

# Оглавление

Сокращения . . . . .	6
Введение . . . . .	7
<b>ЧАСТЬ I</b>	
Глава 1. Почки . . . . .	10
1.1. Эмбриональное развитие почек . . . . .	10
1.2. Анатомо-функциональные особенности почек . . . . .	10
1.3. Биомеханика почек . . . . .	16
1.4. Симптомы урологических заболеваний . . . . .	16
1.5. Основные остеопатические дисфункции почек . . . . .	17
1.6. Кинетические пальпаторные тесты почек . . . . .	18
1.7. Техники коррекции кинетических дисфункций почек . . . . .	21
1.8. Методология остеопатического лечения дисфункций почек . . . . .	26
Глава 2. Мочеточники . . . . .	27
2.1. Эмбриональное развитие мочеточников . . . . .	27
2.2. Анатомо-функциональные особенности мочеточников . . . . .	27
2.3. Кинетические дисфункции мочеточников (первичные и вторичные фиксации) . . . . .	30
2.4. Кинетические пальпаторные тесты и техники коррекции дисфункций мочеточников . . . . .	31
2.5. Показания и противопоказания к остеопатической работе на мочеточниках . . . . .	32
Глава 3. Мочевой пузырь . . . . .	33
3.1. Эмбриональное развитие мочевого пузыря . . . . .	33
3.2. Анатомо-функциональные особенности мочевого пузыря . . . . .	33
3.3. Биомеханика мочевого пузыря . . . . .	41
3.4. Симптомы урологических заболеваний и основные остеопатические дисфункции . . . . .	41
3.5. Кинетические пальпаторные тесты мочевого пузыря . . . . .	42
3.6. Техники коррекции кинетических дисфункций мочевого пузыря . . . . .	46
3.7. Показания и противопоказания к остеопатической работе на мочевом пузыре . . . . .	49
Глава 4. Предстательная железа . . . . .	50
4.1. Эмбриональное развитие предстательной железы . . . . .	50
4.2. Анатомо-функциональные особенности предстательной железы . . . . .	50
4.3. Техники тестирования кинетических дисфункций предстательной железы . . . . .	54
4.4. Техники коррекции кинетических дисфункций предстательной железы . . . . .	56

Глава 5. Паховый канал .....	60
5.1. Эмбриология пахового канала .....	60
5.2. Анатомо-функциональные особенности пахового канала .....	60
5.3. Основные остеопатические дисфункции .....	62
5.4. Диагностика кинетических дисфункций пахового канала .....	63
5.5. Техники коррекции кинетических дисфункций пахового канала. ....	63
Глава 6. Наружные и внутренние дополнительные техники коррекции .....	65
6.1. Наружные техники .....	65
6.2. Ректальные техники .....	68
Глава 7. Методология клинического обследования пациентов с урологической патологией и остеопатическая коррекция кинетических дисфункций у них .....	71
7.1. Хронический пиелонефрит .....	71
7.2. Цистит. ....	72
7.3. Мочекаменная болезнь .....	74
7.4. Гидронефроз и обструкция верхних мочевыводящих путей .....	76
7.5. Простатит. ....	78
7.6. Варикоцеле. ....	79
7.7. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы .....	81
7.8. Недержание мочи у женщин .....	83
<b>ЧАСТЬ II</b>	
Глава 8. Матка .....	88
8.1. Эмбриональное развитие матки .....	88
8.2. Анатомо-функциональные особенности матки .....	88
8.3. Физикальное обследование и диагностика .....	98
8.4. Тестирование кинетических дисфункций матки .....	100
Наружные диагностические техники .....	104
Внутренние диагностические техники .....	115
8.5. Техники коррекции кинетических дисфункций матки .....	120
Наружные техники коррекции. ....	120
Абдоминально-вагинальные (бимануальные) техники коррекции .....	128
Ректальные техники коррекции .....	138
Техники коррекции копчика. ....	139
Техники коррекции мотильности матки .....	141
Техники коррекции маточной артерии .....	143
Техники коррекции вегетативных ганглиев .....	145
8.6. Показания и противопоказания к остеопатической работе на матке .....	146
8.7. Общая остеопатическая методология работы на матке .....	146
Глава 9. Маточные трубы и яичники .....	148
9.1. Эмбриональное развитие маточных труб и яичников .....	148
9.2. Анатомия и физиология маточных труб .....	148
9.3. Анатомия и физиология яичников .....	151
9.4. Топография маточных труб и яичников .....	153
9.5. Жидкостное и невральное обеспечение маточных труб и яичников .....	154

