

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АСИММЕТРИЧНОГО ШЕЙНО-ТОНИЧЕСКОГО РЕФЛЕКСА

Значение рефлекса	<p>- Участвует в родовой деятельности (позволяет ребенку повернуть голову в нужную сторону),</p> <p>- способствует формированию паттерна гомолатерального ползания,</p> <p>- Связующее звено между движением глаз, положением головы и движением рук.</p>
Сроки появления	На 32-й неделе внутриутробного развития,
Сроки исчезновения в норме	<p>Момент появления осознанных движений, 4 – 6 месяцев.</p> <p>В норме рефлекс трансформируется в паттерн гомолатерального ползания.</p> <p>Модель гомолатерального ползания: ребенок вытягивает вперед одновременно правые руку и ногу, ставит их, а потом также одновременно подтягивает левые руку и ногу.</p> <p>Это переходный этап к гетеролатеральному ползанию:</p> <p>Ребенок упирается на левую руку и правую ногу и при этом подтягивает вперед правую руку и левую ногу. Затем он переносит центр тяжести на них и начинает подтягивать левую руку и правую ногу.</p>
Методика выявления у новорожденного	Поворот головы в одну сторону, повышение тонуса разгибателей руки и ноги с той стороны, в которую повернули голову.
Симптоматика сохранного асимметричного шейно-тонического рефлекса у детей старше года	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тонусно-силовой дисбаланс мышц шейного отдела позвоночника, поддерживающих голову в вертикальном положении 2. Нарушение координации движений рук и глаз 3. Нарушения аккомодации зрения (близорукость, дальнозоркость) 4. Нарушение конвергенции глазных яблок (пониженная способность глаз поворачиваться друг к другу): <ul style="list-style-type: none"> - Трудность выполнения задач, требующих близкого рассмотрения. - Двоения в глазах - Помутнения в глазах - систематично возникающее ощущение напряжения в глазах 5. Косоглазие 6. Нистагм (подергивания глазных яблок) при движении глаз по кругу.

	<p>7. Нарушение латерализации полушарий головного мозга:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Нарушение доминантности глаза и руки (амбидекстрия) - Неврологическая дезорганизация мозга <p>8. Отставание в интеллектуальном развитии</p> <ul style="list-style-type: none"> - Нарушение или задержка чтения или письма (в том числе сильное давление ручкой при письме)
<p>Методика выявления у взрослого</p>	<p>Провокация с закрытыми глазами:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Полная ПАССИВНАЯ ротация головы в одну сторону до анатомического ограничения – Ретест ЭИМ. - Полная ПАССИВНАЯ ротация головы в другую сторону до анатомического ограничения – Ретест ЭИМ. <p>Если хотя бы в одном из положений головы мы получили снижение тонуса ЭИМ, это говорит о наличии у пациента асимметричного шейно-тонического рефлекса</p>
<p>Симптоматика сохранного асимметричного шейно-тонического рефлекса у взрослых</p>	<p>Наиболее часто встречающиеся проблемы со стороны зрения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Нарушения аккомодации зрения (близорукость, дальнозоркость) - Трудность выполнения задач, требующих близкого рассмотрения. - Двоения в глазах - Помутнения в глазах - систематично возникающее ощущение напряжения в глазах <p>Наиболее часто встречающиеся проблемы со стороны движения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Человек трудно обучается двигательным навыкам, - Постоянно спотыкается, - Постоянно натывается на предметы, - Постоянно задевает ножки стола / стула - Нарушение паттерна ходьбы - Амбидекстрия

Демонстрация асимметричного шейно-тонического рефлекса у ребенка:



КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИММЕТРИЧНОГО ШЕЙНО-ТОНИЧЕСКОГО РЕФЛЕКСА

Значение рефлекса	- Приходит на смену асимметричному шейно-тоническому рефлексу, формирует правильный паттерн ползания у ребенка
Сроки появления	6-й месяц
Сроки исчезновения в норме	11-й месяц
Методика выявления у новорожденного	<p>При напряжении экстензоров головы и шеи происходит повышение тонуса разгибателей рук и сгибателей ног - “Кошка смотрит на еду в руках хозяина”</p> <p>При флексии головы уменьшается тонус разгибателей рук, увеличивается тонус сгибателей рук - “Кошка, которая тянется к миске с едой”.</p>
Симптоматика сохранного симметричного шейно-тонического рефлекса у детей старше года и у взрослых	<p>Шейно-тонические рефлексы (симметричный и асимметричный) очень близки между собой и часто выявляются в паре.</p> <p>Симптоматика симметричного шейно-тонического рефлекса у взрослых и детей такая же, как и симптоматика асимметричного шейно-тонического</p>
Методика выявления у взрослого	<p>Провокация с открытыми глазами:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Полная ПАССИВНАЯ флексия головы до анатомического ограничения – Ретест ЭИМ. - Полная ПАССИВНАЯ экстензия головы до анатомического ограничения – Ретест ЭИМ. <p>Если хотя бы в одном из положений головы мы получили снижение тонуса ЭИМ, это говорит о наличии у пациента симметричного шейно-тонического рефлекса</p>

