

ОГЛАВЛЕНИЕ

ЧАСТЬ I

ВСТУПЛЕНИЕ	8
Для чего было написано практическое руководство по гинекологии?	8
Значение нейровегетативной системы	10
НАРУШЕНИЯ ЦИКЛА	12
Аменорея и спаноменорея	12
Метроррагия	15
Меноррагия	17
Нарушения менструального ритма	18
Половое созревание	21
Предменопауза	23
Менопауза	24
Преждевременная менопауза	26
ГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ	28
Предменструальный синдром	28
Дисменорея	31
Доброкачественная мастопатия	34
Макрополикистозная дистрофия яичников	35
Миомы (фибромы)	38
Дистрофия шейки матки	42
Наружный эндометриоз и аденомиоз	43
Галакторея	45
РЕПРОДУКТИВНАЯ ПАТОЛОГИЯ: БЕСПЛОДИЕ	47
Причины	47
Техники	50

НАРУШЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ЗАСТОЕМ	52
Общие аспекты.....	52
Пассивный застой.....	52
Активный застой таза.....	57
МЕХАНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ.....	58
Рубцы.....	58
Спайки.....	63
Хронические боли в тазу.....	64
Нарушение статики таза.....	65
ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	70
Бели.....	70
Рецидивирующие инфекции.....	74
ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	75
Диспареуния.....	75
Вагинизм.....	76
Фригидность.....	77

ЧАСТЬ II. ПАМЯТКА

НЕЙРОВЕГЕТАТИВНАЯ СИСТЕМА	79
Симпатическая система.....	79
Парасимпатическая система.....	79
Напоминание об анатомии и физиологии нейровегетативной системы.....	81
Принципы стимуляции и ингибции.....	81
ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНАЯ ПОРТАЛЬНАЯ СИСТЕМА.....	85
Гипоталамус.....	85
Гипофиз.....	87
ГОРМОНЫ.....	89
Биосинтез стероидных гормонов.....	89

Эстрогены	89
Прогестерон	91
Пролактин	92
Андрогены.....	93
Гонадотропины.....	94
Резюме и комментарии к схеме.....	96
ТАЗОВАЯ ДИАФРАГМА	98
Анатомическое описание.....	98
Физиология.....	102
Фасции	102
Дисфункции	103
Лечение.....	104
ВЛАГАЛИЩЕ	105
Анатомическое описание.....	105
Физиология.....	109
МАТКА	110
Анатомическое описание.....	110
Физиология.....	116
Дисфункции матки	118
Лечение.....	121
МАТОЧНЫЕ, ИЛИ ФАЛЛОПИЕВЫ, ТРУБЫ	122
Анатомическое описание.....	122
Физиология труб.....	124
Трубная дисфункция.....	124
Лечение.....	125
ЯИЧНИКИ	126
Анатомическое описание.....	126
Физиология яичников	128

Остеопатические дисфункции.....	133
Лечение.....	134
МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ	135
Анатомическое описание.....	135
Физиология.....	139
Остеопатические дисфункции.....	139
Лечение.....	140
МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ	141
Анатомическое строение молочной железы.....	141
ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА	146
Анатомия.....	146
Физиология.....	148
Дисфункция.....	149
Лечение.....	150
НАДПОЧЕЧНИКИ	152
Анатомия.....	152
Физиология.....	154
Дисфункция.....	154
Лечение.....	154

ЧАСТЬ III. ТЕХНИКИ

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ (В ДОПОЛНЕНИЕ К ОБЫЧНОМУ АНАМНЕЗУ).....	155
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ В ОСТЕОПАТИИ.....	158
Внутривагинальное обследование.....	158
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСТЕОПАТИЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ	169
Коррекция отклонения матки, наружный подход.....	170
Коррекция отклонения матки внутренней техникой.....	172
Коррекция ретроверсии матки.....	174