9.6. Ассоциированные висцерально-мышечные связи . . . . .	155
9.7. Биомеханика маточных труб и яичников . . . . .	155
9.8. Остеопатические дисфункции маточных труб и яичников . . . . .	156
9.9. Кинетические тесты маточных труб и яичников . . . . .	156
9.10. Техники коррекции дисфункций маточных труб и яичников . . . . .	157
Наружные техники коррекции . . . . .	157
Внутренние техники коррекции . . . . .	161
9.11. Показания и противопоказания к остеопатической работе на маточных трубах и яичниках . . . . .	164
9.12. Общая остеопатическая методология работы на яичниках и маточных трубах . . . . .	164
Глава 10. Методология клинического обследования пациенток с гинекологической патологией и остеопатическая коррекция кинетических дисфункций у них . . . . .	166
10.1. Хронические воспалительные заболевания матки и ее придатков. . . . .	166
10.2. Трубное бесплодие . . . . .	167
Глава 11. Нейролимфатические точки Чэпмена. . . . .	169
Литература. . . . .	172

## Мочеточники

### 2.1. Эмбриональное развитие мочеточников

Мочеточник формируется из выпячивания (дивертикула) вольфова протока, из которого также образуются лоханка, большие и малые почечные чашечки, собирательные трубочки (см. рис. 1.1). Вольфов проток возникает при формировании предпочки и первичной почки из сегментированной части нефротомы, начинается от нефрогенных канальцев вольфова тела и впадает в клоаку. Во время формирования окончательной почки из каудальной части вольфова протока начинает расти вверх дивертикул, часть которого становится мочеточником. Мочеточник отделяется от вольфова протока и впадает в урогенитальный синус, который дает начало дну мочевого пузыря.

### 2.2. Анатомо-функциональные особенности мочеточников

Мочеточники – это узкие полые трубки, средняя длина которых составляет 26–30 см, а средний диаметр – около 5 мм, расположенные ретроперитонеально по обе стороны от позвоночника. Функция мочеточников состоит в эвакуации мочи из чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) в мочевой пузырь.

Места физиологических сужений мочеточников (рис. 2.1) обусловлены развитием в этих отделах циркулярной мускулатуры:

- первое сужение (до 2–3 мм) в области соединения с почечной лоханкой;

- второе сужение (до 4 мм) в области перекреста с подвздошными сосудами;
- третье сужение (до 3 мм) в области юкставазикального отдела.

Стенка мочеточника состоит из 4 слоев: *слизистой оболочки* (представленной переходным эпителием); хорошо выраженного *подслизистого слоя*, который дает возможность мочеточнику сильно растягиваться; *мышечного слоя*, состоящего из циркулярных и продольных волокон, которые осуществляют перистальтику мочеточника; *слоя адвентиции* (является продолжением адвентициальной оболочки ЧЛС в верхнем отделе мочеточника и мочевого пузыря – в его нижнем отделе). Мочеточники окружены рыхлой клетчаткой, благодаря чему они обладают значительной подвижностью и могут легко смещаться в стороны.

#### *Расположение мочеточников*

Мочеточник начинается у почечной лоханки (уровень L2), спускается вдоль большой поясничной мышцы, примерно на уровне середины поперечных отростков поясничных позвонков (брюшной отдел мочеточника). На передней брюшной стенке мочеточники проецируются на наружный край влагалища прямых мышц живота.

При вхождении в малый таз мочеточник пересекает место разделения общей подвздошной артерии (слева) или наружной подвздошной артерии (справа) и продолжает спускаться вдоль латеральной тазовой стенки рядом с брюшиной. Отдельно выделяют интрамуральную часть мочеточника, расположенную непосредственно в стенке мочевого пузыря.

