

Нейроостеопатия: философия подхода

Жан-Пьер Амиг, Франция

Реферат

В статье сформулирована философия целостного видения нейроостеопатии. Показана связь между врожденными и приобретенными повреждениями с учетом эпигенетических особенностей морфогенеза в разные периоды индивидуального развития организма. На основе анализа научной литературы и опыта клинической практики врача-osteopата показана связь между двигательным развитием ребенка и формированием нервной системы. На основе анализа связи между двигательными актами, жестами, позами и врожденными рефлексам даны лечебные приемы остеопатической коррекции выявленных повреждений.

Ключевые слова: нейроостеопатия, философия, соматоэмоциональная остеопатия, двигательное развитие, стресс, повреждения

Neuroosteopathy: Philosophy of the Approach

Jean-Pierre Amigues, France

Abstract

The article presents a holistic view on neuroosteopathy. It demonstrates the connection between the congenital and the acquired alterations with due regard to the epigenetic aspects of morphogenesis in different periods of the organism's individual development. On the basis of the analysis of scientific literature and of the clinical osteopathic experience the connection between the child's motor development and the formation of his nervous system is shown. The article presents a plan of osteopathic treatment of the lesions diagnosed which is based on the analysis of the connection between the motor acts, gestures, positions and congenital reflexes.

Keywords: neuro-osteopathy, philosophy, somato-emotional osteopathy, motor development, stress, damages

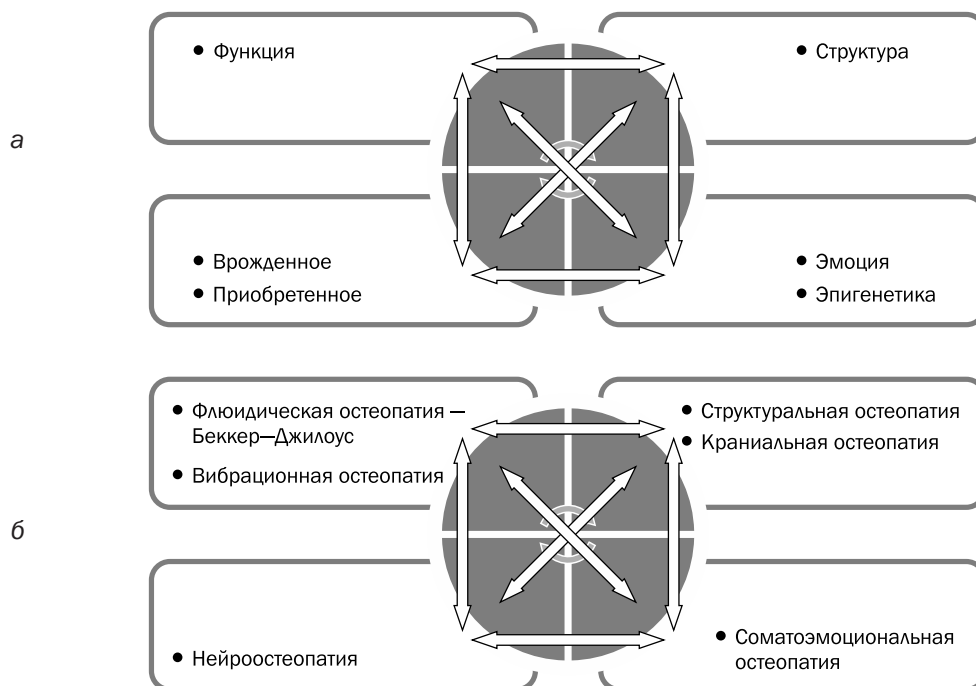
Введение

Функциональная неврология открывает новое поле деятельности в области остеопатии. В статье мы рассмотрим формирование функций и двигательных актов в течение жизни.

Иногда на разных стадиях беременности, в частности в эмбриональный период, и в момент рождения случаются нарушения, которые будут оказывать влияние на эти процессы. Эти повреждения могут выявляться сразу (например, детский церебральный паралич вследствие гипоксии) или развиваться впоследствии в виде функциональных нарушений, которые до настоящего времени изучались такими специалистами, как логопеды, психотерапевты, неврологи. Мы предлагаем более широкий взгляд на эту проблему через концепцию целостного видения Кена Уилберга (Ken Wilberg) — философа и психолога. Для этого мы должны учитывать следующие факторы (рисунки, а). Это также будет касаться и лечения (см. рисунок, б). Схема показывает, что все взаимосвязано. Именно история нашего пациента и язык его тела будут управлять нашим лечением. При нынешнем уровне знаний мы обязаны придерживаться этого целостного видения.

