

615.82
7.-28

სახელმწიფო კონცერნი „სამკურორტი“

ი. კონიაშვილის სახელობის
კურორტოლოგიისა და ფიზიოთერაპიის სამეცნიერო-კვლევითი
ინსტიტუტი

თბილისის ბალნეოლოგიური კურორტის სახელმწიფო
საწარმო – სამკურნალო მასაჟის სკოლა „ავანი“

მანუალური თერაპია

თბილისის უნივერსიტეტის გამოცემა
თბილისი 1993

ს. ლ. ტაძარიშვილი

წიგნში განხილულია მანუალური თერაპიის, აკუპრესურისა და კლასიკური მასაჟის სამკურნალო-მეთოდური მასალა.

დამხმარე სახელმძღვანელო შედგენილია მანუალური თერაპიის ციკლის სწავლების პროგრამის შესაბამისად სტუდენტ-მედიკოსებისა და ექიმებისთვის, რომლებიც სპეციალისტებიან ამ დარგში. ნაშრომში წარმოდგენილია თეორიული დებულებები, აგრეთვე დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მანუალური თერაპიის მეთოდები, რომლებიც განკუთვნილია კისრის, გულმკერდის, გაგა-წელის არეზე, ზერზემლის წელის ნაწილსა და კიდურებზე ზემოქმედებისთვის. ამ მეთოდთა უმეტესობა თვალსაჩინოდ არის ილუსტრირებული.

აღწერილია კერორტოლოგიისა და ფიზიოთერაპიის ინსტიტუტში შემუშავებული პროცედურები იმ ავადმყოფთა წერტილოვანი მასაჟისთვის, რომლებიც საჭიროებენ მკურნალობას საყრდენ-მაძიმებელი აპარატის დაზიანების, ვერტებრო-ნევროლოგიური და შინაგანი დაავადებების გამო.

კლასიკური მასაჟისადმი მიძღვნილ ნაწილში აღწერილია ზოგადი მასაჟის მეთოდიკა, მასაჟის ზერზემი და მეთოდები ზემოქმედების ლოკალიზაციისა და დიფერენცირებული ამოცანების შესაბამისად.

წიგნი განკუთვნილია ექიმებისთვის, რომლებიც ყოველდღიურ საქმიანობაში პაციენტებთან მუშაობისას იყენებენ ამ უკანასკნელათვის საჭირო მკურნალობის, რეაბილიტაციისა და დაავადებათა პროფილაქტიკის ეფექტურ მეთოდებს. სასწავლო მასალა აღწერილია მისაწვდომად როგორც მასაჟისტ-რეაბილიტოლოგებისთვის, ასევე სამკურნალო ფიზკულტურის ინსტრუქტორებისთვის.

ავტორი
მედიცინის მეც. კანდიდატი, დოცენტი
ნიკოლოზ ავალიანი

რეცენზენტები

კურორტოლოგიისა და ფიზიოთერაპიის ს/კვლევითი ინსტიტუტის რეაბილიტაციის განყოფილების ხელმძღვანელი, მეცნ. დოქტორი, პროფესორი
მერი ჯუღელი

კურორტოლოგიისა და ფიზიოთერაპიის ს/კვლევითი ინსტიტუტის ნევროლოგიის განყოფილების ხელმძღვანელი, უფროსი მეც. თანამშრომელი გელა ლომია

© ნიკოლოზ ავალიანი, 1993.

წინასიტყვაობა

ამჟამად კვლავ აღორძინდა ხელებით მკურნალობის უძველესი ხელოვნება — მანუალური თერაპია, რომელიც ოფიციალურმა მედიცინამ პრაქტიკულ დარგად აღიარა. დაკანონდა მანუალური თერაპევტის თანამდებობა; მსხვილ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში აარსებენ მანუალური თერაპიის კაბინეტებს. მაგრამ ეს არ ნიშნავს, რომ მედიცინის ამ დარგის ყველა პრობლემა დადებითად არის გადაჭრილი.

ჩვენს რესპუბლიკაში კვლავინდებურად იგრძნობა კადრების მწვავე დეფიციტი და აშკარაა სათანადო ლიტერატურის ნაკლებობა, ქართულ ენაზე ამ დარგის არც ერთი სახელმძღვანელო არ არსებობს.

ამიტომ, დოცენტ ნიკოლოზ ავალიანის მიერ წარმოდგენილი მანუალური თერაპიის სახელმძღვანელოს გამოცემა მნიშვნელოვნად მიმაჩნია და იგი გამოადგება, როგორც დამწყებთ ამ დარგის დაუფლებაში, ასევე ექიმ-რეაბილიტოლოგებს, ამ მიმართულებით კვალიფიკაციის ამაღლებაში.

ნაშრომის დიდ ღირსებად უნდა ჩაითვალოს მისი არაფორმალური გამოყენებითი მნიშვნელობა იმ სპეციალისტებისათვის, რომლებიც მას მოიშველიებენ პრაქტიკულ საქმიანობაში.

წიგნის ღირსებაა ის, რომ მის არსსა და შინაარსში გაერთიანებულია დღეისათვის ხელებით მკურნალობის ყველაზე პოპულარული და საყოველთაოდ აღიარებული ვარიანტები — მანუალური თერაპია, კლასიკური სამკურნალო და ჰიგიენური მასაჟი, აკუპრესურა. წიგნში არ არის ჩართული კინეზიოლოგია, თუმცა საზღვარგარეთის მანუალურ თერაპევტთა შორის ის ფართოდ არის რეკლამირებული, როგორც მნიშვნელოვანი საშუალება მანუალური თერაპიის სისტემაში. წიგნის ავტორთან პირად საუბარში დავრწმუნდი, რომ კინეზიოლოგია იმდენად დამოუკიდებელი და ფუნდამენტური სამედიცინო სამეცნიერო და პრაქტიკული დისციპლინაა, რომ მას სრული იურიდიული უფლება აქვს დამოუკიდებლად არსებობისა და უფრო გონივრული იქნებოდა მის სისტემაში მანუალური თერაპიის, მასაჟისა და აკუპრესურის ჩართვა.

წიგნი შედგება სამი დამოუკიდებელი თავისგან: ყველაზე მნიშვნელოვანი თავი — „მანუალური თერაპია“ — შეიცავს თეორიულ და პრაქტიკულ ნაწილებს. უკანასკნელი სისტემატიზებულია მანუალური თერაპიის დიაგნოსტიკურ და სამკურნალო ხერხებად. წარმოდგენილია კომპაქტურად და ტერმინოლოგიურად

სწორად აღწერილი, კარგად ილუსტრირებული ხერხები.

მეორე ნაწილი — „აკუპრესურა“ — შედგენილია არა მარტო ლიტერატურის ანალიზის საფუძველზე, არამედ პროცედურების მზა კონსპექტების სახითაც, რომლებიც შემუშავებულია ი. კონიაშვილის სახელობის კურორტოლოგიისა და ფიზიოთერაპიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის პირობებში რვა წლის განმავლობაში წიგნის ავტორის ბალნეოთერაპიისა და სამკურნალო ფიზიკულტურის განყოფილების უფროსი მეცნიერი თანამშრომლის მიერ ჩატარებული დეკონირებული გამოკვლევების შედეგად.