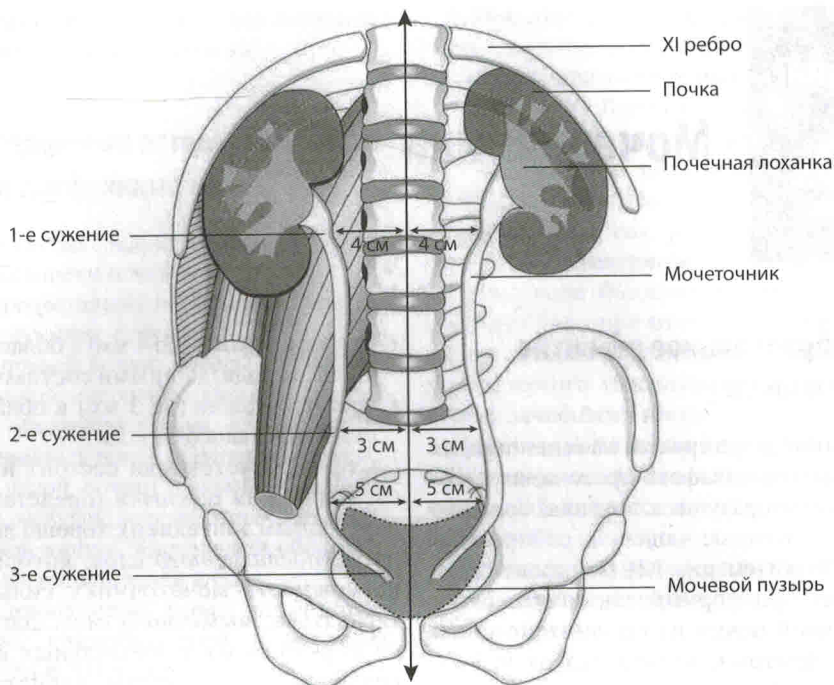


Рис. 2.1. Физиологические сужения мочеточника.

### **Особенности расположения тазового отдела мочеточников у мужчин**

Приблизительно на уровне седалищной ости мочеточник меняет направление хода, смещаясь внутрь и вперед, в сторону мочевого пузыря. Он достигает заднелатеральной стенки мочевого пузыря несколько выше семенного пузырька, где пересекает семявыводящий проток, который выходит из внутреннего пахового кольца, поднимается вдоль стенки таза спереди от мочеточника (ближе к брюшине) и затем проходит медиально от последнего. Ниже мочеточник проникает в мочевой пузырь под косым углом, идя сзади вперед и от более латерального края к медиальному.

### **Особенности расположения тазового отдела мочеточников у женщин (рис. 2.2)**

Приблизительно на уровне седалищной ости мочеточники меняют направление хода, смещаясь внутрь и вперед, в сторону мочевого пузыря. В этих местах у женщин мочеточники расположены у оснований широких связок матки, позади яичников

и маточных труб, а затем проходят под сосудами матки и отстоят от шейки матки на 1,5–2 см. Вначале они располагаются параллельно маточным артериям, затем пересекают их и направляются кпереди и кверху между листками широких связок. В месте перекреста с маточными сосудами и до впадения в мочевой пузырь мочеточники отстоят от шейки матки на 0,8–2,5 см. На небольшом протяжении мочеточники лежат на передней стенке влагалища, затем проникают в мочевой пузырь в косом направлении, открываются в углах основания мочепузырного треугольника (треугольника Льебо) и находятся на расстоянии 2,5–3 см друг от друга. Вследствие упомянутого косого направления терминальные (интрамуральные) отделы мочеточников при наполненном мочевом пузыре испытывают сдавление, что препятствует рефлюксу мочи из мочевого пузыря в почки.