Коррекция гиперантеверсии матки	176
Коррекция нарушения подвижности шейки матки.....	178
Коррекция нарушения подвижности яичника.....	180
Техника растяжения подвешивающих связок яичника.....	183
Техника коррекции ретракции маточной трубы.....	184
Коррекция гипертонуса промежности и/или тазового дна	186
Коррекция гипотонуса промежности и/или тазового дна	188
Коррекция промежности с рубцом.....	190
Техника коррекции рубцов и спаек.....	192
Техника коррекции сакро-ректо-генито-лонных пластин	193
Техника коррекции широких связок	196
Техника коррекции круглых связок.....	198
Техника коррекции маточно-крестцовых связок	200
ЛИМФАТИЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ	202
Большой лимфатический помпаж.....	202
Малый лимфатический помпаж	204
Нижняя стимуляция лимфатической системы	206
НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫЕ ТЕХНИКИ.....	208
Попеременный пережат височных костей с замедлением.....	208
Ингибция и стимуляция нейровегетативной системы.....	210
Техника ингибции лобкового симфиза	220
Экстренная техника при вагинальном или ректальном кровотечении	222
Техника стимуляции гипоталамо-гипофизарной циркуляции.....	224
Тест и лечение абдоминальной аорты	226
БИБЛИОГРАФИЯ	229

Нарушения, связанные с застоем

ОБЩИЕ АСПЕКТЫ

Регуляция кровообращения осуществляется посредством изменения диаметра сосудов. Базовый тонус варьируется в зависимости от локальных факторов, информации нервной системы и гормональной системы. Органы должны быть васкуляризированы независимо от внешних (бег, покой) и внутренних (гипертония и др.) потребностей. Застой вызывает большое количество гинекологических нарушений.

Нейровегетативный контроль диаметра сосудов

За редким исключением, этот контроль осуществляется симпатической системой, постганглиотические рецепторы которой действуют на рецепторы α_1 и вызывают сужение артериальных сосудов и рецепторы β_2 , которые вызывают расширение артериальных сосудов. Для венозной системы рецепторы α и β участвуют в обратном токе крови к сердцу. Существует симпатический постганглионарный холинергический вазодилаторный путь. Важно помнить о том, что парасимпатическая система оказывает прямое сосудорасширяющее действие на половые органы (эрекция), а также на определенные сосуды паутинной оболочки.

Нейромедиаторы

Адреналин является вазодилатором в малых дозах (рецепторы β_2) и вазоконстриктором в высоких дозах (рецепторы α).

Норадреналин действует только на рецепторы α ; он оказывает сосудосуживающее действие.

ПАССИВНЫЙ ЗАСТОЙ

Застой в тазу может быть результатом механических препятствий, таких как миома или дистрофия яичников, которые следует лечить более специфически.

В этой главе мы поговорим о пассивном застое в тазу вследствие механического ограничения подвижности одного или нескольких органов. Чтобы понять механизм возникновения застойных явлений в тазу, важно помнить о венозном кровообращении малого таза.

Особенности:

- множество анастомозов между кровообращением таза и за его пределами,
- малое количество или отсутствие клапанов,
- давление внутренних органов живота,
- наличие околоректальных сплетений.

Анастомозы (самые важные)

Паранеоператоральные:

- связь между мочевым пузырем, маткой, яичником, влагалищем, прямой кишкой посредством пузырно-вагинальной, маточно-вагинальной, маточно-яичниковой, ректовагинальной, предпузырной и предкрестцовой вен.

Анастомозы с внутритазовыми и внетазовыми венами:

- между глубокой огибающей подвздошной веной и восходящей поясничной веной,
- между наружной подвздошной веной и запирающей веной,
- между наружной подвздошной веной и позадилобковой веной.

В конечностях:

- поверхностные, запирающие и глубокие бедренные вены.

В венах брюшной стенки:

- нижние и верхние надчревные вены с внутренней грудной веной.