Как мы к этому пришли

В начале XX в. австрийский мыслитель и педагог Рудольф Штайнер (Rudolf Steiner) описал три основных этапа первых трех лет жизни человека, особенно подчеркивая их взаимосвязь. Этап



Концепция целостного видения Кена Уилберга

«ходьба» готовит этап «речь», который готовит этап «мышление». Позже американский нейрохирург Темпл Фей (Temple Fay) совершил кругосветное путешествие, наблюдая и снимая на камеру разные фазы обучения ходьбе у детей разных культур. Он обнаружил, что все нормальные дети проходили через одни и те же этапы и выполняли те же стереотипные движения при таком обучении. Т. Фей зафиксировал эту последовательность базовых движений и объединил их, используя понятие *неврологической организации*.

В то время Т. Фей по-новому осветил это понятие, связанное с развитием движения у ребенка младшего возраста. Он описал, как ребенок, начиная с горизонтального положения в своей колыбели, переходил к вертикальному положению, а затем — к телодвижениям и ходьбе, проходя через такие этапы, как «поза эмбриона», «ползание» и «ходьба на четвереньках».

По его мнению, повторение некоторых стереотипных движений в первые годы жизни надолго закрепляются нервной системой, вследствие чего они будут использоваться в дальнейшем на протяжении жизни. В настоящее время нам известно, благодаря научным исследованиям, что наша нервная система при рождении не является полностью сформированной. Даже если нейроны присутствуют почти все, то «соединение проводками» (синапсы) остается неполным. Развитие синаптических связей тесно связано с сенсорными, моторными и эмоциональными стимуляциями, полученными в первые годы жизни.

Б. Падован, логопед из Бразилии, предложила на основе наблюдений Т. Фей объединить все базовые движения (включая описанные выше) в одном сеансе. К этой схеме движений тела она добавила результаты собственных исследований в области неврологического созревания ротовых функций: для того, чтобы говорить, мы используем те же нервные пути и мышцы, что для дыхания и еды. По ее мнению, этап «речи» также будет улучшаться благодаря сочетанию базовых движений с ротовыми функциями, то есть дыханием, жеванием, сосанием и глотанием, тем более, что эти нейровегетативные функции также признаны как предречевые.

Нас, как остеопатов, интересует формирование этой неврологической организации, которая обуславливает все наше существование.

Остеопатический подход

От клинического наблюдения к функциональной реальности. Именно благодаря трем сетям — неврологической, энергетической и остеопатической — мы смогли подойти к таким способам диагностики и лечения. Уже в 1978 г. профессор Ж. Босси (J. Bossy), работавший на медицинском факультете г. Монпелье, написал работу по рефлексотерапии [1], в которой изложил точку зрения невролога на такие темы, как иглоукалывание и остеопатия.

Мы изучали китайскую медицину и иглоукалывание у Жака Лавье (Jacques Lavier), также изучали связь между китайской медициной, иглоукалыванием и остеопатией вместе с нашим коллегой Жан-Пьером Гильяни (Jean Pierre Guliani).

Позже совместно с Режиной Урстель (Régine Hurstel), неврологом из Тулузы, мы заинтересовались разными патологическими нарушениями, входящими в область компетенции остеопатов и неврологов. Мы лечили сотни детей, имевших нарушения и симптомы, которые нельзя было назвать подтвержденными, но которые ухудшали состояние этих детей (нарушение внимания, неуверенная походка, легкие нарушения поведения, диспраксии и т. д.).

В первую очередь, мы заинтересовались кровообращением головного мозга, в частности филогенетически более древних его отделов, затем мы перешли к собственно неврологии, используя некоторые информационные источники. Мы ознакомились с трудами Т. Фея и Б. Падован. Изучение эмбрионального развития позволило нам понять, что в ходе онтогенеза формировались различные связи. Обратившись к исследованию меридианов, мы смогли обнаружить, что наши краниальные и дистальные стимуляции (osteопатические техники) проходили по каналам, подробно описанным в китайской медицине. Также мы заинтересовались физиологией тройничного нерва. Это исследование дало результаты, которые клинически воспроизводились.

Стрессы во внутриутробном периоде и во время родов вызывают эмоции, которые, в свою очередь, могут нарушать сенсорную интеграцию.

Прежде всего, я хочу уточнить, что мы являемся клиницистами, а не учеными. Некоторые наши наблюдения подтверждены клиническими результатами, другие являются плодом библиографических поисков или же разных учений. Несомненно, что эти разные наблюдения могли быть подтверждены научной работой.

