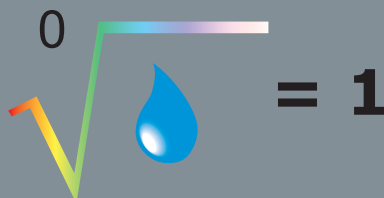


НИИ Клинической Реабилитации и Реабилитационных Технологий  
Научно-практический центр биомеханических методов  
восстановительного лечения и оздоровления «Золотая рецептура»



# ДЦП и биомеханика

д.м.н., проф. Блюм Е. Э.

Методическое пособие для родителей и  
врачей-консультантов

Часть I



*Я выбрал медицину осознанно, так как люблю жизнь, люблю своих детей и учу их тому, что умею, и понял сам. Мои дети – моя любовь и моя персональная ответственность.*

Проф. Е. Э. Блюм

# Содержание

Дети с диагнозом ДЦП не возникают вдруг!

Реабилитацию логично и правильно поделить на две ветви: адаптивную медицину и восстановительную медицину

Почему так много вариантов лечения ДЦП?

Моя профессия - биомеханика

Две стратегии, два принципа, два подхода к одной проблеме, к одному диагнозу

Нейродинамические звенья — звенья одной неразрывной цепи

## Дети с диагнозом ДЦП не возникают вдруг!

Это дети, которые появляются логично, закономерно, которые уже внутриутробно и сразу после рождения отнесены были к группе риска.

Как родителям, задолго до констатации ДЦП заподозрить, что угроза этого диагноза существует, и срочно, не дожидаясь, делать правильные выводы и принимать решения?

Если у матери были проблемы с зачатием, были аборты и выкидыши, если она долго лечилась от гинекологических проблем, принимала гормоны и противозачаточные, решила завести детей в возрасте, когда здоровье уже не то, если мать вела малоподвижный образ жизни, если сама рождена от «слабых» родителей. Достаточно вспомнить все вопросы, которые задавали врачи-гинекологи и педиатры, когда женщина забеременела, попала на сохранение, родила раньше срока, родила кесаревым сечением, родила — и сразу в реанимацию. Врачи спрашивали и убеждались что все логично, закономерно, ожидаемо...

Разберем логику порочного круга, в который попадает ребенок после рождения. Высока вероятность ДЦП если:

- родили недоношенного, с малым весом и попали в реанимацию
- травмировали в родах и попали в реанимацию
- родили с неврологическими симптомами и ребенок попал в реанимацию

Реанимационные или стационарные условия, даже на 2-4 недели,

даром не проходят — здесь жизнь ребенку спасут на 99,9 %, это высоко технологически и методологически оснащенная служба. Реанимация — лучшая служба в любой клинике.

Но! 2-4 недели и даже более в реанимации, где все делают ради спасения жизни, вычеркивают из развития ребенка это время с коэффициентом 1,5-2, то есть вместо полноценного развития, он борется: «быть или не быть».

Внимательно изучая недоношенного травмированного в родах или внутриутробно ребенка, зная биомеханические законы зачатия, плана развития органов и систем плода, зная законы развития ребенка после рождения, не сложно оценить ущерб, нанесенный здоровью на данный день его жизни. Можно



оценить последствия промедления и замешательства тех, кто долго думает и неуверенно принимает план действий. Не сложно также оценить эффективность назначенных лечебно-восстановительных мероприятий и сделать суммарные выводы и прогноз. Таким образом, врач, владеющий биомеханической и нозологической диагностикой, заключительные выводы поделит на две части:

1. сколько труда нужно вложить, чтобы исправить и стереть недоразвитие и посттравматические последствия с учетом уже упущенного времени.

2. сколько времени потребуется, чтобы после устранения последствий, нагнать дефицит общего биологического развития.

Для того, чтобы определить дефицит развития ребенка необходимо установить реальный биологический возраст и вычесть его из календарного. Даже тяжесть неврологического поражения и биомеханических дефектов не так принципиальна как давность и степень отставания от здоровых сверстников. Поэтому время и условия, необходимые для восстановления, измеряются именно исходя из дефицита развития.

**Пример №1.** Ребенку год, но он не сидит самостоятельно, не ползает, не стоит и не встает, не начинает ходить, но лежа на животе, свободно, высоко держит голову. Вывод: ребенку по календарю 12 месяцев, по биологическому развитию не больше 4, дефицит составляет 8 месяцев. Реально догнать отставание

от сверстников в наших биомеханических техниках к двум годам и восьми месяцам, задавая коэффициент наверстывания 1.3-1.35, при идеальных условиях работы.

Если хочется восстановить ребенка быстрее, но не обманывая физиологические и биологические законы природы, нужно обращаться сразу после рождения, не теряя времени. Чем меньше реальное биомеханическое отставание в развитии, тем короче и проще период восстановительного лечения.

Даже тяжесть неврологического поражения и биомеханических дефектов не так принципиальна как давность! Как отставание от здоровых сверстников!

Если не «отматывать» неврологические и биомеханические симптомы назад и не заниматься восстановительным биомеханическим лечением из-за отсутствия жела-



ния, понимания и возможностей, нужно просчитывать все щадящие варианты лечения как адаптации к статусу инвалида (описано в других разделах).

