

ГЛАВА 2

ПОСТУРАЛЬНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Постуральный пациент — не диковинка, с какой за всю практику встречаешься один-два раза. Такие больные изо дня в день заполняют приемные практикующих врачей. Чтобы его распознать, достаточно подумать об этом когда перед вами оказывается один из этих загадочных пациентов, страдающих от неустойчивости, головокружений, болей в области поясницы, шеи, спины или от каких-то необъяснимых болей в ногах. Его проблемы возобновляются с неясной периодичностью, и ни один из специалистов, у которых он консультировался, не дал объяснений, а значит не подобрал эффективного лечения.

Но внимание! *Прежде чем пускаться по постуральному следу, нужно устранить все известные причины этих симптомов.* Постурология категорически не способна привести к классическому диагнозу; это не ее роль, и существуют специалисты, которые умеют делать эту работу: сначала следует обратиться к ним. Постурология ничего не заменяет; она приводит к успеху только тогда, когда традиционные заключения бессильны. Это следует ясно осознавать. Мы рискуем допустить серьезнейшие ошибки, если поступим наоборот и начнем обследовать больного с постуральной точки зрения до того, как он пройдет классическое обследование.

ПРОВЕДЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ. ЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА

В общем подходе постуролога, на первый взгляд, нет ничего особенного. Чтобы утвердиться в предполагаемом диагнозе, как и всякий врач, он опирается на ряд признаков, которые составляют клиническую картину болезни. Таким образом, синдром постурального дефицита (Да Кунья, 1987) характеризуется картиной, составленной из стабилόμεтрических и клинических симптомов и признаков:

- пациент жалуется на то, что ему тяжело стоять, либо его пошатывает, либо ему больно;
- стабилметрическая запись подтверждает, что его показатели находятся за пределами нормы (контроль его постуральных колебаний аномален);
- клинический осмотр выявляет аномальную асимметрию его постурального тонуса (регулирование его тонической постуральной активности аномально).

И только четвертый критерий, *необходимый для диагностики*, резко отличает подход постуролога от классического подхода: манипуляция одним или несколькими входами системы немедленно модифицирует некоторые признаки асимметрии, а со временем приводит к тому, что признаки и симптомы синдрома исчезают.

Если лечение не имеет успеха, внимание! Постуральное лечение должно вылечивать постурального пациента. *В принципе диагноз синдрома постурального дефицита подтверждается только ретроспективно, то есть на этой стадии.* Постуролог может ошибиться в выборе своего лечения, но он подвергнет своего пациента значительному риску, если будет упорствовать в серии бесплодных терапевтических попыток; возможно, ошибся не он, а другие. Терапевтическая неудача — это всегда повод рекомендовать вновь пройти классическое обследование, поскольку в первых трех критериях синдрома постурального дефицита нет ничего характерного для данной болезни. Если при наличии этих трех симптомов по классическим заключениям все в норме, рекомендуется попробовать постуральное лечение. Но *только успех* позволит сказать, *a posteriori*, что дело было действительно в синдроме постурального дефицита. За этим замечанием стоит большой опыт. Многие больные, которые были направлены к нам по подозрению в этом синдроме, в итоге оказались на столе у нейрохирурга; после того как постуральное лечение оказалось неудачным, к счастью, было повторно проведено классическое обследование.

ПОСТУРАЛЬНЫЙ ОПРОС

Насколько пациенты красноречивы, говоря о страданиях своей телесной оси, настолько они затрудняются в описании аномалий своих связей с внешним миром. Постуральная система, которая размещает человека в окружающей его среде, — система автоматическая; человек этого не осознает. Никто об этом не говорит. Так что словарь, имеющийся в распоряжении постурального пациента в нашем обществе, недостаточен, богат и точен, чтобы позволить ему выразить нюансы своего недомогания. Неустойчивость, ощущение как в состоянии опьянения, головокружения — вот и все доступные ему слова, и это не облегчает общения. Хорошо известная расплывчатость понятия «головокружение» (от вестибулярного периферического до метафизического) предоставляет полный простор всевозможным интерпретациям.

Чтобы дать пациенту возможность описать, как изменились его отношения с окружающим миром, надо разобраться в его жестикуляционной активности, терпеливо восстанавливая в его памяти каждый жест повседневной жизни, каждый жест профессиональной деятельности; попросить его выразить словами, что не так, что изменилось в такой-то конкретной ситуации с тех пор, как он заболел.