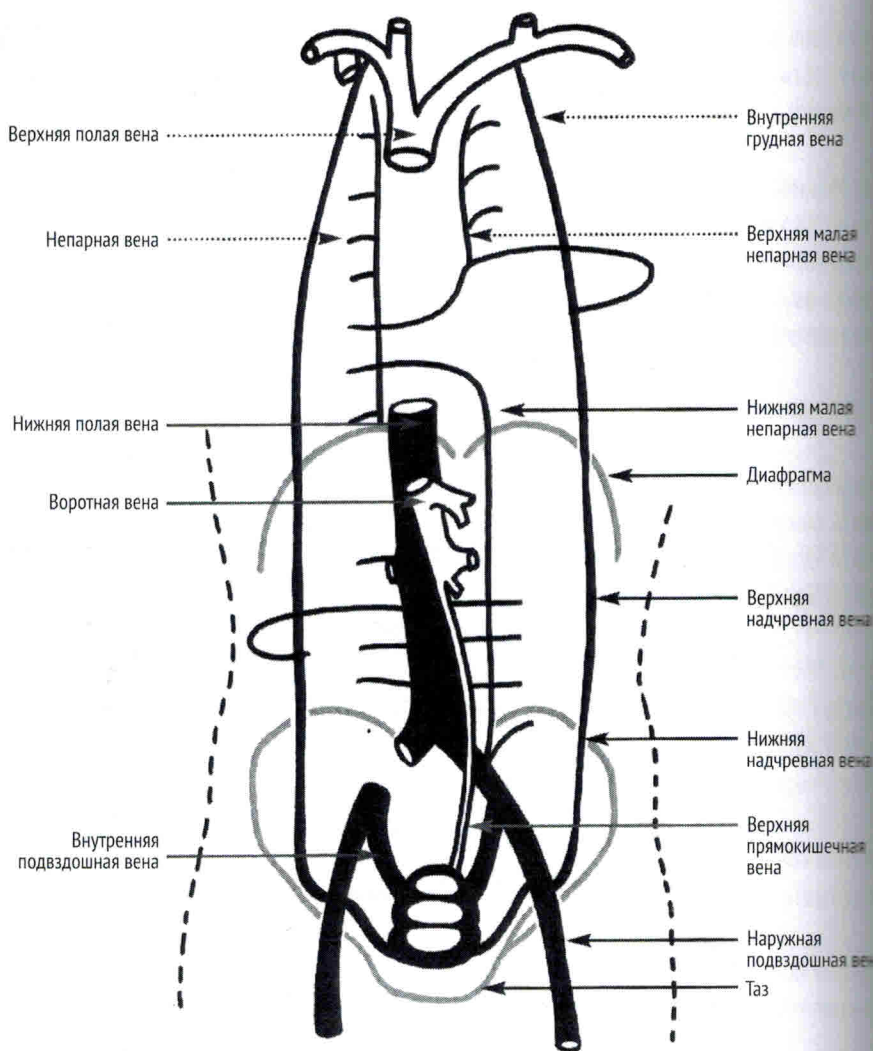
В венах воротной системы:

- с ректальным венами, между средними и нижними геморроидальными венами, с верхней геморроидальной веной (портальная система).

С нижней полой веной и почечными венами:

- с яичниковую вену и мочеточниковую вену.

Нарушения, связанные с застоем



На уровне брюшной полости – анастомоз надчревной вены с грудной веной.
На уровне портальной системы – анастомоз верхней прямокишечной вены с прямокишечными венами.
На позвоночном уровне – анастомоз восходящей поясничной вены с крестцовой веной.
Между общей подвздошной веной и почечной венозной системой и яичниковой веной с мочеточниковой веной.

Анастомозы между венами таза и венами брюшной стенки

Венозные сплетения

— Двухслойная сеть с небольшим количеством (или отсутствием) клапанов, которые окружают внутренние органы.

— Обычно имеется пять сплетений:

- сплетение Санторини вокруг уретры, продолжением которого является внутренняя срамная вена (передняя часть),
- сплетение мочевого пузыря, боковая поверхность мочевого пузыря,
- заднее сплетение,
- переднее сплетение, боковые поверхности двух органов,
- трансверсальное сплетение.

