

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие к русскому изданию	6
--------------------------------------	---

Глава 1.

РОДЫ

Материнский таз.....	8
Тазовый канал, или костный таз.....	9
Суставы таза.....	11
Вагинально-промежностно-вульвовое отверстие.....	12

Глава 2.

ПЛОД

Доношенный плод.....	14
Физиология плода.....	16

Глава 3.

Родовая деятельность

Предвестники родов.....	18
Процесс родов.....	18
Периоды и длительность родов.....	21
Предлежание плода.....	21

Глава 4.

МЛАДЕНЦЫ И ДЕТИ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Эмбриология.....	32
Нормальный родовой процесс.....	33
Остеология черепа новорожденного.....	34
Механизм повреждений.....	35
Лечение.....	38
Техники лечения.....	39
Обследование новорожденного.....	43

Глава 5.
ЗРЕНИЕ У ДЕТЕЙ

Нарушения зрения у детей.....	52
Обнаружение проблемы родителями.....	55
Глаза: орбита и глазное яблоко.....	57
Патофизиология орбиты и глазного яблока.....	59
Исследование движений глазных яблок.....	61
Техники для орбиты.....	64
Техники для глазного яблока.....	66

Глава 6.
УХО

Мышцы барабанной полости.....	69
Органы равновесия.....	70
Техники лечения заболеваний ушей.....	70

Глава 7.
ЛОР-ПАТОЛОГИИ: СИНУСИТЫ, ОТИТЫ, АНГИНЫ

Синуситы.....	76
Остеопатическое обследование при синуситах.....	79
Схема лечения хронических синуситов.....	81
Отиты.....	82
Медицинское лечение.....	86
Ангины.....	88
Лечение.....	89
Дыхательная система.....	89
Пневмония.....	99
Восстановление дыхательной функции.	
Теория доктора Карата (Carat).....	103
Влияние тканей при некоторых патологических состояниях.....	105
Использование спинномозговой жидкости.....	107

ГЛАВА 3.

РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

«Роды — это совокупность феноменов, наблюдаемых в конце беременности либо со стороны матери, либо со стороны плода и его оболочек, которые приводят к изгнанию продукта зачатия».

ПРЕДВЕСТНИКИ РОДОВ

Дно матки опускается и сглаживается в связи с опущением головки плода в полость таза. Мать лучше дышит, но ощущает затруднение в области органов таза. Этот симптом имеет значение только для многократно рожавших женщин. У первородящей женщины головка плода опускается примерно за 2 месяца до окончания срока беременности. Скудное кровотечение может указывать на отслойку нижней части плодного яйца. Сокращения матки могут становиться более сильными и частыми — такая «ложная» тревога может повторяться несколько раз до начала родов.

ПРОЦЕСС РОДОВ

В ходе родовой деятельности сочетаются две силы: сокращение матки и сокращение брюшной полости.

Опущение плода облегчается благодаря смазыванию вагинально-вульварного канала. Плод должен преодолеть две преграды: одну на уровне шейно-сегментарного канала, а вторую — на уровне промежностно-вульварного отверстия. На каждом этапе действуют активные и пассивные механизмы.

ПЕРЕХОД ШЕЙНО-СЕГМЕНТАРНОЙ ДИАФРАГМЫ

АКТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ

Происходит возникновение маточных сокращений благодаря периодическому сжатию мышечных волокон матки на содержимом этого органа. Эти сокращения являются произвольными, болезненными и прерывистыми. Они произвольные, так как матка — это гладкая мышца, иннервируемая спинномозговой системой и частично нейровегетативной системой (яичниковое и маточное сплетение), а также специфическим центром — ганглием Франкерхаусера (Frankerhausser).

Несмотря на произвольный характер сокращений, на них оказывают влияние эмоции; эти сокращения являются менее сильными на уровне нижнего сегмента. Они болезненны из-за сдавливания нервных нитей, содержащихся в паренхиме матки. Интенсивность схваток варьируется у разных женщин, а также в течение родового процесса.

Вначале это слабые сжимающие боли, подобные менструальным болям. В период раскрытия шейки боли становятся более острыми и хуже переносятся, в период изгнания боль сопровождается желанием тужиться. Наконец, когда голова ребенка проходит кольцо вульвы, боли самые сильные.