Самый быстрый и точный способ проведения такого опроса — комиксы: маленький рисунок даст больше, чем долгая беседа, и ничто не будет упущено. С помощью этой техники, придуманной Грато (рис. 2.1), можно узнать, что сварщик вынужден теперь раз за разом начинать свои сварные швы, потому как сделать их прямыми и ровными в первый раз ему уже не удастся; что рыбак забросил свой излюбленный спорт: ему уже не закинуть удочку туда, куда он хочет, и это ему надоело; что у этого каменщика не ложится штукатурка — он с трудом управляется со своим мастерком (Гаже, 1986). Эта домохозяйка разучилась вдевать нитку в иголку и ставить кастрюли на плиту, а тому шоферу сложно оценить расстояние при обгоне. А другого пациента дестабилизирует визуальная информация случайных движений, которую он получает, двигаясь в толпе, переходя улицу, гуляя вдоль набережной моря под размеренный плеск волн (один из наших пациентов рыбачил на рейде, и его настолько дестабилизировал вид этих небольших волн, что он просто упал в воду)!

Такой опрос позволяет ответить на вопрос: трудно этому пациенту расположить себя в своем физическом пространстве или нет? В этом смысле ответы пациента стоят тестов и осмотров.

Однако даже если ответы на этот вопросник по методу Грато зачастую кажутся ясными, это не всегда так. Некоторые пациенты, особенно страдающие косоглазием, несмотря на все усилия и ухищрения ведущего опрос, не могут передать постуральный аспект того, что их смущает; они живут с этим так давно, что уже не помнят или даже никогда не знали своего нормального состояния. Другие, иногда пришедши по направлению психиатра, ведут такие пространственные монологи о своих «головокружениях», что для выяснения их проблемы опроса недостаточно. Впрочем, не стоит рубить сплеча: когда вдохновение, словоохотливость и воображение приходят на помощь культурной ограниченности языка, объяснения могут стать до смешного странными, на грани бреда, при этом не будучи бредом как таковым.

В конце опроса, зная ловушки клинического постурального обследования, полезно задать пациенту несколько вопросов по входам постуральной системы.

Глаза

Есть ли у пациента симптомы гетерофории (скрытого косоглазия): усталость глаз при продолжительном чтении, перед телевизором, слезоте-

что боль на уровне тыльной стороны основания молоткообразно изогнутых пальцев стопы тоже может привести к возникновению болеутоляющей позы, особенно когда ткани до некоторой степени воспалены.

Какую обувь обычно носит пациент? Подвох для врача не только в том, что он забудет посмотреть, есть ли в обуви дополнительные стельки или подпяточники. Главное, не пройти мимо обуви со встроенными стельками, особенно, если это стельки из «композитных» материалов, стельки «прямая ось», «левая ось», «антиторсионные» стельки и т. п., которые можно модно использовать в спортивной обуви, которые настолько деструктурируют, что спортсмена всегда надо записывать в обуви и без нее.

Зубы

Когда последний раз пациент был у стоматолога? Если постуральные проблемы возникли в момент или сразу после стоматологического вмешательства, следует уделить особое внимание мандибулярному влиянию на постуральный тонус.

Шрамы

Есть ли у пациента шрамы после операций? В этом случае Прадье (1987) советует проверить, не влияют ли эти шрамы на постуральный тонус.

Проблемы с внутренними органами

Гийом обращает внимание и на тот факт, что изменения постурального тонуса могут вызывать некоторые заболевания внутренних органов, например, хронические колиты, и только подобный опрос и классическое клиническое обследование позволят это предположить. И то, что эти постуральные расстройства поддаются временной коррекции классическими методами постурального лечения, делает их еще более обманчивыми.

Окончание опроса

Опрос постурального пациента — процедура долгая и деликатная, ценность его не только в том, что он подтверждает, что больному трудно стоять, ориентироваться в окружающем пространстве, но и в том, что в процессе этого опроса часто выдвигаются рабочие гипотезы.

Само собой разумеется, этот постуральный опрос не исключает других вопросов, которые позволят лучше узнать пациента, историю его болезни, а в первую очередь, его сегодняшнее психологическое состояние. Ведь очень часто постуральные расстройства провоцируют возникновение тревожно-депрессивного поведения, что подтверждает правильность выбора психосоматического подхода к постуральному пациенту. Этот аспект опроса настолько важен, что ему посвящена отдельная глава (см. «Психосоматика ощущений головокружения и потери равновесия»).

ПЕРЕЧЕНЬ АНОРМАЛЬНЫХ ТОНИЧЕСКИХ АСИММЕТРИЙ. КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Основные принципы клинического постурального обследования

Прежде чем погружаться в подробное описание постуральной семиотики, полезно обозначить главные направляющие моменты клинического обследования. Что старается отыскать клиницист, и почему таким способом? То, что мы потеряем немного времени, остановившись на этих принципах, в итоге позволит сберечь нам время в дальнейшем.