Причины пассивного застоя

— Особенности анастомозов между органами указывают нам направление остеопатического лечения. Можно легко понять, что ограничение подвижности тазовых органов сначала вызывает застой вокруг затронутого внутреннего органа, а затем постепенно наступает закупорка одной периферических сплетений.

— Например, ограничение подвижности мочевого пузыря влияет на подвижность матки и других органов малого таза, что усугубляет проблему застоя.

— Мы уже упоминали о том, что ряд анастомозов соединяют внутреннюю и внешнюю венозную систему таза.

— Рассмотрим анастомозы между тазовым дном и нижними конечностями.

— Застой в тазу, затрагивая периферические системы, может вызывать варикозное расширение вен яичка и нижних конечностей. Киста яичника, например, часто приводит к варикозному расширению вен нижних конечностей.

— Если выполнить лечение яичника, то, вероятно, варикоз нижних конечностей регрессирует или исчезнет.

Нарушения, связанные с застоем

Анастомозы между разными прямокишечными венами могут вызвать застой в воротной (печеночной) системе (возможно и обратное).

Что касается связи между грудной клеткой и внутренними органами таза, то следует обратить особое внимание на анастомоз между нижней надчревной веной и внутренней грудной веной.

Застой в груди наступает в конце второй части цикла во время лютеинового плато. Но с септопатической точки зрения именно в этот момент подвижность матки наиболее снижена. Ее слизистая оболочка все больше и больше наполняется кровью. Матка становится мягкой и тяжелее. Также эта дисфункция охватывает периферические органы, особенно яичники.

От этой подвижности зависят эндокринная и экзокринная функции яичников. В действительности именно кровь переносит гормональные сигналы. Что касается венозной крови, она переносит гормоны к гипофизу для обеспечения саморегуляции эндокринной системы.

Надчревная вена выходит из наружной подвздошной вены, а затем становится верхней надчревной веной, которая анастомозирует с внутренней грудной веной. Венозный дренаж молочной железы частично осуществляется в глубокой грудной вене.

Застой в груди может быть вызван венозным застоем в малом тазу по двум причинам: первая является гормональной, и она нам известна, а вторая — механической (вышеупомянутые анастомозы).

Используемые техники

Тест и коррекция:

- таза,
- поясничных и грудных позвонков,
- ребер,
- тазового дна,
- диафрагмы и передней части расщелины Ларрея,
- желудка и малого сальника,
- толстой кишки,

**Гинекологические
osteопатические
техники**

КОРРЕКЦИЯ ОТКЛОНЕНИЯ МАТКИ, НАРУЖНЫЙ ПОДХОД

Принцип. Прямая техника.

Цель. Коррекция латерального отклонения матки вправо или влево, кпереди или кзади, а также или цефалического смещения наружным подходом.

Положение пациентки. Пациентка лежит на спине.

Положение врача. Врач стоит сбоку от пациентки. Цефалическая рука (большим и указательными пальцами) контактирует с дном матки.

Техника. Цефалическая рука выполняет следующие движения:

- цефалическое, каудальное,
- латеральное — вправо и влево,
- кпереди и кзади.

Дисфункция определяется на стороне параметров фасилитации.

Коррекция производится путем изменения параметров и использования цефалической руки для создания вибраций в тканях, удерживающих ограничение.

Важно отметить, что эта техника является недостаточно точной, потому что только при внешнем обследовании трудно определить, идет ли речь о проблеме ограничения подвижности тела или о проблеме тела и шейки вместе. Ее можно использовать в первую очередь. Если отклонение матки сохраняется, то необходимо использовать внутреннюю технику тестирования и коррекции.

Меры предосторожности:

- Обязательно соблюдение правила безболезненности.
- Всегда следует выполнять ретест после проведения техники.
- Необходимо повторять эту технику в разные дни цикла (после менструации, во время менструации и непосредственно перед менструацией).



