и за рубежом) коммерциализирована на 100%. Понять это можно – длительное, очень дорогое обучение, большие временные затраты, ясно, что всё это надо окупать. Но именно коммерциализация отрывает остеопатию от реальной системы реабилитации. Конечно, остеопаты могут не согласиться со мной, но позволю напомнить слова отца остеопатии Эндрю Стилла **«То, что можно сделать сразу после рождения за 2 минуты, через день можно сделать за 30 минут, через месяц — за 3 месяца»**. А кто пустит остеопата в роддом? Никто, пока остеопатическая коррекция микроповреждений в родах не станет государственной национальной доктриной. Так или иначе, но приходишь к выводу, что навыками остеопатической коррекции должен обладать неонатолог в роддоме или существовать специально выделенная ставка в том же роддоме для остеопата. Но диагностика и коррекция должны осуществляться тотально и в рамках родового сертификата, то есть бесплатно для родителей (да не обидятся на меня коллеги-osteопаты). Но, пока всё это фантастика и даже не научная. Ведь, что бы ввести ставку остеопата в роддоме, надо доказать акушерскому, да и педиатрическому сообществу, что подавляющее большинство родов сопровождаются микроповреждениями на уровне костей черепа, позвонков, крупных суставов, костей таза и т.д. А это пока глухая дискуссия на долгие годы. Да и не нужно это никому, ни остеопатам, ни акушерам, ни государственным мужам. Так, что пока остеопатия – это больше МОДА, как впрочем, и другие альтернативные схемы реабилитации. Я имею в виду уже «экзотику»: динамическую гимнастику, юмейхо (сайонджи)-терапию, гирудотерапию, тайский массаж, и иже с ними. Каждый отдельно взятый метод хорош сам по себе, но нет системного отбора пациентов (детей с РТ), нет отбора этих методов по реальной необходимости. Ведь часто слышишь от родителей такую трактовку вопроса: «...у меня подруга ребенка возила на тайский массаж». «Ну?». «А нам надо?». Данный вопрос может быть и в отношении других методов реабилитации. Что тут ответить? Сказать «да»-глупо, к тому же – реклама, сказать «нет»-тоже глупо, к тому же контрреклама. Всё же коммерциализировано, за всем же рубль, да порой длинный.

А как я вижу идеал для системы реабилитации (тоже пока фантастика). В идеале должен существовать некий специалист (хорошо разбирающийся в тонкостях каждого метода реабилитации), предположим – это детский невролог некоего центра (или поликлиники). Он то и должен (индивидуально для каждого) составлять схему физической реабилитации хотя бы на ближайший квартал. Вот тогда родителям маленького пациента было бы ясно, что они делают на первом, втором и третьем месяце и далее, что за чем идет и как каждый метод влияет на течение неврологии конкретного ребёнка. Этот центр (назовем его реабилитационный) должен быть полугосударственным-полукоммерческим (я к

сожалению не силен в экономических терминах). Добиться 100% диспансеризации РТ возможно лишь, создав тотальное обследование ВСЕХ новорожденных через данный центр, где работают специалисты с одинаковой концепцией диагностики и лечения РТ. Вот тогда и не будет субъективного суждения специалистов, разбегания мозгов у родителей в поисках «добрых неврологов» и свободных массажистов. Вопросы о симптоматике микроповреждений у новорожденных рассмотрим в следующей части.

Титов И.Н. врач-педиатр высшей категории, специалист по лечебному массажу (ДГКБ№1, Тверь)