Главные вопросы

В общих чертах, начиная клиническое обследование, постуролог держит в голове только три вопроса:

- Анормально ли асимметричен тонус пациента?
- Связана ли эта аномалия с визуальной, плантарной, мандибулярной, висцеральной информацией или с наличием рубцов?
- Если нет, то можно ли изменить эту тоническую асимметрию посредством манипуляции с одним из входов постуральной системы апломба?

На этих трех вопросах будут строиться три фазы клинического постурального обследования, которое в основе своей является исследованием тонуса.

Исследовать постуральный тонус

Исследование мышечного тонуса — работа непростая. Конечно, такие серьезные нарушения тонуса, как экстрапирамидальные гипертонусы, гипертонусы во флексии и гипертонусы спастического типа, распознаются неврологами с легкостью и с давних пор. Но когда в середине XX века клиницисты попробовали более тонкий подход, они были вынуждены признать поражение: тонус, как угорь, выскальзывал у них из рук. «Он поминутно меняется, он в постоянном движении... Любые периферические возбуждения, какой бы природы они ни были, способны вызвать тонические реакции», — писали Тома и Ажурьягерра (1948). Сегодня положение изменилось. Мы знаем, что на самом деле эти непредвиденные тонические реакции подчиняются неким законам и что знание этих законов приводит к постижению постурального тонуса. Но наблюдения Тома и Ажурьягерра остаются верными: сфера тонического удивительно изменчива, текуча, подвижна, и именно в этой области нам следует продвигаться вперед: никакие меры предосторожности, никакие строгости не будут излишними при исследовании постурального тонуса.

Мы исследуем мышечный тонус очень традиционно, отмечая взаимное расположение костей скелета, оценивая противодействие, оказываемое мышцами в ответ на растяжение, и наблюдая за изменениями двигательной активности. Чем больше мы исследуем мышечный тонус, тем

больше мы убеждаемся в том, что необходимо делать это как можно чаще и не довольствоваться одним осмотром, а доверять только последовательным результатам целой серии тестов.

Взаимное расположение костей скелета

Это весьма старинное понятие. Чарльз Белл выражал его по-своему: «За счет использования мышц конечности напряжены, а тело строго сбалансировано» (1837). Со времен Галена это не сопровождаемое движением постоянное мышечное сокращение, фиксирующее взаимное расположение костей скелета, принято называть «тонусом». Так что мы можем что-то узнать о тонусе уже по расположению костных реперов (ориентиров). Это утверждение является классическим.

Сопротивление растяжению

Классическим допущением является также то, что мы исследуем мышечный тонус, тестируя сопротивление, оказываемое мышцей в ответ на растяжение. Но прежде нам следует осознавать, что понятие тонуса неоднозначно. Это понятие «легкого напряжения, в котором в норме оказывается любая мышца в состоянии покоя» объединяет (и смешивает) проявления вязкоупругих свойств мышечной ткани с результатами сократительных процессов нервного происхождения (Пайяр, 1976). «Тонус» — слово-ловушка, одно из тех слов, значение которых может быть бессознательно искажено в ущерб ясности суждения.

Если выраженное словом понятие столь расплывчато, следует еще более ужесточить критерии клинического исследования тонуса, особенно когда мы манипулируем тонусом, чтобы его исследовать. Ведь то, что мы при этом наблюдаем, является не «тонусом», а *тоническими реакциями* на изменение, возникшее в ответ на действия клинициста. С точки зрения теории познания, в этой неизбежной паре «действие — реакция» реакция будет иметь ценность только в том случае, когда известно действие. Сначала ясно осознаем, что мы делаем, а потом уже попытаемся понять, что мы наблюдаем.