წიგნის მესამე ნაწილიც — „კლასიკური მასაჟი“ — ახლებურად არის დაწერილი. მასში განზოგადებულია ავტორის საკუთარი გამოცდილება. ცნობილია, რომ სწავლების ამ მეთოდიკით ავტორმა მოამზადა მასაჟისტების პლეადა. ისინი ამჟამად წარმატებით მუშაობენ არა მარტო ჩვენი რესპუბლიკის სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში, არამედ საზღვარგარეთაც.

მანუალურ თერაპიას, თავისი ზედმიწევნით სიზუსტისა და ეფექტიანობის გამო სამართლიანად უწოდებენ „უსისხლო ქირურგიას“. წარმოდგენილ წიგნში განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა მის სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო მნიშვნელობას საყრდენ-მამოძრავებელი ორგანოების ფუნქციური დაავადებების დროს.

წარმოდგენილი მონოგრაფიის გაცნობით ირკვევა ავტორის მაღალი პროფესიულ-პედაგოგიური დონე და ამ დარგის გამოჩენილი სპეციალისტების (კ. ლევიტი, ჯ. მეტლანდი, ნ. კასიანი, ტ. ნამიკოში და სხვა) გამოცდილებების გამოყენების პროფესიული უნარი.

წიგნის ავტორი მაღალკვალიფიციური სპეციალისტია, რომელმაც გაიარა კ. ლევიტისა და ო. კოგანის მანუალური თერაპიის სკოლა და დაიმსახურა მანუალური თერაპიის მასწავლებლის საერთაშორისო სერთიფიკატი.

დასასრულს, ჩემს მოვალეობად მიმაჩნია აღვნიშნო, რომ წიგნის გამოცემა შესაძლებლობას იძლევა ჯანდაცვის სასწავლო დაწესებულებებმა სასწავლო პროგრამებში ჩართონ მანუალური თერაპია და ამით უზრუნველყონ კადრების მომზადების პრობლემა ამ დარგში.

მეცნიერების დამსახურებული მოღვაწე,
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,
პროფესორი ა. რობაქიძე

აპტორისაჲ

აღნიშნული წიგნის შექმნა განაპირობა მანუალო-რი მედიცინის შესწავლის აუცილებლობამ ეროვნული კადრებისათვის — კერძოდ ექიმების. ინსტრუქტორ-კინეზოთერაპევტების, სამკურნალო და ჰიგიენური მასაჟის სპეციალისტების, უმაღლეს და საშუალო სამედიცინო სასწავლებელთა სტუდენტებისათვის.

ექიმების და სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტთა სწავლების პროგრამა გათვალისწინებულია 300 აკადემიურ საათზე ლექცია-პრაქტიკულების ჩასატარებლად: მანუალურ თერაპიას ეთმობა 170 საათი (40 სთ სალექციო და 130 სთ პრაქტიკული მეცადინეობისთვის), აკუპრესურას — 30 საათი (16 სთ სალექციო, 24 სთ — პრაქტიკული მეცადინეობისთვის), კლასიკურ მასაჟზე მოდის 100 საათი (20 სთ სალექციო, 80 სთ — პრაქტიკული მეცადინეობისთვის).

ამასთანავე აღსანიშნავია, რომ სწავლების მაღალი დონის და მსმენელის ნიჭიერების მიუხედავად, საკუთარი საქმის მიმართ კრიტიკული მიდგომის ჩამოსაყალიბებლად, რაც საშუალებას იძლევა მანუალური თერაპიის მეთოდების შეცვლისა ავადმყოფის კომპლექსური სამედიცინო რეაბილიტაციის სხვა ხერხების გამოყენებასთან ერთად — სავარაუდოა, რომ მსმენელს დასჭირდეს 300 საათიანი პრაქტიკის გავლა საშუალო ადგილზე იმ კლინიკაში, სადაც მანუალური თერაპია, კინეზოთერაპია და სამკურნალო მასაჟი (მათ შორის კლასიკური და წერტილოვანი მასაჟი) გამოიყენება, როგორც ავადმყოფთა მკურნალობის წამყვანი მეთოდები.

ხშირია მასაჟისტების მიერ დაუშვებელი მანიპულაციების ჩატარება ხერხემალზე, რაც იწვევს ასოციაციას არასწორ დიაგნოზებთან და ხელის მოძრაობასთან უხეში ძალით. ასეთი „მანიპულაციური მკურნალობა“ ოფიციალურ მედიცინაში აკრძალული უნდა იქნას. ასეთ „თვითნასწავლ სპეციალისტებთან“ პაციენტთა რაოდენობა მკვეთრად შემცირდება, როდესაც მათ ადგილს დაიკავენ კვალიფიციური ექიმები — მანუალური თერაპევტები. მასაჟისტებს და სამკურნალო ფიზკულტურის ინსტრუქტორებს უფლება რჩებათ ჩაატარონ სამობილიზაციო ილეთები, რომლებიც ნაზ ზეგავლენას ახდენს, რადგან ისინი ხორციელდება აქტიური და პასიური მოძრაობების დიაპაზონში დამატებით.

არსებითად მანუალურ თერაპიაში იხმარება ისეთი მოძრაობათა მეთოდები, რომლებიც ხშირად შეიძლება გარდაიქმნას კინეზოთერაპევტულ ვარჯიშებაში და რაციონალურად იქნან გამოყენებული სამკურ-

ნალო ვარჯიშის დროს. მოსაზღვრე დისციპლინების ურთიერთშეხამების ერთ-ერთი მაგალითია წიგნის თავი სათაურით „სამკურნალო ტანვარჯიშის მეთოდიკა ხერხემლის ოსტეოქონდროზის დროს“. მასში მოწოდებულია მიზანდასახული აუტო — და ურთიერთმობილიზაციური ფიზიკური ვარჯიშების მაგალითები.

დიდია წვლილი იმ ადამიანებისა, რომლებსაც გულისათად მადლობას ვუხდი შემოქმედებითი შრომისათვის, რომლის წყალობით შეიქმნა ეს წიგნი. მათი დახმარების გარეშე გაცილებით უფრო ძნელი იქნებოდა წიგნის გამოშვება.

კერძოდ დიდი მადლობა მინდა გადავუხადო რეცენზენტებს — მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორს, პროფესორ მერი ჯუღელს, უფროს მეცნიერ თანამშრომელს ნეეროპათოლოგ გელა ლომიას, რომლებმაც წაიკითხეს ხელნაწერი და მომწოდეს კრიტიკული შენიშვნები.

ღრმა მადლიერების გრძნობა მინდა გამოვხატო ჩემი ხელმძღვანელის — მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის პროფესორ ალექსი რობაქიძის მიმართ, გაწეული დახმარებისთვის. მისი თანაავტორობით ჩატარდა საინტერესო სამეცნიერო-კვლევითი მუშაობა წიგნში აღწერილი მეთოდების გამოყენებით.