Длительность каждого сокращения варьирует в зависимости от этапа родов: от 25 с в начале до 30–50 с в конце родового акта.

ПАССИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ

Пассивные механизмы крайне важны на этой стадии родов, они включают в себя расширение, а затем раскрытие шейно-сегментарного канала. К ним добавляются вытекание кровянистых слизистых выделений и разрыв плодного пузыря.

В хронологическом порядке:

- сглаживание шейки и внедрение ее в нижний сегмент;
- расширение шейки;

- расширение нижнего сегмента.

ФЕНОМЕНЫ, СВЯЗАННЫЕ С ШЕЙНО-СЕГМЕНТАРНЫМ РАСШИРЕНИЕМ

Изменения в состоянии шейки и нижнего сегмента вызывают вытекание кровянистых слизистых выделений и разрыв плодного пузыря.

ВЫТЕКАНИЕ СЛИЗИСТЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ

Желеобразная пробка, содержащаяся в полости шейки, вытекает в вульву при сглаживании шейки в виде бело-желтоватой жидкости. Это увлажнение вагинального канала осуществляется благодаря определенному количеству жидкости, которая просачивается через оболочки. В тот момент, когда младенец проникает во влагалище, мать испытывает потребность тужиться; к сокращению матки добавляется сокращение живота.

ПЛОДНЫЙ ПУЗЫРЬ

Под влиянием маточных сокращений и давления плода шейка расширяется, обнажая большую часть плодных оболочек. Эти мембраны и амниотическая жидкость получили название «плодного пузыря». Разрыв плодного пузыря называют:

- преждевременным, если он наступает в ходе родов до полного раскрытия шейки матки;
- своевременным, если он наступает при полном раскрытии;
- поздним, если он происходит через более или менее длительное время после полного раскрытия.

ПЕРЕХОД ПРОМЕЖНОСТНО-ВУЛЬВОВОЙ ДИАФРАГМЫ

АКТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ

Маточные сокращения усиливаются и становятся все более длительными; они могут быть достаточно сильными чтобы толкать ребенка.

На этом этапе родов женщина испытывает потребность совершать абдоминальные сокращения (произвольное усилие)— потуги, чтобы помочь произвольным сокращениям матки. Эти усилия должны контролироваться акушером.

ПАССИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ

Расширение промежностно-вульвовой диафрагмы обеспечит прохождение плода, который, спускаясь по оси верхнего отверстия, попадает на окончание копчика, направленного спереди назад. Для того чтобы плод мог правильно выйти, необходимо, чтобы копчик был смещен кзади. После этого остается только главное мышечное препятствие — подниматель ануса, но эта мышца легко поддается под повторным давлением плода. Наконец, вульва (то есть поверхностная промежность) также должна расшириться, чтобы раскрыть проход для плода.

ПЕРИОДЫ И ДЛИТЕЛЬНОСТЬ РОДОВ

Первый период называется периодом раскрытия, поскольку постепенное раскрытие отверстия шейки — это явный феномен; он начинается в начале сглаживания матки и заканчивается полным раскрытием. В этот момент, если все нормально, плодный пузырь разрывается.

Второй период называется периодом изгнания и характеризуется выходом плода наружу под давлением произвольных сокращений брюшной стенки.

У первородящей женщины роды длятся в норме 8–10 ч, у повторно рожавшей — 6–8 ч.

Период изгнания у первородящей женщины длится около 1–2 ч и у повторно рожавшей — 10–15 мин.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА

В конце беременности чаще всего встречается предлежание верхушкой головы, если все нормально у матери и у ребенка (95% случаев).

Существуют несколько типов предлежания макушкой:

- левое переднее затылочно-подвздошное предлежание (60% случаев);
- правое переднее затылочно-подвздошное предлежание (30% случаев);
- левое заднее затылочно-подвздошное предлежание (9% случаев);
- правое заднее затылочно-подвздошное предлежание (1% случаев).

ПАЛЬПАЦИЯ ПЛОДА

ОСОБЕННОСТИ ПОЛЮСА ПЛОДА, РАСПОЛОЖЕННОГО СНИЗУ

Двумя руками окружить костный контур верхнего отверстия и сдавить брюшную полость, чтобы почувствовать округлую, ровную и резистентную форму головы.