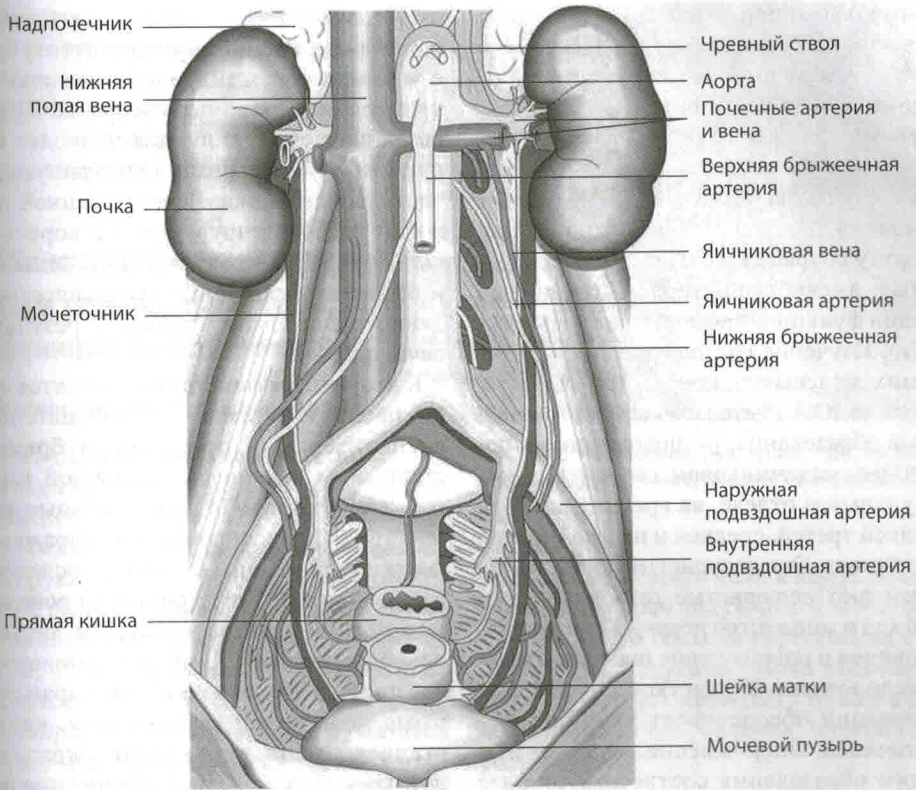


Рис. 2.2. Топография мочеточников у женщин.

**Средства, обеспечивающие закрепление и поддержание мочеточника в подвешенном состоянии:**

- почка и мочевой пузырь (посредством адвентиции);
- жировая капсула почки;
- брюшина;
- рыхлая клетчатка забрюшинной области.

**Кровоснабжение мочеточника**

Артериальное кровоснабжение к мочеточнику поступает через ветви близлежащих артерий: почечной артерии, брюшной части аорты, яичковой/яичниковой, общей в внутренней подвздошной, нижней пупурной и маточной артерий. Анастомозируя между собой в стенке мочеточников, сосуды образуют сплетения.

Венозный отток начинается от венозных сплетений, которые формируют более крупные вены, впадающие в яичковую/яичниковую, внутреннюю подвздошную вены, мочепузырное венозное сплетение.

**Отток лимфы**

Лимфоотток из мочеточников происходит в трех направлениях:

- от верхней части – в лимфатические сосуды почек;
- от средней части – в поясничные и тазовые лимфатические узлы;
- от нижней части – в лимфатические сосуды мочевого пузыря.

**Иннервация мочеточников**

- Симпатическая – от сегментов Th12–L1 через малый и низший внутренностные нервы, а также через первый и второй поясничные внутренностные нервы, которые достигают солнечного сплетения, аорторенального ганглия, почечного сплетения и заднего почечного ганглия.
- *N. vagus* (через солнечное сплетение).
- Парасимпатическая – от сегментов S2–S4 через верхнее подчревное сплетение; достигает почечного сплетения.

Автономная двигательная активность мочеточника обеспечивается за счет наличия в мышечной и адвентициальной оболочках, а также в подслизистом слое мочеточника интрамуральных нервных сплетений с одиночными нервными клетками. Опорожнение ЧЛС и мочеточников происходит благодаря поочередному синхронному сокращению отдельных секций, которые имеют сфинктерно-детрузорный принцип функционирования (теория Фука 1931 г.). Изучение гистологических срезов верхних мочевыводящих путей в 1960 г. позволило Ю.А.Пытель обнаружить сосудистые образования, расположенные в лоханочно-мочеточниковом сегменте, в интрамуральном отделе, на границе верхней и средней третей, средней и нижней третей мочеточника. Эти сосудистые образования напоминают пещеристые тела, имеют извитой ход и множество нервных окончаний. Заполнение и опорожнение последовательно расположенных участков сосудистых образований обеспечивает уродинамику мочеточника. Опорожнение пещеристоподобного образования соответствует фазе систолы цистоида, а его наполнение – диастолы цистоида. Благодаря данным координированным процессам в мочеточнике происходит пассаж мочи в нижние мочевыводящие пути.