მადლობელი ვარ ჩემი მასწავლებლის მასაჟისტის ალვინა გებელის; ომ კოვანის და კარელ ლევიტის, რომელთა ხელმძღვანელობით ტარდებოდა მანუალურ თერაპევტთა სწავლების საერთაშორისო სემინარები.

კეთილად ვიხსენებ ვლადიმერ როდკინს, რომელთან ერთად დამუშავებული და გამოყენებული იქნა წერტილოვანი მასაჟის მოწოდებული მეთოდები, აგრეთვე ნუნუ სალდაძეს და ვენერა კობიაშვილს.

მეგობრული დამოკიდებულება მაკავშირებს ბალნეოლოგიური კურორტის დირექტორ რეზო ჩილაჩავასთან, რომელმაც სპონსორობა გაუწია ჩემს წიგნს და მთავარ ექიმ გიზო ლომთათიძესთან ერთად ჩამოაყალიბა სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულება — სამკურნალო მასაჟის სკოლა.

დიდი მადლობა მსურს გადავუხადო ჩემს მეუღლეს ამ წიგნის გამოცემის საქმეში თანამშრომლობისა და თანაავტორობისთვის, აგრეთვე მაღალპროფესიული შემოქმედებითი მოღვაწეობისათვის მასაჟისტთა კვალიფიციური კადრების მომზადების საქმეში სასწავლო-საწარმოო გაერთიანებაში „ნერვი-ტვინი“ და სამკურნალო მასაჟის სკოლაში „ავანი“.

პ ი რ ო ბ ი თ ი ა ლ ნ ი შ ვ ნ ე ბ ი

ამ — აქტიური მოძრაობა
 აშპ — აუტომობილიზაცია
 აწ — აურიკულური წერტილი
 ბხმს — ბლოკირებული ზერხემლის მამოძრავებელი სეგმენტი
 ბთს — გავა-თეძოს სახსარი (ბთშ — გავა-თეძოს შესახსრება)
 იდ — იზომეტრული დაძაბვა
 კრპდ — კუნთების რეგიონული პოსტურული დისბალანსი
 თუზწ — თეძოს უკანა ზედა წვეტი
 თწზწ — თეძოს წინა ზედა წვეტი
 კპპ — ელექტროკარდიოგრამა
 ლწ — ლატეროფლექსია
 მპ — მობილიზაცია
 მთ — მანუალური თერაპია
 მს — მოძრაობითი სტერეოტიპი
 მც — მანიპულაცია
 პმ — პასიური მოძრაობა
 სტ — სამკურნალო ტანვარჯიში

სშპ — სამკურნალო ფიზიკულტურა
 სპა — საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატი
 პირ — პოსტიზომეტრიული რელაქსაცია
 აპირ — ანტაგონისტების პოსტიზომეტრიული რელაქსაცია
 ცნს — ცენტრალური ნერვული სისტემა
 შპ — ფუნქციური ბლოკი
 შპ — ფიზიკური ვარჯიში
 ხბნ — ზერხემლის გულმკერდის ნაწილი
 ხპნ — ზერხემლის კისრის ნაწილი
 ხწნ — ზერხემლის წელის ნაწილი
 ხმს — ზერხემლის მამოძრავებელი სეგმენტი
 ხო — ზერხემლის ოსტეოქონდროზი
 ხოპპ — ზერხემლის ოსტეოქონდროზის კლინიკური გამოვლინებები
 C — ზერხემლის კისრის ნაწილის ძალა
 T — ზერხემლის გულმკერდის ნაწილის ძალა
 L — ზერხემლის წელის ნაწილის ძალა
 S — ზერხემლის გავის ნაწილი

I. მანუალებრი თერაპია

ზოგადი ნაწილი

შესავალი

ბოლო წლებში წელის, კისრისა და ზურგის ტკივილი ერთობ გავრცელდა. უმეტეს შემთხვევაში პაციენტები მოგმართავენ ტკივილებზე ჩივილით ზერხემლის ოსტეოქონდროზის კლინიკური გამოვლინებების გამო. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, ორმოც წელს გადაცილებულ ადამიანთა 60-80%-ს აღენიშნება ზერხემლის ოსტეოქონდროზი, ე. ი. ზერხემლის სვეტში დისტროფიული ცვლილებები. პროცესი პირველ რიგში მოიცავს მალათაშორის დისკოებს, რომლებიც ჭარბი დაძაბულობის გამქრობი თავისებური ამორტიზატორების როლს ასრულებენ. ამის შედეგად დისკოები გაუწყლოვდება, ელასტიკურობას კარგავს და მოუხერხებელი მკვეთრი მოძრაობის დროს nucleus pulposus (ბირთულა) შეიძლება ამოიბურცოს, ჩაიჭეჭოს გვერდით გამავალი ნერვები, ზურგის ტვინის ფესვები. დისტროფიულად დაზიანებული ქსოვილებიდან ირიტაციამ ან კომპრესიამ შეიძლება გამოიწვიოს სხვადასხვა მიოსკლეროტომული გამოვლინება: წელკავი, ცერვიკალგია, პერიართროზი და სხვ. ზერხემლის ოსტეოქონდროზი არცთუ იშვიათად იწვევს სისხლძარღვთა რეფლექსურ სინდრომს – ხელების პარესთეზიას, არეკვლითი ხასიათის ისეთ ვისცერულ სინდრომებს, როგორიცაა პროექციული კარდიალგია, სხვა ორგანოების (კუჭ-ნაწლავის ტრაქ-

ტის, გენიტალებისა და სხვ.) პათოლოგიის გართულებას. მეცნიერ ი. ნორეცის დისერტაციაში (1989 წ.) განხილულია ორსულობის შეწყვეტის საშიშროება, როგორც ბლოკირებული გავა-თედოს სახსარსა და საშვილოსნოს შორის ნეიროვისცერული ურთიერთკავშირის მოდელი.

ზერხემლის კისრის ნაწილის ოსტეოქონდროზმა შეიძლება გაართულოს ჰიპერტონიული დაავადების მიმდინარეობა, ხელი შეუწყოს ხშირ ჰიპერტონიულ კრიზს. ზერხემლის კისრის ნაწილის ხანგრძლივი დაზიანება განაპირობებს თავის ტვინის ქრონიკულ ცირკულაციურ ჰიპოქსიას. მისი განხილვა შეიძლება ჰიპერტონიული დაავადების პათოგენეზში მონაწილე ფაქტორად. ხშირია კუნთოვანი და იოგოვანი სინდრომები, რომლებიც იწვევენ ტკივილს საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის სხვადასხვა სეგმენტში.

ამგვარი კლინიკური სურათი ერთნაირი არ არის, რადგან ქრონიკულ პროცესში გადასვლა გამოწვეულია პათოლოგიურ-ანატომიური ცვლილებებით. ეს უკანასკნელი კი ყალიბდება ეტაპობრივად, სახელდობრ, I ეტაპს ახასიათებს ორგანოთა და ქსოვილთა ფუნქციური დაძაბვა; II ეტაპზე ვითარდება ფუნქციური უკმარისობა; III ეტაპზე ქრონიკული ტკივილი ასახავს საყრდენ-მამოძრავებელ აპარატში დისტროფიულ პროცესს, ე. ი. ოსტეოქონდროზს ან ართროზს (ოკოვანი).