Для определения макушки следует найти признак, отражающий флексию головы: это различие в высоте между лбом и затылком.

Со стороны затылка пальцы спускаются и останавливаются на закругленной поверхности лба.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛЮСА ПЛОДА, РАСПОЛОЖЕННОГО СВЕРХУ

Пальпация маточного дна позволяет ощутить неровную массу, более объемную, чем голова, явно менее резистентную — это ягоды и нижние конечности.

ЛАТЕРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Если мягко надавить на боковые и медиальные поверхности матки, то можно ощутить резистентную плоскость, гладкую и ровную — это спина.

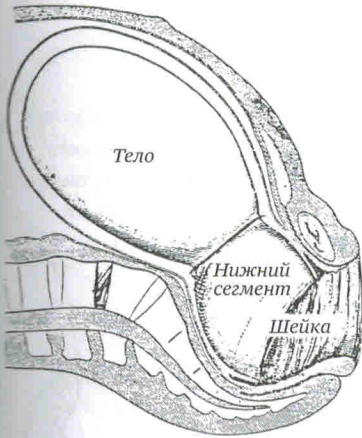


Рис. 1.

Матка во время родов с максимальным раскрытием: разделение на три части: тело, нижний сегмент и шейка, которая в этот момент внедряется в нижний сегмент

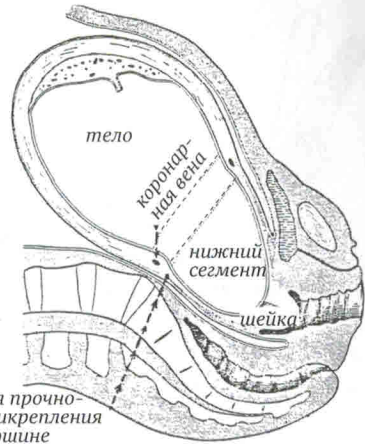


Рис. 2.

Беременная матка в сагиттальном разрезе. Нижняя граница тела (кольцо сокращения) соответствует линии прочного прикрепления к брюшине и к коронарной вене

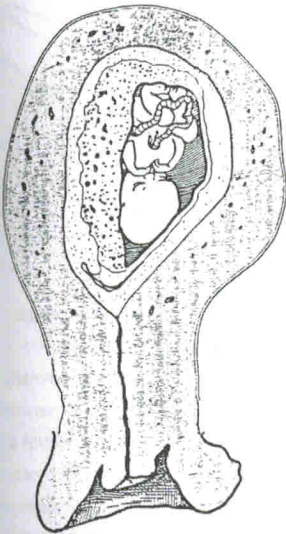


Рис. 3.

Беременность, срок около 2 месяцев: переднезадний диаметр шаровидной матки сильно увеличен

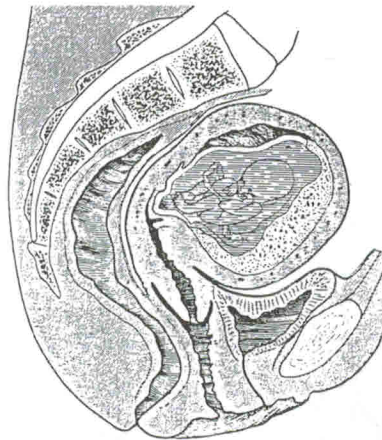


Рис. 4.

Нормальное положение в антефлексии матки (срок беременности около 2 месяцев)

ТЕХНИКИ ЛЕЧЕНИЯ

ОБЩИЕ ТЕХНИКИ

РАССЛАБЛЕНИЕ КРАНИОСАКРАЛЬНОГО МЕХАНИЗМА

Природой было задумано, чтобы у новорожденного расширялась полость мозга, сдавленная глубоким вдохом. Это же действие происходит во время сосания благодаря давлению языка младенца на сосок матери или на соску рожка (давящее действие на подвижность сфенобазиллярного симфиза через посредство сошника).

