

14-та годишна среща на Европейската Академия по Детска Инвалидност

Пиза, Италия 24-26 Октомври 2002 г.

Темата на 14-тата среща на членовете на Европейската Академия по Детска Инвалидност беше посветена на "Лечението на детската инвалидизация - негови основни концепции и нови предизвикателства", като отразяваше съвременното състояние на лечението на моторните, перцепционните, первазивните и говорните отклонения при децата.

Бяха изнесени 9 основни доклада, като в паузите им бяха изнесени 27 съобщения групирани в 6 сесии и проведени 4 уъркшопа.

Основните доклади включваха – (1) Времето и подходящото темпо в развойната неврология: решения за интервенции, Prechtl-Graz; (2) Невробиологични основи на невралната реорганизация, Evrard-Paris; (3) Феномени на пластичност: връзки на кортикалната реорганизация с периферните и централни изменения, Rossini-Roma; (4) Генна терапия: директно изолиране на чиста популация от мускулно-произхождащи стволови клетки с многолинеен потенциал, Bresolin-Milano; (5) Когнитивни фактори и моторно обучение при здрави и мозъчно-увредени субекти, Ghelarducci-Pisa; (6) Моторни смущения при церебралната парализа, Forsberg-Stockholm; (7) Специфични говорни увреждания, Bates-San Diego; (8) Первазивни смущения, Bailey-London; (9) Перцепционни разстройства, Bertoz-Paris;

Сесиите групираха съобщенията както следва: (1) Моторно координационни разстройства, (2) Обслужване, организация и епидемиология, (3) Недоносено кърмаче, (4) Детска хемиплегия, (5) Реч и комуникация, (6) Хранене и лечение.

Уъркшоповете включваха: (1) Лечение на моторните смущения; (2) Лечение на специфичните говорни увреждания; (3) Лечение на первазивните смущения; (4) Лечение на перцепционните смущения.

Освен изброените доклади, сесии и уъркшопове, бяха проведени и два **курса за "инструктаж на закуска"** включващи следните дискусии: (1) неврофизиологично тестване на деца с епилепсия; (2) Използване на Ботулинов токсин при деца с церебрална парализа; (3) Мениджмънт на комуникацията при деца с тежък моторен дефицит; (4) Средства за ранна диагностика при деца с церебрално-визуални смущения; (5) Ортопедично лечение и ходене при церебралната парализа; (6) Тестове за диагностика на аутистични деца.

Цитирани по-долу доклади отразяват частично и повече в сферата на медицинската рехабилитация и физиотерапия, постиженията на европейската медицина при лечението на децата с увреждания, в частност на тези с церебрална парализа.

Времето и темпото са едни от фундаменталните мерки в развойната неврология. От изключителна важност е всяка техника за интервенция в кърмаческа и детска възраст да бъде базирана на възрастово-специфичните възможности на развиващата се нервна система. Терапевтичните техники трябва да са възрастово адекватни, като се съобразяват с достигнатото ниво на индивидуално развитие (H.Prechtl).

Много деца с невро-моторни проблеми участват в програми за моторна рехабилитация базирани на невро-развойните техники на R. Mac Keith, B. Bobath, V. Vojta, A. Peto, W. Phelps. До сега нито един от методите не е бил доказан, като особено по-добър от другите както и нито една определена комбинация от тях. Въпреки това децата в кърмаческа и ранна възраст се нуждаят определено от стимулиране с физиотерапия. Децата с по-леки двигателни ограничения може би се нуждаят повече от помощ за подържане на двигателния статус. Децата с умерени двигателни ограничения може би се нуждаят от помощ чрез средства решаващи моторните им проблеми. Фамилиите и децата с тежки двигателни ограничения може би се нуждаят от помощ в мениджмънта на дейностите от ежедневиия живот (E.Bower – Developmental approach to motor rehabilitation).

Детската церебрална парализа е покриваща ("umbrella") диагноза за заболявания с различен тип моторни симптоми появяващи се по време на ранното детство. Моторни дисфункции при ЦП основно могат да се разделят в две категории. Първата включва патологични белези, които са добавени към моторното поведение, като: спастичитет, мускулно-скелетни малформации, дискинезия, хиперрефлексия, забавени реакции на развитие, антагонистична ко-контракция и огледални движения. В последно време обаче научно се доказва че моторното поведение на децата с ЦП се характеризира и с втора категория белези като: (1) неправилна координация, като дефицит на сензо-моторния контрол и неправилно програмиране на моторното поведение, което може да влоши моторната дейност и (2) развитие на парези, вследствие липсата на истински моторен контрол (H.Forsberg – Motor disorders in cerebral palsy).

Прогнозата за ходене при децата с ЦП може да се дефинира още през първата година от живота им. Например достигането на лазене и възрастта на достигането му са критически за развитие или неразвитие на самостоятелно ходене. Възрастта 3 години е повратна точка: тези които все още трябва да достигнат моторни модели, като лазене, "заешко скачане" или "тюленово влачене", изискващи адекватен контрол на трупа, на тази възраст имат минимален шанс за развиване на функционално независимо ходене, а и още по-малко при случаите със спастичитет. На три-годишна възраст може да се направи съвсем ясна функционална прогноза, като децата могат да се разделят в три групи: Първа група: тези които трябва да достигат все още моторни модели изискващи адекватен трупен контрол, ще се нуждаят от ранно прилагане на помощни устройства, които да им осигурят една "асистирана" моторна независимост, обикновено чрез моторна инвалидна количка; Втора група: тези които са достигнали критичните моторни модели отбелязани по-горе, но трябва да развият самостоятелно ходене, им се препоръчва интензивна и продължителна физиотерапия заедно с употребата на съответни ортопедични апарати, като е възможна евентуална ортопедична хирургия за да се достигне самостоятелно ходене, ако такова е възможно; Трета група: тези които са достигнали самостоятелно ходене се нуждаят от плътно проследяване и насочени физиотерапевтични курсове с оглед мониториране на мускулно-скелетната еволюция през годините и предпазване от развитието на деформитети, с което да се задържи самостоятелното ходене възможно най-дълго (M.Bottos – Ambulatory prognosis in cerebral palsy: evaluation criteria and consequences for intervention).

