

Размышления по случаю двадцатилетия клинической стабилотрии

Пьер-Мари ГАЖЕ,
Институт Постурологии, Париж

После Хьюстонского конгресса, 1983

Во время конгресса Международного общества исследований постуры и походки (ISPGR), проходившего в Хьюстоне (Техас) в 1983, Комитет по Нормализации ISPGR отказался продолжить свою работу. Это общество было создано в 1969 году в Амстердаме, и с того времени становилось все менее «клиническим» и все более сообществом фундаменталистов (чистых теоретиков). А эти последние несколько не нуждались в нормализации – она только ограничивала их исследования...

Но перед нами, клиницистами, это решение поставило проблему. Наши нужды, разумеется, отличались от нужд исследователей. Мы можем записывать наших пациентов на стабилотрической платформе только когда они заболеют, поскольку они приходят к нам именно в этот момент! Так что мы не можем сравнить результаты их записей до и после болезни. Нам не хватает параметров сравнения, нам необходимо знать распределение значений стабилотрических параметров в здоровой популяции. Клиницистам нужны «Нормы» стабилотрических параметров (AFP (ФПА), 1984).

И, конечно же, для того, чтобы результаты стабилотрических записей могли быть сопоставлены, чтобы они стали объектом статистики, они должны быть сопоставимы, то есть получены в идентичных условиях. То же записывающее оборудование, тот же протокол, то же окружение. Поскольку международное общество отказалось выполнять эту работу, Французская Постурологическая Ассоциация решила сделать ее, исходя из своей области компетенции, и несмотря ни на что ознакомить с ней международное сообщество (Биццо и др., 1985 ; AFP (ФПА), 1985).

Двадцать лет спустя: каковы итоги ?

Стабилотрия пользовалась и пользуется успехом. Только во Франции стабилотрические платформы, сделанные в соответствии с нормами AFP (АФП), выпускают и распространяют пять предприятий. Мы не располагаем точными данными о том, сколько платформ стоит в больницах и кабинетах частных практикующих врачей. Мы можем оценить их количество только приблизительно: их несколько тысяч.

Перед лицом этого успеха, можно задаться вопросом: для чего все это?

Стабилотрия – не средство диагностики

Ретроспективное исследование историй болезни пациентов, обследованных Парижским Институтом Постурологии за первые десять лет его существования, показало, что у каждого второго постурологического пациента результаты стабилотрических записей соответствуют норме (Гаже и др., 2002). Таким образом, не стоит рассчитывать на стабилотрию, если вы хотите выявить постуральные нарушения или подтвердить их диагностику, основанную лишь на данных клинического опроса, клинического обследования, эволюции (Гаже и др., 2005).

При помощи двух гипотез попробуем объяснить эту неспособность стабилотрии выявить все постуральные нарушения.

С одной стороны, стабилотрия в основном изучает фазическую мышечную активность, которая последовательно возвращает центр тяжести пациента к его среднему положению. У нее практически нет доступа к наблюдению и измерению функционирования регуляции тонической постуральной активности, она может лишь приблизительно просчитать глобальный результат, сумму всех элементарных асимметрий в виде аномального положения по X среднему.

С другой стороны, статистические нормы стабилотрических параметров определяют не НОРМАЛЬНОГО ПАЦИЕНТА, а только их распределение в «нормальной» популяции сопоставления. У множества пациентов, страдающих заболеваниями сердца, легких, мочеполовой или нервной системы, стабилотрические показатели в норме. При этом, реакция некоторых из этих пациентов на постуральные нарушения аномальна. Это, например, пациенты, страдающие навязчивыми состояниями: их ментальная ригидность выражается в их постуральном поведении, что бы не случилось, они держатся очень прямо, почти совсем неподвижно, то есть демонстрируют безупречную точность постурального контроля (Флуара и др., 2005) .

Стабилотрия – инструмент коммуникации

Если в плане диагностики стабилотрия интереса не представляет, она, тем не менее является мощным инструментом коммуникации. Она позволяет всем постурологам говорить на одном языке – языке строгом, основанном на биомеханике, весомом для медицинского сообщества в целом, в том числе далеко за пределами постурологии.

Коммуникация между постурологами

Нормализация стабилотрических параметров предполагает наличие номенклатуры, общей для всех постурологов. Говоря о них, они говорят ровно об одном и том же; Площадь, Длина, X-среднее, Скорость и ее вариативность, Преобразование Фурье, Функции корреляции – в рамках нормализованной стабилотрии, все эти понятия не оставляют места какой бы то ни было интерпретации природы того или иного параметра.