**Пример №2.** Ребенку 3-4-7 лет, он не ходит, не стоит, но ползает и сидит, при условии сохранной психики. Задача номер один биомеханических методов восстановительного лечения - не нагнуть сверстников полностью, а ровно сесть, ровно встать на две ноги, ровно и уверенно стоять на каждой ноге, восстановить перекосы и деформации таза, позвоночника, суставов. Снять спастичку и навестать биологический рост, пропорции и объемы. И в итоге научиться правильно шагать и ходить! Сначала с поддержкой за таз, затем самостоятельно на ровных ногах с ровной спиной, шейей, грудью, руками.

**Вывод:** когда дефицит физических нагрузок, отставание физического развития превышает 2-3 года, считать сроки наверстывания сверстников с коэффициентом 1,3 нереально, мы тогда получим 5-10 лет интенсивной работы! При таком позднем обращении нужно ставить задачу скромнее: сесть, встать, пойти, правильно, не инвалидным вариантом — как попало, криво, косо, на ходунках, таторах, в спецобуви.

Такой заказ на восстановительное лечение так же дело не быстрое. Тоже нельзя тренироваться вальяжно, и посещать центр по удобному и комфортному графику. Здесь не меньше методологических ограничений и противопоказаний.



Поэтому биомеханические методы восстановительного лечения — это сложный, ответственный выбор, доступный в реальных условиях, далеко не всем.

**Читайте тексты внимательно, соизмеряйте потребности и возможности, не теряйте времени на ошибочный выбор! Цена каждого потерянного месяца в развитии ребенка — это 2-3-4 месяца упорного труда по его наверстыванию.**

У каждого родителя есть свое личное видение, что для его ребенка хорошо, а что плохо. Врач только помогает в этом разобраться и сформулировать правильное понимание существующих проблем и вариантов их решения. Но последнее слово всегда за родителями. Они говорят: «Мы согласны! Это нужно улучшать, восстанавливать. Мы будем делать это вашими методами. А это — вторично, не обязательно, не принципиально!».

Биомеханический диагноз — это список отклонений от показате-

лей идеально здорового ребенка, а биомеханический метод восстановительного лечения - это способ последовательного наверстывания тех или иных отклонений данного ребенка до идеальной нормы. Вопрос только в том, когда родители оценят своего ребенка как приемлемо здорового, для того чтобы поставить точку в лечении.

Принципы расчета дефицита развития детей и понимание сроков работы биомеханическими метода-

## **Реабилитацию логично и правильно поделить на две ветви: Адаптивную медицину и Восстановительную медицину**

Адаптивная медицина и все ее методы имеют одну светлую цель – приспособить человека к тому реальному его состоянию, которое он имеет и научить в этом состоянии жить. Спокойно, смиренно, достойно и комфортно, исходя из реального качества остаточного здоровья и остаточных возможностей, не предъявляя обид, претензий к близким и обществу, не перекладывая на весь мир свои проблемы и потребности.

Именно адаптивная медицина помогает людям обрести себя, найти себя в том состоянии, в котором человек оказался. Это социальная реабилитация, трудовая реабилитация, семейная реабилитация, психологическая и психиатрическая реабилитация.

Адаптивное «лечение» детей с ДЦП должно быть нежным, добрым, гуманным, комфортным, потому что такого отношения требует любой

ми в нашем центре важны для того, чтобы родители, не теряя золотое время, как можно раньше начинали лечение. Раннее обращение – гарантия успеха!

И еще, если при расчетах получились долгие месяцы и годы, сделать для себя осознанный выбор – что реально для семьи: добрый и игровой вариант адаптивной медицины, или, все же, наши методики биомеханического восстановительного лечения.

инвалид и все, что делается – это чуть больше приспособить его к самообслуживанию и социальному контакту.

Существует шесть секторов в решении этой гуманной задачи:

1. препараты – они должны быть вкусными и в красивой упаковке.
2. операции – они все делаются без боли, под наркозом.
3. лангеты, ортопедическая обувь, ходунки – облегчают удержание ребенком позы и перемещения, они не должны тереть, давить, должны быть удобными, легко сниматься и одеваться.
4. массаж – должен быть приятным, успокаивающим и расслабляющим.
5. физические упражнения, обучающие навыкам самообслуживания и перемещения из тех возможностей, которые есть. Занятия должны быть организованы в виде игры, в группах, комфортно, весе-

ло, интересно, терпеливо. Для этих упражнений хорошо использовать костюмы, прыгалки, мячи, лошадей, дельфинов и прочие развивающие игрушки.

6. педагогические и логопедические, развивающие интеллект и речь занятия, где также все должно быть ласково, аккуратно, с учетом физических и психических особенностей ребенка.

В арсенале адаптивной медицины много самых разнообразных направлений и дисциплин. Адаптивная хирургия оперативно решает ряд реконструктивных переделок «сломанного» опорно-двигательного аппарата. Адаптивная физическая культура оптимизирует бытовые навыки теми частями тела, которые пригодны для усиления и переучивания. Адаптивная офтальмология подгоняет стекла очков под реальные возможности глаза.

Адаптивная медицина производит все, от слуховых аппаратов до биомеханических роботов, функционирующих от сигналов мозга. Целые конструкторские бюро и опытные производства, институты работают во всех направлениях адаптивной помощи людям, пораженными недугами. Реабилитационные выставки демонстрируют по миру успехи этой отрасли знаний и интересов.

Второй раздел – более оптимистичный, но более наукоемкий, трудо- и времязатратный: это восстановительная медицина. Ее задача восстановить «слабые» звенья здоровья биологическими механизмами самого организма. Помочь тканям обрести должное качество

и функцию, суставам – форму, соосность, работоспособность, позвоночнику – нормальную подвижность и физиологические изгибы.