ЦЕФАЛИЧЕСКАЯ РУКА выполняет движения:
– цефалическое, каудальное,
– латеральное – вправо и влево,
– кпереди и кзади.

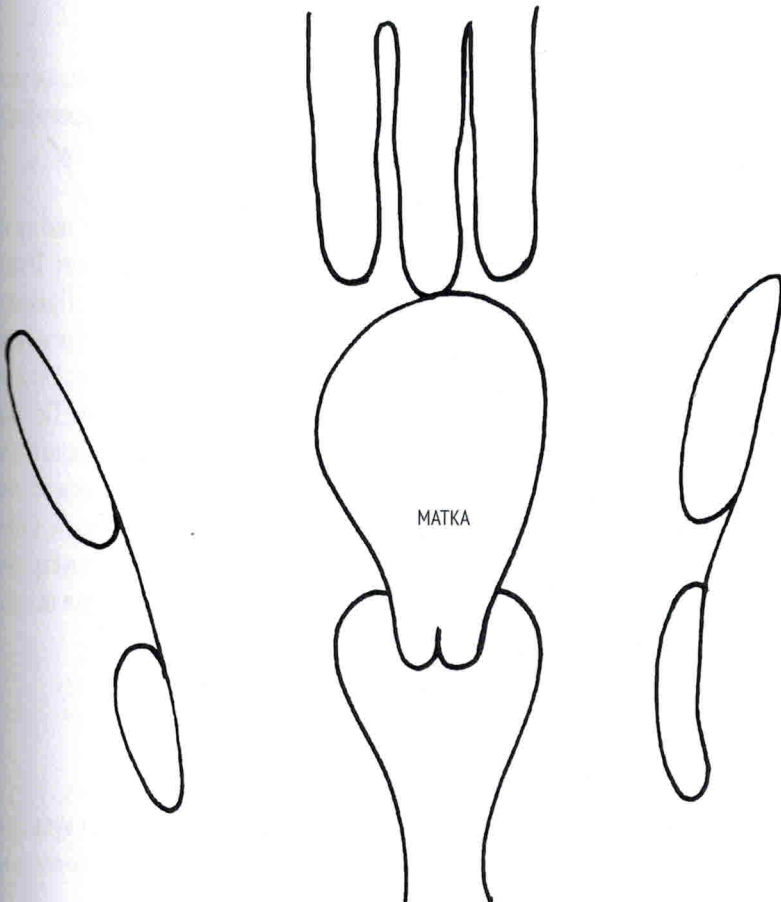


Схема отклонения матки, наружный подход

КОРРЕКЦИЯ ОТКЛОНЕНИЯ МАТКИ ВНУТРЕННЕЙ ТЕХНИКОЙ

Принцип. Прямая техника.

Цель. Коррекция латерального отклонения матки вправо или влево, кпереди или кзади, а также за или цефалического смещения при помощи внутренней техники.

Положение пациентки. Пациентка лежит на спине, ноги согнуты и слегка разведены. Большая кишка и мочевого пузыря опорожнены.

Положение врача. Врач проводит внутривагинальное обследование, помещая указательный и средний пальцы в боковые своды, а кончики пальцев — на уровне перешейка, чтобы зафиксировать шейку и тело. Абдоминальная рука соприкасается с дном матки.

Техника. Сначала вагинальные пальцы и абдоминальная рука перемещают матку кпереди, кзади, латерально вправо, влево, в цефалическом и каудальном направлениях. Отклонение будет определяться по самым большим параметрам легкости (фасилитации). Пример: правостороннее латеральное отклонение: матка перемещается влево и удерживается в течение нескольких грудных вдохов; как только пальцы начинают ощущать расслабление, следует создать напряжение в тканях, пока вы не почувствуете полное расслабление. По окончании техники следует провести ретест и при необходимости повторить ее. Также можно обнаружить латеральное отклонение вместе с цефалическим и передним положением. Хотя возможно несколько вариантов лечения, один из них является более подходящим для тканей. Сначала ищем параметр наибольшей легкости, который доминирует над другими параметрами, затем мы работаем со вторым параметром и, наконец, с третьим. Иногда коррекции основного параметра легкости достаточно для коррекции других параметров.