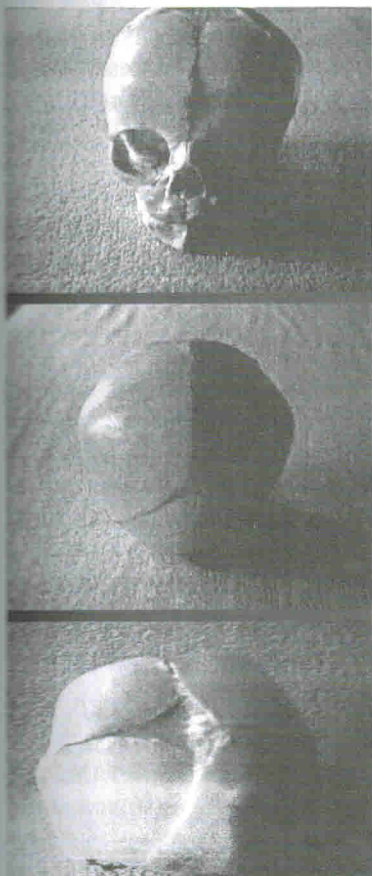


Рис. 19.

В случае сильного напряжения черепа это действие можно облегчить — поставить подушечку указательного или безымянного пальца на переднее окончание межверхнечелюстного шва, чтобы согнуть сфенобазиллярный симфиз, или на крестовидный шов, чтобы его расслабить. Кроме того, сосание груди, даже ограниченное по длительности, оказывает неосценимое воздействие.

МОДЕЛИРОВАНИЕ

Необходимо определить напряжение, присутствующее на уровне внутренней мембраны взаимного натяжения (серп мозга и палатка мозжечка), чтобы получить направление. Далее использовать легкое центрированное давление на выступающую часть, затем повернуть чешую в том направлении, в котором она движется более легко, направляемая и поддерживаемая мембранами.

СПЛЮЩЕННЫЕ ЗОНЫ

Такие зоны связаны с внутриматочными давлениями.

- В первую очередь необходимо выполнить коррекцию основания черепа и свода.
- Затем моделировать сплюснутую зону: подушечки пальцев одной руки находятся по периметру сплюснутой пластинки; пальцы «углубляются» к центру окостенения.
- Далее уравновесить мембраны взаимного натяжения.
- Потом регулировать глубокую внутреннюю циркуляцию черепа.

ЗАХОЖДЕНИЕ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА:

- Сначала выполнить коррекцию основания и свода черепа.
- Затем прямая техника, подобная V-spread, чтобы привести накладываемые друг на друга кости к своему нормальному положению.
- Потом уравновесить мембраны (серп мозга и палатка мозжечка).

ПРЯМОЕ ДЕЙСТВИЕ

Это оптимальное лечение, проводимое до формирования швов. Нужно мягко привести кости в движение, чтобы повторить путь, пройденный при образовании повреждения.

ПОДХОД ДЛЯ СВОДА

Кончиками пальцев приподнять лобные кости против сопротивления веса головы; затылок поддерживается мизинцами.

ЛОБНО-ЗАТЫЛОЧНЫЙ ПОДХОД

Затылочная кость лежит на задней руке, расположенной чашеобразно, передняя рука приподнимает весь лобный отдел.

ЧЕРЕЗ ПОСРЕДСТВО КРЕСТЦА

Крестец удерживается в точке уравновешенного мембранного натяжения, младенцу позволяется двигаться и кричать до тех пор, пока он не успокоится и не расслабится. Как правило, техника дает хорошие результаты!

- Младенец лежит на спине. Врач сидит лицом к нему, на уровне таза.
- Большие пальцы находятся под передневерхними подвздошными осями, другие пальцы соединены под крестцом.
- Можно удерживать подвздошные кости безымянными пальцами и мизинцами, чтобы освободить крестцово-подвздошные суставы, в то время как указательный и средний пальцы освобождают пояснично-крестцовый переход посредством V-spread.

ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ЛОБНО-ЗАТЫЛОЧНЫЙ ПОДХОД:

- Врач удерживает затылочную и височные кости сзади.

- Ассистент приподнимает лобную кость одной рукой и использует указательный и средний пальцы другой руки, помещенные на верхние зубы, чтобы усилить освобождение движения.
- В очень серьезных случаях ассистент удерживает крестец во флексии, чтобы поддерживать напряжение, необходимое для освобождения.