Как врачи, мы должны работать с различными жалобами наших пациентов. Все мы являемся остеопатами и занимаемся остеопатической коррекцией. Это функциональная медицина, при помощи которой, соблюдая концепции Стилла, мы можем позволять нашим пациентам, благодаря некоторым суставным, тканевым или висцеральным манипуляциям, восстанавливать защитные реакции и улучшать свое здоровье.

Эндрю Тейлор Стилл никогда не выполнял суставных манипуляций в остеопатическом смысле, он выполнял мобилизации суставного сегмента. В рамках нейроosteопатического подхода мы будем задаваться вопросом: какую именно мобилизацию следует выполнить для той или иной зоны? Это необходимо знать для того, чтобы как можно точнее определить наиболее эффективные терапевтические приемы.

Разные стрессы могут оказывать негативное воздействие на физиологическое и психическое равновесие младенца и ребенка более старшего возраста. Позже мы можем выявить у взрослого человека симптомы, связанные с трудными родами. Клиническое обследование показывает нам, что некоторые движения или действия выполняются организмом неоптимально. Например, один пациент плохо дышит, у другого шаткая походка или же он плохо держит вертикальное положение.

Для того, чтобы подойти к пониманию и лечению негативных последствий различных стрессов, нам потребовалось соединить две науки — неврологию и остеопатию. Хотелось бы особо высоко отметить заслуги доктора-невролога Режины Урстель, с которой мы сотрудничали и обменивались теоретическими и практическими знаниями на протяжении многих лет.

Фундаментом нейроостеопатии являются неврология, энергетическая концепция и остеопатия. Именно на этой основе знаний и практики строятся, разрабатываются и находят объяснения эти наблюдения. Они представляют собой введение к новой методологии клинического наблюдения и терапевтической техники. Только после осознания этого введения создаются эффективные терапевтические приемы.

Первые стрессы могут случиться в эмбриональном и фетальном периодах, а затем в момент рождения.

В момент рождения

Первый стресс может произойти до изгнания плода. Плод может испытывать на себе сильные сокращения мускулатуры матки, его пуповина может быть пережата. Это вызывает у младенца более или менее сильную гипоксию, а также охлаждение. Именно поэтому американский психиатр Станислас Гроф говорит об «адской матрице».

Второй стресс может произойти в момент изгнания. Речь идет о выдавливании, наложении щипцов, вакуум-экстракции плода, кесаревом сечении или же о родах в ягодичном предлежании. Вследствие таких действий младенец не принимает некоторых положений, в особенности положения в момент экспульсии — задней флексии шейного отдела позвоночника. Впоследствии это может повлиять на его сенсорное и моторное развитие, в частности на формирование его зрительной функции и ходьбы.

Третий стресс может произойти в момент первого вдоха. В самых драматических случаях требуется проведение реанимации новорожденного, а в менее серьезных — ему нужно помочь сделать первый вдох. Этот стресс будет оказывать воздействие на функцию дыхания, а также на нейровегетативное равновесие.

На более позднем сроке мы будем говорить не о стрессе, а, скорее, о послеродовых стимуляциях, производимых окружающей средой. Среди них мы обнаруживаем использование руки для исследования окружающего мира, а затем феномен вертикализации, который приведет к вставанию и ходьбе.

При обследовании пациента мы оцениваем, в первую очередь, активные действия. Мы наблюдаем, как он ходит, дышит, двигается. Всё это вписывается в континуум развития. Это развитие следует по своему пути, который начинается у эмбриона, продолжается у плода, у новорожденного и, наконец, у младенца на протяжении его послеродового периода.

Эти двигательные акты связаны с ключевыми зонами развития и воздействуют на них. В частности, они позволяют освободить пять осей развития, имеющих отношение к подключению пяти главных функций в момент рождения:

- нос—рот—кисть—стопа—все тело;
- нос и дыхание;
- рот — через прием пищи и речь;
- стопы и глаза — через позу и ходьбу;
- кисть — через жесты, письмо и функцию «рука—рот»;
- все тело — через вертикализацию.

Формирование пяти подключений

Первое подключение — это запуск дыхательной функции. С дыханием связано развитие обоняния. Несмотря на то, что обоняние считается одним из пяти органов чувств человека, обонятельная функция занимает в нервной системе положение, отличающееся от трех других так называемых функций информации (зрительной, слуховой и соматосенсорной), ее пути образуют «каркас» коры. Функция обоняния является защитной функцией, а также служит для продолжения рода. Она принадлежит лимбической системе [3].