Прохождането при някои от децата с ЦП е свързано с използването на различни ортотични средства, включително и: успоредки, проходилки, четириопорни бастуни. Много важно е опората на ръцете да бъде минимизирана с оглед пълно натоварване на екстензорите на трупната мускулатура. Поради тази причина е необходимо да се използват проходилки със задна опора (проходилката е отворена отпред и детето да няма възможност да опира предната част на тялото си върху нея докато ходи). При използването на четириопорните бастуни, терапевта или родителя трябва да контролират тяхната позиция спрямо тялото на детето, която да бъде само острани, защото в противен случай се получава флексия на трупа и недостатъчно натоварване на трупните екстензори. При прохождането с помощ се изключват патериците – подмишични и предлакътни (т.н. "канадки") (M.Sussman et al. – Orthopedic treatment and walking in cerebral palsy).

Перцепционните разстройства са на лице при по-голяма част от децата с ЦП. Те са по-силно изразена при тетра- отколкото при дипарезите. Изоставането при достигане на различни моторни стъпала е силно свързано с тяхната наличност. Ходенето без подкрепа при децата с ЦП е възможно само при липса или при наличие на много леки перцепционни разстройства. Перцепцията (усещането на движението) е един полисензорен процес, като мозъкът изгражда една кохерентна интерпретация на множеството усещания. Перцепцията и движението са двете страни на един акт - действието. Потвърждава се високата прогностична стойност на перцепционните проблеми за достигането на определени двигателните и позиционни възможности и тяхната роля при организация на моторните функции (P.V.Paolicelli et al – Perceptual disorders in children with cerebral palsy: implication for prognosis and treatment).

Дискутира се терапевтичното приложение на т.н. "абстрактни" движения срещу т.н. "конкретни" движения. Терапията за преодоляване на перцепционно-моторните разстройства не трябва да е концентрирана само към предлагане на движения за самите себе си, които биха могли или не, да се трансформират в дейностите от ежедневието. Терапията би трябвало да бъде насочена и директно към тези дейности. По време на рехабилитацията и моторното обучение трябва да намират място всички източници на перцепционна информация (зрителни, слухови и сетивни) свързани с извършването на една задача (A.VdMeer – Considering perception: implications for treatment)

Первазивните разстройства на развитието са доживотни, като се характеризират с комуникационни увреждания, абнормни социални взаимодействия и ограничен обем на интереси и поведение. Те са свързани често с обучителен дефицит и епилепсия. Тези отклонения са типични за аутистичните деца, но се срещат и при децата с церебрална парализа. Независимо от обичайната поведенческа терапия, много по-често се прилага фармакотерапия, която особено при поведенчески проблеми, като агресия, възбуденост, хиперактивност и сънни разстройства, е много по-ефективна (B.Lahuis – Treatment of pervasive disorders: psychopharmacology).

Малкият мозък е от изключително значение при едновременното модулиране на моторното обучение и когнитивните процеси свързани с движението. Резултатите

показват, че моторната адаптация при нормални условия и възстановяването на функциите след мозъчна увреда зависят от пластичните възможности на няколко неврални структури, включително и малкия мозък. Тъй като малкият мозък изглежда е включен в редица немоторни функции като говор, внимание и емоции, не може да се изключи неговото глобално включване чрез повлияване на емоционалните, когнитивните, автономните и сензомоторни фактори, което трябва да се има предвид при определянето на невро-рехабилитационната терапия (B.Ghelarducci et al – Cognitive factors and motor learning in normally developing individuals and those with brain damage).

Изключителен интерес предизвика доклада за генната терапия, където беше демонстрирано, че популациите на стволови клетки са изключително променливи: те могат да генерират деференцирани клетки специфични на тъканта, където те отсядат и производни, които произхождат от различен герминативен пласт. При трансплантацията на тези мускулно-произхождащи стволови клетки в дистрофични мускули се демонстрира, че тази популация от клетки може да циркулира и мигрира в дегенерираните мускули и да преустрои дистрофичния модел. Авторите верифицираха възможността да се достигнат невронни прародители от мускулно-произхождаща стволово-клетъчна популация, която съвместно с епидермалния растежен фактор и основния фибробластен растежен фактор работещи съвместно предизвикват пролиферация, самовъзстановяване и експанзия на неврални стволови клетки. Би могло да бъде извършено мозъчно влагане на мускулно-произхождащи стволови клетки за да се верифицира невроналната диференциация, демонстрирайки огромната пластичност на тези клетки. С това авторите обявиха съществуването на плурипотентни мускулно-произхождащи стволови клетки, като предложиха един достъпен и определен източник на стволови клетки с потенциална клинична апликация (N.Bresolin et al – Gene therapy: direct isolation of a pure population of muscle-derived stem cells with multilineage potential).

Всички доклади бяха изработени на високо професионално ниво и добре онагледени. Теоритично бяха представени редица становища, факти и резултати, които взаимно се допълваха, разширявайки кръгозора на възможностите за терапевтично повлияване в различните сфери от мозъчната дейност при увредените деца.

Д-р Ив. Чавдаров, дм