### 2.3. Кинетические дисфункции мочеточников (первичные и вторичные фиксации)

Основной дисфункцией мочеточников являются фиксации, вследствие которых изменяется эластичность их стенок и функциональная подвижность мочеточников. Создаются предпосылки для относительно сужения их просвета и затруднения оттока мочи. Фиксации мочеточника можно разделить на первичные и вторичные.

К первичным относятся пороки развития мочеточника, изменяющие его анатомическую структуру. Чаще встречается эмбриональное складчатое строение цефаличе-

ской части мочеточника при его выходе из лоханки, препятствующее оттоку мочи, с формированием гидронефроза почки внутриутробно и в раннем возрасте. Пороки развития мочевого пузыря приводят к нарушению формирования внутривезикулярной части мочеточника. Лечение данной патологии требует хирургической коррекции. Однако предоперационная мобилизация и послеоперационное остеопатическое ведение значительно улучшают результаты лечения.

К вторичным фиксациям относятся спайки после хирургических вмешательств, воспалительных процессов в брюшной полости, в частности ободочной кишки (колиты), а также структурные нарушения, сопровождающиеся поражением поясничной мышцы (псоиты), последствия МКБ. Фиксация мочеточников происходит между пре- и ретроренальными листками почечных фасций. К фиксации мочеточников приводит птоз почки: при выраженном птозе мочеточник скручивается, как эластичная трубка, теряя свою сократительную способность. Одновременно при птозе возникает избыточная наружная ротация почки, медиальный край ее располагается вентральнее, что приводит к относительно напряжению и тенденции к «перегибу» цефалической части мочеточника.

В области физиологических сужений мочеточников могут быть:

- врожденные стриктуры мочеточника;
- фиксации после операций на пиелoureтральном сегменте почки;
- (часто) остановка почечных камней – причина почечных колик.

Стриктуры возникают при пороках развития мочевого пузыря, что приводит к гидронефрозу, а при функциональной недостаточности мочеточников возникают рефлюксы.

При нарушении реологических свойств мочи и склонности к камнеобразованию происходит постоянное рефлекторное раздражение мочеточников, приводящее к висцероспазму и фиксации.

Клинически дисфункция мочеточника часто бывает бессимптомной или может

проявляться болями в поясничной области. Возникновение острой, режущей боли при пальпации мочеточника часто является свидетельством наличия мочевого камня и противопоказанием к дальнейшему остеопатическому воздействию.

## 2.4. Кинетические пальпаторные тесты и техники коррекции дисфункций мочеточников

### ■ Диагностический тест мочеточника

*Положение пациента:* лежа на спине.

*Положение врача:* стоя сбоку, со стороны коррекции, на уровне таза пациента.

*Положение рук врача:* врач кладет ладонь одной руки на тыльную поверхность кисти другой, разведя пальцы в стороны и вставляя пальцы одной руки между пальцев другой, чтобы образовалась «шестеренка» («зубчатое колесо», рис. 2.3).

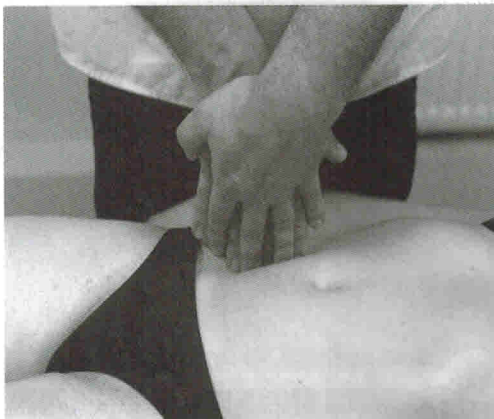
*Тестирование:* руки погружаются по краю влагалища прямых мышц живота на уровне пупка строго вертикально в брюшную полость, до вентральной стенки мочеточника. Кончики пальцев оценивают эластичность структуры, ее плотность, болезненность.

В норме мочеточник ощущается как мягкоэластичный тяж диаметром 0,5 см, который обладает умеренной подвижностью, безболезненный.