Только биомеханический метод восстановления позволяет вылечить ребенка, устранить анатомо-морфологические нарушения, искривления, асимметрии, неврологические проявления отставания и болезни. И здесь нужно следовать логике и законам биологии и биомеханики. Втянуть, включить ребенка в режим необходимых нагрузок и тренировок, не причиняя ребенку боли и страдания, но четко следуя требованиям программы.

Наши методики очень сложны и для правильного понимания, и для технического исполнения, и для выполнения всех дисциплинарных требований. Биомеханика – дисциплина, не допускающая произвола, технических ошибок и неточностей. Здесь нужно сделать так, чтобы слабые мышечные группы накачивались, выравнялся мышечный баланс по силе и длине. А слабые мышечные группы плохо представлены в ЦНС, их большой не чувствует, не способен управлять ими, их контролировать, и только врач-методист знает какие мышцы, в каких укладках, в каких угловых нагрузках включаются, а инструктор умеет эти мышцы «включать» и качать.

Это сложно, для этого нужно много знать, иметь абсолютную биомеханическую память, абсолютное биомеханическое чувство, технику, доведенную до автоматизма. Биомеханический дар встречается

ся намного реже, чем абсолютный музыкальный слух. Но в музыке, кроме абсолютного слуха, нужно виртуозно играть на инструменте - биомеханик-инструктор - это человек с хорошим слухом и хорошей исполнительской техникой.

Врач-методист – это намного масштабнее. Он одновременно музыкальный теоретик - знаток законов. Он и композитор - умеет писать индивидуальные программы. Он и дирижер, умеет учить и контролировать музыкантов-инструкторов. Он и виртуозный исполнитель, универсальный инструктор, умеющий играть на всех инструментах, и знает все партии. А я лично, кроме всего, еще и автор всей теоретической, аналитической и прикладной биомеханики. Именно поэтому я не имею возможности каждому родителю ребенка с ДЦП, даже если он сам детский невролог, детский ортопед, нейрофизиолог, дать полный курс биомеханических дисциплин. Я могу на бытовом языке объяснить логику индивидуальной программы лечения и предложить самому попробовать себя в качестве инструктора. Среди родителей есть люди, локомоторно одаренные, именно им можно доверить самостоятельно работать дома под их личную ответственность.

Тем, кто биомеханически бездарен, мы предоставляем профессионального инструктора, который за родителя эту работу выполняет. А врач-методист инструктора обучает и контролирует.

Почему мы не сочетаем биомеханические техники и нейрофизи-

ологию, массаж и препараты? Да потому, что при биомеханических методах лечения это не нужно, излишне и даже вредно. Ведь если бы такое сочетание имело смысл, мы бы первые этим воспользовались в самом лучшем и эффективном варианте.

Вдумайтесь: играть на музыкальном инструменте просто - нужно только вовремя и с определенной силой и скоростью нажимать нужные клавиши. Но почему-то знаменитые исполнители полжизни этому учатся!

Цели и задачи двух направлений разные, методики разные и выбирать должен родитель. Сам пробовать, участвовать, сотрудничать, убеждаться, что это логично и эффективно.

Можно ли совместить эти два направления? Можно! Но сначала нужно полностью использовать все возможности восстановительной медицины, а потом уже с помощью адаптивной «доделать» оставшееся. После адаптивной, рассчитывать на восстановительную практически невозможно – либо время упущено, либо комплектность организма, его целостность нарушены. Именно по этой причине наш совет: решать и делать выбор должен родитель – он выбирает дорогу!

Рынок медицинских услуг и медицинской помощи детям с диагнозом угроза ДЦП (полинейропатия) и ДЦП делится на шесть секторов:

**Сектор №1 – медикаментозный, ДО ГОДА.**

А) Цель – по возможности стимулировать защитные и компенсаторные механизмы организма ребенка, пострадавшего во время зачатия, вынашивания и родов.

Б) «Подкармливать» ткани мозга и опорно-двигательного аппарата, чтобы он не испытывал дефицита в питательных и строительных веществах.

В) Снимать патологические сигналы и реакции со стороны нейромышечных структур и тем самым подавлять негативные реакции, давая дорогу положительному развитию и росту.

Именно эта идеология врачей-педиатров и детских невропатологов обязывает последних назначать на первом году жизни детям из группы риска БАДы, витамины, аминокислоты, стимуляторы обмена веществ, иммунитета, кровообращения, симптоматическое лечение.

**Вывод:** нет биомеханического понимания и анализа слабых звеньев развития и отставания. Нет, так как нет биомеханики ни теоретической, ни аналитической, ни прикладной в формате стандартного медицинского образования.

Если к году или чуть позже стало понятно, что часть детей скомпенсировалась, а часть – нет, нужно смело ставить диагноз ДЦП. Значит, мозг не смог развернуть свою программу нормального роста и развития и дальше точно ее не развернет. А врачебная помощь одним детям помогла в большей степени, другим – в меньшей. На этом этапе включаются сектора №2, №3, №4 медицинской помощи.

Хорошо, если ребенок в перспективе сможет передвигаться без вспомогательных приспособлений и операций. Если нет – нужно максимально ему в этом помочь:

сухожилия удлинить  
выступы срубить  
крышу тазобедренного сустава нарастить

мышцы надсечь  
слабый кривой позвоночник усилить металлом

нервы, дающие патологический сигнал, перерезать

надеть лангеты, корсеты, ортопедическую обувь

Это реальный сектор №2 максимально возможной реконструктивной адаптации к перемещению.