Шеррингтон указал нам четкий путь. В функциях таких физических величин, как длина, время и сила, он количественно определил тонус мышцы через сопротивление, которое она оказывает в ответ на пассивное растяжение. Так что прежде чем продолжить растягивать мышцы, чтобы протестировать их сопротивление растяжению, а тем самым их «тонус», строго определим наши тактические маневры в соответствии с основными физическими величинами. Применительно к совершаемым нами движениям на растяжение надо говорить *амплитуда, скорость, ускорение, временной интервал между двумя последовательными растяжениями, приложенная сила*. Значимым является каждый параметр: амплитуда для свойств эластичности ($F = k \cdot l$) и для рецепторов с медленной адаптацией, скорость для свойств вязкости ($F = k \cdot v$), скорость и ускоре-

ГЛАВА 3

КЛИНИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ, ИЛИ ИСТОРИЧЕСКАЯ КЛИНИКА

Основываясь на теоретическом описании постурального обследования, легко вообразить себе простые клинические сценарии; больной пытается на то, что ему трудно стоять — либо его пошатывает, либо в этом положении он испытывает боль; его стабилметрические показатели действительно находятся за пределами нормы, а его постуральный тонус аномально асимметричен. Манипуляция с одним из входов его тонкой постуральной системы восстановила на этот момент тонкую симметрию; мы рекомендуем ее попробовать. Через три месяца мы констатируем, что все пришло в норму. Этот простой сценарий повторяется от раза к разу, так что пересказывать клинические истории такого рода было бы утомительно.

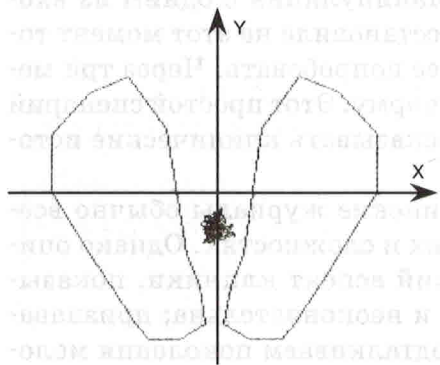
Падкие на успех французские медицинские журналы обычно все сдержаны, когда речь идет об ошибках и сложностях. Однако описание ошибок подчеркивает исторический аспект клиники, показывает, что она бесконечна, несовершенна и неокончательна; признавая в нашем незнании, мы тем самым подталкиваем поколения молодых обратиться к непознанному, а там у их разума будет куда больше возможностей совершенствоваться, чем в рутине повторений.

Итак, мы предпочли рассказать, прежде всего, об ошибках, неспособности, незнании, которые кажутся нам наглядными или поучительными. А если вам иногда и встретится история успеха, то это будет продиктовано лишь желанием проиллюстрировать исключительное изображение клинических случаев, с которым мы встречаемся в постурологии.

МЕХАНИК, КОТОРЫЙ НЕ ПОЛЬЗОВАЛСЯ СИСТЕМАТИЧЕСКИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПЛАТФОРМОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРИЗМАМИ

Господин В., 39 лет, в первый раз появился в Постурологическом институте 25 мая 1987 г.; он был направлен отоневрологом по поводу посттравматического синдрома, неподдающегося лечению. Его случай можно назвать классическим. В феврале 1984 г., на следующий день после не тяжелой черепно-цервикальной травмы, полученной на рабочем месте, которая не сопровождалась ни потерей сознания, ни госпитализацией, он начал жаловаться на неустойчивость и нарушения зрения, и это продолжается уже три года. Он прошел обычное классическое обследование: рентгеновские снимки черепа и шейного отдела позвоночника оказались в норме, ЭЭГ тоже; некоторые аномалии следящих движений глаз выявленные в ходе отоневрологического обследования во время первых осмотров, пришли в норму; ортоптическое обследование выявило весьма незначительную экзофорию на небольшом расстоянии (0, X'2) и недостаточность конвергенции.

Первый опрос пациента проходил в три этапа: прямые вопросы: «Что не так?», скрытые вопросы по опроснику Грато и, наконец, выявление фобии повторения несчастного случая по опроснику Крока (1969). Взапно он начинает жаловаться на неустойчивость, на ощущения головокружения, сопровождаемые тошнотой, на аномальную утомляемость, на цервикалгии и брахиалгии, а также на то, что он видит как в тумане. Задав ему серию вопросов, мы выяснили, что его отношения с окружающим миром значительно нарушены. Он потерял сноровку в работе,



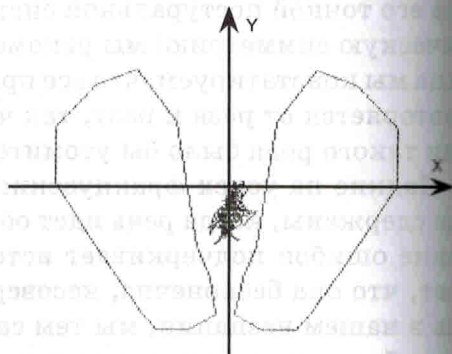
Статокинезиграмма

□ 1 см

Рис. 3.1. Запись с открытыми глазами от 25 мая 1987 года.

Площадь статокинезиграммы равна 707 мм², что значительно превышает границу нормы (210 мм²).