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ШЕЙНО-ТОНИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСОВ

1. Поиск нормотоничной экстрапирамидной индикаторной мышцы, наиболее чувствительной к провокациям вегетативной нервной системы

	ММТ	Щипковая провокация	Провокация К27	Провокация RP 21	Наклон шеи вправо	Наклон шеи влево
Средняя порция трапецевидной мышцы						
Подвздошно-поясничная мышца						
Прямая мышца бедра						
Бицепс бедра						
Икроножные мышцы						
Передняя большеберцовая мышца						
Широчайшая мышца спины						
Ременная мышца шеи						
Бицепс плеча						
Трицепс плеча						

2. Диагностическая провокация на выявление дисфункции зрительного анализатора. Выполняется с открытыми глазами:

- Полная ПАССИВНАЯ ротация головы в одну сторону до анатомического ограничения – Ретест ЭИМ.

- Полная ПАССИВНАЯ ротация головы в другую сторону до анатомического ограничения – Ретест ЭИМ.

Если хотя бы в одном из положений головы мы получили снижение тонуса ЭИМ, это говорит о поражении зрительного анализатора.

* Чтобы определить приоритетность поражения зрительного анализатора, выполняем темпоральное постукивание в том положении головы, которое привело к гипотонии ЭИМ.

- Возврат головы в нейтральное положение. Темпоральное постукивание.

3. Диагностическая провокация на выявление асимметричного шейно-тонического рефлекса.

Выполняется с закрытыми глазами:

- Полная ПАССИВНАЯ ротация головы в одну сторону до анатомического ограничения – Ретест ЭИМ.

- Полная ПАССИВНАЯ ротация головы в другую сторону до анатомического ограничения – Ретест ЭИМ.

Если хотя бы в одном из положений головы мы получили снижение тонуса ЭИМ, это говорит о поражении вегетативной нервной системы:

У пациента имеется асимметричный шейно-тонический рефлекс.

* Чтобы определить приоритетность поражения вегетативной нервной системы, выполняем темпоральное постукивание в том положении головы, которое привело к гипотонии ЭИМ.

- Возврат головы в нейтральное положение. Темпоральное постукивание.

4. Диагностическая провокация на выявление симметричного шейно-тонического рефлекса.

Выполняется с открытыми глазами:

- Полная ПАССИВНАЯ флексия головы до анатомического ограничения – Ретест ЭИМ.

- Полная ПАССИВНАЯ экстензия головы до анатомического ограничения – Ретест ЭИМ.

Если хотя бы в одном из положений головы мы получили снижение тонуса ЭИМ, это говорит о наличии у пациента симметричного шейно-тонического рефлекса

* Чтобы определить приоритетность поражения вегетативной нервной системы, выполняем темпоральное постукивание в том положении головы, которое привело к гипотонии ЭИМ.

- Возврат головы в нейтральное положение. Темпоральное постукивание.

5. Введение пациента “в компьютер”

Ищем исходно нормотоничный независимый индикатор. Провоцируем рефлекс, который вызывал гипотонию ЭИМ (совершаем ПАССИВНЫЙ поворот головы пациента с закрытыми глазами + одновременно разведение бёдер в тазобедренных суставах.

Затем также пассивно возвращаем голову пациента в нейтральное положение, пациент открывает глаза.

После введения пациента “в компьютер” исходно нормотоничный независимый индикатор становится гипотоничным.

6. Поиск причины выявленной дисфункции.

Общий принцип: Терапевтическая локализация + ретест независимого индикатора.

Терапевтическая локализации в проекции актуальной причины восстановит тонус независимого индикатора.

Зоны терапевтической локализации:

- тесты на скручивание ТМО (дыхательный тест, натяжение корешков, югулярная компрессия)
- Тракция шейного ШОП
- Атлантоокципитальное сочленение
- Остистые отростки позвонков ШОП
- Пары остистых отростков позвонков ШОП
- Пояснично-крестцовое сочленение
- Крестцово-подвздошное сочленение
- Остистые отростки позвонков ПОП
- Пары остистых отростков позвонков ПОП
- Связки купола плевры
- Диафрагма
- Внутренние органы.

7. Выявление приоритета выявленного рефлекса:

- Терапевтическая локализация на области дисфункции + Темпоральное постукивание + ретест независимого индикатора → Если мышца осталась нормотоничной, значит, есть приоритет.

Если приоритет подтверждается – проводим лечение выявленной дисфункции.

Если приоритет не подтверждается – ищем причины (чаще висцеральные) – которые провоцируют выявленную дисфункцию.

8. Лечение приоритетной дисфункции, вызывающей у пациента выявленный примитивный рефлекс.

9. Перепроверка:

- Повторная провокация примитивных рефлексов + ретест ЭИМ