**Сектор №3.** Массаж любой по месту жительства в исполнении среднего медперсонала.

**Сектор №4.** Это реабилитационная педагогика – с учетом всех биомеханических дефектов все же научить ребенка ползать, сидеть, играть, выполнять тонкую локомоторную работу – есть, одеваться, умываться, пользоваться оргтехникой, держать равновесие на ходунках и дополнительной опоре.

**Сектор №5** – развивающая интеллект педагогика: игры и тренинги. Цель самая гуманная – расширить диапазон интереса и контактов.

**Сектор №6.** Это максимальная социализация и гуманизация родителей и ребенка. Это психолог, он добрый, общительный, понимающий ребенка специалист. Это иппотерапия и дельфинотерапия – лошади, дельфин большие, ловкие,

мощные, они помогают, они не обижают, с ними детям хорошо и весело. Дети видят и чувствуют любовь и опеку, и главное, все это, как и игры с мячами, прыгалками, развивают опорно-двигательный аппарат. Плюс солнце, свежий воздух, море.

Западная социальная защита, медицина, педагогика этих детей давно признали нормальными, но особенны-

ми и только опекают, помогают, организуют им досуг и общение.

Вот современная ситуация дел.

Вот шесть секторов, из которых родители имеют возможность выбирать лучший и понятный. Все они образуют единый замкнутый круг, где одно только дополняет другое, и нет противоречий ни между врачами, ни между врачами и родителями, ни между родителями.

## Почему так много вариантов лечения ДЦП?

И все эти варианты находят своих почитателей, ведь все лечатся и никто не сидит без дела. Причина в том, что большинство специалистов видит проблему под своим собственным углом зрения – это сектор обзора, часть от целого. Есть еще те, кто имеет точку зрения, но ко-

сит с энтузиазмом. Согласитесь, угол зрения все же лучше, чем точка, но хуже, чем кругозор (шутка).

Психологи смотрят на это заболевание через психику. Педагоги пробивают свой путь к интеллектуальным истокам. Неврологи убеждены, что причины в том, что пострадав-



шая нервная система «забыла» свою обязанность разворачивать программу спонтанного развития и роста ребенка. Забыла, не может или не хочет.

Ортопеды-хирурги понимают – то, что коротко нужно удлинять, выступы срубить, впадины заполнить. Если нельзя из своих тканей скроить и сшить, нужно применять современные высокопрочные материалы.

Ортопеды-консерваторы исправляют дефекты формы и длины стельками, вытяжением, гипсованием, корсетами, приспособлениями.

Мануальный терапевт смещения костей и позвонков вправляет.

Массажисты считают – застой плохо, нужен хороший дренаж, активный кровоток. Уплотнения – размять, растянуть, слабые мышцы – «привести в чувство», заставить проснуться и начать работать – их стимулируют током, болевым и интенсивным массажем: «Работать! Не лениться! Время уходит! Нужно многое наверстать!»

Терапевты понимают – мозг, если недоедает, недополучает качественных продуктов и энергии, не вырастет, не разовьется, не выздоровеет, поэтому клетки подкармливают, подпитывают, в изобилии снабжают уже готовыми строительными «кирпичами». «Только возьми готовое! Только съешь! Вспоминай свое предназначение и наверстывай, разворачивай свою биологическую программу. Только ты ее знаешь! Только ты ее помнишь!»

Комплексно лечить можно дву-

мя вариантами: либо в один Центр, под одну крышу всех специалистов собрать, либо в каждом Центре – разместить по одному-два. Тогда пациент объезжает Центры по графику: неделю здесь – две недели там, затем отдых – ждем результата, набираемся сил. И так годами, кругами.

Одни идут на поправку, другие живут надеждой, третьи впадают в пессимизм. Хотя шли к цели одними путями и тропами, те, кто был хуже, может оказаться лучше, а тот, кто вселял надежду и оптимизм не смог взять планку нижней границы нормы. ПОЧЕМУ?

Существует 300 факторов риска ДЦП. Но риск и угроза – это далеко не ДЦП, многие с честью эти риски преодолевают, компенсируются, адаптируются, наверстывают пробелы. В народе это называется «перерастет». Природа сама позаботится, главное не мешать. Но здесь – сколько голов, столько умов и мнений. Что считать помощью? Что считать помехами? Что считать не вредительством? Без понимания биологических законов развития, нет представления «что такое хорошо, а что такое плохо». Именно это первая причина того, что худшие выкарабкиваются, а лучшие часто тонут.

Все дело в том, что все медицинские дисциплины и науки изучаем и знаем, кроме теоретической, аналитической, прикладной биомеханики, биомеханики жидких сред, биомеханики полостей и пространств, биомеханической топологии. И анатомию, и фи-

зиологию, и нейрофизиологию, и топографическую анатомию, топическую рентгенологическую, ультразвуковую, физикальную диагностику. Именно этот пробел в знании биомеханики – причина неизлечимости биомеханических нарушений и отставаний.