აღნიშნული დაავადების მკურნალობის ეფექტურ

მეთოდებს მიაკუთვნებენ მ ა ნ უ ა ლ უ რ თ ე რ ა პ ი ა ს ა ც, რომელიც ბოლო წლებში ფართოდ არის გამოყენებული ავადმყოფთა კომპლექსურ თერაპიაში. ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოების მიერ რეკომენდებულია მანუალური თერაპიის კაბინეტების გახსნა სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში.

მანუალური დიაგნოსტიკა და თერაპია (მანუალური მედიცინა) უმთავრესად ხელებით განხორციელებული დიაგნოსტიკისა და სამკურნალო ხერხების სისტემაა, რომელიც მიმართულია ხერხემლის სვეტის, სახსრების, კუნთოვანი და იოგოვანი აპარატის დაავადებებით ან ცვლილებებით გამოწვეულ პათოლოგიურ გამოვლინებათა კორექციისა ან ლიკვიდაციისკენ.

ლიტერატურული მონაცემებისა და ავადმყოფებზე დაკვირვებათა საფუძველზე ავტორები (ჯ. მეიტლანდი, კ. ლევიტი, ვ. გაილენკო, ა. სიტელი, ო. კოგანი, ი. პოპელიანსკი, ი. შმიდტი, ო. კუზნეცოვა, ბ. პეტროვი, ი. ნორეცი, ლ. ვასილიევა, ნ. ავალიანი, ა. რობაქიძე, ვ. როდკინი, მ. ჩოგოვაძე, ა. ნეკრასოვი და სხვ.) იძლევიან ხერხემლის ოსტეოქონდროზის მრავალფეროვანი ნევროლოგიური სინდრომების კლინიკური სურათის დახასიათებას, განიხილავენ მანუალური დიაგნოსტიკის, თერაპიის, პროფილაქტიკის, ჩვენებებისა და უკუჩვენების საკითხებს, მანუალური თერაპიის მეთოდების გამოყენების შესაძლებლობებს თანამედროვე ფარმაცოლოგიურ, ფიზიოთერაპიულ და მკურნალობის სხვა საშუალებებთან ერთად.

მანუალური თერაპია ხერხემლის ოსტეოქონდროზის ნევროლოგიურ გამოვლინებათა მკურნალობის უნივერსალური მეთოდი არ არის, მაგრამ მან უტყუარი პრაქტიკული ეფექტურობისა და შესაძლებლობების გამო მნიშვნელოვნად შეამცირა ფარმაცოლოგიური პრეპარატების გამოყენება ან ზოგ შემთხვევაში შესაძლებელი გახადა მათი სრული გამოყენებლობა.

მანუალური თერაპიისადმი ინტერესი მკვეთრად გაიზარდა მთელს მსოფლიოში. ამჟამად მისი მზარდი პოპულარობა, უპირველეს ყოვლისა, აიხსნება ფარმაცოლოგიურ საშუალებათა სიუხვით, რაც მედიცინის ერთ-ერთ გადსასაჭრელ პრობლემად იქცა.

ცოდნის გარკვეული მარაგისა და მოძრაობითი ჩვევების დაუფლება ექიმს საშუალებას აძლევს სწრაფად და ეფექტურად გაუქროს ან შეუმციროს ტკივილი ავადმყოფს, აღუდგინოს მას შრომისუნარიანობა და ამით ააცდინოს პოსპიტალიზაცია. მანუალური თერაპიის წარმატება უზრუნველყოფილია დასაბუთებული დანიშნულებითა და ავადმყოფისადმი ინდივიდუალური მიდგომით.

მეთოდის საფუძვლები საუკუნეთა სიღრმეში უნდა ვეძიოთ. მანუალური თერაპიის სისტემის ზოგ ხერხს ფართოდ იყენებდნენ ჯარაჯიშები, სახალხო მკურნალები (ექიმბაშები). ძველი აღმოსავლეთის ქვეყნებში

ფართოდ იყო გავრცელებული ხელით სამკურნალო ზემოქმედება ხერხემალზე. ამასთან, მას იზოლირებულად კი არ იყენებდნენ, არამედ ნემსით ჩხვლეტასთან, მოწვასთან, მასაჟთან, ბალახით მკურნალობასთან ერთად. ძველი ჩინეთის სამედიცინო ტრაქტატში „ხუანდი ნეცზინ“ (წიგნი „არსებულის შესახებ“) ხაზგასმით არის აღნიშნული, რომ ყველა დაავადება ხერხემალთანაა დაკავშირებული.

მანუალური თერაპიის შესახებ იცოდნენ ხმელთაშუა ზღვისპირა ქვეყნების, ინდოეთის, ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის ძველმა ხალხებმა. ჰიპოკრატეს მიაჩნდა, რომ ამ მეთოდის საშუალებით შეიძლება ბევრი დაავადების მკურნალობა. XIX საუკუნის მეორე ნახევრიდან მანუალური თერაპია ახლებურად განვითარდა ქიროპრაქტიკოსებისა და ოსტეოპათების მოძღვრებათა შესაბამისად.

1882 წელს ანდრე სტილმა კირსკვილში (ინგლისი) გახსნა ოსტეოპათების პირველი სამედიცინო სკოლა. სწავლების ხანგრძლივობა დაახლოებით 2 წელი იყო. სკოლაში იღებდნენ არასამედიცინო განათლების მქონეთ. 1895 წელს ლ. პალმერმა (აშშ) დააარსა ქიროპრაქტიკოსთა პირველი სამედიცინო სკოლა ასევე არასამედიცინო განათლების მქონე პირთათვის. მან სანტბერგონთან ერთად დაწვრილებით შეიმუშავა კრანო-ვერტებრული შესახსრების პათოლოგიის დიაგნოსტიკა. ო. ნაპელმა შეიმუშავა მანუალური თერაპიის კონკრეტული ხერხები და 1903 წელს გამოსცა ქიროპრაქტიკის სახელმძღვანელო.

ქიროპრაქტიკოსებისა და ოსტეოპათების სისტემები აგებული იყო მცდარ შეხედულებებზე, რომ თითქოსდა ნებისმიერ პათოლოგიურ პროცესს საფუძვლად უდევს ხერხემლის პათოლოგია, რომელსაც ყოველთვის თან სდევს შევიწროებულ და შეცვლილ მაღათა შორის ხვრელებში გამავალი სისხლძარღვებისა და ნერვების დაზიანება. ქიროპრაქტიკოსების ხერხემლისა და კიდურთა სახსრების მკურნალობისას იყენებდნენ უხეშ კონტაქტურ ხერხებს, ძალიან დიდ ყურადღებას უთმობდნენ თვით ხერხის მეთოდიკას და მთლიანად უგულებელყოფდნენ დიაგნოსტიკას. ოსტეოპათები იყენებდნენ „გრძელი ბერკეტების“ მეთოდიკას (ერთი ბერკეტი — ავადმყოფის კიდური, მეორე კი — ტანი) და ყურადღებას უთმობდნენ ოფიციალური მედიცინის მიღწევებსაც (მასაჟს, ტანვარჯიშს, ფიზიოთერაპიას და ა. შ.).