© Masson, Paris, 2004



Статокинезиграмма

□ 1 см

Рис. 3.2. Запись с закрытыми глазами от 25 мая 1987 года.

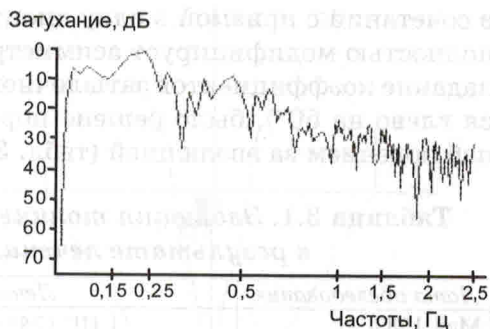
Площадь статокинезиграммы равна 1338 мм², что значительно превышает границу нормы 638 мм².

© Masson, Paris, 2004

Рис. 3.3. Преобразование Фурье от 15 мая 1987 года.

Колебания вправо/влево (X) в положении глаза закрыты. Имеется пик на частоте 0,2 Гц.

© Masson, Paris, 2004



способен правильно направить конус пламени своего газосварочного аппарата; он больше не может ни водить машину, ни ездить на велосипеде; даже при ходьбе его систематически ведет в сторону; он не может больше подняться на высоту, поскольку страдает боязнью высоты. Он не может больше смотреть телевизор, его укачивает в транспорте, он страдает повышенной раздражительностью, особенно в шумной обстановке. Ни малейшего намека на фобию повторения по опроснику Крока мы не обнаружили.

Стабилометрическое обследование выявило аномальные площади статокинезиграммы, как с открытыми (рис. 3.1), так и с закрытыми (рис. 3.2) глазами.

На частоте 0,2 Гц при движениях вправо/влево в положении глаза закрыты (рис. 3.3) имеется пик, указывающий на возможность проблемы с позвоночником, и когда мы сравниваем записи этого пациента при ротации головы вправо и влево, мы обнаруживаем статистически значимую разницу площадей в этих двух ситуациях.

Таким образом, в этом посттравматическом синдроме очень сильна цервикальная нота, и обследование по вертикали Барре обнаруживает явное отклонение от всех точек-реперов, ягодичной складки, остистых отростков L_3 и C_7 с одной стороны, влево от срединной линии, что — как в случае дисгармоничного синдрома — зачастую связано с этой цервикальной нотой.

Запись с закрытыми глазами. Площадь статокинезиграммы 867 мм^2 при ротации головы вправо (B) и 2092 мм^2 при ротации головы влево (A). Таким образом, соотношение площадей равно 2,41; разница между площадями значима ($p < 0,05$).

Асимметрия постурального тонуса у господина В. довольно явная; на это определенно указывает то, что преобладание правого коэффициента затылочного рефлекса в тесте Фукуды составляет 60° .

Господин В. жалуется на то, что ему трудно стоять, и мы действительно констатируем на основании его записей, что он стоит не так как здоровый человек. Во время клинического обследования мы отмечаем, что его постуральный тонус аномально асимметричен. Все это согласуется между собой.

Поскольку на тот момент различные клинические тесты показали, что установка призмы в одну диоптрию на правый глаз основанием на 125°

в сочетании с призмой в одну диоптрию на левый глаз основанием на полностью модифицирует асимметрию его постурального тонуса (преобладание коэффициентов затылочного рефлекса в тесте Фукуды становится влево на 50°), было решено порекомендовать ношение этих призм наблюдением за эволюцией (табл. 3.1).

Таблица 3.1. Эволюция тонической постуральной асимметрии в результате лечения с применением призм

Дата обследования	Лечение	Преобладание
Май 1987	1 ПГ 125° + 1 ЛГ 0°	П60
Октябрь 1987	1 ПГ 125° + 1 ЛГ 0°	П10
Март 1988	Без призм	Л110
Апрель 1988	2 ЛГ 55°	Л110
Июль 1988	2 ЛГ 55°	Л30
Январь 1989		П120