*Анатомия и биомеханика – это две стороны одной медали.*

*Неврология и биомеханика – это две стороны одной медали.*

*Физиология и биомеханика – это две стороны одной медали.*

*Генетика и биомеханика – это две стороны одной медали.*

*Кровообращение, метаболизм и биомеханика – это две стороны одной медали.*

*Психология и биомеханика, педагогика и биомеханика, психиатрия и биомеханика – это две стороны одной медали.*

В итоге – биомеханика на одной стороне, а все остальные медицинские дисциплины – на другой, и каждая дисциплина – ее неотъемлемый сектор.

Все, что относится к биомеханике, лечится сложно, непонятно и не прогнозируемо. Все, что на другой стороне – давно исследовано.

Плохо дела обстоят только с биомеханическими дисциплинами.

**А ведь точный ответ дает только всеобъемлющее знание медицины.**

Только знание неврологии, метаболизма и биомеханики вкуче дает ответ, как лечить ДЦП. Только зна-

ние анатомии и морфологии дает ответ, как лечить сколиоз. Какой смысл продолжать, если биомеханику в медицине упустили?

Именно когда говоришь о биомеханике, биомеханических методах лечения, и врачи, и пациенты спрашивают: «Что это – массаж? мануальная терапия? тренажеры? физкультура? электроприборы?» Это что? Они даже не знают о чем речь, для них все, что не лекарство, не операция – это массаж, если не массаж, то физкультура, физиотерапия или манипуляции.

Все, что можно лечить без знания биомеханики лечится хорошо и прекрасно. На ура! Но те, где без знаний биомеханики никуда – лечатся хуже, а чаще всего совсем не лечатся.

Именно поэтому вся медицина, все ее направления лечат ДЦП, а прогноза и гарантий не видят. Сколиоз, остеохондроз также можно лечить, однажды начав, до полной инвалидизации. Про миопатии, рассеянный склероз, боковой амиотрофический склероз, последствия травм головы и позвоночника я уже не говорю! Биомеханика вообще ставит знания о человеке с головы на ноги, прямохождение и локомоторная свобода становятся фундаментом для качественной работы мозга и интеллекта. Становится понятно, что между прямохождением, вертикализацией, свободной локомоцией и разумом, речью – прямая связь, а не обратная. Сначала Прямохождение, а затем Здравомыслие, а не наоборот.

## Моя профессия – биомеханика!

Есть две базовые биомеханические дисциплины, на которых строится вся предыдущая и современная стратегия диагностики и лечения:

- анатомия в норме и патологии
- физиология в норме и патологии
- морфология в норме и патологии
- адаптация в норме и патологии
- компенсации в норме и патологии
- развитие организма в норме и патологии
- биохимия в норме и патологии
- биофизика в норме и патологии
- обмен веществ в норме и патологии
- восстановление тканей, функций, формы, пропорций в норме и патологии

На эти достаточно понятные фундаментальные медикобиологические знания каждый врач смотрит с высоты тех знаний и практических навыков, которыми он владеет. Так, хирург на анатомию, физиологию, морфологию, форму и функцию, развитие организма, адаптацию и компенсацию смотрит, как здесь можно приложить свои знания и навыки.

Врач, лечащий препаратами, хорошо их знает, понимает, чувствует, и везде будет применять продукты фарминдустрии. Массажист старается все лечить массажем, гомеопат – гомеопатией, мануальный терапевт – манипуляциями. И так далее. Что тут удивительного? Нужно это понимать и принимать как данность. Врач предлагает свой метод, а пациент – выбирает, за

исключением реанимационных мероприятий.

Моя профессия – биомеханика. Я лечу и совершенствую биомеханические методы лечения, реабилитации и оздоровления. Я в равной степени знаю анатомию и биомеханику, и глазами анатома смотрю на биомеханику человека в норме и патологии, а глазами биомеханика на анатомию, морфологию и физиологию человека в норме и патологии. Я хорошо знаю неврологию и глазами невролога смотрю на биомеханику в норме и патологии и наоборот. Я знаю педиатрию и законы физического и психического развития детей, и эти знания экстраполирую на биомеханику в норме и патологии и, наоборот – через биомеханику вижу закономерности нормального и патологического развития детей.

Мое преимущество - знание законов и аксиом биомеханики и методологии и техники этой малоизученной и маловостребованной пока! дисциплины. Дисциплины, которую пытаются понять физики, инженеры, физкультурники, он они далеки от биологии и, тем более, от педиатрии. Они не могут понять биомеханику с точки зрения анатомов, морфологов, физиологов и потому их биомеханика – это механика с приставкой «био», пригодная только для конструирования протезов, приспособлений и специальной мебели.

Мои биомеханические знания позволяют лечить, реабилитировать,

оздоравливать больных, составляющих «белые пятна» медицины – неизлечимых медикаментозно и хирургически. Это сложные для понимания патологии, если их не анализировать с точки зрения биомеханики и классических медицинских дисциплин:

- остеохондроз
- нейромышечные заболевания
- асимметрии развития и роста
- дисплазии хрящевой, костной, мышечной, соединительной, нервной ткани
- дефицит развития и биомеханические нарушения у детей первого, второго года жизни

Моя кандидатская диссертация – это биомеханические методы ле-

чения в неврологии и ортопедии, а докторская – на стыке двух дисциплин: патофизиологии и биомеханики.

Я не публикуюсь, но патентую десятки новых биомеханических способов лечения анатомических, морфологических и функциональных нарушений, возникающих у детей и взрослых на стыке вышеперечисленных дисциплин. Именно незнание врачами биомеханики не позволяет строить нам конструктивный профессиональный диалог. Но это их проблема, ведь врач обязан знать все естественные науки, даже если они не входят в вузовский перечень.



