

La motilité en ostéopathie

Nouveau concept basé sur l'embryologie

Alain Auberville

Andrée Aubin



ELSEVIER
MASSON

А. Обервиль • А. Обэн

МОТИЛЬНОСТЬ В ОСТЕОПАТИИ

**Новая концепция,
основанная на эмбриологии**

Перевод с французского под редакцией И. А. Егоровой



практическая медицина

МОСКВА • 2017

УДК 615.827
ББК 53.54
О-13

Обервиль А.

О-13 Мотильность в остеопатии. Новая концепция, основанная на эмбриологии / А. Обервиль, А. Обэн; пер. с франц. под ред. И. А. Егоровой. — М. : Практическая медицина, 2017. — 192 с. : ил.

ISBN 978-2-294-74592-8 (франц.)

ISBN 978-5-98811-449-9

Les illustrations ont été réalisées par René Othot.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'auteur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

Иллюстрации René Othot.

Все права на перевод, копирование и воспроизведение любым путем принадлежат правообладателю. Любое воспроизведение (полная или частичная публикация каких-либо страниц из этой книги) без разрешения издателя является незаконным и представляет собой нарушение авторских прав. Разрешается только ограниченное копирование текста для личного использования (не для коллективного использования) и короткое цитирование для научных или информационных целей (согласно статьям L. 122-4, L. 122-5 и L. 335-2 Кодекса интеллектуальной собственности).

Научно-практическое издание

Ален Обервиль, Андре Обэн

МОТИЛЬНОСТЬ В ОСТЕПАТИИ

Новая концепция, основанная на эмбриологии

Подписано в печать 31.03.2017.

Формат 70×100^{1/16}. Объем 12 п. л./9,3 а. л.

Бумага мелованная. Печать офсетная.

Тираж 1000 экз. Заказ

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

практическая медицина

115446, Москва, Каширское ш., 23, стр. 5

Тел. +7(495)981-91-03; +7(499)324-93-29

e-mail: medprint@mail.ru — редакция

opt@medprint.ru — реализация

Отпечатано в типографии ООО «ИПК Парето-Принт», 170546, Тверская область,
Промышленная зона Боровлево-1, комплекс № 3А, www.pareto-print.ru

ISBN 978-2-294-74592-8 (франц.)

ISBN 978-5-98811-449-9

© 2015, Elsevier Masson SAS tous droits réservés. This edition of La motilité en ostéopathie. Nouveau concept basé sur l'embryologie by Alain Auberville and André Aubin is published by arrangement with Elsevier Masson SAS.

© «Практическая медицина», перевод и оформление, 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОБ АВТОРАХ	8
ПРЕДИСЛОВИЕ	9
ВСТУПЛЕНИЕ	12
ВВЕДЕНИЕ	14
Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	16
Область применения и базовые принципы остеопатии	16
Энергетическое функционирование организма	19
Эмбриональная модель мотильности	21
Положения относительно модели Сатерленда	25
Прочие исследования остеопатии, использовавшие теоретические основы эмбриологии	29
Характеристики боли при утрате мотильности	29
Замечания для пальпаторного обучения	30
Глава 2. МОТИЛЬНОСТЬ ЭМБРИОНАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ОБНАРУЖЕНИЕ И НОРМАЛИЗАЦИЯ	32
Определение флексии и дисфункция экстензии	32
Типы дисфункций мотильности	33
Обнаружение дисфункций мотильности	34
Нормализация дисфункций мотильности	35
Глава 3. ГРУДНОЕ И КАУДАЛЬНОЕ СКРУЧИВАНИЯ	37
Глава 4. НЕРВНАЯ СИСТЕМА	56
Общие положения эмбриологии	57
Первая складка нервной трубки	64
Третья складка и нервная трубка	71
Парасимпатическая составляющая первой складки: латеральная экспансия	74

Намет мозжечка	76
Ядра четвертого желудочка и мозжечок	77
Ядра четвертого желудочка	78
Мозжечок	79
Продолговатый мозг, спинной мозг, нервный гребень и ганглии	81
Основное эмбриональное движение спинного мозга	81
Спинной мозг	82
Продолговатый мозг	84
Нервный гребень и ганглии	85
Нервные сплетения	87
Центральная нервная система: полушария большого мозга	91
Глава 5. НЕЙРО-ПСИХО-ЭНДОКРИННО-ИММУННАЯ СИСТЕМА	99
Эндокринная система	99
Гипофиз	100
Эпифиз, или шишковидное тело	102
Щитовидная железа	103
Иммунная система	104
Тимус	105
Селезенка	106
Глава 6. СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ СИСТЕМА	108
Общие положения эмбриологии	109
Сердце, серозный и фиброзный перикард	109
Легочный аппарат	115
Эмбриональное движение	116
Легкие	117
Плевры	118
Глава 7. ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА	122
Общие положения эмбриологии	123
Неврологическая регуляция кишечного тракта	124
Пищевод	126
Желудок	130
Печень	132
Двенадцатиперстная кишка	136
Желчный пузырь, верхние и нижние желчные пути, экзокринная поджелудочная железа	138
Эндокринная часть поджелудочной железы	141
Тонкая кишка	143
Толстая кишка	145

Глава 8. МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА	150
Общие положения эмбриологии.....	151
Мочевыделительная система.....	151
Почки.....	151
Мочевой пузырь.....	155
Мочеточники.....	158
Половые органы.....	159
Общие положения эмбриологии.....	159
Матка.....	159
Половые железы: яичники и яички.....	161
Простата.....	162
Глава 9. КОСТНО-МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА	164
Общие положения эмбриологии.....	165
Позвоночник, дорсальная хорда и сегментарный позвонок.....	166
Ребра.....	170
Верхние конечности.....	171
Нижние конечности.....	173
Кости черепа.....	174
Глава 10. ПРОТОКОЛ КЛИНИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО МОДЕЛИ МОТИЛЬНОСТИ	176
Первые три этапа протокола.....	178
Грудное и каудальное скручивания.....	178
Нервные сплетения.....	180
Складки нервной трубки и намет мозжечка.....	180
Жалобы на костно-мышечную систему.....	182
Жалобы на позвоночник и ребра.....	182
Жалобы на боль в области таза.....	185
Жалобы на боль в области нижних конечностей.....	185
Жалобы на боль в области верхних конечностей.....	186
Жалобы на боль в висцеральной сфере.....	186
Мотивы консультаций краниальной сферы.....	190

ОБ АВТОРАХ

Ален Обервиль — врач-osteopat, сооснователь института Евростео и Высшего института остеопатии (Экс-ан-Прованс), на протяжении многих лет был приглашенным профессором в Центре остеопатии Квебека, а также лектором во многих других учреждениях.

Андре Обэн — врач-osteopat, генеральный директор и преподаватель в Центре остеопатии Квебека (Монреаль). Она специализируется в педагогике остеопатии. Ее регулярно приглашают читать лекции в различные учреждения.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Начало данной работе было положено в 1984–1985 гг., когда я только получил сертификат остеопата и учился во Французском обществе преподавания и исследований энергетики (SFERE). Ален Рипер, остеопат и преподаватель SFERE, поделился с нами своими размышлениями о возможных связях между китайской медициной и эмбриологией, о связях, основанных на хронологии и циркуляции витальной энергии.

Китайская медицина среди всего прочего описывает циркуляцию энергии, т. е. ее движение, а именно движение лежит в основе концепции остеопатии. Во время эмбриогенеза практически все структуры, составляющие впоследствии эмбрион, будут перемещаться именно благодаря энергии! Я надеялся найти новые остеопатические методы, позволяющие интегрировать принципы китайской медицины в мою клиническую практику. В эмбриологии мы обнаруживаем движение и энергию.

Мое любопытство подтолкнуло меня к изучению всех видов движения, происходящих во время эмбриогенеза; согласно неизменной хронологии, именно эмбриокинез описывает перемещение

и распространение клеток, образующих все структуры тела.

Пищеварительная система была первой, для которой я разработал новые тесты и техники на основе эмбриокинеза. Благодаря различным клиническим особенностям моих пациентов я применял эти техники в тысяче случаев, особенно когда традиционные остеопатические техники не давали ожидаемого результата. На основе такой интенсивной практики я пришел к выводу, что при использовании техник мотильности зачастую можно нормализовать различные дисфункции быстрее и эффективнее. Более того, дисфункции мобильности устраняются зачастую после коррекции только мотильности, что наталкивает нас на мысль об их адаптивности, а также о первичности мотильности по сравнению с мобильностью во многих случаях.

В SFERE есть аппарат, измеряющий разность электрических потенциалов в точках акупунктуры. Объективным методом мы смогли обнаружить позитивные изменения после работы с мотильностью, что подтолкнуло меня продолжить исследования.

Преподавание висцеральной остеопатии в SFERE, а затем в различных школах остеопатии Европы и Северной Америки позволило мне развить и более четко сформулировать эту концепцию на занятиях со студентами-osteопатами благодаря их постоянным вопросам.

Применение концепции мотильности, основанной на эмбриологии, затем расширилось на мочеполовую и сердечно-легочную системы с такими же интересными результатами.

В тот период после получения разнообразных результатов лечения диафрагмы классическими техниками возникло множество вопросов. Почему некоторые дисфункции, воздействующие на диафрагму, реагировали очень быстро на техники декомпрессии сфенобазиллярного симфиза (можно предположить, что в данном случае имеет место неврологическое воздействие, настолько быстро достигался эффект), тогда как подобные маневры никак не воздействовали на другие ограничения диафрагмы? Как воздействовать прямым путем на высшие центры? Ответственны ли они за постоянство таких дисфункций?

К концу 1980-х гг. такие вопросы подтолкнули меня к применению концепции энергетической мотильности в вегетативной и центральной нервной системах. В первую очередь меня интересовали значительные движения мезэнцефалической и мостовой складок. Работа со сферой неврологии позволила мне расширить свою остеопатическую практику новыми жалобами пациентов,

а также улучшить результаты лечения уже известных мне случаев.