Поначалу эволюция проявилась в снижении правого преобладания с 60° до 10° под воздействием призмы 1 ПГ 125° и 1 ЛГ 0° , что соответствует логике закона каналов, но впоследствии (в марте 1988 года) воздействие этих призм привело, в соответствии с той же логикой, к возникновению инверсии преобладания, которое теперь составило 110° влево. Перед лицом этого ятрогенного гипертонуса было принято решение отказаться от призм, но через месяц (в апреле 1988 года) оказалось, что для возврата к тонической симметрии самой по себе отмены призм недостаточно. Тогда было рекомендовано ношение одной призмы 2 ЛГ 55° , что, как показал осмотр в июле 1988 года, по логике закона каналов, сократило это левое преобладание до 30° , но затем, в свою очередь, вызвало возникновение ятрогенного гипертонуса. В январе 1989 года преобладание достигло 120° вправо. Тогда от этой призмы было рекомендовано отказаться. Пациент, избавившийся, таким образом, от функциональных симптомов, не считал нужным продолжать наблюдение за эволюцией своей тонической постуральной асимметрии. Эта эволюция наглядно демонстрирует необходимость регулярного наблюдения за воздействием призм при лечении, поскольку на сегодняшний день мы совершенно не способны предсказать ее течение.

Эволюция площадей статокинезиграмм в процессе лечения представлена на рис. 3.5. Мы видим, что площади возвращаются к нормальным значениям.

Отношение площадей статокинезиграмм при записи с поворотом головы налево и направо или шейный коэффициент (рис. 3.6) также демонстрирует положительную эволюцию в ходе лечения. На последнем осмотре площадь при записи с ротацией головы налево даже стала меньше площади при записи с ротацией головы направо.

Но вот чему научило нас наблюдение за эволюцией этого больного под воздействием лечения: не следует забывать назначать реабилитацию визу-

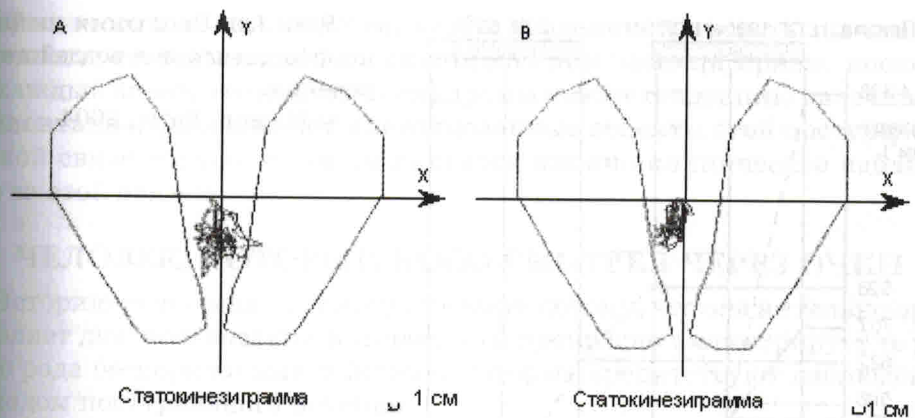
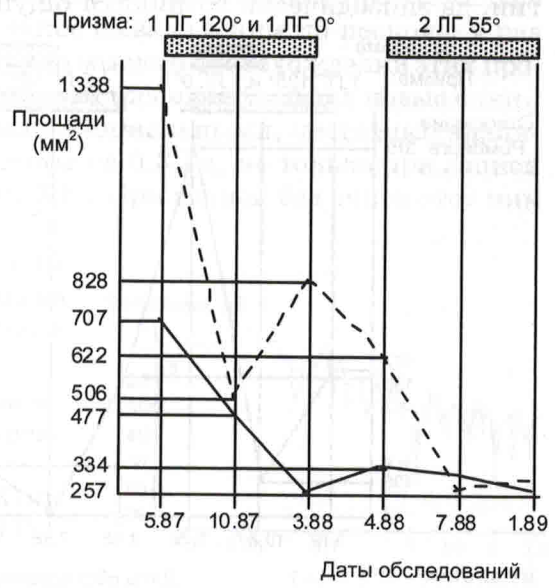


Рис. 3.4. Запись с ротацией головы от 25 мая 1987 года.
© Masson, Paris, 2004

ного входа в постуральную систему при помощи реабилитационной платформы каждый раз, когда мы назначаем призму. На графике эволюции коэффициента Ромберга (Нйюкиктхиен и Ван Парис, 1976) (рис. 3.7) действительно видим, что назначение призмы в мае 1987 года вызвало появление постуральной амблиопии, выявленной в октябре 1987 года. Тогда была назначена реабилитация на платформе и уже в марте 1988 года видим ее результаты: коэффициент Ромберга определенно повысился. Когда в апреле 1988 года была назначена вторая призма, систематическим рекомендациям применения платформы еще не было, и ношение призмы вызвало возникновение постуральной амблиопии, выявленной в июле 1988 года. Тогда упражнения на реабилитационной платформе были возобновлены, в результате чего началась нормализация значения коэффициента Ромберга.