## Две стратегии, два принципа, два подхода к одной проблеме, к одному диагнозу

Адаптация к статусу инвалида со всеми его шестью секторами и биомеханические методы восстановительного лечения. Эти две стратегии несовместимы. Они отличаются друг от друга по идеологии, по конечной цели, по требованиям к каждому отдельному этапу. Не потому, что это некий формальный принцип и отчуждение, а только потому, что разные подходы, разные взгляды на патологические феномены, на прогноз, и на такие критерии как «хорошо/плохо», «можно/нельзя». Вот, к примеру, некоторые:

Для адаптивных методов: **если ребенок не сидит сам — его нужно сажать**, приучать, тренировать сидеть и он (ребенок) со временем научится, привыкнет, и будет сидеть, когда его посадят. А то, что сидит криво и неправильно — так это понятно и врачам и родителям, если бы сидел, стоял и ходил ровно, без поддержки, помощи и приспособлений, то и инвалидом бы не был — был бы нормальным. Так что **если не стоит — надо ставить**, так, как получается, помогать, подпирать, прикреплять — и со временем будет стоять. Надо только долго, настойчиво и методично тренировать. Ну и что, что ребенок не может — все равно **водить, помогать переставлять ноги, вырабатывать автоматизм шага**. Не держит голенистопопы — одеть лангеты или тутора; не держит колено — колено замкнуть и зафиксировать; не держит спина и тазобедренные суставы

- вес тела перегрузить на ходунки, костыльки, каталки и учить до тех пор, пока не полюбит, пока не получится и не научится ходить.

КАК эту «ходьбу» называть — не важно, главное, что ноги в опоре. Это лучше, чем в коляске и на руках. Если не удастся поставить ребенка из-за стопы — значит надо стопу прооперировать, из-за подвывиха бедра — оперируют тазобедренные суставы, если не держит спина — одевают корсет. Именно так, а не иначе. Никто не надеется, что операция поможет сделать сустав/стопу нормальной или лучше, чем было. Просто операции делаются от безысходности.

Когда лечение ведется по биомеханическим и биологическим законам все наоборот: **если сам не садиться и не сидит — то сажать нельзя!** Это говорит о том, что еще не достаточно накачали мышцы, еще не сформировали соотность суставных поверхностей, еще не исправили дефекты тканей и ребенок еще не готов! А значит надо ждать и работать, до тех пор, пока не придет время, для того чтобы самостоятельно, правильно, ровно, уверенно, без помощи и поддержки сесть. А если родители опережают события, «рвут и едят зеленые плоды» — будет только откат и вред. «Кривосидящий» ребенок растет и деформируется уже не только на уровне мягких тканей, но и на уровне позвонков, костей, суставных поверхностей и связочно-капсуль-

ного аппарата. Будете раньше времени сажать – нам и себе наделаете лишних забот и хлопот. Придется переделывать.

Ставить ребенка можно только тогда, когда позвоночник ровный, и мощный, когда грудная клетка восстановлена, когда два тазобедренных сустава сформированы и зафиксированы мышцами, когда он опирается на полную стопу, когда колени не «подламываются», не уходят внутрь или в переразгибание. Но и этого мало, ставить можно только для выполнения упражнений «стоя на коленях», «стоя на стопах» и так до тех пор, пока ноги

не наберут нужную прочность и устойчивость.

Ходить нельзя, прежде чем правильно, свободно, ровно сидеть и стоять! Учить ребенка ходить, можно только поддерживая за таз, как центр массы, и никаких хождений за ручки, в ходунках, и таторах.

Нервы не пересекать!

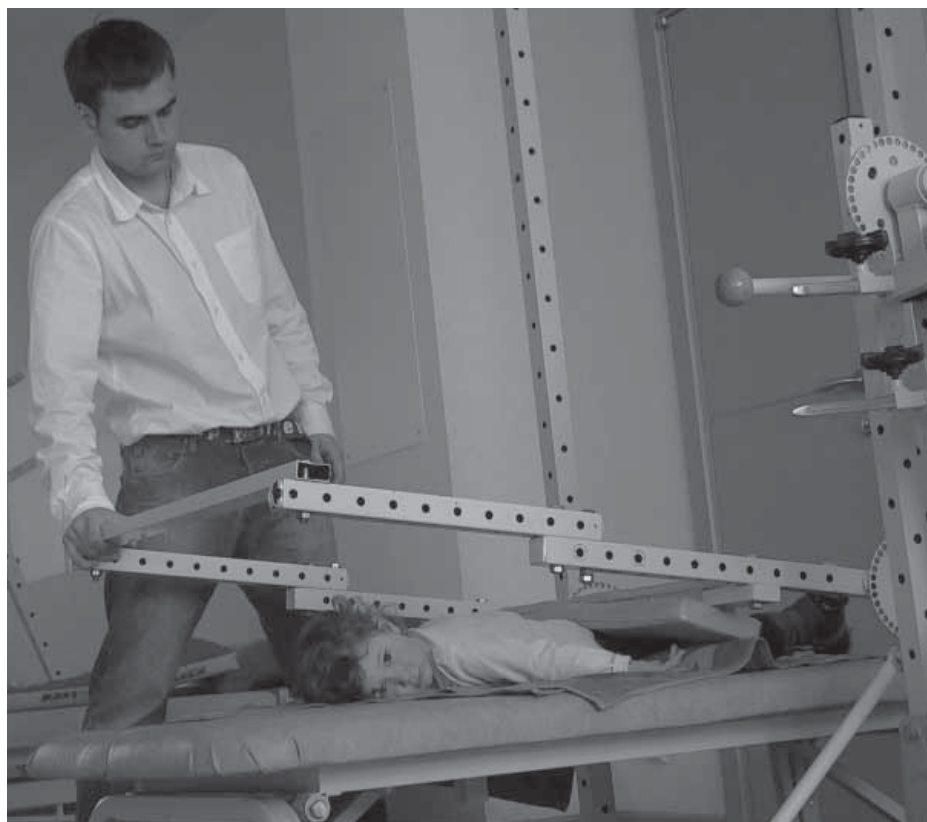
Мышцы не надсекать!