Применение так называемых нейротехник дало самые положительные результаты при лечении пациентов с болезненным и парализующим синдромом — рефлекторной альфонейродистрофией. На тот момент не существовало эффективных терапевтических методик лечения подобных заболеваний. И для меня, и для пациентов стали сюрпризом снятие боли и быстрое восстановление потери неврологической мотильности после начала лечения. После курса лечения у некоторых пациентов наблюдалась минерализация костей, вследствие чего я пришел к выводу, что грань между структурой и функцией определенно тоньше, чем принято считать. Область остеопатии показалась мне еще более обширной.

Передо мной были долгие годы изучения вопросов, связанных с крестцом: почему движение на уровне крестца кажется мне более полным, чем это движение описывает теория, которая его определяет просто как отражение краниального движения? Как устранить механическое противоречие, используемое для классического объяснения «хлыстовой» травмы («whiplash») в остеопатии? Эмбриология дала мне ответ на этот вопрос после изучения 3-й и 4-й недель внутриутробного развития, продемонстрировав очень сильное движение, воздействующее в этот период на каудальную часть тела; в данной работе мы будем его называть каудальным скручиванием. Если движение каудального закру-

тия можно почувствовать, а также если оно дает ответы на многие терапевтические вопросы, не должно ли ощущаться также и движение, позволяющее эмбриону двигаться в верхней части, т. е. осуществлять грудное скручивание? Таким образом, в начале 1990-х гг. родилась идея грудно-каудального скручивания; позже она дорабатывалась на основе клинического опыта и теоретических изысканий.

В моем сознании и моей практике энергетическая работа заключена в последовательную систему, применение которой следует определенному протоколу и хронологии; в их основе лежат этапы развития человека и информационные каналы, которые поддерживают его здоровье. На первый взгляд эта система может показаться отличающейся от так называемой традиционной остеопатии, тем

не менее она полностью соблюдает концепцию движения в остеопатии, а также ее основополагающие принципы, которые должны быть выявлены и изучены более глубоко, чтобы полностью понять их суть.

Данная работа постепенно приобретала смысл: в ее основе клинические испытания, обмен опытом с несколькими интересующимися коллегами, но главное — положительные отзывы пациентов, чье здоровье было восстановлено. Истории некоторых из них будут кратко изложены в главе, посвященной протоколу лечения, для иллюстрации возможных результатов предложенного подхода. Больше всего знаний я почерпнул от моих пациентов, а их вернувшееся доверие — моя самая большая награда.

Желаю вам такой же радости, как моя, при изучении данной работы.

Ален Обервиль

вильного функционирования различных структур человеческого тела необходимо движение энергии. Энергия должна иметь возможность организованно циркулировать во времени и пространстве по специфическим программам, ритм которых измеряется часами, днями, временами года и годами. Согласно китайской медицине, движение энергии — основной момент формирования и поддержания психологии и гомеостаза. При нарушении циркуляции энергии физиологические ухудшения и уменьшение способностей гомеостаза в зависимости от интенсивности блокады или блокад, противостоящих этому движению энергии, приводят к более или менее быстрому возникновению симптомов. Затруднения циркуляции энергии могут породить проблемы в виде переизбытка или, наоборот, нехватки энергии. Это последнее понятие будет применено к концепции мотильности эмбрионального происхождения.

Движение энергии — это точка возможного соприкосновения между концепцией мотильности эмбрионального происхождения и традиционной китайской медициной.

Основной интерес остеопатии к энергии заключается в следующем: свободное количество, ее использование, сохранение и возобновление. Для регулирования энергии с целью лечения или предупреждения появления заболеваний остеопат снимает точки замедления и блокады, которые препятствуют нормальному движению всех структур человеческого тела.

Эмбриональная модель мотильности

В данном разделе мы приводим объяснение базовой концепции настоящей работы, согласно которой именно эмбриональное движение, будучи характеристикой правильного движения, определяет мотильность каждой структуры. Мы описываем взаимоотношения между мотильностью и мобильностью, а также приводим возможное происхождение дисфункций мотильности и объяснение важной роли возобновляемых энергий.

Помимо просто теоретического указания на присутствие энергии, что служит источником этой энергии, которая может быть оценена в рамках остеопатии и нормализована в терапевтических целях? Где она расположена и каким образом выражается? Как возможно применить к энергии остеопатический принцип значимости оптимальной подвижности каждой структуры тела?

Предложенное в данной работе объяснение опирается на уникальный принцип. **Данный принцип основывается на изучении движения всех структур тела во время эмбриогенеза; он одинаково применим ко всем тканям человеческого тела, поскольку ни одна структура не расположена именно в том месте, где она изначально возникла.** Действительно, для попадания на свое окончательное место все структуры перемещаются в трех плоскостях пространства — от начального положения к конечному. Для обеспечения перемещения и развития эмбриональных

чья форма чаще всего устроена великолепно. Ранее мы объяснили возможные источники нарушения мотильности, не затрагивающие истинно эмбриональное движение.

Любопытным будет добавить к вышесказанному, что некоторые отношения между эмбриональным развитием и движением Эрих Блехшмидт описывает в своей работе «*Как зарождается человеческая жизнь*» [12]. Автор выдвигает предположение, что при объяснении развития человеческого существа в своей конечной форме биодинамические области и кинетика эмбриональных движений первичны по отношению к генетике, а также химической и электрической среде. Он утверждает, что энергия роста той или иной структуры связана преимущественно с ее движением и движение свидетельствует, таким образом, о развитии структуры. На такой ранней стадии развития, как первые недели жизни, Блехшмидт уже отмечает раннюю связь между структурой и функцией; функционально он рассматривает эмбрион как полноценное человеческое существо.

В данной работе мы утверждаем, что энергетическая мотильность всех тканей тела, их собственная мотильность, связана с влиянием их эмбрионального перемещения и что эта мотильность остается и ощущается в сформировавшихся тканях. Мы также полагаем, что в правильно сформированном человеке энергия эмбрионального происхождения должна сохранить идеальное движение; эта энергия имеет основополагающее значение для здоровья всех тканей тела.

При поиске нормального движения для каждой определенной ткани остеопат должен изучить возникновение первоначального движения каждой ткани. Для каждой структуры можно выделить эмбриональное возникновение и путь роста, поддерживаемый определенным количеством энергии. Данное насыщенное энергией движение, обеспечивающее перемещение и рост, может быть точно определено по осям, направлению, четким границам и некоторому уровню свободы. Данные характеристики движения будут лежать в основе клинического лечения нарушений мотильности, предложенного в данной работе.

Положения относительно модели Сатерленда

В данном разделе мы объясняем важность нервной системы для понимания концепции Сатерленда; несмотря на клиническую релевантность данной концепции, мы приводим некоторые ее теоретические ограничения.

Уильям Гарнер Сатерленд расширил применение остеопатических концепций Эндрю Тейлора Стилла за счет выявления движения швов черепа и объяснения концепции краниосакрального механизма. Краниосакральный механизм стал отныне обязательным элементом во всем остеопатическом образовании; в данной работе мы не будем подвергать его сомнениям, а лишь приведем новое понимание.

Отправной точкой для работ Сатерленда была демонстрация относительной подвижности костей черепа. Всем

Прочие исследования остеопатии, использовавшие теоретические основы эмбриологии

Другие практические исследования остеопатии опираются на положения эмбриологии. Так, модель, предложенная Ж.П. Барралем и его коллегами, гибридная и, хоть и основана на некоторых положениях эмбриологии, предлагает техники, направленные в основном на ткани. Эти техники значительно отличаются от предложенных в данной работе; представленные нами техники апеллируют к чисто энергетическому уровню, т. е. к совершенно иному плану работы.

Хельсмуртел с коллегами [20] (первая публикация на немецком в 2002 г.) предложил модель, согласно которой эмбриональные движения определяют форму и управляют развитием внутренних органов, обуславливая затем их внутреннюю эластичность. Данную эластичность они называют *внутренней мотильностью*. Движения внутренней мотильности не составляют точную ось. Техники, предложенные в настоящей работе, совершенно отличаются от предложенных указанными авторами, которые иначе интерпретируют основы эмбриологии, без сомнения, комплементарно.

Интересно отметить, что все эти практики были разработаны только для висцеральных органов, вероятно, с целью ответа на важный вопрос о трудности интеграции модели мотильности этой сферы в модель первичного дыхательного движения/краниосакрального механизма. Однако, если внутренние ор-

ганы реагируют на свое эмбриональное развитие, почему бы не предположить, что все прочие структуры тела реагируют так же? Предложенная нами модель основана только на логике и применима ко всем структурам тела, поскольку если мы наблюдаем мотильность эмбрионального происхождения у внутренних органов, то, согласно остеопатическим принципам, распространяющимся на все структуры тела, мотильность есть во всех структурах!

Характеристики боли при утрате мотильности

Специфические болевые ощущения энергетического типа часто носят непрерывный характер либо усиливаются и повторяются в определенный час дня или определенное время года. Такие точные циклы связаны с ежедневной или ежегодной циркуляцией энергии, описанной в китайской медицине.

Будучи мало связанными с химическими механизмами, такая боль чаще всего слабо уменьшается под воздействием болеутоляющих или противовоспалительных средств или не поддается их воздействию. Поскольку эти боли не механического происхождения, зачасую смена положения или определенные действия не приводят к значительным или постоянным изменениям.

Очевидно, что при хронических или не вылеченных классическими остеопатическими техниками дисфункциях энергетические техники будут особенно эффективными; для них будет найдена наиболее подходящая техника.

Замечания для пальпаторного обучения

В данной работе мы предлагаем модель, добавляющую новый компонент к характеристикам нормального движения; целью служит оценка и нормализация всех его аспектов. Для достижения оптимального результата следует развить новые пальпаторные навыки, специфичные для этого нового компонента движения.