Меры предосторожности:

- Обязательно соблюдать правило безболезненности.
- Всегда после выполнения техники следует выполнять ретест.
- Повторяйте эту технику в разные дни цикла (после менструации, во время овуляции и непосредственно перед менструацией).

Лимфатические техники

БОЛЬШОЙ ЛИМФАТИЧЕСКИЙ ПОМПАЖ

Цель. Большой лимфатический помпаж позволяет ускорить циркуляцию лимфы благодаря воздействию на грудной проток. Посредством увеличения объема лимфы на этом уровне, создается общий лимфодренаж, улучшающий естественную защиту организма.

Меры предосторожности. Перед тем как начать выполнение техники, врач должен проверить, что плечи пациентки расслаблены. Если руки слишком короткие, чтобы можно было скрестить пальцы за талией врача, пациентка обхватывает его за пояс или за два конца ткани, обернутой вокруг его пояса.

Эта техника ни в коем случае не должна быть агрессивной, и ее следует избегать у слабых, выздоравливающих или очень усталых пациентов, для которых применяют более подходящие техники. Важно, чтобы лимфатические проходы были предварительно открыты.

Положение пациентки. Пациентка лежит на спине, голова как можно ближе к верхнему краю стола. Руки скрещены за спиной врача на уровне его пояса.

Положение врача. Врач помещает бугры обеих ладоней под ключицами, стараясь контактировать с передней частью первых двух ребер. Все остальные пальцы широко расположены на грудной клетке пациентки, чтобы контактировать по крайней мере с первыми пятью ребрами. Одна его стопа расположена спереди, а другая — сзади, чтобы обеспечить правильное расположение таза, при этом колени слегка согнуты.

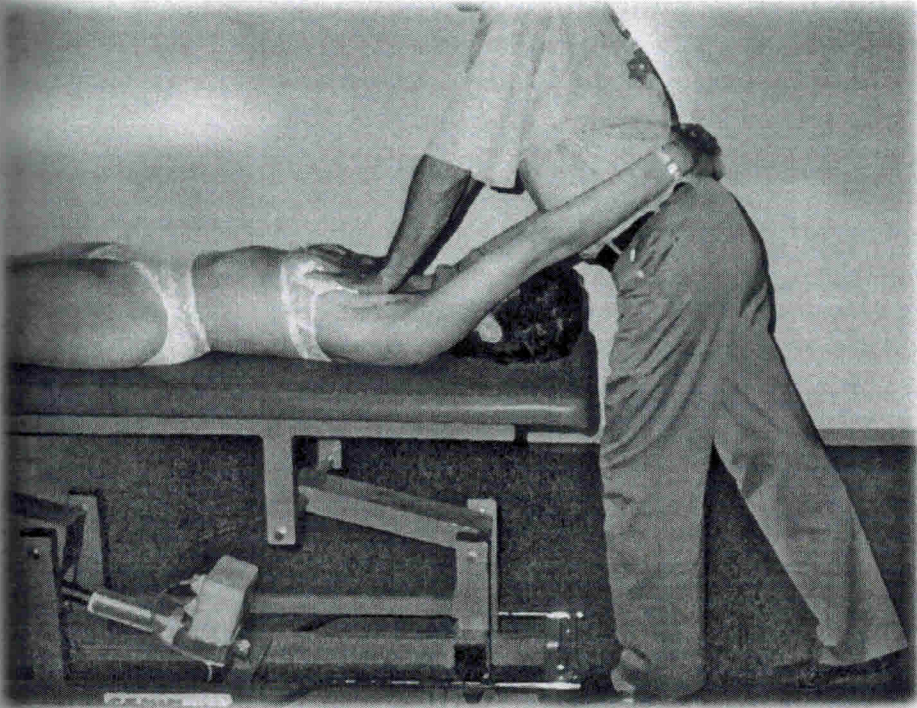
Техника. Врач одновременно нажимает двумя руками на ребра книзу и кзади. Он отводит свой таз назад, напрягая обе верхние конечности и натягивая верхние ребра пациентки.