Сухожилия не удлинять!

Стопы не оперировать!

Таблетки, снимающие тонус и спастическую – не принимать!

Наша принципиальная задача – закачивать слабые мышцы, а не



обваливать сильные! Как только слабые мышцы будут закачаны, как только восстановится мышечный баланс по силе и длине – спастика и гипертонус сами собой уйдут!

А если нет времени трудиться и дожидаться, если нет желания следовать биологическим законам и биомеханическим аксиомам, нет терпения, нет желания, нет возможности от обилия других интересов и проблем, нет понимания – нет и сотрудничества! И мы вам не советчики и не помощники. О том, что следовать требованиям и логике биомеханических законов сложно, вам объясняли на первой консультации. И это был ваш выбор.

Дорогие родители! Вам решать – это ваш ребенок. Именно для того, чтобы родители могли трезво оценивать свой выбор, и написана эта методологическая информация.

Не ждите от биомеханических методов восстановительного лечения быстрого чуда. Оцените глубину инвалидизирующих деформаций тела. Оцените длительность и дефицит биомеханического и онтогенетического дефицита развития опорно-двигательного аппарата и психики. Оцените реальные и необходимые для качественного восстановительного лечения сроки. Оцените свои возможности и мотивации. Задайте все интересующие вас вопросы и выскажете все свои сомнения и опасения. Проанализируйте весь свой личный позитивный опыт лечения ребенка.

И только если нет других альтернатив, лечитесь биомеханическими методами. Но если есть сомнения и предубеждения, множество клиник и специалистов будут готовы вам помочь.

Не обижайтесь на слово «инвалид». Сам диагноз ДЦП (детский церебральный паралич) – это констатация неврологической и биомеханической инвалидизации детей, вследствие воздействия различных многопричинных факторов, повреждающих естественный процесс роста, развития и формирования.

Не мы эти слова и диагнозы придумали, не мы их ставим и озвучиваем. Вы с этими диагнозами к нам приходите. Мы лишь даем детальный разбор ситуации от наших возможностей, знаний и опыта. Но мы не последняя инстанция. Очень многие занимаются лечением ДЦП и ваша цель найти своего доктора и не ошибиться в выборе. Не говорите: «Я не врач! Я ничего не понимаю, и понимать не хочу». Не ищите внешних врагов и виноватых. Не проклиняйте судьбу и близких, врачей и медицину.

Не входите в роль «Матери-жертвы», «Матери-героя», «Матери, несущей свой крест». Не перекладывайте ответственность за свой выбор. Только здравый смысл ваш лучший помощник на всем пути выхода из тупика. Не теряйте время, это самая жестокая потеря, большая, чем сама болезнь. Давность и необратимость – это почти синонимы!

## Нейродинамические звенья — звенья одной неразрывной цепи

Биомеханические дефекты, независимо от первопричины возникновения, живут своей автономной непрерывно прогрессирующей жизнью.

А теперь вдумайтесь: ДЦП — результат сбоя, надрыва, травмы в нейродинамической цепи, который произошел в головном или спинном мозге, внутриутробно, или во время родов. Но вместо того, чтобы сразу восстановить единство нейродинамических процессов, все ждут, когда организм сам, без посторонней помощи, будучи ослабленным и травмированным, выкарабкается из этой ситуации. И произойдет ли это за первый «злополучный» год. Выкарабкался — молодец! Нет — пусть не взыщет! Не смог развернуть свою программу развития — сам виноват! Ему помогли — питали, подкармливали, стимулировали, массажировали, за руки-ноги дергали. Опекали, давали таблетки от судорог, от гидроцефалии, витаминов не жалели, а он — мозг, все же не смог сам «вытащить» ситуацию, так что получи после года диагноз ДЦП и не обессудь.

Чего ждали? Чего наблюдали? Почему реально не помогли? Зачем столько времени потеряли? Кто в ответе? Конечно родитель! Он видел, что ребенок все больше отстает, все дальше прогрессируют атрофии. Видел, что витамины, дополнительное питание, стимуляторы не помогают. Мозг их «не ест», не стимулируется, а, кроме того,

что травмирован, еще и атрофируется сам и все вокруг, что на нем «завязано» по развитию и по росту слабеет, тухнет, «сползает» и верно движется в необратимость.

**Целый год ждать, наблюдать, успокаивать себя надеждой на чудо самовосстановления на ослабленном ресурсе, в условиях гиподинамии — это удвительно!** Не нужно быть врачом, чтобы эту логику понимать и сразу, с рождения, а не через 6-12 месяцев, начать лечение, цель которого восстановить и запустить разорванную нейродинамическую цепь «центр-периферия-центр» и «периферия-центр-периферия», пока не наступили атрофии, контрактуры, спастика, гиперкинезы, нарушения роста и пропорций.