На первый взгляд применение энергетических тестов и техник может показаться достаточно простым. И действительно, чаще всего рука остеопата мягко касается кожи пациента, а диагностические и нормализующие маневры редко бывают сложными. Здесь не будет непреодолимых трудностей.

Одна из основных сложностей, как бы парадоксально это ни казалось, заключается именно в простоте маневров. Большинство пальпаторных жестов в остеопатии, за исключением теста слушания, включают в себя двигательную составляющую — это первая составляющая теста или техники, которую осуществляет остеопат. Намерения остеопата посылают тканям пациента информацию, которая должна их мобилизовать. Вторая составляющая пальпации — это сенсорный момент, когда от пальпируемых структур информация передается остеопату. Информация о тканях пациента передается от тканей к рецепторам головного мозга остеопата. Правильное измерение и гармонизация двигательной и сенсорной составляющих пальпации позволят добиться лучших результатов [21].

Информация, которую следует получить во время тестов и нормализации мотильности эмбрионального происхождения, относится к чисто сенсорной и касается только возможности циркуляции энергии в структуре. Единственными двигательными составляющими жестов при пальпации будет только некоторая блокада этих энергетических перемещений (см. гл. 2 «Мотильность эмбрионального происхождения. Определение, обнаружение и нормализация»). Действие, которое оказывается движением, зависит от получения сенсорной информации, а не предшествует ему, как при классических техниках мобильности.

«Двигательное намерение» остеопата, позволяющее в классических техниках определить, верно ли найдена оцениваемая и мобилизуемая структура, в данном подходе обеспечивается исключительно за счет наиболее точного трехмерного представления. Такое представление крайне важно и должно включать максимум возможных характеристик структуры: безусловно, направление и амплитуду эмбрионального движения, а также точное расположение в трех плоскостях пространства, занимаемый объем, следовательно, и форму, толщину и т. д. — все это помогает найти «правильный уровень». Подводя итог, отметим, что мы иногда говорим: именно энергия следует за намерением.

Уровень концентрации играет определяющую роль в достижении результата; он не может быть поддержан или заменен двигательными автоматизмами, развитыми путем повторения, что воз-

можно в классической остеопатии. Зачастую в начале обучения при умственном переутомлении или недостаточных знаниях анатомии мысленное представление становится недостаточно точным. В таком случае рука не сможет получить правильную информацию, от этого медицинское заключение будет неточным, а эффективность результатов снизится. Остеопат должен быть в состоянии оценить уровень сознания, которого он может достичь, чтобы судить об эффективности своих действий.

На стадии обучения сенсорная информация о мотильности эмбрионального происхождения должна сопоставляться с каждой структурой, чтобы создать базу надежных показателей, которые в дальнейшем при появлении дисфункций мотильности будут использованы для определения возможных клинических последствий и результатов, ожидаемых после применения техник нормализации. С опытом возможно обследовать сразу несколько структур или соотносить интерпретацию с ситуацией. Точность мысленного представления может быть достигнута на двух неожиданных для новичка уровнях, которые еще больше повысят эффективность применения энергетических техник. Таким образом, при обучении необходимо приложить максимум усилий — неослабевающих, постоянных и, что особенно важно, длительных.

Другой важный элемент (особенно в начале изучения такого типа техник) — это умение хорошо отделять новые пальпаторные техники, связанные с мотиль-

ностью эмбрионального происхождения, от уже сформировавшихся типов остеопатического восприятия руками. Если не уделять этому должного внимания, сенсорные рецепторы начинают спонтанно воспринимать уже известную информацию, например восприятие на уровне фасций. В силу когнитивного смешения информации, которую следует декодировать с помощью новой модели, эффективность энергетической модели может быть снижена.

Следует также отметить, что при удачной нормализации ткани чаще всего реагируют сразу на все типы движения, поскольку циркуляция энергии в тканях практически сразу улучшает их мобильность, которую возможно почувствовать руками. В подобных ситуациях остеопат должен сконцентрироваться на работе с мотильностью и затем с максимальной точностью декодировать все наблюдаемое влияние, связанное со всеми типами движения.

Несмотря на то что изучение техник мотильности позволяет сразу перейти к их клиническому применению, оттачивание мастерства особых пальпаторных навыков крайне важно для использования техник в полную силу и соблюдения особенностей работы с мотильностью эмбрионального происхождения. Для того чтобы этого добиться, следует развивать в себе высокий уровень концентрации и очень точное трехмерное представление структуры, которую необходимо оценить и нормализовать.



ГЛАВА 4

Нервная система

РЕЗЮМЕ

В этой главе объясняется, какое место занимает нервная система в клинической практике остеопатии. В настоящем исследовании мы руководствуемся самой частой работой скручиваний в работе, основанной на мотильности эмбрионального происхождения, что объясняет большую значимость данного исследования.

Общее видение эмбрионального развития данной системы позволяет понять совокупность ее организации. Структуры, которые подлежат рассмотрению и нормализации, будут рассматриваться от центра к периферии; такой подход чаще всего соблюдается в клинической практике. Будут рассмотрены первая и вторая складки нервной трубки, намет мозжечка, ядра четвертого желудочка и мозжечок, продолговатый мозг и спинной мозг, нервный гребень, лимфоузлы и сплетения. Работа также дополнена изучением полушарий головного мозга.

Для каждой из представленных в данной главе нервных структур предложены остеопатические замечания, описывающие важные связи, необходимые для выявления значимости структур, которые могут на них воздействовать.

В классической остеопатии как для оценки, так и для нормализации нервная система рассматривается только исходя из воздействий костных и мембранозных стенок (полостей) на содержимое. И хотя иногда после применения классических краниальных методик, например, для устранения проблем со сном или обучаемостью обнаруживается важное воздействие на нервную систему, прямая работа на нервных тканях позволяет добиться лучших результатов и более точного воздействия. Таким образом, могут быть вылечены многочисленные проявления, которые ранее сложно было снять. Работа с нервной системой может затрагивать более системные проблемы, связанные с общим состоянием здоровья и циркуляцией информации или с более локальными проблемами, связанными с функционированием определенной нервной структуры. В каждом разделе данной главы будут приведены многочисленные клинические указания,

но для достижения удовлетворительных результатов необходимо хорошо знать анатомию и физиологию ЦНС, что даст возможность распознать, объединить и правильно истолковать симптомы.

Еще Сатерленд и Магун в своих работах обращали внимание на значимость нервной системы для краниосакрального механизма и устойчивости эмбрионального движения ткани в «сформированном» теле (цит. по Лиему [19]): «Мы полагаем, что движение эмбрионального роста на определенном уровне и в форме характерных ритмических движений продолжается и после завершения процесса роста». И действительно, эмбриональные движения, в особенности движения складок нервной трубки и полушарий головного мозга, хорошо объясняют чувствование движения флексии, классически описанное и приводящее в движение мембранозные и костные стенки. В данной работе мы опираемся на положения Сатерленда о первенстве движения нервной ткани и о большей значимости работы вместилища по сравнению с работой содержимого черепа.

Таким образом, главными элементами в работе мотильности нервной системы служат складки нервной трубки. Наряду с нормализацией грудного и каудального скручиваний, описанных в предыдущей главе, их нормализация дополняет освобождение продольной составляющей системы твердой оболочки мозга. Работа с нервной системой часто затрагивает висцеральную сферу, тогда будет необходимо освобождение высшей нервной команды или команды от различных нервных сплетений.

Возможности прямой работы с нервной тканью, либо для локального, либо для более общего воздействия, еще подлежат дальнейшему изучению, но, кажется, некоторые результаты иногда раздвигают границы между структурой и функцией, как в случае комплексного регионального болевого синдрома (ранее называемого альгонеуродистрофическим рефлексом), который будет рассмотрен в данной главе.

Общие положения эмбриологии

На третьей неделе жизни происходит один из важнейших феноменов — индукция образования нервной пластинки с помощью дорсальной хорды, т. е. формирование ЦНС. Берущая свое начало из клеток эктобласта, нервная пластинка шире в краниальной области (формирующей головной мозг), чем в каудальной (формирующей спинной мозг). Индукция нервной ткани происходит до развития костей черепа. У черепа порядок формирования стенок полости и содержимого обратный по сравнению с грудной клеткой или брюшной полостью, где полость формируется до своего содержимого.

После формирования дорсальной поверхности эмбриона в течение 4-й недели жизни нервная пластинка за счет вентрального изгиба постепенно принимает форму полой трубки и опускается вдоль своей срединной оси. Происходит процесс нейруляции (рис. 4.1).

Во время развития нервной трубки часть клеток отделяется от нее, чтобы сформировать независимые структу-

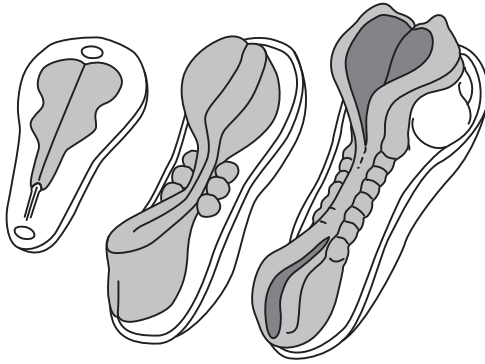


Рис. 4.1. Нервная пластинка и нейруляция

ры — нервные гребни. Они лежат в основе многочисленных и значительно отличающихся друг от друга структур, которые в итоге будут располагаться достаточно далеко от спинного мозга (рис. 4.2).

Спинные нервные гребни формируют:

- ганглии задних корешков;
- ганглии латеровертебральной ганглионарной симпатической цепочки;
- ганглии сплетений;
- мозговое вещество надпочечников.