Рис. 3.5. Эволюция площадей под воздействием лечения с применением призм.
Вверху в виде заштрихованного прямоугольника отображена хронология лечения с применением различных призм.
Площади при записи с открытыми глазами изображены сплошной линией, с закрытыми глазами — штриховой линией.



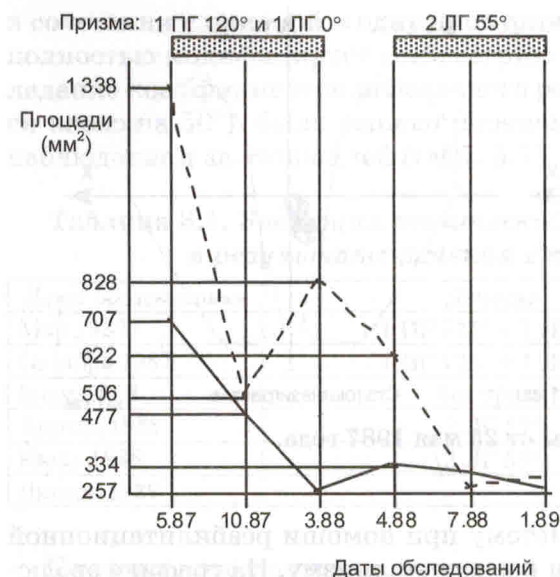


Рис. 3.6. Эволюция шейного коэффициента под воздействием лечения.

© Masson, Paris, 2004

Тогда мы еще не понимали, насколько хрупкой является интеграция визуальной информации; при модификации восприятия визуального пространства, нам следует ожидать плохой интеграции визуальной информации в постуральное управление.

Последний осмотр 24 января 1989 года выявил практически полное отсутствие функциональной симптоматики. Пациент вернулся к своей профессии и с прежней ловкостью выполняет сварочные работы, водит машину, катается на велосипеде, смотрит телевизор без всяких проблем. Он больше не говорит ни о раздражительности, ни об утомляемости, и только иногда напоминают о себе редкие цервикалгии и брахиалгии, да эпизодически возникают ощущения головокружения.

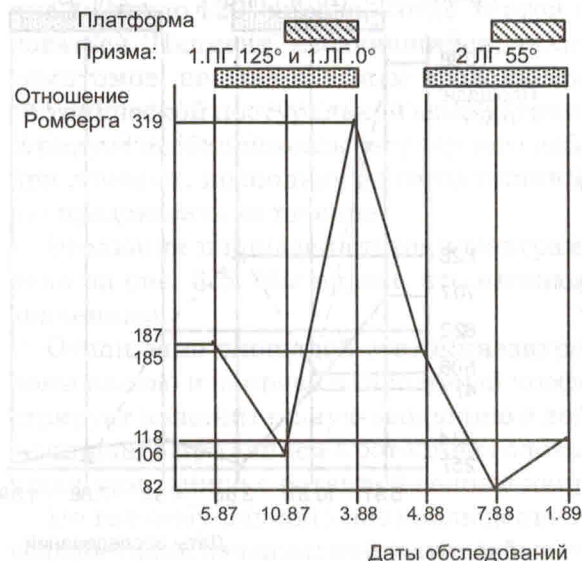


Рис. 3.7. Эволюция коэффициента Ромберга в ходе лечения.

Вверху в заштрихованных прямоугольниках отражена хронология лечения путем применения призмы и реабилитации визуального входа постуральной системы на реабилитационной платформе соответственно. Под воздействием призм коэффициент Ромберга снижается, но если воздействие призм сопровождается реабилитацией визуального входа, он начинает расти.

© Masson, Paris, 2004

Цель этого анализа не в том, чтобы продемонстрировать значимость лечения посттравматических синдромов при помощи призм, поскольку каждый знает, что подобные синдромы имеют тенденцию излечиваться спонтанно. Он выявляет многочисленные аспекты этой постурологической связи тонуса, и новым является именно клиническое наблюдение за этой связью.

ЧЕЛОВЕК, КОТОРЫЙ КОСО СМОТРЕЛ ЧЕРЕЗ ОЧКИ

Историю господина С. стоит рассказать потому, что она не только представляет диагностический интерес, но и прекрасно иллюстрирует те разного рода беспорядочные действия, которые препятствуют наблюдению за ходом постурального лечения.