### ■ Техника коррекции мобильности мочеточника (техника «зубчатого колеса»)

*Положение пациента, положение врача, положение рук врача:* как при тестировании.

*Коррекция:* руки погружаются по краю влагалища прямых мышц живота на уровне пупка строго вертикально в брюшную полость, до вентральной стенки мочеточника (см. рис. 2.3). Врач создает «пальпаторный аккорд» за счет переноса веса своего тела на вентральную часть мочеточника (в области его выхода из лоханки). Разводя попеременно пальцы рук и одновременно



**Рис. 2.3.** Положение рук врача при тестировании и коррекции кинетических нарушений мочеточника.

переноса вес своего тела в каудальном направлении, врач растягивает мочеточник от лоханки до области пересечения с подвздошными сосудами (точка Мак-Бернея). Технику следует проводить только в цефалокаудальном направлении. Можно повторить 2–3 раза.

**NB!** «Информационное штрихование» противопоказано! Могут появиться проецирующие боли в паху, внутренней поверхности бедра, колене (круральный нерв), крестцово-подвздошном сочленении. Также могут быть позывы на мочеиспускание.

### ■ Техника расслабления мочеточника на границе тазовой и брюшной частей (2-е сужение)

*Цель:* снять спазм с уровня двойного изгиба (рефлексогенная зона). Техника похожа на технику «сфинктера».

*Положение пациента:* лежа на спине.

*Положение врача:* стоя сбоку, со стороны коррекции, на уровне таза пациента.

*Положение рук врача:* врач устанавливает пальцы одной руки, сложенные щепотью, на область пересечения внутренней подвздошной артерии и мочеточника, не компрессируя артерию (рис. 2.4).

*Коррекция:* врач осуществляет ротацию тканей под пальцами по часовой стрелке





**Рис. 2.4.** Техника коррекции мобильности (расслабления) мочеточника на границе тазовой и брюшной частей (2-е сужение).



**Рис. 2.5.** Техника глобальной коррекции мочеточника.

и против часовой стрелки за счет движения своего корпуса до восстановления равной амплитуды этих движений.

#### ■ Техника глобальной коррекции мочеточника

*Положение пациента:* лежа на спине.

*Положение врача:* стоя сбоку, со стороны коррекции, на уровне таза пациента.

Предварительно локализуется латеральный край мочевого пузыря и нижний край почки (на стороне коррекции).

*Положение рук врача:* врач устанавливает гипотенары кистей перекрестно. Каудальная рука – на нижнем полюсе почки. Цефалическая рука – на латеральном крае мочевого пузыря (рис. 2.5).

*Коррекция:* врач за счет наклона своего корпуса вперед обеспечивает разведение рук в стороны.

## 2.5. Показания и противопоказания к остеопатической работе на мочеточниках

*Показания:*

- МКБ в период отсутствия гематурии и почечной колики;
- состояния после оперативных вмешательств в области пиелоретрального сегмента;
- пузырно-мочеточниковый рефлюкс;
- пиелюктазии;
- дилатация мочеточников.

*Противопоказания:*

- острые и хронические инфекционные заболевания мочевыводящих путей в период обострения;
- коралловые камни при МКБ;
- опухоли почки.

## 9.8. Остеопатические дисфункции маточных труб и яичников

### Фиксация маточной трубы

Частое осложнение воспалительных процессов маточных труб – сальпингитов, приводящее к сужению просвета маточной трубы, нарушению функции мерцательного эпителия (вплоть до полной непроходимости маточных труб – трубного бесплодия). Нарушения в работе мерцательного эпителия внутреннего просвета маточной трубы могут стать причиной развития внематочной беременности. Нескоординированная работа фимбрий нарушает захват яйцеклетки в момент овуляции с дальнейшим разрушением ее в брюшной полости, что проявляется овариальными болями и способствует усугублению спаечного процесса в малом тазу. Рестрикции широкой связки матки приводят к нарушению подвижности труб и ее фиксации. Анатомическая близость кишечника также способствует спаечному процессу (хронические колиты, послеоперационные спайки и рубцы). Кинетические дисфункции маточных труб и матки вызывают болевой синдром в нижних отделах живота, обусловленный рефлюксом менструальной крови в брюшную полость.