Краниальные нервные гребни формируют:

- дерму и подкожную клетчатку лица и шеи;
- хрящи глоточной дуги;
- аортолегочную перегородку;
- соединительную ткань, окружающую глаз, мышцы зрачка и ресничную мышцу;
- одонтобласт зубов;
- ганглии черепных нервов.

Спинные и краниальные нервные гребни формируют:

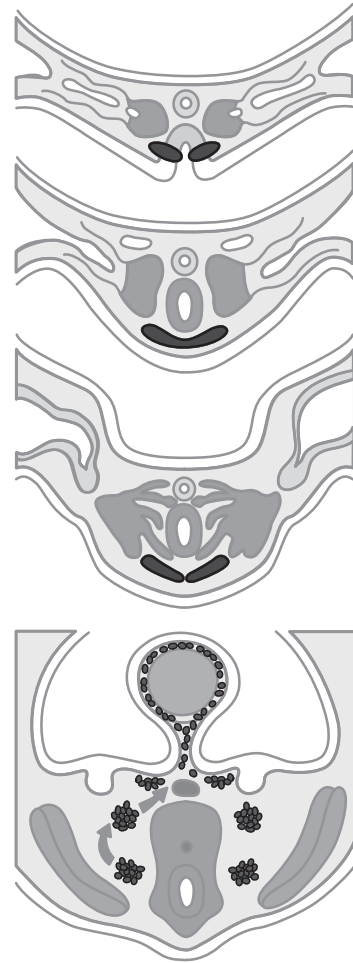


Рис. 4.2. Нервный гребень и ганглии

- интрамуральные ганглии;
- шванновские клетки;
- глиальные клетки в периферических ганглиях;
- паутинную и мягкую мозговую оболочку;
- меланоциты.

Иными словами, нервные гребни служат предшественниками многочисленных нервных структур (спинальные

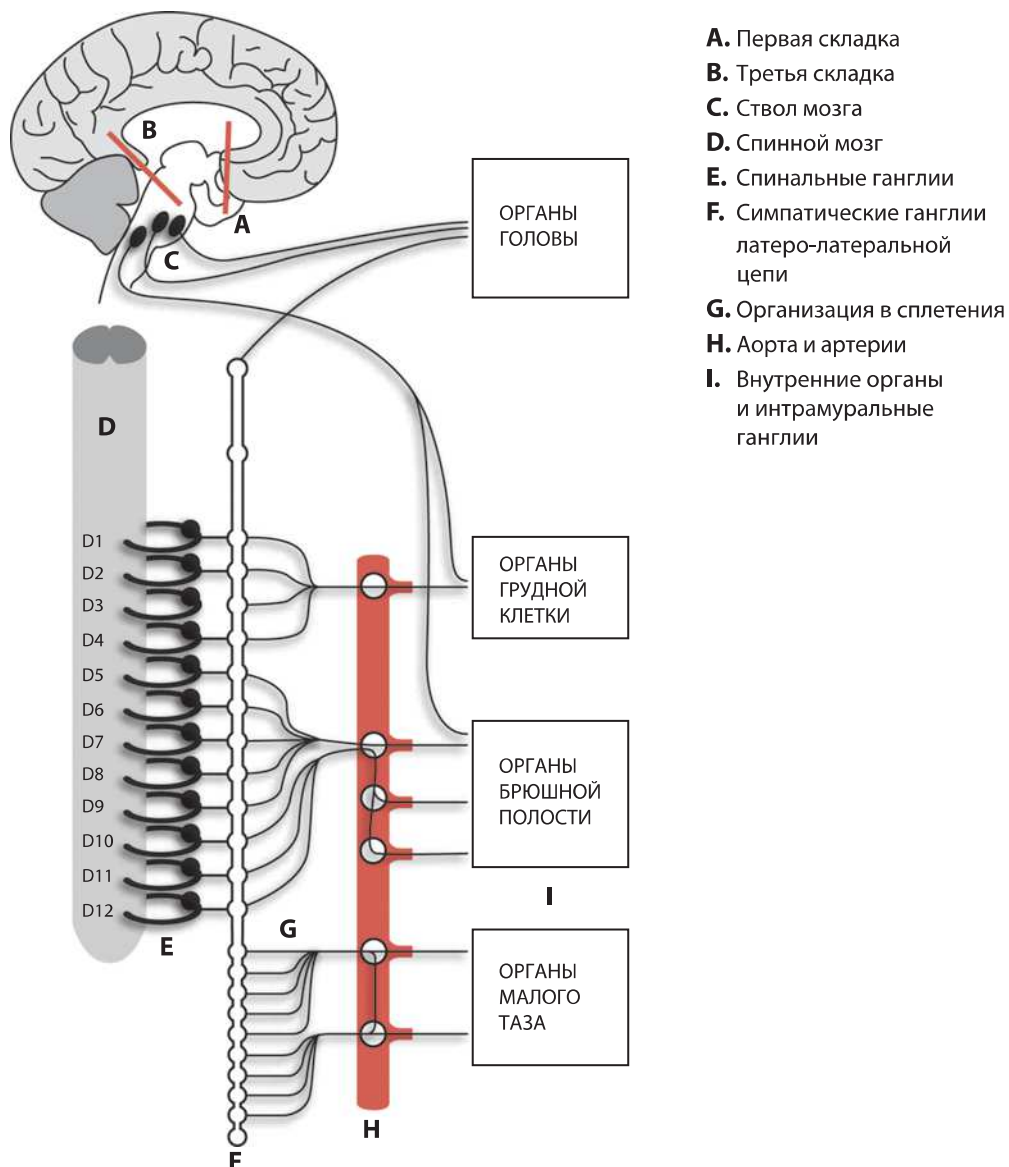


Рис. 4.4. Расположение нервных путей вегетативной нервной системы между центром и периферией

Периферическая информация, идущая от внутренних органов и структур костно-мышечной системы, может оказывать на нервную систему сегментар-

ное влияние либо доходить до высших центров. Более тесные связи между нервной и пищеварительной системой описаны в гл. 7 «Пищеварительная система».

ограничения. Как и первая складка, третья складка в экстензии соответствует нарушению функций симпатической нервной системы, поскольку функция третьей складки заключается в передаче информации от симпатических ядер гипоталамуса к ядрам, расположенным в четвертом желудочке и спинном мозге. После работы с первой складкой, но до перехода к более периферическим структурам необходимо переключиться на третью складку.

Амплитуда движения двусторонней экстензии движения третьей складки может соответствовать интенсивности функционального нарушения.

Ограничение движения третьей складки может соответствовать произвольной реакции на стресс или на его эмоциональный аспект. Она очень часто связана с интенсивными и/или длительными грудными напряжениями системы подвешивающей связки перикарда и/или самого фиброзного перикарда. Продолжительная экстензия третьей складки может быть связана с компрессией цервикальной области между грудными и краниальными напряжениями.

Односторонние ограничения третьей складки так же сложно обнаружить, как и ограничения первой складки. Обычно следует приступить к нормализации односторонних ограничений третьей складки более глобально по сравнению с первой складкой.

Нормализация

В положении, как при тесте, остеопат мысленно проводит ось третьей складки между своими ладонями на

уровне иониона. Он перемещает эту ось по направлению к намету мозжечка (под него). Для более наглядного представления движения во время сфенобазиллярной флексии остеопат следует направлению движения чеши затылочной кости. Он выполняет нормализацию против ограничения, пока не будет достигнуто максимально хорошее выражение мотильности. Как и для первой складки, для нормализации третьей складки используются техники мотильности в прямом направлении.

Остеопатические положения

Связь с вегетативной нервной системой

Поскольку речь идет о передаче информации от центра к периферии, движение первой складки должно быть достаточно свободным, чтобы была возможность перейти к работе с третьей складкой. Работа на этих двух складках должна восприниматься как взаимодополняющая.

При значительной экстензии третьей складки сон недостаточно эффективен (в отличие от нарушения засыпания при дисфункциях первой складки), и у пациентов возникает ощущение, что они встают такие же уставшие, как и легли накануне. При значительных дисфункциях сразу на двух уровнях — первой и третьей складки — сон очень часто нарушается продолжительно и различными способами.

Связь с краниальной механикой

Благодаря тонкой связи с затылочной костью третья складка еще больше ассоциируется с задней сферой. Например,

третья складка может быть связана с появлением звона в ушах, особенно разнобразного по интенсивности и имеющего сосудисто-нервные характеристики.

Противопоказания и меры предосторожности

Неврологическую работу с высшими центрами следует выполнять с осторожностью во время беременности, особенно если уже имеются признаки родовой деятельности или риск самопроизвольного аборта. Работа с задней зоной, т. е. с третьей складкой, может предоставить еще больше неудобств из-за возможного побочного воздействия на ядра четвертого желудочка, который, как известно из традиционной остеопатии, чувствителен к использованию техник компрессии.

Остеопатические положения о совместной работе с первой и третьей складками

Как уже объяснялось в главе о скручиваниях, нормализация двух складок играет важную роль в освобождении продольного компонента твердой мозговой оболочки. Если нормализация скручиваний ведет к работе общей декомпрессии на центральной оси тела, то работа со складками, освобождая стенки и, следовательно, краниальное содержащее, дополняет продольную нормализацию твердой мозговой оболочки. Для полного освобождения этой системы иногда требуется выполнить лишь работу в поперечном направлении (см. ниже «Намет мозжечка»).

Освобождение системы твердой мозговой оболочки очень важно для правильной нормализации компрессий,

влияющих на позвоночник и иногда входящих до уровня нижних мембран конечностей (см. гл. 9 «Костно-мышечная система»). Общая значимость системы твердой мозговой оболочки уже широко известна классической остеопатии.

Парасимпатическая составляющая первой складки: латеральная экспансия

Латеральная экспансия, возникающая в конце движения первой складки, связана с парасимпатической составляющей ВНС, отвечающей за восстановление энергетических ресурсов, т. е. за отдых, и за клеточное восстановление. Парасимпатическая составляющая также связана с ночной фазой циркадных ритмов и восприятием темноты.