რადგან ქიროპრაქტიკოსებიცა და ოსტეოპათებიც ხელმძღვანელობდნენ ორგანოებსა და ქსოვილებში ზურგის ტვინის ფესვების დაზიანების შედეგად წარმოქმნილ პათოლოგიურ პროცესებზე თეორიული წარმოდგენებით, მათი სამკურნალო სისტემები დაყვანილი იყო სპეციალურ ზეწოლამდე, თელვამდე და

სხვა ილეთებამდე გადაადგილებული მალეების ცრურეპოზიციისთვის. ა. აბრამსი (1910), რომელიც არ უარყოფდა ასეთი მანიპულაციების თერაპიულ მნიშვნელობას, მათ განიხილავდა თავისებურ გამლიზიანებლებად, რომლებიც რეფლექსური გზით მეტამერის ორგანოებსა და ქსოვილებში იწვევენ თერაპიულ ძერებს. ამ მიზნით იგი გვთავაზობს ვიბრაციული მასაჟის, გალვანური დენის, სინუსოიდური დენისა და სხვ. გამოყენებას. ა. აბრამსმა თავის მეთოდს სპონდილოთერაპია უწოდა. სპონდილოთერაპიას წინ უნდა უსწრებდეს სპონდილოდიაგნოსტიკა, რომელიც გამოიხატება ხერხემლის ორივე მხარეს განლაგებული ალგური ზონების პალპაციით მოძებნაში. ამ ზონებში უნდა იყოს მიმართული სამკურნალო მანიპულაციები.

XX საუკუნის 50-იან წლებში ოფიციალური მედიცინის წარმომადგენლებმა, რომლებიც იყენებდნენ მანუალურ თერაპიას, დააარსეს ახალი სკოლა, რომლის წევრები შეიძლება ყოფილიყვნენ მხოლოდ ექიმები. 1962 წელს შეიქმნა მანუალური მედიცინის საერთაშორისო ფედერაცია, რომლის კონგრესები ტარდება ყოველ სამ წელიწადში.

მანუალური თერაპია ფართოდ გავრცელდა ინგლისში, ამერიკაში, კანადაში, საფრანგეთში, გერმანიაში, შვეიცარიაში, ჩეხეთსა და სლოვაკეთში, ბულგარეთსა და სხვა ქვეყნებში. ჩეხეთსა და სლოვაკეთში, გერმანიაში, რუსეთში, უნგრეთში ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტებთან ჩამოყალიბებულია მანუალური თერაპიაში სპეციალიზაციის ციკლები.

ხერხემლის ოსტეოქონდროზის სხვადასხვა ნევროგენური სინდრომის, ეტიოლოგიის, პათოგენეზის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხები ბოლომდე არ არის გადაჭრილი. ეს ძირითადად განპირობებულია ხერხემლის ოსტეოქონდროზის სწავლების თანამედროვე მდგომარეობით, მისი პათოგენეზის ცალკეული რგოლები ჯერ კიდევ არ არის საკმარისად გამოკვლეული და გაგებული, რაც არ იძლევა მკურნალობის ყველაზე უფრო ეფექტური მეთოდების მეცნიერული დასაბუთებისა და გამოყენების საშუალებას.

ხერხემლის ოსტეოქონდროზს კლინიკური გამოვლინებების შესაბამისად სწავლობენ ნევროპათოლოგიები, ნეიროქირურგები, ტრავმატოლოგები, ორთოპედები, ფიზიოთერაპევტები და სხვ., რაც განაპირობებს განსხვავებული, ხშირად საპირისპირო თვალსაზრისებისა და კონცეფციების წინ წამოწევას.

მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო ლიტერატურაში მანუალური თერაპიის საკითხებს აქტუალურად განიხილავენ, ჯერ კიდევ არ არის ერთიანი შეხედულებები მისი დანიშნის ჩვენებასა და უკუჩვენებებზე, მოქმედების მექანიზმზე. მაგრამ ხერხემლის ოსტეოქონდროზის სინდრომთა მანუალური დიაგნოსტიკისა და თერაპიის მეთოდმა ცხადყო თავისი ეფექტურობა.

მანუალური გამოკვლევა

მანუალური გამოკვლევა არ ეწინააღმდეგება სამედიცინო დიაგნოსტიკის საყოველთაოდ აღიარებულ პრინციპებს. დღეისათვის შემუშავებულია სპეციალური მანუალურ-თერაპიული გამოკვლევის მეთოდები, რაც პათოგენეზურად დასაბუთებული დიაგნოზის განსაზღვრის საშუალებას იძლევა.

ქვემოთ მოყვანილია გამოკვლევის გეგმა:

1. ჩივილი — სპეციფიკური ჩივილი ცალკე გამოიყოფა და დეტალურად გაანალიზდება შემდეგი ხუთი მახასიათებლის მიხედვით: ხარისხობრივი მახასიათებელი (მწვავე, ყრუ ტკივილი); რაოდენობრივი მახასიათებელი; სივრცითი მახასიათებელი (განისაზღვრება შეგრძნების გავრცელება); დროითი მახასიათებელი; ურთიერთგავშირისა და ურთიერთდამოკიდებულების მახასიათებელი.

2. ანამნეზი (პრემორბიდი და ა. შ.).

3. გასინჯვა — საყურადღებოა ასიმეტრია საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის აგებულებაში, კუნთების რეგიონულ-პოსტურული დისბალანსის (კიფოზის, ლორდოზის და ა. შ.) არსებობა.

4. ასიმეტრიის სპეციალური გაზომვა (მაგალითად, საყრდენი ფეხი დგინდება წყვილ სასწორზე ტანის სიმძიმის განაწილების მიხედვით; ჰიპერმოხილობა ხერხემლის წელის ნაწილში განისაზღვრება ლორდოზით დგომში და კიფოზით ჯდომით მდგომარეობაში და ა. შ.).

5. პალპაცია

5.1. კანის გამოკვლევისას საყურადღებოა ჰიპერალგეზიისა და ფუნქციური ბლოკის ზონაში თითქმის ტროფიკული ცვლილებების შეგრძნება (სკინდრეგის მეთოდი — თითების ბალიშებით ცოცვისას ადგილობრივი ოფლიანობის შეგრძნება).

5.2. ფუნქციური ბლოკის ლოკალიზაციის სპეციფიკური ინფორმაციული ნიშანია აგრეთვე კიბლერის ნაოჭი, რომელიც ვლინდება კანის გადაადგილების, გადავრების გაძნელებით.

5.3. კუნთების პალპაციისას საყურადღებოა მათი ტონუსი, მიოფიბროზული, მიოგელოზური კვანძების მოძებნა, ტრიგერული პუნქტების (ე. ი. კუნთში წარმონაქმნების, რომლებიდანაც ტკივილი ვრცელდება მთლიანად კუნთის სიგრძეზე ან სეგმენტზე) განსაზღვრა.