ОСНОВАНИЕ — SPREAD:

- Ассистент работает с крестцом, врач помещает подушечки средних пальцев на мышечковые части, чтобы их раздвинуть (расширить затылочное отверстие и освободить сдавленную борозду).
- Указательные пальцы, поставленные на каменисто-сосцевидные суставы, перекачивают их кзади-латерально, кпереди, затем приподнимают височные кости во внутреннюю ротацию.
- Большие пальцы выполняют натяжение кпереди, поднимая скуловые углы (серп мозга и палатка мозжечка).
- Мизинцы и безымянные пальцы направляют чешую затылка (опистон) к нормальному положению.

Или:

- Сделать V-spread на затылочно-сосцевидном шве, затем выполнить деротацию.
- При необходимости выполнить декомпрессию мышечно-чешуйчатого сочленения.

В случае сильного повреждения следует избегать слишком сильной работы:

- Лечить только через крестец, пока не станет явным улучшение состояния ребенка.
- Затем разъединить совокупность черепа техникой «натяжения 3 путей», потом уравновесить мембраны.

- Провести экстензию основания, чтобы направлять затылочную чешую и уравновесить мышечковые части.
- Провести V-spread на затылочно-сосцевидных швах.
- Сделать декомпрессию мышечно-чешуйчатого сочленения при необходимости и мышечковых частей.
- Убедиться в том, что черепно-шейное сочленение уравновешено
- Коррекция наложения швов

В зависимости от патологии и состояния ребенка врач должен определить, какую технику или техники коррекции он будет применять, всегда помня о том, что лечение должно быть коротким, чтобы избежать сильных реакций.

Ф. Пейралад

ОБСЛЕДОВАНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО

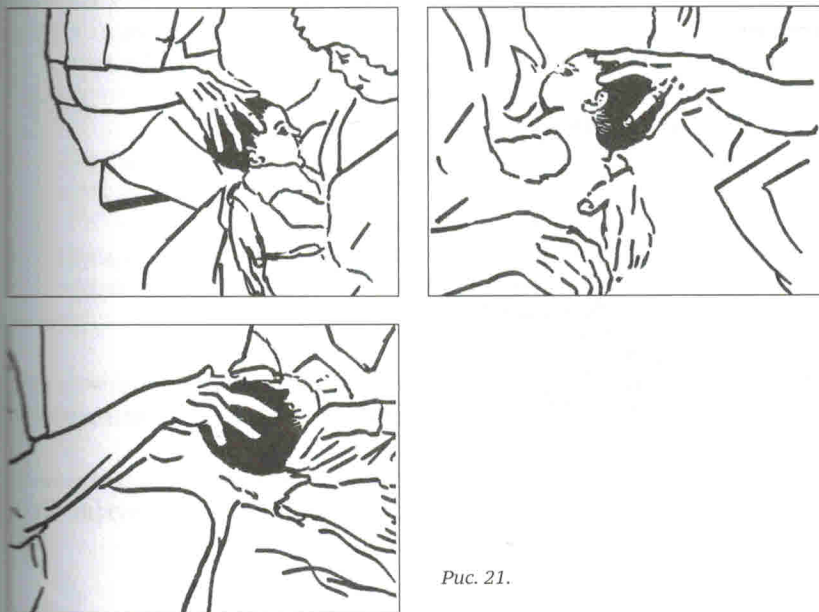


Рис. 21.



Рис. 22.

КОРРЕКЦИЯ ЧЕРЕЗ КРЕСТЕЦ:

- Младенец лежит на спине.
- Поместить большие пальцы над передневерхней подвздошной остью, а остальные пальцы соединить на крестце.
- Подвздошные кости можно удерживать латерально, вместе с безымянным пальцем и мизинцем, чтобы освободить крестцово-подвздошный сустав, в то время как указательный и средний пальцы освобождают пояснично-крестцовый переход при помощи техники V-spread.

ЛИФТ СВОДА (VAULT LIFT)



Рис. 23. Лифт свода выполняется для коррекции ограничений от S.P. Н. (сфеноид)

При работе со сводом черепа лобные кости приподнимаются указательными пальцами против сопротивления веса головы, хотя затылочная кость может удерживаться на столе IV и V пальцами.