Эмбриональное движение

В первой складке парасимпатические ядра медиального гипоталамуса расположены сбоку от симпатических ядер. Согласно хронологии эмбрионального развития, их формирование идет сразу после закладки симпатических ядер.

Мотильность парасимпатической составляющей ВНС выражается движением латеральной экспансии, появляющейся в конце движения вверх первой складки. Согласно классической концепции флуктуации спинномозговой жидкости, хоть и без подробных объяснений, мы обнаруживаем эту связь между поперечными колебаниями и парасимпатической системой.

Движение мотильности и тест

Тест выполняется так же, как и для первой складки, но остеопат в самом конце движения вверх пытается обнаружить именно латеральную экспансию. Для того чтобы почувствовать это движение экспансии, движение первой складки должно быть свободным. За полным поднятием вверх первой складки, связанной с симпатической частью ВНС, следует широкая латеральная экспансия, связанная с парасимпатической частью, что соответствует корректному общему функционированию ВНС и ее физиологии (рис. 4.8).

Дисфункция мотильности

При утрате мотильности парасимпатическая составляющая первой складки находится в дисфункции экстензии и имеет ограничение движения латеральной экспансии, которая возникает в конце движения вверх первой складки. Это латеральное ограничение может быть одно- или двусторонним.

Двусторонние дисфункции больше связаны с проблемами функционирования ВНС.

Односторонние дисфункции чаще связаны с ограничениями содержащего (намета мозжечка или височной кости),

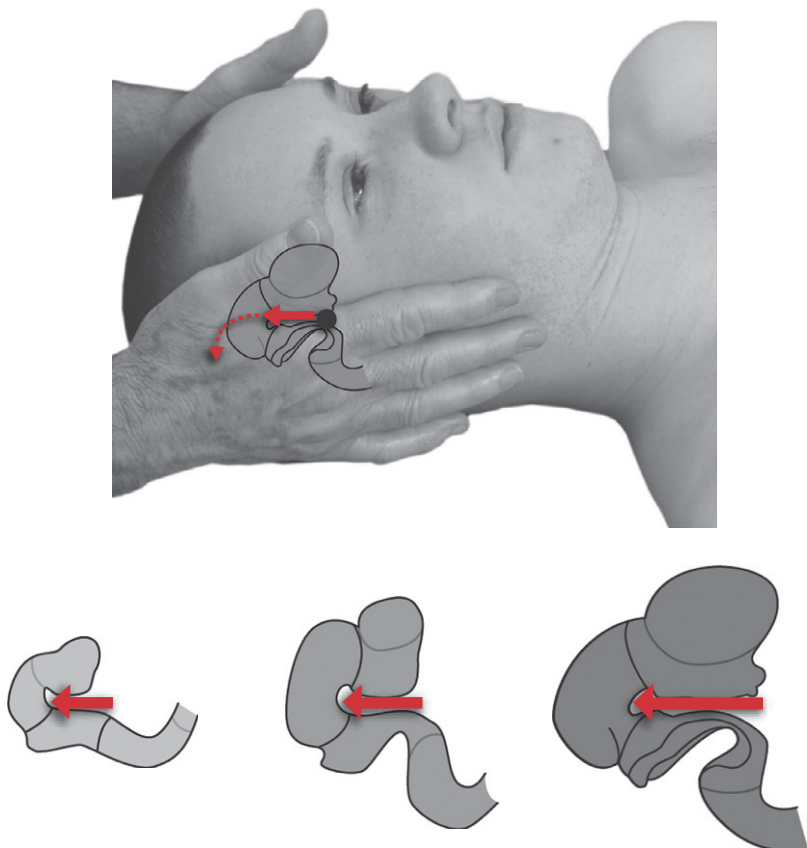


Рис. 4.8. Мотильность парасимпатической составляющей первой складки

которые будут описаны в следующем разделе.

- Клетки продолжают продвигаться дальше, идут вдоль брыжейки и формируют на стенках внутренних органов **интрамуральные ганглии**. В этих ганглиях находятся вторые нейроны парасимпатической системы.

Движение мотильности и тест

Движение нервного гребня повторяет движение спинного мозга. После того как спинной мозг превращается в нервную трубку, формируется нервный гребень.

Что касается движения мотильности во флексии, то две части нервного греб-

ня соединяются одновременно с закрытием нервной трубки. Они отделяются от нервной трубки, совершая заднепереднее движение, а затем отделяются друг от друга, совершая движение изнутри наружу, и, наконец, формируют спинномозговые ганглии. Совершая заднее движение, они затем формируют ганглии симпатической паравертебральной цепи. Оставшееся движение, которое мы опишем ниже, способствует формированию сплетений.

Для выявления мотильности нервного гребня и ганглиев остеопат создает опору с двух сторон нервной трубки и оценивает возможность нервного гребня и ганглиев выражать свою мотильность (рис. 4.15).

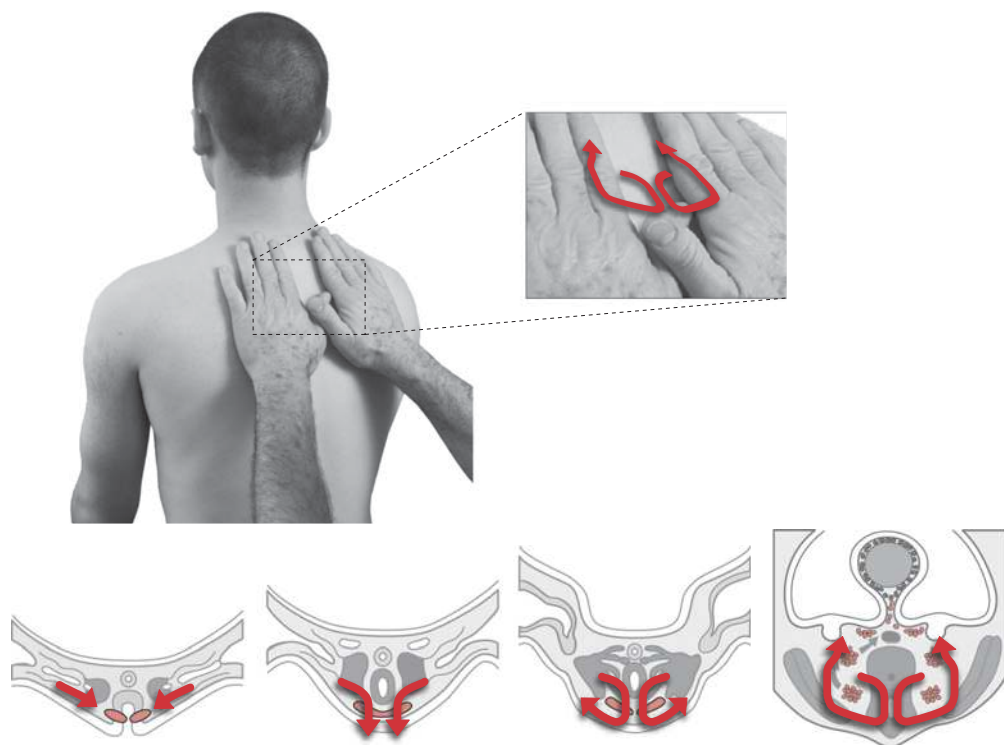


Рис. 4.15. Мотильность нервного гребня и ганглиев

Дисфункция мотильности

При утрате мотильности нервный гребень находится в дисфункции экстензии и создает ограничение для одной из составляющих своего движения (сближение, постериоризация, латерализация, антериоризация). Ганглиям особенно присущ дефицит движения вперед (антериоризации).

Нормализация

Нормализация двух первых движений нервного гребня (движения соединения и движения назад) осуществляется путем применения непрямых техник, т. е. путем аккумуляции. Нормализация отделения одного от другого зачастую осуществляется прямыми техниками, т. е. посредством индукции. Нормализация движений спинномозговых ганглиев и ганглиев паравертебральной цепи также чаще всего осуществляется прямой техникой, т. е. посредством индукции.

Остеопатические положения

В зависимости от сегментарного уровня обнаруженного ограничения нервного гребня восстановление мотильности спинномозговых ганглиев и ганглиев паравертебральной цепи будет опираться на различные симптомы. Например, более специфическое воздействие на область Th_x повлечет более специфическое воздействие на надпочечники.

Учитывая обширное анатомическое распространение, последствия восстановления мотильности нервных гребней могут проявиться не сразу; эти последствия довольно сложно распознать, особенно когда они накладываются на

другие остеопатические нормализации, примененные при одном лечении.

Нервные гребни обеспечивают формирование одонтобласта зубов; в эмбриологии можно найти объяснение некоторых зубных рефлексологий, клинические результаты которых порой достаточно удивительны.

Нервные сплетения

Передача информации от ЦНС к периферическим областям зачастую сопровождается работой с нервными сплетениями. Нервные волокна, образованные из клеток нервного гребня, формируют локальные нейровегетативные центры, направляющиеся к сердцу и легким, кишечному тракту и почечной системе, половым органам и коже. В предыдущем разделе мы описали перемещение ганглиев сплетений и подчеркнули, что все нервные волокна связаны с большими осями кровообращения грудной и брюшной полостей. Таким образом, сплетения относятся к любому «питанию», предназначенному тканям: иннервации и кровоснабжению. Согласно остеопатической концепции, нервные сплетения могут быть связаны с классическим «артериальным законом». Напомним, что в китайской медицине энергия — это кровь.