На втором этапе врач ослабляет давление на ребра и перемещает свой таз вперед.

Это движение следует повторять с частотой примерно один раз в секунду в течение минимум одной минуты и максимум трех-пяти минут.

Показания. Любые признаки замедления лимфатической циркуляции, в частности отеки, мастопатия.

Эта техника применяется после остеопатического лечения, но также и в том случае, если иммунная система ослаблена, особенно после безрезультатной антибактериальной терапии.



Большой лимфатический помпаж

МАЛЫЙ ЛИМФАТИЧЕСКИЙ ПОМПАЖ

Цель. Эта техника очень похожа на большой лимфатический помпаж, но она предназначена для тех пациентов, которым большой помпаж противопоказан или по крайней мере нежелателен.

Положение пациентки. Идентично положению при большом лимфатическом помпаже, за исключением того, что руки лежат вдоль тела.

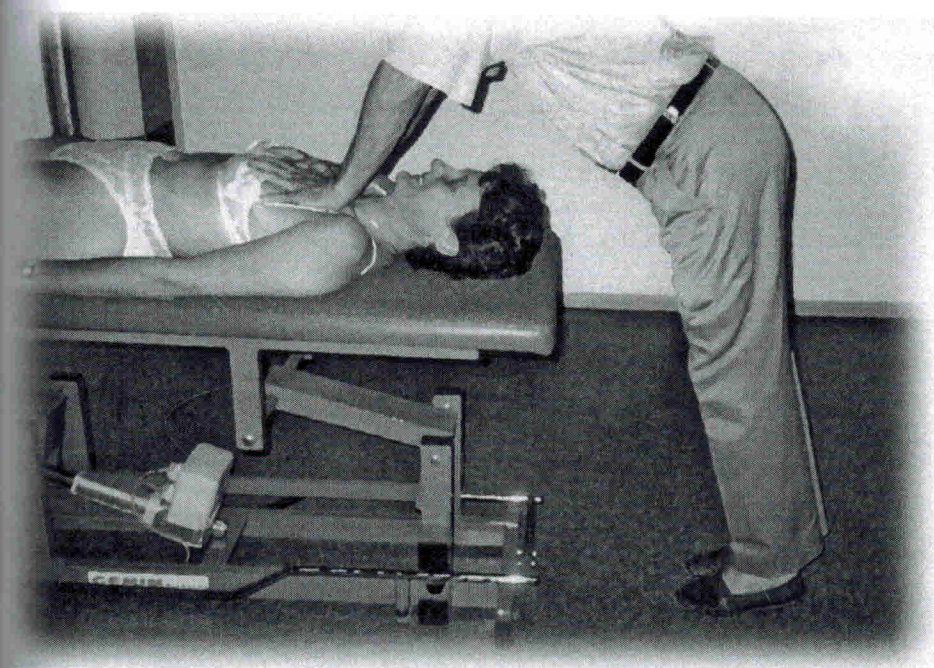
Положение врача. Врач стоит у головы пациентки, соединив стопы вместе, примерно на расстоянии 30 см от края стола.

Он помещает обе руки как для техники большого лимфатического помпажа, так чтобы оказаться в переднем дисбалансе, опираясь руками на грудную клетку пациентки.

Техника. Врач максимально встает на цыпочки, а затем резко опускается на пятки как можно ближе к земле, не касаясь ее, наиболее гибким способом. Затем он приподнимает пятки и снова начинает, выполняя одно движение в секунду в течение минимум одной минуты и не более трех-пяти минут.

Эффективность техники можно определить благодаря наблюдению за тем, как при каждом падении на пятки создается движение ног пациентки за счет передачи инерции.

Показания. Те же, что и для большого помпажа.



Малый лимфатический помпаж