Дыхание — это основное подключение, которое способствует переходу от плода к новорожденному. Также оно отражает его независимость — он становится автономным. Происходит

формирование целой системы комбинированных движений, которые начинаются от носа, рта, грудной клетки и диафрагмы. Мы можем наблюдать связь между дыханием и черепно-каудальной осью через прикрепление диафрагмы к позвоночнику на уровне L_I , L_{II} и L_{III} . Также имеется важная связь с линией гравитации, которая проходит через тело позвонка L_{III} . Более или менее серьезное нарушение этой функции окажет влияние на вертикализацию человека. Также на уровне L_{II} расположена зона окончания спинного мозга и соединение двух частей вегетативной нервной системы — симпатической и парасимпатической.

Данные терапевтические приемы соединяют между собой:

- афферентные связи тройничного нерва и некоторые афферентные связи диафрагмального нерва;
- движения дыхательного расслабления при помощи стимуляции ладоней и подошв;
- движения, формирующие функции рта и грудной клетки при дыхании;
- движения, стимулирующие дыхательную функцию каждой половины грудной клетки.

Второе подключение — это формирование приема пищи и речи. Рот и нос оказываются в центре первого подключения. Через рот мы питаемся, но также благодаря ему мы можем говорить, то есть общаться. Именно со ртом связан архаический рефлекс сосания и глотания. Известно ли вам, у какого количества детей сохранились эти рефлекс, но при этом имеются трудности с самовыражением. Наши терапевтические приемы должны учитывать внутриутробное и послеродовое развитие.

Терапевтические приемы:

- расслабление нёба;
- движения, выполняемые в четыре этапа в зонах развития лица;
- движения в зонах развития глоточных дуг;
- ротовое, краниальное и каудальное движения, связанные с рефлексом положения при экстензии;
- формирование послеродовой функции плеча и кисти.

Третье подключение — вертикализация оси «голова — стопы». Для того, чтобы изучить вертикализацию человека, то есть позу его тела в положении стоя под действием силы в 81,9 Н, которая прижимает его к земле, нам потребуется осознать важность краниокаудальной оси.

Все запускается в момент изгнания, когда младенец толкается стопами, и тройничный нерв, благодаря стимуляциям, которые он получает при краниальном давлении головы, запускает связь между головой и стопами. Известно, что ядра тройничного нерва доходят до спинного мозга. Эту связь мы будем обнаруживать в наших терапевтических приемах. Также именно в момент изгнания, когда затылок младенца упирается в крестцовый мыс, происходит первая экстензия черепа, воздействующая на два первых шейных позвонка, что влияет на зрительную функцию.

Терапевтические приемы:

- расслабления, выполняющиеся на краниокаудальной оси младенца;
- раскачивания таза;
- шейной и поясничной флексии на уровне краниокаудальной оси;
- вертикальное движение по оси на черепно-шейном и пояснично-крестцовом уровнях;
- сегментарное горизонтальное движение по оси на предпозвоночном уровне;
- усиливающие адаптацию и равновесие при переходе в положение на четвереньках;
- осевое вертикальное движение на предпозвоночном уровне в положении приседания;
- экстензии краниокаудальной оси;
- флексии краниокаудальной оси;
- по перепрограммированию ходьбы.

Четвертое подключение — координация движений. Во внутриутробном периоде плечо и кисть развиваются в одно и то же время. В первую очередь, происходит флексия плеча и предплечья,

затем ротация, раскрытие и их экстензия. Один из наиболее важных моментов этого развития происходит на 45-й день — это противопоставление большого пальца кисти.

Терапевтические приемы:

- связанные с развитием лица, плеча и кисти;
- комбинация движений лица, кисти и руки;
- расслабления, связанного с внутриматочным и послеродовым развитием плеча и кисти.

Пятое подключение — асимметрия. Она имеет фундаментальное значение, находится в центре процесса эволюции человека и связана с функциональным доминированием руки, стопы и зрительной функции.

Асимметрия и специализация полушарий возникают и развиваются в послеродовой жизни, начиная с двух лет и до 12 лет. Очевидно, что такая типично человеческая черта (животные, в большинстве случаев, одинаково владеют своими конечностями) является результатом сложной совокупности причин, в которые входят и перинатальные факторы [2].

Терапевтические приемы:

- связанные с внутриматочным развитием;
- положение и движения, выполненные при рождении;
- колебательные;
- расслабления краниокаудальной оси (голова — таз);
- на мозжечке с одной стороны.