Эмбриональное движение

Движение образования сплетений идет от нервного гребня, формируя ганглии, и затем материализуется распространением нервных волокон до конечной цели — органов. Это движение идет сзади вперед и вглубь к периферии. Нервные сплетения закручиваются во-



ГЛАВА 5

Нейро-психо-эндокринно-иммунная система

Эндокринная система

РЕЗЮМЕ

Данный раздел посвящен эндокринной части нейро-психо-эндокринно-иммунной системы. В нем будут представлены общие положения, затем гипофиз, эпифиз и щитовидная железа. Остальные железы будут рассмотрены в последующих главах настоящей книги. Особенности эндокринной системы обычно изучаются после нормализации дисфункций, обнаруженных на уровне нервной системы, от которой эндокринная система частично зависит.

Эндокринная система — одна из больших систем регуляции, образующих совокупность сложной и тонкой интегрированной системы, нейро-психо-эндокринно-иммунной, на которую влияют такие элементы, как химический, физический и психический баланс тела, а также такие внешние элементы, как температура и свет.

Эндокринная система состоит из совокупности желез, вырабатывающих гормоны; этой системой управляет система гипоталамус — гипофиз. На краниальном уровне находится также эпифиз, тогда как остальные железы расположены на уровне грудной клетки (щитовидная и паращитовидные железы), брюшной полости (надпочечники и поджелудочная железа), а также таза (яичники и яички). Гормоны также вырабатываются многими другими структурами: стенками желудка, двенадцатиперстной и тонкой кишки, почками и сердцем, а также тимусом. Важным источником гормонов во время беременности служит плацента [29].

За счет регулирования внутренней среды и управления клеточной активностью эндокринная система играет важную роль в балансе энергии, развитии и росте, реакциях на окружающую среду

(инфекции, стресс, голод, кровотечение, регуляция температуры и т. д.), а также процессе размножения.

В отличие от информации, идущей от нервной системы, для достижения конечных тканей гормоны циркулируют по кровеносным путям. Таким образом, между отправкой и получением эндокринных сообщений может пройти достаточно долгий промежуток времени. Зато их воздействия чаще всего носят продолжительный характер. Эндокринная система зачастую функционирует за счет петель обратной связи между местом выработки, стимулирующими и ингибирующими гормонами и органами-мишенями.

В данной главе будут рассмотрены гипофиз, эпифиз и щитовидная железа. Надпочечники рассмотрены в свете их связи с нервными гребнями на уровне Th_x в гл. 4, посвященной нервной системе. Эндокринная поджелудочная железа вместе с экзокринной поджелудочной железой будут рассмотрены в гл. 8, посвященной пищеварительной системе; половые железы будут изучены в гл. 9, посвященной мочеполовой системе.

Гипофиз

Гипофиз состоит из двух отдельных частей:

- задний гипофиз имеет неврологическое происхождение (от диэнцефалона); он выделяет два гормона, вырабатываемых гипоталамусом: окситоцин и вазопрессин (антидиуретический гормон);
- передний гипофиз происходит от кармана Ратке; под действием выраба-

тываемых гипоталамусом гормонов передний гипофиз синтезирует и высвобождает шесть гормонов: гормон роста (соматотропин), пролактин, фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, тиреотропин (тиреотропный гормон), кортикотропин (адренкортикотропный гормон).

Таким образом, гипофиз воздействует практически на все функции эндокринной системы.

Эмбриональное движение

Задняя часть гипофиза, начиная с гипоталамуса, совершает движение вниз, немного вперед относительно передней стенки первой складки. Движение нейрогипофиза частично связано со способностью первой складки выполнять флексию.

Передняя часть гипофиза совершает движение вверх через клиновидную кость, между передней и задней ее частями, по оси, следующей за сошником. Две части железы соединяются и формируют окончательный гипофиз.

Движение мотильности и тест

При нормальном движении мотильности задняя часть гипофиза совершает движение вниз, начиная от гипоталамуса, а передняя часть совершает движение вверх через клиновидную кость.

Для оценки мотильности обеих частей гипофиза остеопат располагает руку на вертексе в направлении турецкого седла и создает либо внутриротовой захват, либо упор в области подбородка по направлению к турецкому седлу. Остеопат проверяет, сходятся ли на уровне турецкого седла два энергетических дви-



ГЛАВА 8

Мочеполовая система

РЕЗЮМЕ

В данной главе изложены дисфункции, нормализация и тесты двух систем, объединенных эмбрионально, но различных по значению. Хотя женская половая и мочевыделительная системы образуются по одной эмбриональной схеме, они выполняют совершенно разные функции. С клинической точки зрения именно матка и мочевого пузырь наиболее тесно связаны между собой, поскольку они должны совершать координированные эмбриональные движения.

Почка, мочеточник и мочевого пузырь — самые важные элементы мочевыделительной системы. Именно почка чаще всего подвергается дисфункциям с клиническими последствиями различной сложности.

Матка, в свою очередь, — важнейший элемент половой системы, но с точки зрения работы мотильности иногда важно осмотреть и половые железы.

Необходимость работы с органами малого таза чаще встречается у женщин, это связано с различными жалобами пациентов, например с нарушением мен-

струального цикла, застойными явлениями малого таза и нижних конечностей, болями в области поясницы и крестца, возможно связанными с половой жизнью, с недержанием мочи и т. д. Для этого ряда проблем можно добиться особенных решений благодаря висцеральной работе мотильности, зачастую совмещенной с работой каудального скручивания. У мужчин работа с мочеполовой системой связана в основном с дисфункциями простаты.

В клинической практике достаточно часто встречаются дисфункции почек; они ведут к известным в классической остеопатии последствиям, как на уровне позвоночного столба, таза и нижних конечностей, так и на уровне болей, возникших по причине раздражения ветвей пояснично-крестцового сплетения. Поскольку почки играют важную роль в контроле артериального давления, их дисфункции могут воздействовать на

этот важный для здоровья аспект. Существует множество причин возникновения дисфункций почек. Эти дисфункции могут возникнуть структурным путем, например из-за быстрого похудения, вследствие чего исчезает жировая прослойка вокруг почек, или из-за физических травм, сильного страха или плохо переносимых климатических изменений.

Общие положения эмбриологии

Мочеполовая система развивается из промежуточного мезобласта; исключение — мочевого пузыря, происходящий от задней кишки. Вся мочеполовая система расположена за брюшиной (почки и мочеточник) или под ней (органы половой системы и мочевого пузыря).

Половая система у женщин и мужчин формируется по единой эмбриональной модели и полностью интегрируется в развитие мочевого системы. Мы не будем детально описывать эту модель, поскольку она не имеет особых связей с эмбриональными движениями, полезными для клинической практики.

Мочевыделительная система

Почки

Почки выполняют для человеческого организма жизненно необходимые функции. Их основная экзокринная функция — фильтрация крови и выделение мочи. Также они играют важную роль в выведении токсинов — внутренних

(продукты клеточного распада) и внешних (лекарства). Также почки имеют эндокринные функции выработки некоторых гормонов: ренина и калликреина, связанных с физиологией артериального давления, и эритропоэтина, связанного с созреванием эритроцитов в костном мозге. Кроме того, почки участвуют в гомеостазе посредством поддержания водного, водно-электролитного и кислотно-основного равновесия.

Из-за своего расположения и небольшого сопротивления птозу почки часто подвержены дисфункциям мобильности. Почки очень зависят от своего жирового ложа, которое поддерживает их на своем месте, от тонуса брюшных мышц, которые обеспечивают им положение у задней стенки, и от помогающего противостоять птозу дыхания диафрагмы, связанного с отрицательным давлением в грудной полости. Движение вверх мотильности почек обеспечивает им защиту от птоза.

Эмбриональное движение

Формирование почек проходит три последовательных этапа. Первые две закладки почек двигаются от краниального положения к более каудальному. Окончательная, третья почка формируется в малом тазу и затем поднимается, чтобы занять окончательное тазово-поясничное положение.

Первая почка, пронефрос, образуется на уровне шейно-грудного сочленения. На 3–4-й неделях эмбрионального развития эта почка, имеющая метамерное строение, остается на одном месте, а затем регрессирует.

Половые органы

Общие положения эмбриологии

Половая система мужчин и женщин образуется по одной эмбриональной модели и полностью интегрируется в развитие мочевыделительной системы.

До появления различий по половому признаку у эмбриона обнаруживаются две пары протоков, связанных с развитием почек: вольфовы (мезонефротические), важные для мужской половой системы, и мюллеровы (парамезонефротические), важные для женской половой системы. У мужчин вольфовы протоки превращаются в семявыносящие протоки, тогда как мюллеровы — подвергаются инволюции. У женщин мюллеровы протоки, сливаясь, образуют матку и верхнюю часть влагалища (нижняя формируется из энтобласта), а также две маточные трубы. У женщин вольфовы протоки практически полностью исчезают.

Матка

Матка представляет собой полый орган, предназначенный для содержания и питания оплодотворенной яйцеклетки. Гладкомышечные стенки матки посредством сильных и ритмичных схваток обеспечивают выталкивание ребенка при родах, когда созревание плода завершилось.

Благодаря своему положению в нижней части костного таза матка защищена от брюшного давления.

Эмбриональное движение

Мюллеровы протоки сливаются и образуют единую полость. Матка занимает

свое место и, совершая движение вверх и переднюю ротацию, т. е. обратное движение по отношению к мочевому пузырю, располагается тотчас спереди и немного снизу.

Движение мотильности и тест

При нормальном движении мотильности матка совершает движение вверх и переднюю ротацию.

Для оценки мотильности матки остеопат кладет одну руку на уровень крестца (положение, как при тесте каудального скручивания), а вторую располагает на уровне матки сразу над лобком. Затем он тестирует возможность матки выражать свою мотильность, а также учитывает синхронность движения матки с движением каудального скручивания и мочевого пузыря (рис. 8.5).

Дисфункция мотильности

При утрате мотильности матка подвергается дисфункции экстензии и сталкивается с ограничением своего движения вверх и передней ротации. Остеопат не ощущает движения толкания под своей рукой, расположенной сверху, но может ощутить изменение выражения каудального скручивания. Дисфункции недостатка энергии возможны, но встречаются достаточно редко.