### Фиксация яичника

Возникает при ограничении подвижности широкой связки матки, на задней поверхности которой находится ложе яичника, или подвешивающей связки яичника, тесно взаимодействующей со структурами забрюшинного пространства. Структуральные дисфункции поясничного региона, хронические воспаления поясничной мышцы, рестрикции дорсального листка париетальной брюшины (фасции Тольдта) создают условия для напряжения подвешивающей связки яичника и компрессии яичниковой артерии с последующим развитием выраженного болевого синдрома в поясничной области, нарушениями менструального цикла вплоть до бесплодия. Спаечные процессы брюшной полости, хронические воспалительные заболевания маточных труб (аднекситы) и яичников

(оофориты), частые переохлаждения, рубцы после оперативных вмешательств, диагностических лапароскопий, хронические колиты нарушают нормальную кинетику яичников, приводят к нарушению мотильности.

## 9.9. Кинетические тесты маточных труб и яичников

**Маточные трубы** в норме не пальпируются. При сальпингите они пальпируются как плотноэластические трубчатые образования.

### ■ Тестирование мобильности яичника

**Положение пациентки:** лежа на боку с согнутыми ногами.

**Положение врача:** стоя за спиной пациентки.

**Положение рук врача:** II–IV пальцы обеих рук на брюшной стенке.

**Тестирование:** врач осуществляет тракцию снизу вверх от верхнепередней подвздошной ости к лобковому симфизу, надавливая кзади в направлении противоположной подвздошной кости (рис. 9.5). Когда параметр тракции будет выбран полностью, направление движения сменяется к лонному сочленению. Врач оценивает эластичность тканей, обращая внимание на любые зоны фиксации.

### ■ Тестирование мотильности яичников

**Положение пациентки:** лежа на спине.

**Положение врача:** стоя сбоку на уровне таза пациентки, с противоположной от дисфункции стороны.

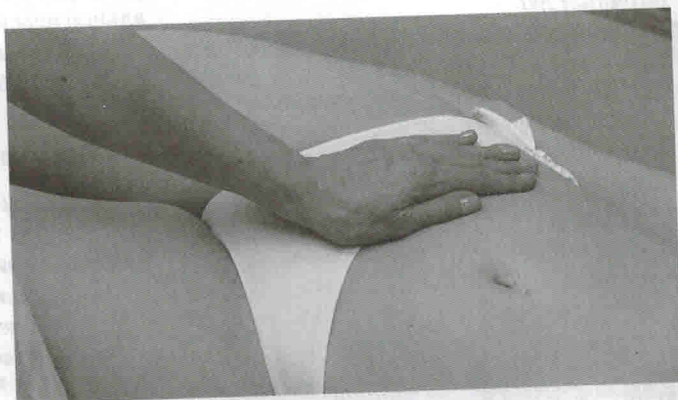
**Положение рук врача:** левая рука латерально располагается между правой верхней передней подвздошной остью и лобковым симфизом. Пальцы направлены цефалолатерально.

**Тестирование:** во время фазы вдоха ладонь ротируется латерально и немного цефалически (рис. 9.6). Это означает, что правый яичник поворачивается по часовой

**Рис. 9.5.** Тестирование мобильности яичника.



**Рис. 9.6.** Тестирование мотильности правого яичника.



стрелке, а левый – против. Если это движение свободно, врач почувствует движение латеральной поверхности кисти немного кзади. Наличие ограничения может уменьшить или остановить это движение либо изменить направление (ограничение притягивает руку). Когда кисть подойдет к зоне ограничения, тщательная пальпация позволит определить точную локализацию поражения. Тест мотильности способен выявить то ограничение, которое осталось скрытым при проведении теста мобильности.

## 9.10. Техники коррекции дисфункций маточных труб и яичников

### Наружные техники коррекции

Показаниями для трубно-яичниковой коррекции являются:

- устранение фиброза и восстановление эластичности тканей;
- раскрытие бахромок;
- улучшение циркуляции жидкости;
- устранение спазмов труб;
- повышение тонуса в пределах канала за счет растяжения маточных труб;
- стимуляция гипоталамо-гипофизарной системы.