5.4. წვეტიანი ან განივი მორჩების პალპაციის დროს შეიგრძნობა შუალედები, დაცილებები, მტკივნეულობა, ფორმა და ა. შ.

5.5. მყესოვანი, პერიარტიკულური ქსოვილების პალპაციის დროს განისაზღვრება ცვლილებები ძვლოვანი შევრისების სახით, მყესების გამსხვილება მათი

მიმაგრების ადგილებსა და მოფასციკულურ გადასვლებში.

6. მნიშვნელოვან დიაგნოსტიკურ ინფორმაციას იღებენ „სახსრების თამაშის“ გამოკვლევისას. მაგალითად, კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილას ლატერო-ლატერალური გადაადგილების დიაგნოზს ადგენენ სახსრების თამაშის შემოწმებით პაციენტის ჯდომით მდგომარეობაში, ექიმი დგას უკან, ცერითა და საჩვენებელი თითით შექმნილ „ჩანგალს“ ათავსებს კისრის ქვედა ნაწილის გვერდით ზედაპირზე და ახორციელებს ლატერო-ლატერალურ თამაშს სახსრებში; უბ-ის მხრიდან შეიგრძნობა ზამბარისებური წინააღმდეგობა.

7. აქტიური მოძრაობა

7.1. აქტიური მოძრაობის მოცულობა ყველა მართულებით (პიპერმოხილობის, დამოკლების, მოღუნების გამოსავლენი სპეციალური ტესტების გამოყენებით).

7.2. დინამიკური და სტატიკური ძალის განსაზღვრა.

7.3. სპეციალური ტესტები მტკივნეულობაზე, რომელიც შეიგრძნობა წინააღმდეგობის დაძლევისას (იზომეტრული შეკუმშვის დროს). ამ ტესტებით შეაფასებენ კუნთის წვლილს ფუნქციურ ბლოკში (თუ კუნთის ტკივილი დაიწყო წინააღმდეგობის დაძლევისას, მაშასადამე, ის არის პათოლოგიური ფუნქციური ბლოკის მიზეზი).

8. პასიური მოძრაობა

8.1. პასიური მოძრაობის მოცულობა ყველა მართულებით.

8.2. სპეციალური ტესტები კუნთების შეკუმშვაზე (თუ პასიური მოძრაობა უფრო დიდია მოცულობაში, ვიდრე აქტიური, მაშინ ეს მიუთითებს ფუნქციური ბლოკის მხოვეწურ მიზეზზე, და პირიქით, — თუ აქტიური და პასიური მოძრაობა ერთი და იმავე დიაპაზონისაა, ეს ნიშნავს, რომ უბ-ის პათოლოგიური ფაქტორი სახსარშია).

8.3. პასურ მოძრაობას „სახსრის თამაშის“ სახით დაძაბვის ზღვარის შემდეგ ხშირად იყენებენ მთ-ში, რადგან ის უბ-ის განსაზღვრის ზუსტი მეთოდია.

9. მოძრაობითი სტერეოტიპის გამოკვლევა

9.1. სიარულის დროს შეაფასებენ ტანდევობას.

9.2. დაახასიათებენ იატაკიდან საგნის აღების (წინიდან, გვერდიდან) მოძრაობით ჩვევას.

9.3. საყოფაცხოვრებო და სამსახურებრივი მოქმედებისას.

9.4. განსაზღვრავენ სხეულის სიმძიმის კონსტიტუციურ განაწილებას ტერფის ზედაპირზე, რაც ტანდევობის ტიპის დადგენის საშუალებას იძლევა, — აქტიური (როცა სხეულის სიმძიმე ტერფის გარეთა ნაწილზე მოდის, თითები მიჭერილია იატაკზე,

გასწვრივი თალი გაჭიმულია და კუნთთა ჯგუფების — ანტაგონისტები ბალანსირებულია) ან პასიური ტანდევობა, როდესაც კუნთების ჯგუფში შეიმჩნევა დისბალანსი და ადამიანი უფრო ვერძნობა ტერფის შიგნითა ნაწილს, განსაკუთრებით ქუსლსა და წინა-ტერფის ძვლების თავებს. ამასთან, ტერფის გასწვრივი თალი საკმარისად ვერ იჭიმება. პასიური ტანდევობისას ადამიანებს უვლინდებათ ზოგიერთი დაავადებისა და დაზიანებისადმი მიდრეკილება (ი.-ხ. სეფერი).

10. რენტგენოლოგიური გამოკვლევა

10.1. ხერხემლის ოსტეოქონდროზის დიაგნოზს ადგენენ ფართოდ ცნობილი ნიშნების მიხედვით:

— მალათაშორისი ხრტილების სიმაღლის შემცირება (ნორმის პირობებში თითოეული მალათაშორისი ხრტილი მის ზემოთ მდებარე ხრტილზე დიდია, ან ყოველი ხრტილი მოსაზღვრე ხრტილების სიმაღლის ჯამის ნახევრის ტოლია);

— სუბქონდრიული სკლეროზი (რბილი ბირთვის გამოშრობასთან ერთდროულად წარმოიქმნება პერინუკლური ღრუ, ბზარები, რომლებიც თანდათან მოიცავენ მთლიანად ფიბროზულ რკალს, მნიშვნელოვნად ქვეითდება მალათაშორისი ხრტილის ფიქსაციური უნარი, ე. ი. ირდევს მალებს შორის ბუნებრივი კავშირი; ბზარებიდან ბირთვის ელემენტების ამოვარდნა, შეიძლება გაიჭყლიტოს ფესვები, რის შედეგადაც ყალიბდება მეორადი დისტროფიული პროცესები);

— ძვლოვანი შეკერილობები (სპონდილოზი).

10.2. ხერხემლის ოსტეოქონდროზის ნიშნების შემთხვევაში რენტგენოლოგი აზუსტებს ხერხემლის მამოძრავებელ სეგმენტში კლინიკურ გამოვლინებათა და მორფოლოგიურ ცვლილებათა შორის ურთიერთკავშირს (ბუნებრივი ან პათოლოგიური გაცემა), ზუსტდება ტკივილი, დგინდება დაავადების პერიოდი რბილი ბირთვის გადაადგილების მიხედვით, რომელიც I პერიოდს შეესაბამება და კლინიკურად ვლინდება მწვავე გაკავებით; ფიბროზულ რკალში ბზარის მიხედვით, რომელიც II პერიოდს შეესაბამება და მისი კლინიკური გამოვლინებაა ჩივილი გამძნელებულ (მტკივნეულ) ჯდომაზე; კომპრესიის მიხედვით, რომელიც III პერიოდს შეესაბამება და კლინიკურად პიპერალგეზიური სინდრომით ვლინდება; ხერხემლის მამოძრავებელი სეგმენტის სხვა ელემენტების დისტროფიული დაზიანების მიხედვით, რომელიც IV პერიოდს შეესაბამება და ვლინდება სპონდილოარტოზის, ლიგამენტოზისა და სხვ. სახით).

11. პოლიელექტრომიოგრაფიით შეაფასებენ კუნთების ჩართვას კონკრეტული მოძრაობის პროცესში.