Нормализация

Нормализация мотильности матки осуществляется непрямыми техниками, т. е. посредством аккумуляции. Нормализация мотильности дополняется восстановлением синхронности с каудальным скручиванием и иногда с мочевым пузырем.

Для нормализации маточной дисфункции посредством индукции, т. е. пря-

боте с ЦНС и гипоталамо-гипофизарной системой, а не локальной работе.

Случаи диспареунии механического происхождения, не связанные с эмоциями, обычно относятся к проблемам мобильности и местной мотильности, ограничения которых необходимо найти и нормализовать.

В случае бесплодия в первую очередь необходимо проверить проходимость маточных труб. Затем, согласуясь с обстоятельствами, следует убедиться в корректной мотильности и мобильности половых органов, при необходимости применяя техники локальной нормализации. Также необходимо проверить окружение, отрегулировать каудальное скручивание и обеспечить корректное кровоснабжение и нормальное функционирование чревного и подчревного сплетений. Более того, необходимо проверить ВНС, нормализовать первую и третью складки.

Половые железы: яичники и яички

Яичники и яички — важнейшие элементы передачи наследственности, поскольку содержат зародышевые клетки.

Эмбриональное движение

Из всех составляющих половой системы половые железы развиваются первыми. Они происходят из половых (или гонадных) гребней, соединенных со стенкой гонадной стромы. У женщин верхняя часть сохраняется и становится подвешивающей связкой яичника (содержит также кровеносные сосуды яичника), тогда как средняя часть становит-

ся маточно-яичниковой связкой, а нижняя — круглой связкой.

У мужчин остается лишь нижняя часть, которая обеспечивает опускание яичка, а верхняя часть связки исчезает.

Половые железы принимают зародышевые клетки, находившиеся ранее в желточном мешке.

Движение мотильности и тест

При нормальном движении мотильности яичники и яички совершают движение вниз и наружную ротацию.

Чтобы оценить мотильность, остеопат кладет руки (контакт должен быть легким) на начальную точку опускания яичников, т. е. примерно на уровень пупка (ниже почечных артерий), и тестирует возможность яичников или яичек выражать свою мотильность (рис. 8.6).

Дисфункция мотильности

При утрате мотильности яичники и яички сталкиваются с дисфункцией экстензии и подвергаются ограничению движения вниз и наружной ротации.

Признаком, помогающим определить наличие дисфункции яичников у женщин, служат трудности при поднятии таза из положения лежа.

Нормализация

Нормализация мотильности яичников/яичек обычно осуществляется прямым путем, т. е. посредством индукции.

Остеопатические положения

Для яичников

«Функциональные» кисты яичников (не путать со структурными кистами эмбрионального или опухолевого и т. д. происхождения) могут быть связаны



ГЛАВА 10

Протокол клинического лечения по модели мотильности

Остеопатический подход требует постоянной адаптации к каждому мотиву консультации. Несмотря на это утверждение, можно выделить этапы, формирующие протокол лечения, что позволит повысить его эффективность, определить его цели и организовать завершение. Мы не утверждаем, что данный протокол включает всю информацию или охватывает все возможные случаи, особенно в отношении локальных процедур в тех сферах, в которых протокол может иметь только репрезентативный характер, но он определенно будет полезен остеопату на первых этапах освоения техник концепции мотильности эмбрионального происхождения. Протокол состоит из описания реальных клинических случаев, каждый из которых по-своему представляет то, что можно ожидать от применения техник мотильности.

Важный принцип протокола лечения заключается в соблюдении последовательности эмбрионального развития. В клинической практике доказано, что соблюдение последовательностей эмбрионального развития позволяет значительно снизить риск обратных или чрезмерных реакций на лечение энергетического типа.

Первые три недели развития соответствуют быстрому росту числа клеток и их организации в трехслойный диск вокруг вертикальной оси. Они не относятся к развитию особых структур. Таким образом, первый этап протокола клинического лечения начинается с оценки и нормализации грудного и каудального скручиваний, имеющих место на 4-й неделе жизни. Ввиду перемещения на свое место сердца, диафрагмы, а также формирования грудной