Когда мы увидели его в первый раз, господин С., 32 лет, уже четыре года испытывал головокружения и неустойчивость, которые сопровождались болезненными ощущениями при движениях шеи, из-за чего он и носил шейный корсет. *Беспричинное* появление этих симптомов стало поводом к проведению полного классического обследования, в том числе неврологического обследования, томографического обследования шейного отдела позвоночника, сканирования, поясничной пункции. Все было в пределах нормы, кроме функциональных вестибулярных исследований, которые выявили нарушение следящих движений глаз при взгляде вправо, легкого спонтанного нистагма вправо, сопровождающегося правым прецессионным преобладанием при тепловых тестах. Но для этого слабо-центрального синдрома не нашлось ни объяснения, ни лечения, и больной потерял трудоспособность, оставил работу.

Господин С. сообщил, что его приступы головокружения с потерей устойчивости чаще всего возникали тогда, когда он находился в толпе, в больших магазинах, перед «всеми тем, что движется», а потом продолжались в течение трех-четырех часов, и такое бывало с ним по нескольку раз в неделю (3–4 раза). Опрос натолкнул на мысль о происхождении этих проблем: они начались *вскоре* после того, как господин С. надел новые очки.

Стабилометрические данные были аномальными; частотные анализы сигнала обнаруживали пик частоты на 0,3 Гц, но только при записи с открытыми глазами в очках (рис. 3.8). При записи без очков этот пик не проявлялся.

При записи с закрытыми глазами мы заметили возникновение синусоиды на частоте 0,3 Гц при автокорреляциях

Рис. 3.8. Преобразование Фурье при записи с открытыми глазами с корректирующими стеклами.

По этим движениям вправо-влево (X) мы замечаем наличие пика на частоте 0,3 Гц.

© Masson, Paris, 2004

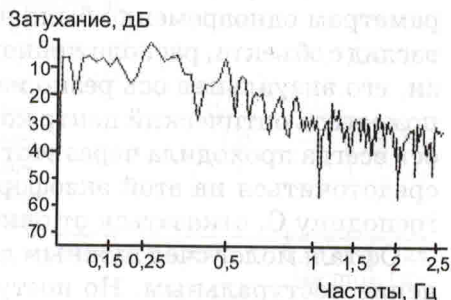




Рис. 3.9. Автокорреляция при записи с закрытыми глазами в очках

По этим движениям вправо-влево (X) мы замечаем, что функция автокорреляции имеет вид синусоиды с частотой 0,3 Гц.

© Masson, Paris, 2004

(рис. 3.9), и эта аномалия заметна только в случае записи в очках; в записях, сделанных без очков, она не возникала. Конечно, может показаться странным, что мы придаем такое значение наличию очков, когда глаза закрыты!... Но нужно помнить, что очки сидели у пациента на носу и того, как он закрыл глаза (иначе воздействие очков выглядело бы чудом). Устойчивость эффекта модификации визуального входа, когда глаза закрыты, — постурологическая константа. Именно эта экспериментальная констатация подтверждает тот факт, что для достижения своей стратегической цели постуральная система способна применять многочисленные тактики.

В этой записи с закрытыми глазами частота 0,3 Гц возникала не в преобразовании Фурье, а только на автокорреляции. Так что можно говорить по поводу внимания, уделяемого этой синусоиде на частоте 0,3 Гц по поводу того, что она не соответствует пику на преобразовании Фурье, но мы полагаем, что в контексте данного наблюдения значимость этого образа в том, что он лишь повторяет обнаруженное при записи с открытыми глазами: у господина С. проблемы возникают только тогда, когда он применяет коррекционные стекла.

В любом случае было очевидно, что первая гипотеза, которую следовало проверить у этого пациента, — это ятрогенная нестабильность, вызванная ношением плохо отцентрированных корректирующих стекол. Как раз с этими проблемами больной и был направлен к офтальмологу и оптику.

Острота зрения была в норме (оба глаза с коррекцией 8/10), но при просмотре с красным стеклом обнаружилась диплопия (двоение) при взгляде вверх и влево и, особенно, экзофория-тропия вблизи (X2 X't14). Таким образом, корректирующие стекла как для близи, так и для дали, были плохо отцентрированы, а правильно отцентрировать их по этим двум параметрам одновременно было невозможно: когда господин С. переводил взгляд с объекта, расположенного вдали, на объект, расположенный вблизи, его визуальная ось резко изменяла направление. Где в таком случае поместить оптический центр корректирующих стекол, чтобы визуальная ось всегда проходила через этот оптический центр? Оставалось только сосредоточиться на этой экзофории-тропии вблизи или порекомендовать господину С. отказаться от очков.

Офтальмолог счел нужным дополнить классическое ортооптическое лечение постуральным. Но постуральное лечение господина С. оказало