Когда мы наблюдаем за грудным ребенком, то замечаем, что его дни состоят из длительных периодов сна, которые чередуются с более редкими временами бодрствования, когда ребенок, в зависимости от своего характера, в той или иной степени беспокоен. Сон младенца является уникальным в своем роде состоянием спокойствия. Как правило, он прерывается чувством голода при приближении времени кормления.

Архаические, или первичные, рефлексy

В состоянии бодрствования новорожденный ребенок умеет делать очень многое: он видит, слышит, ощущает вкусы, запахи и двигается. Однако его поведением в значительной степени управляют произвольные рефлексy, контролируемые подкорковыми центрами. Первичные рефлексy являются признаком церебрального подкорково-спинального функционирования. Их присутствие является физиологическим у плода и в ходе первых месяцев жизни, указывая на отсутствие угнетения центральной нервной системы и повреждения ствола мозга, однако они не свидетельствуют о целостности верхнего (коркового) отдела головного мозга. К возрасту 3–4 мес эти рефлексy будут постепенно преобразовываться в произвольные движения.

Сосательный рефлекс

Если погладить новорожденного по щеке, то он сразу поворачивает голову к касающейся его руке, а губы выполняют сосательное движение. Также произвольное сосание легко оценить, если поместить согнутый книзу мизинец на среднюю часть языка, — только этот контакт стимулирует сосательный рефлекс.

Сосание не является непрерывным феноменом, оно перемежается периодами отдыха. У новорожденного количество сосательных движений в одном периоде составляет 8 или больше, ритм быстрый, период длится 4–5 с. Ощущается сильное отрицательное давление (палец засасывается), если моторика лица нормальная и обеспечивает хорошее смыкание губ на пальце.

Рефлекс автоматической ходьбы

Ребенка поддерживают в вертикальном положении одной рукой. Сначала наблюдают распрямление нижних конечностей и туловища, так что ребенок поддерживает на протяжении нескольких

секунд большую часть веса туловища. Затем ребенок слегка наклоняется вперед и делает последовательные шаги.

Автоматическая ходьба вызвана ритмичным сокращением антигравитационных мышц, происходящим вследствие кожного контакта подошвы стоп. Новорожденный может подниматься по ступеням, но не может по ним спускаться — для этого требуется движение сгибания, для которого необходим высший корковый контроль.

Отсутствие автоматической ходьбы не является значительной аномалией во время первых дней жизни, так как слишком выраженная флексорная внутриутробная поза может сделать экстензию сложной и болезненной в первые дни жизни.

Автоматическая ходьба выполняется на подошвах у доношенного младенца и на цыпочках — у недоношенного (гипертонус).

Рефлекс Моро

Это так называемый «защитный» рефлекс. Ребенок лежит на спине, его приподнимают на несколько сантиметров, слегка потянув за обе руки, верхние конечности в экстензии. Если его руки резко отпустить, то он падает на поверхность стола. Сначала наблюдают абдукцию плеч с экстензией предплечий (раскрытие, первый этап) и полное раскрытие кистей; затем происходит аддукция плеч и флексия предплечий (объятие, второй этап).

Рефлекс Моро также сопровождается криком и тревожностью во взгляде.

Рефлекс Моро также возникает, если младенца быстро переместить в пространстве, или если он резко запрокидывает голову назад. Резкие изменения положения заставляют младенца вздрагивать.

Хватательный рефлекс

Если поместить указательный палец в ладонь ребенка, то такая стимуляция вызывает сильное сжатие пальца. Этот тест можно выполнять одновременно с двух сторон, а сильная флексия пальцев позволяет приподнять ребенка и привести его в сидячее положение.

Перекрестный разгибательный рефлекс

Одна стопа стимулируется посредством трения подошвы, нижняя конечность удерживается в экстензии. Реакцию свободной ноги на эту стимуляцию анализируют в три этапа:

- быстрая флексия с последующей экстензией;
- пальцы ног раздвигаются;
- приведение свободной стопы к стимулируемой стопе.

Тонический асимметричный рефлекс шеи, или рефлекс фехтовальщика

Его наблюдают в положении лежа на спине с поворотом головы в одну сторону: затылочная рука согнута, лицевая — вытянута.

Литература

1. Bossy J. Bases neurobiologiques des réflexothérapies. Masson, 1978.
2. Claude M. J. Neuropsychologie du développement. Paris: Flammarion Médecine-Sciences, 2000.
3. Houdart R. Le cerveau de l'homínisation. Du primate à l'homme: naissance du langage, de la pensée et de la conscience. Maïade Éditions, 2002.

Дата поступления 09.12.2015