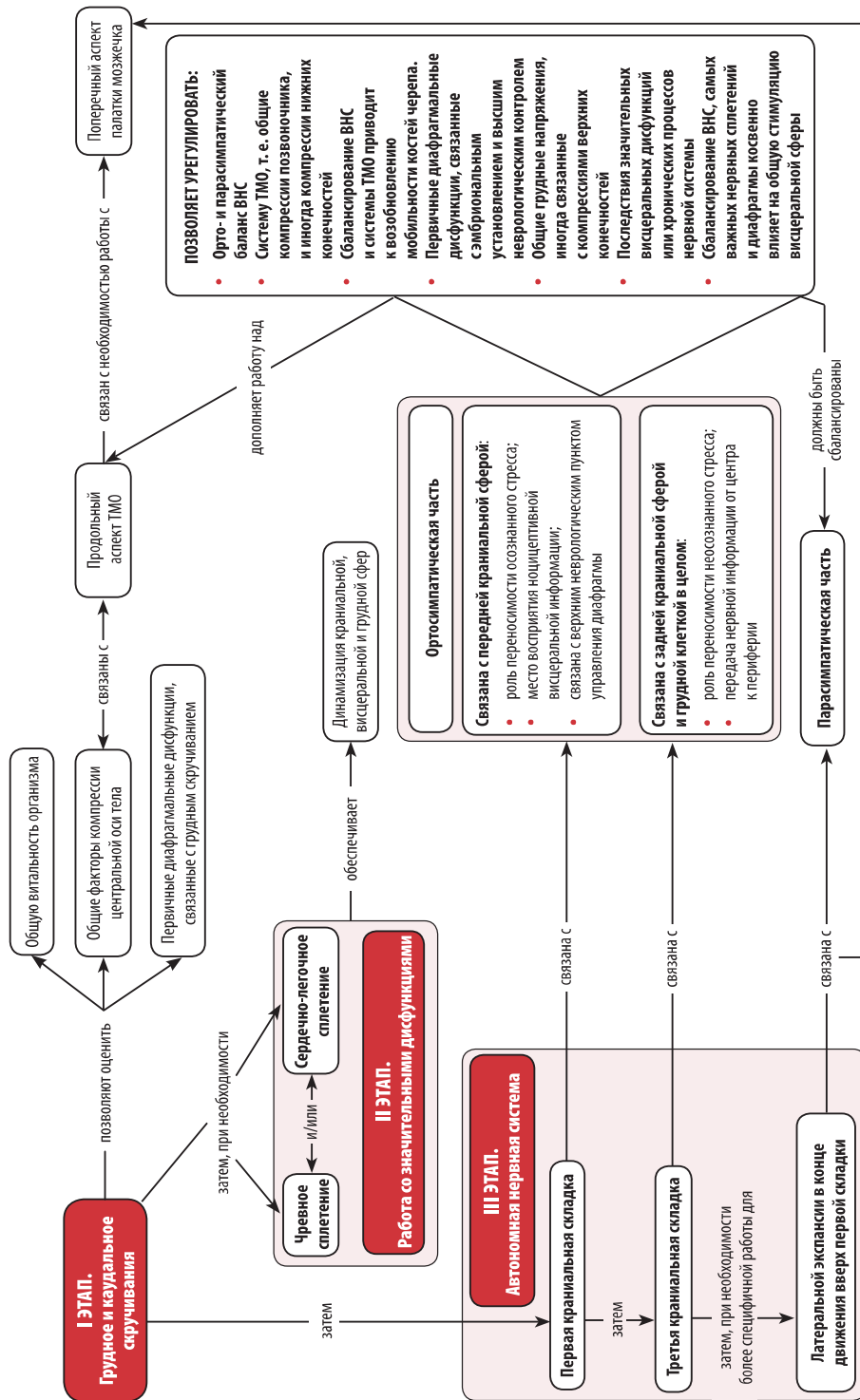


Рис. 10.1. Три первых этапа протокола лечения

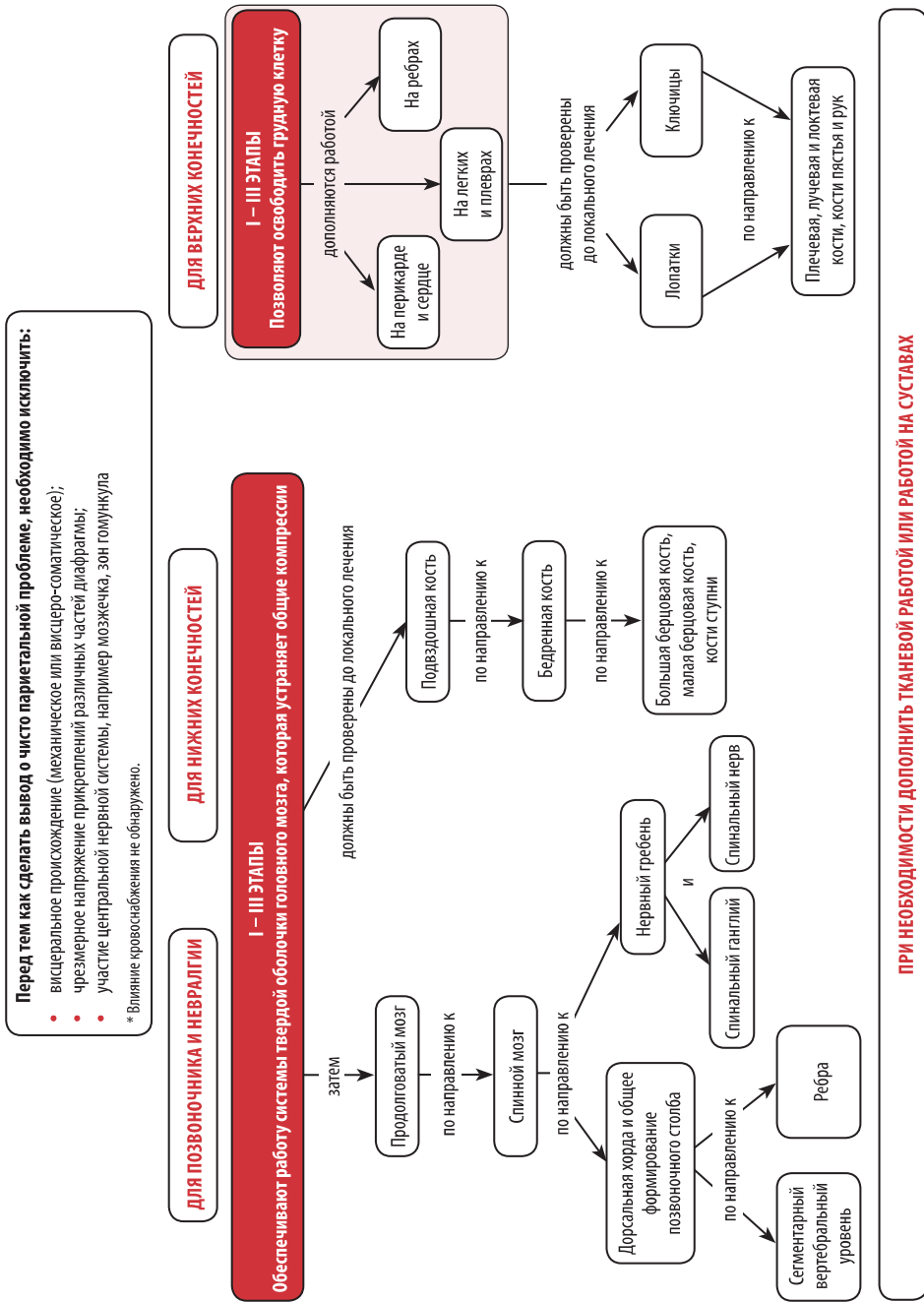


Рис. 10.2. Лечение, направленное на мотивы консультации костно-мышечной системы

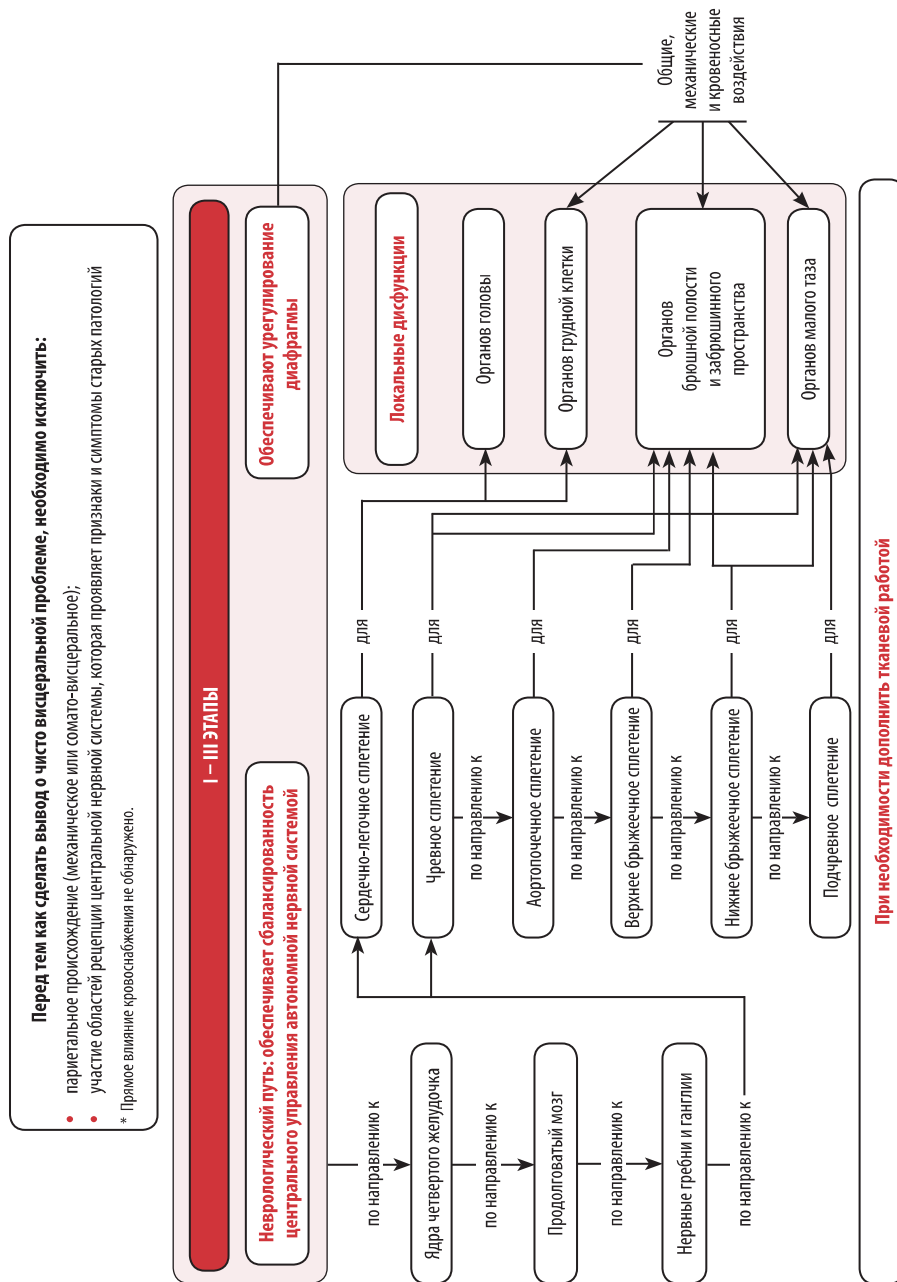


Рис. 10.3. Лечение, направленное на мотивы консультации висцеральной сферы

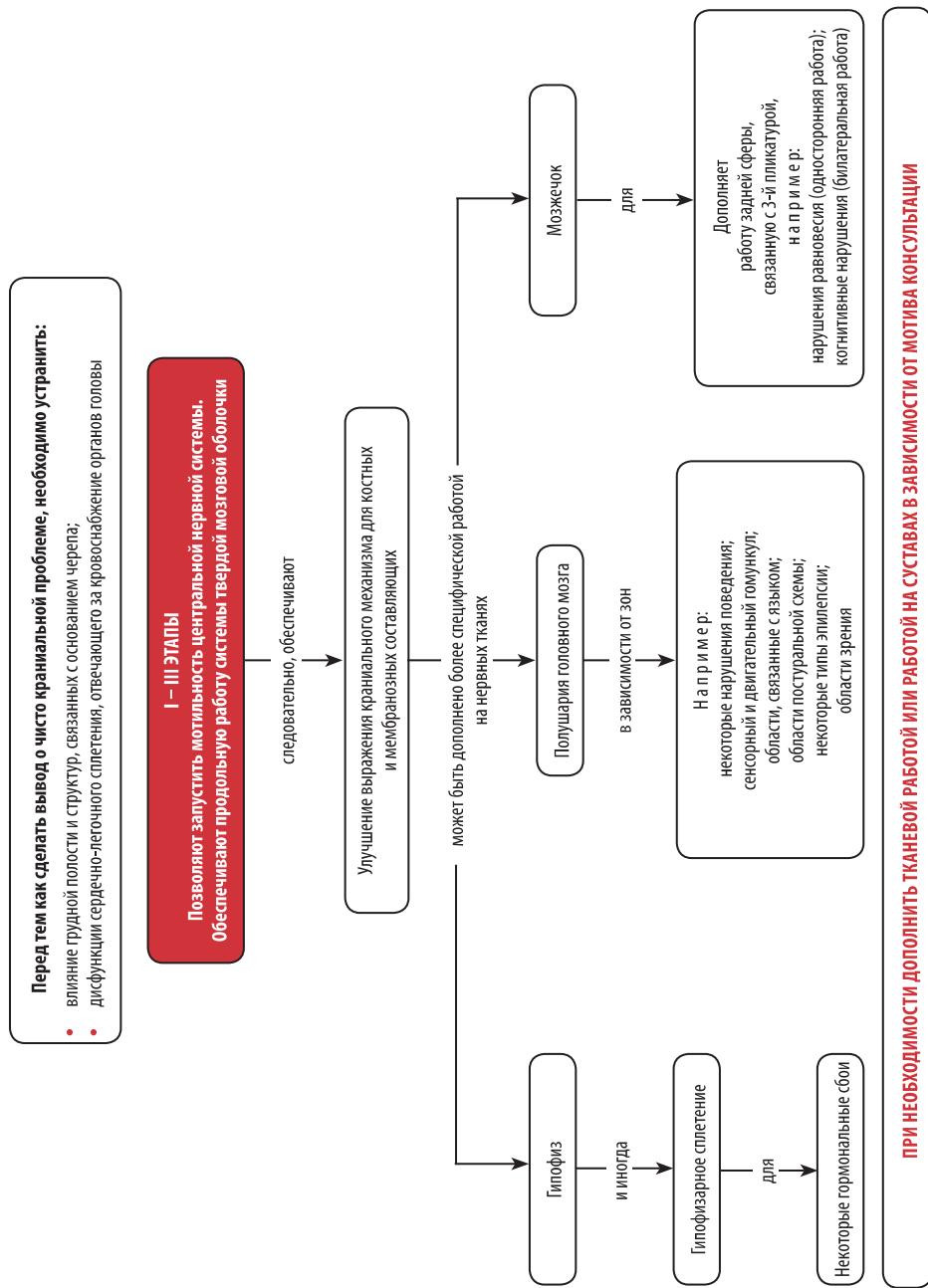


Рис. 10.4. Лечение, направленное на мотивы консультации краниальной сферы