Но эти понятия не являются примитивными параметрами, указывающими лишь на то, что «это хорошо», а «это плохо». Эти понятия – настоящие логические операторы, которые (каждый по-своему) позволяют логически осмыслить один или несколько аспектов постурального контроля пациента. Эти операторы могут комбинироваться в сознании постуролога, который с их помощью старается лучше понять, что происходит с его пациентом. Классическим примером подобной интеллектуальной игры является параметр LFS, который сопоставляет длину и площадь, чтобы выяснить, могут ли они эволюционировать вместе, при том что значения каждого из этих параметров совсем не одинаковы. Эта интеллектуальная игра постуролога не нуждается в разъяснениях: поскольку изначально эти параметры не интерпретированы, существует лишь один уровень интерпретации – тот, на котором постуролог манипулирует ими, позволяет себе сближать их, комбинировать, сопоставлять для лучшего осмысления проблемы.

Коммуникация с медицинским сообществом

Любой клинический случай является частным случаем. Сравнение его с другими клиническими случаями, имеющими с ним какие-либо аналогии, всегда будет подразумевать абстрагирование от фактов, влияющих на историю этого частного случая ; клиницист не любит эту работу, преобразующую каждого конкретного пациента, для того чтобы он смог встать в один ряд с другими. Но какая удача, когда пациенты, отобранные по нескольким физическим показателям (например, по площади или X-среднему), способствуют полету статистической фантазии ! Мы, конечно, теряем массу информации, но мы можем сравнивать пациентов между собой, так как в этом случае мы используем одну из их общих характеристик, бесспорно для всех идентичную. Стабилотрия уже позволила собрать обширную статистику по постуральным больным, а значит в приемлемой форме представить информацию о них медицинскому сообществу.

Коммуникация посредством языка, строгость которого делает его единственно возможным

В Медицине принято считать, что пока пациент не падает, он сохраняет равновесие. И неважно, что его шатает как пьяного или он стоит как на иголках будто одержимый... Он постоянно в равновесии. В традиционном медицинском языке понятие равновесия имеет

обширное семантическое поле, покрывающее реалии, настолько сильно отличающиеся друг от друга, что мы уже и не знаем, что означает слово «равновесие»...

Стабилометрия открыла нам глаза на эту ограниченность традиционного медицинского языка, продемонстрировав, что человек никогда не будет в равновесии, если мы станем придерживаться строгого физического определения этого термина: две силы, находящиеся на одной прямой, равные и противоположно направленные.

Когда человек стоит в состоянии покоя, все части его тела подчиняются гравитации, из чего складывается та сила, которая через стопы связывает его с землей. Земля сопротивляется этому давлению разных частей стоп, из чего складывается сила, которая е дает телу погрузиться в землю. Но человек не способен постоянно удерживать эти две равные и противоположно направленные результирующие. Он никогда не находится в равновесии в строгом физическом смысле этого термина, он себя «стабилизирует», то есть постоянно приводит свою вертикаль гравитации в положение, близкое к равновесию, при том, что ему никогда не удается в нем удержаться.

Этот строгий язык «стабильности» теперь принят медицинским сообществом и позволяет ему наполнить более точным смыслом понятие «нестабильность».

Заключение

Эта коммуникативная функция стабиллометрии, наличие которой я предположил еще в 1985 году, и за которой теперь стоит двадцатилетний опыт, подтверждает слова Алена ЗАРКА, сказанные им по возвращении с Конгресса ISPGR, проходившего в 2007 году в Бурлингтоне: пришло время на международном уровне выработать соглашения по нормализации КЛИНИЧЕСКОЙ стабиллометрии.

Библиографиям

- A.F.P. (1984) Standards for building a vertical force platform for clinical stabilometry: an immediate need. *Agressologie*, 25, 9: 1001-1002.
- A.F.P. (1985) *Normes 85*. Editées par l'ADAP (Association pour le Développement et l'Application de la posturologie) 20, rue du rendez-vous 75012 Paris.
- Bizzo G., Guillet N., Patat A., Gagey P.M. (1985) Specifications for building a vertical force platform designed for clinical stabilometry. *Med. Biol. Eng. Comput.*, 23: 474-476.
- Floirat N., Bares F., Ferrey G., Gaudet E., Kemoun G., Carette P., Gagey P.M. (2005) Aporia of stabilometric standards. *Gait & Posture*, 21, Supp. 1, 52.
- Gagey P.M., Weber B., Scheibel A., Bonnier L. (2002) Le syndrome de déficience posturale : analyse rétrospective d'observations cliniques. In M. Lacour (Ed.) *Posture et équilibre. Contrôle postural, pathologies et traitements, innovations et rééducation*. Solal, Marseille, 73-80.
- Gagey P.M., Weber B., Scheibel A., Bonnier L. (2005) A distinct clinical syndrome defining the postural patient. *Gait & Posture*. 21, Sup.1, S121.