ГЛАВА 7.

ЛОР-ПАТОЛОГИЯ: СИНУСИТЫ, ОТИТЫ, АНГИНЫ

Патология ЛОР-органов связана с патологией пищеварительного тракта. Поскольку ротовая полость является частью пищеварительного аппарата, любое воспаление вызывает постоянное глотание токсинов, гноя и патогенных микробов, воздействующих на желудочно-кишечный тракт, печень и желчевыводящие пути.

СИНУСИТЫ

Больной хроническим синуситом не может правильно дышать, таким образом оксигенация и, следовательно, питание организма нарушается.

Также существует хроническая пиофагия, при которой происходит стекание гноя, который не высмаркивается, в глотку, а затем сглатывается. После этого наступает постоянно состояние интоксикации с усталостью, нервозностью, недостатком энергии.

ТЕОРИИ

ОЧАГОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

В 1912 г. определение очаговой инфекции дал Биллингс (Billings): «Очаговая инфекция — это ограниченная зона ткани, инфицированная патогенными микроорганизмами».

Очаговая инфекция может быть первичной или вторичной. Первичные очаги локализованы в тканях, сообщающихся со слизистой или кожной поверхностью. Вторичные очаги происходят прямо из других очагов, смежных или отдаленных, по гематогенному или лимфогенному пути. Первичные очаги могут располагаться на любом уровне организма.

ПИОФАГИЯ

Переход микробов в пищеварительные пути может быть причиной заболеваний. Такое глотание спустя длительное время может вызвать функциональные и даже органические нарушения разных отделов пищеварительного тракта. Инфекционные и функциональные нарушения могут быть обнаружены на уровне желудка, тонкой кишки, аппендикса, толстого кишечника, поджелудочной железы, желчевыводящих путей (Лебедински (Lebedinsky)).

ТЕОРИЯ ТОКСИНОВ

Обнаруживаемые повреждения вызывают не микробы, а их токсины, которые воздействуют посредством аллергии и анафилаксии (нервный путь).

НЕЙРОГЕННАЯ ТЕОРИЯ

Процитируем очень известные работы профессора Лериха (Leriche) и исследования профессора Рейлли (Reilly), посвященные очаговой инфекции: «На различные нейровегетативные агрессии организм реагирует неспецифическим образом через нейроэндокринный и надпочечниковый пути».

ТЕОРИЯ АДАПТАЦИИ (СЕЛЬЕ (SELYE))

Адаптация — это результирующая органических неспецифических защитных механизмов в ответ на физический, химический, нервный, гуморальный и другие стрессы. Она включает в себя реакции тревоги, за которыми следуют фаза сопротивления и фаза истощения. Повреждения вызваны не атакующим агентом, а защитной системой. Происходит чрезмерная защита тканей при минимальной агрессии.

У РЕБЕНКА

Клиновидный синус — решетчатый синус — верхнечелюстной синус (покрытый нёбным апофизом).

Лобные синусы отсутствуют до достижения возраста 7 лет.

ВОСПАЛЕНИЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ

Отмечаются боль в середине лба, выделения из носа с повышением температуры или без. Всегда имеется блокирование костей на периферии инфицированного синуса.

ВОСПАЛЕНИЕ ПАЗУХИ КЛИНОВИДНОЙ КОСТИ

Нарастающая боль в задней части лобного отдела распространяется на всю голову, болезненность в задней части горла на уровне глотки. Выделения из пазухи стекают в горло.

ВОСПАЛЕНИЕ ПАЗУХИ РЕШЕТЧАТОЙ КОСТИ

Повышение глазного давления, застойное состояние глаз. Иногда конъюнктивит и слезотечение; пациент испытывает желание надавить на глаза. Вытекание в горло мокроты. Часто воспаление имеет парасимпатическое происхождение.

ВОСПАЛЕНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

В основном боль начинается на уровне чешуи теменной кости, а затем распространяется к верхней челюсти.

Иногда имеется отек скулы. Перкуссия скуловой кости вызывает боль на поврежденной стороне.

Выделения стекают в рот.