Наилучшим временем для коррекции трубно-яичниковой области является период через неделю после окончания менструации. Длительное выполнение техник

коррекции нецелесообразно. По наблюдениям Ж.-П.Баррала, для получения положительных результатов должно быть достаточно 2–3 сеансов. Перед следующим приемом необходимо пропустить один менструальный цикл, так как слишком частые приемы нарушают процесс аутокоррекции. Наиболее выраженный клинический эффект наблюдается после первой остеопатической коррекции.

### ■ Техника мобилизации маточных труб

#### Вариант №1

*Положение пациентки:* лежа на спине.

*Положение врача:* стоя сбоку на уровне таза пациентки, с противоположной от дисфункции стороны.

*Положение рук врача:* врач устанавливает II–V пальцы цефалической руки на брюшную стенку в проекции маточной трубы (верхний край широкой связки матки) и создает «пальпаторный аккорд». Каудальная рука устанавливается на латеральный край матки с той же стороны.

*Коррекция:* совершая вибрирующие движения цефалической рукой, врач отводит от латерального края матки трубу латерально и цефалически, раскрывая и увеличивая маточный угол (рис. 9.7).

#### Вариант №2

*Положение пациентки:* лежа на боку, противоположном стороне дисфункции; ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах.

*Положение врача:* стоя сзади на уровне таза пациентки.

*Положение рук врача:* цефалическая рука большим пальцем захватывает дно матки. Пальцы каудальной руки продвигаются по внутренней поверхности крыла подвздошной кости и фиксируют широкую связку с маточной трубой (рис. 9.8).

*Коррекция:* на торакальном вдохе пациентки врач за счет переноса веса тела на большой палец цефалической руки перемещает матку латерально (к кушетке). При этом каудальная рука фиксирует трубу. На выдохе врач сохраняет достигнутые параметры растяжения, наблюдая за фасциальной «раскруткой» тканей. Технику можно усилить вибрационными движениями, совершаемыми двумя руками.

### ■ Техники маточно-пузырной индукции

Выполнив мобилизацию маточных труб, необходимо закончить коррекцию общей маточно-пузырной индукцией.

#### Абдоминальная индукция

*Положение пациентки, врача и рук врача:* как при тестировании мотильности яичников.

*Техника:* если врач не чувствует движения, следует инициировать его, усилив фазу вдоха 7–8 раз в течение 1 мин. Ладонь ротируется латерально и движется немного цефалически, в то время как латеральный край кисти уходит немного вглубь. Если ощущаемое движение нарушено, врач отпускает руку в направлении ограничения и немного усиливает аномальное движение, чтобы постепенно восстановить правильное направление.



Рис. 9.7. Техника мобилизации маточных труб.

**Рис. 9.8.** Техника мобилизации маточных труб в положении пациентки лежа на боку.



**Рис. 9.9.** Пояснично-яичниковая индукция.

### ***Пояснично-яичниковая индукция***

*Положение пациентки:* лежа на спине.

*Положение врача:* стоя сбоку на уровне таза пациентки.

*Положение рук врача:* каудальная рука укладывается на область поясничных позвонков; цефалическая рука – на область яичника.

*Коррекция:* цефалическая рука на яичнике выполняет латеральную ротацию (рис. 9.9). Каудальная рука будет стремиться к движению кверху и немного в направлении стороны, противоположной стороне лечения. Данная техника воздействует на сократительные волокна подвешивающей связки яичника.

### ■ **Техника коррекции яичников в антеверсии**

По отношению к матке яичники расположены кпереди, что дает возможность перегиба (торсии) маточных труб и, соответственно,

может приводить к бесплодию. Если у пациентки в анамнезе был перитонит, то обязательно сформируются спайки.

*Положение пациентки:* лежа на спине, ноги согнуты и разведены.

*Положение врача:* стоя сбоку на уровне таза пациентки.

*Положение рук врача:* каудальной рукой врач фиксирует тело матки (наружным доступом; рис. 9.10) либо шейку матки (вагинальным доступом). Пальцы цефалической руки располагаются в подвздошной области в месте проекции яичника.

*Коррекция:* врач создает «пальпаторный аккорд» обеими руками, вводя ткани в напряжение. Каудальная рука стабилизирует матку, а цефалическая рука пальцами производит легкую тракцию (цефалически и латерально). К этому необходимо добавить вибрацию тканевых слоев, что позволяет воздействовать на микроспайки.