12. ელექტრომიოტონომეტრით შესაძლებელია

როგორც პოსტურული, ისე ფაზური კუნთების სიმეტრიისა და დისბალანსის განსაზღვრა, რაც მოძრაობით სტერეოტიპზე მკურნალობით მის ოპტიმიზაციაზე მსჯელობას უწყობს ხელს.

რენტგენოგრაფიების წაკითხვის ალგორითმი

ხერხემლის დაავადების დიაგნოზი მართებული ხდება მხოლოდ რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შემდეგ. ამიტომ მანუალური თერაპიის სპეციალისტმა რენტგენოლოგთან მჭიდრო კონტაქტში უნდა იმუშაოს. ყველა ინდივიდუალურ შემთხვევაში ისინი წყვეტენ, თუ ამჟამად აღიარებულ რომელ რენტგენოგრაფიას მიმართონ: მიმოხილვით სპონდილოგრაფიას (პირდაპირ, გვერდით, ირიბ პროექციებში), ტომოგრაფიას (მაგალითად, ხერხემლის მამოძრავებელი სეგმენტის მადეფორმირებული ართროზის თავისებურებების გამოსაყენად), ფუნქციურ გადაღებას (მოხრილ, გაშლილ, ლატეროფლექსიის მდგომარეობაში), თუ რენტგენოგრაფიას ხელოვნური კონტრასტირებით (დისკოგრაფია, მიელოგრაფია, ეპიდუროგრაფია და სხვ.).

რენტგენოდიანოსტიკა გადაწყვეტს შემდეგ ამოცანებს:

1. ადასტურებს ექიმის მიერ ნაკარაუდევ დისტროფიული ხასიათის პროცესს ხერხემლის მამოძრავებელ სეგმენტში (ხმს);

2. ადგენს პათომორფოლოგიურ სუბსტრატს (მაგალითად, არასტაბილურობას ხმს-ში, ან დისკოს თიაქარს, ართროზს, მალათაშორისი ხერხელის შევიწროებას, ხერხემლის არხის შევიწროებას და სხვ.);

3. აგლენს ხერხემლის აგებულების ინდივიდუალურ თავისებურებებს;

4. ადგენს დიფერენციულ რენტგენოლოგიურ დიანოზს ხერხემლის სხვა დაავადებების გამოსარიცხად.

მანუალური თერაპიები უნდა ერკვეოდეს რენტგენოლოგის ჩანაწერებში, რომელიც რენტგენოგრაფიას შემდეგნაირად აანალიზებს:

1) შეფასებს სურათის ხარისხს: მაღალი ხარისხი (როცა შესაძლებელია სრულფასოვანი ანალიზი), დამაკმაყოფილებელი, ან უხარისხო, რომლითაც ანალიზი ვერ კეთდება;

2) დაცულია შეფასების თანმიმდევრობა: ხერხემლის კონფიგურაცია, ხმს-ის ყოველი მალის ცალკეული ელემენტების შეფასება:

- მალის სხეულის ფორმა და სიდიდე;
- დამბოლოებული ფირფიტების მდგომარეობა;
- ძვლოვანი სტრუქტურის მდგომარეობა;
- რკალის ელემენტების, მისი მორჩების მდგომარეობა;

- მალათაშორისი და უნკოვერტებრული სახსრების მდგომარეობა;

- სხეულთაშორისი სივრცის მდგომარეობა (არის შეცვლილი, შემცირებულია, არ არის და ა. შ.);

- ხერხემლის არხის მდგომარეობა და სიდიდე (კონსტიტუციურად ფართო, საშუალო, ვიწრო და ა. შ.);

- მალათაშორისი ხერხელების მდგომარეობა და სიდიდე (არ არის შეცვლილი, შევიწროებულია, გაფართოებულია წარმოქმნილი ძვლოვანი ელემენტების დესტრუქციის შედეგად და ა. შ.);

- მეზობელი ქსოვილების მდგომარეობა (არ არის შეცვლილი, ან დაგუბების ნიშნებია, რბილი ქსოვილების გაკირვა აღინიშნება და ა. შ.);

- ხერხემლისა და მისი ცალკეული მამოძრავებელი სეგმენტის ძვრადობის შეფასება (შენარჩუნებულია, შეზღუდულია, გაზრდილია).

რენტგენოგრაფიების შეფასების საფუძველზე შეიძლება შემდეგი დასკვნის გაკეთება: - პათოლოგია არ არის და ნორმის ვარიანტის აღწერა;

- პათოლოგია არ არის, განვითარების ანომალია;

- პათოლოგიის ნიშნებია: ოსტეოქონდროზი, სპონდილოზი, სკოლიოზური დაავადება, მოხუცებულობითი ოსტეოპოროზი, ენდოკრინული სპონდილოპათია, მადეფორმირებული სპონდილოართროზი (ართროტი);

- ბესტერევის დაავადება, ე. ი. ის ინფექციურ-ალერგიული დაავადება, რომელიც იწყება გავა-თემოს სახსრიდან;

- მადეფორმირებული ლიგამენტოზი;

- ანთებითი დაზიანება (ტუბერკულოზი, ბრუცელოზი, ოსტეომიელიტი და ა. შ.);

- ტრავმული დაზიანება;

- სიმსივნის ნიშნები;

- ტრავმული სპონდილიტი;

- მალეების ოსტეოქონდროპათია.

ფუნქციური გადაღება იძლევა ხერხემლის ძვრადობის შეფასების საშუალებას: შენარჩუნებულია, შეზღუდულია, გამქრალია, მომატებულია.

გვერდით პროექციაში ხერხემლის შეფასებისას აღინიშნება ღორღოზი: შენარჩუნებულია, დაკარგულია, შემცირებულია, გადიდებულია, სპონდილოლის-თეზი, ფსევდოსპონდილოლისთეზი; გულმკერდის არეში კიფოზი შენარჩუნებულია, გაბრტყელებულია, მომატებულია; პირდაპირ პროექციაში ხერხემლის შეფასებისას აღინიშნება სკოლიოზი (სტრუქტურული, ფუნქციური, დესტრუქციული).

მანუალური თერაპიის საშუალებები

მანუალური თერაპიის გამოყენების შედეგად შესაძლებელია: 1) ბიომექანიკური გადაადგილება სახსარში და ნორმალური ურთიერთობის აღდგენა; 2) სხვადასხვა სტრუქტურულიდან აფერენტაციის რეფლექსური გაძლიერება ეფერენტული გავლენის ცვლილებით და კუნთთა რეცპროკული ურთიერთობის ნორმალიზაცია (ო. კოგანი).

ამრიგად, მთ-ის საშუალებებით სახსარი აღდგება და რეგულირდება რეცპროკული ურთიერთობა. ხმს-ზე უშუალო გავლენის გარდა, მთ კრცვდება ქსოვილებზე, რომლებიც სტრუქტურულ-ფუნქციურ კავშირშია (მაგალითად, კუნთებზე, რომლებიც ხერხემლისკენა მიმართული), და იმ ქსოვილებსა და ორგანოებზე, რომლებიც ფუნქციურ კავშირშია (ვერტებრულ-სეგმენტური და პოლისეგმენტური ტიპის).