Но это возможно сделать сразу с первых дней и часов после травмы, после рождения, если не разделять неделимое — неврологию и биомеханику, как звенья одной нейродинамической цепи, где каждое звено самоценно, но бесполезно и безжизненно вне единства и целостности.

Как убого и примитивно ждать и наблюдать как травмированный в родах, из-за асфиксии, инфицированный или недоношенный ребенок «вылезает» сам! И при этом только его жалеть и опекать, и ждать со страхом поставят ДЦП или обойдется. Признают инвалидом или сочтут частично годным. И как цинично наблюдать радость тех, которых

волей судьбы пронесло, и ребенок сам выкарабкался и не утонул в деформациях, спастике и параличе.

И видеть «несчастливых», дети которых сами не смогли выскочить на нижнюю планку социальной нормы и получили приговор – ДЦП.

А ведь все были в одной группе риска, все одинаково бездействовали и ожидали чуда самовосстановления, но одним повезло больше, а другим меньше.

**Год ждать! Год наблюдать! Год бездействовать!** И только хорошо «кормить» и подстегивать. Где были все 6-12 месяцев? Неужели не видели, что организм ребенка слабеет, отстает и деформируется? Дegrадирует, вместо того, чтобы развиваться.

Врачи виноваты? В чем? Что раньше не поставили диагноз ДЦП? В том, что инструкция врачу из поликлиники рекомендует детей из группы риска лечить по схеме симптоматической помощи? Что препараты, пищевые добавки не все детские организмы одинаково усваивают? Чего ждали от массажа в исполнении медсестры и по схеме «расслабляем и ласкаем»? Чего ждали? Что некто за вас начнет искать и суетиться где бы и как бы помочь эффективно ребенку справиться с последствиями травмы мозга и недоношенностью. Кто виноват?

А ведь рынок медицинских услуг огромен и есть специалисты самых различных профессиональных уровней и направлений. И не врач врача должен искать, а родители. Ведь даже одежду, коляску, соску и бутылку и то выбирают на свой вкус

и цвет. Что говорить о врачах своему ребенку!

К нам же чаще всего попадают после 10-11 месяцев, а точнее на втором, третьем, пятом, десятом году жизни. Это столько лет потребовалось родителям, чтобы понять, что ребенок сам справиться не способен! И нам же говорят: «Это безжалостно заявлять, что лечить и наверстывать упущенное, нужно месяцами и годами!». Опять виноват врач, принес дурную весть, напугал и «загрузил».

Чем раньше начато правильное лечение биомеханическими методами, тем лучше результат. Потерянное время – это самая грубая ошибка. Если лечить с первого месяца, практически все недоношенные, травмированные в родах, рожденные в асфиксии дети, восстановимы. Чем больше потеряно времени, тем грубее неврологическая, нейрофизиологическая и биомеханическая симптоматика. Не мы виноваты, что вы к нам поздно обращаетесь, это вы долго думали и настраивались. Биомеханические методы предполагают только поэтапное, постадийное восстановление – это процесс не быстрый, требующий высокой ответственности и дисциплины.

Приходите на первых месяцах и неделях жизни, и тогда к году все будет хорошо. А если потеряли столько времени, то не мы виноваты, не нами писаны биологические и биомеханические законы развития болезней и их обратного свертывания - восстановительного лечения. Мы только по этим биомеханическим

ким и биологическим законам работаем — мы их поняли, осознали и научились ими управлять!

Читаю периодически о себе отзывы на интернет-форумах и понимаю, что нужно научиться четко вести реабилитационную сортировку. Это нормально, что есть обиженные и недовольные, те, у кого все хорошо в этих форумах не участвуют. Мой Центр один из множества и каждый должен лучше организовывать свой индивидуальный поиск и выбор, тогда не будет сожалений и ошибок потерянного времени и средств.

Мне очень хотелось предвосхитить все родительские вопросы и вопросы их личных консультантов. Надеюсь, что на большинство из них ответил и рассортировал всех любознательных на «своих» и «чужих». Со «своими» мы разберемся, главное по ошибке не взять «чужого» больного, для него это будет только потерянное время и надежды...









Адрес: Москва, ул. Ленинский просп., 131

Тел.: (495) 438 01 45 (46), 772 27 44

Проезд: ближайший – маршрутка 22 от м. Юго-Западная останавливается во дворе нужного дома. Проходите под арку (перед Вами оказывается Ленинский проспект), наша дверь справа, крайняя перед углом здания.

Вывеска “кафедра Клинической реабилитации”

Ост. “Теплостанский пр.” на Ленинском проспекте напротив здания:

А 816, 272 от метро Юго-Западная – 1 ост.

А 227, 707, 816, 802 от метро Юго-Западная – 3 ост.

А 611 от метро Юго-Западная – 4 ост.

А 816 от метро Калужская – 4 ост.

А 281 от метро Юго-Западная – 5 ост.

А 144 от метро Юго-Западная – 6 ост., от метро Теплый Стан – 8 ост.

А №144 от метро Юго-Западная и от метро Теплый Стан – 9 ост.

А 720 от метро Юго-Западная – 6 ост.

А 818 метро Теплый Стан – 9 ост.

Также можно доехать до ост. “9 микрорайон Теплого стана” от метро Теплый стан на авт. 144 и 282 и от метро Ясенево на авт. 642.