მანუალური თერაპიის საშუალებებია:

1. მასაჟის სპეციალური სახეები (კუნთის გაჭიმვა, ღრმად მდებარე ქსოვილების როგორც ამგზნები, ისე მომდუნებელი ვიბრაცია, მყესების მიმდგრების აღვილების გორება, კუნთების ცენტრაფუგული სრესა, აკუპრესურა შიაცუს მიხედვით, მიოგელოზური კვანძების სრესა, თელვა და სხვ.).

2. მობილიზაცია: პასიური მოძრაობა ჩვეულებრივი ან აჩქარებული რიტმით; ტრაქცია, ზეწოლა, პოსტიზომეტრიული რელაქსაცია (პირ) და ანტაგონისტების პირ; აუტომობილიზაცია.

3. მანიპულაცია: ბიძგი, ტრაქციული ბიძგი.

4. კომბინირებული ხერხები.

5. სპეციალური ფიზიკური ვარჯიშები.

6. სპეციალური პიგიენური მოძრაობით და პოზური რეჟიმები.

მანუალური თერაპიის ზემოქმედების ობიექტია — სასახსრე და კუნთოვანი სისტემები.

ზემოქმედების ხასიათის მიხედვით მთ-ის მეთოდები შეიძლება იყოს: 1) არამიზანმიმართული (პოლისეგმენტური), 2) მიზანმიმართული (მონოსეგმენტური) — კონტაქტური;

— ოკლუზიური (როცა ვლინდება ჩაკეტვა, ე. ი. ძვრადობის გამოთიშვა სპეციალური ხერხით, მაგალითად, წინასწარი როტაციით);

— შერწყმული, ე. ი. როგორც კონტაქტური, ისე ოკლუზიური ილეთების გამოყენება.

მიმართულების მიხედვით გამოყენებულია ერთი მიმართულების (ფლექსია ან ლატეროფლექსია) ან კომბინირებული მოძრაობა (ფლექსია პლუს ლატეროფლექსია).

მანუალური თერაპიის ზოგადი მოთხოვნები

1) დაავადების დიაგნოზის დადგენა აუცილებელია რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შემდეგ, რათა გამოირიცხოს უკუჩვენებანი (ანთებითი პროცესი, ტრავმა, სიმსივნე და სხვ.);

2) დარღვევის პათობიომექანიკური ტიპის, მისი ლოკალიზაციის, გამოხატულების დონის, ფუნქციური ბლოკის მიმართულების დადგენა;

3) პრიორიტეტული ფუნქციური ბლოკების, კუნთების რეგიონალური პოსტურული დისბალანსის შერჩევა მანუალური თერაპიის ჩასატარებლად;

4) მთ-ის სხვადასხვა ილეთის თანამიმდევრული დიფერენცირებული გამოყენების ტაქტიკის განსაზღვრა;

5) ფსიქოლოგიური კონტაქტის დამყარება პაციენტთან მისთვის მანუალური თერაპიის შესახებ აუცილებელი ინფორმაციის მიწოდებით.

მობილიზაცია

მობილიზაცია ხელით უმტკივნეულო ზემოქმედების მეთოდიკაა, რომელიც სხეულის ნაწილების პასიური გადაადგილების სხვადასხვაგვარი რიტმული ილეთების განმეორებითი ჩატარების საშუალებით უზრუნველყოფს მოძრაობის მოცულობის თანდათანობით (ნაწილობრივ ან მთლიანად) აღდგენას, ფუნქციური ბლოკის ან კუნთების სპაზმური შეკუმშვის გაქრობის ხარჯზე.

მაშასადამე, ეს განმეორებითი, თანდათანობითი და პასიური გადაადგილებაა.

მობილიზაციის ზოგიერთი საერთო მახასიათებელია: ნელი სიჩქარით მოქმედება; პასიურ გადაადგილებაზე მცირე თანაბარზომიერი ძალის ზმარება (ძალა არ გამოიყენება); პასიური მოძრაობის შესრულება ამოსუნთქვის ფაზაში; ილეთის შესრულების განმეორებითობა — 5-10-ჯერ; სასახსრე ზედაპირების ურთიერთდაცელებისა და ურთიერთსრიალის, სპაზმურად შეკუმშული კუნთების სიგრძივი ღერძის მიმართულებით გაჭიმვის აუცილებლობა.

პოსტიზომეტრიული რელაქსაცია (პირ) ერთ-ერთი წამყვანი მეთოდური ილეთია რეფლექსური (მტკივნეული) კონტრაქტურების მობილიზაციაში. იზომეტრიულ რეჟიმში წინასწარ შეკუმშული კონტრაქტურიებული კუნთი ღუნდება და ამით ხელს უწყობს პასიურ მოძრაობას იმ მიმართულებით, რომელ მხარესაც ეს მოძრაობა შეზღუდულია. ამ შესაძლებლობის ფიზიოლოგიური საფუძველია რეცპროკულ ურთიერთობათა კანონზომიერება, რაც მანუალურ თერაპიაში უზრუნველყოფს ფაცილიტაციას (შემსუბუქებას) და ინჰიბიციას (ჩახშობას).

ანტაგონისტების პოსტიზომეტრიული რელაქსაცია (აპირ) შეზღუდულ ბლოკირებულ ხერხემლის მამოძრავებელ სეგმენტში (ბხმს) მოძრაობის უზრუნველყოფის მეორე მეთოდური შესაძლებლობაა. მასაც ორი ფაზა აქვს: I ფაზა - ანტაგონისტური კუნთის იზომეტრიული შეკუმშვა; II ფაზა - მისი მოღუნების შემდეგ აგონისტის გაჭიმვა.

მობილიზაციაში გამოყენებულია შესუნთქვა-ამოსუნთქვა, რადგანაც სინკინეზია აღინიშნება. ამიტომ ისინი იწვევენ იმ კუნთების ფაცილიტაციას, ან ინჰიბირებას, რომლებიც საჭიროებენ რელაქსირებას.

მოგვყავს მიზანმიმართული სუნთქვის გამოყენებით პირ-ის ჩატარების მეთოდიკის განხორციელების მაგალითი.

ხერხემლის კისრის ნაწილის მობილიზაცია ლატეროფლექსიის მიმართულებით პოსტიზომეტრიული რელაქსაციის საშუალებით

ს.მ. - ჯდომი, კისერი გამართულია, ექიმი დგას პაციენტის უკან, მარჯვენა ხელის I-II თითებით შექმნილი „ჩანგლით“ აფიქსირებს ბხმს-ის ქვედა მალის რკალს, საჩვენებელი თითის რადიალური მხარით მარჯვენა განივ მორჩს ეხება, მარცხენა ხელისგულს ათავსებს მარცხენა საფეთქელსა და ყბაზე, II-V თითებით - ზემოთ, ცერით - უკან კისრისკენ;

წინასწარ ხორციელდება მარცხნივ როტაცია და ლატეროფლექსია მარჯვნივ დამაბეზამდე, ამის შემდეგ კი - მობილიზაცია მარჯვნივ ლატეროფლექსიის მიმართულებით პოსტიზომეტრიული რელაქსაციისთვის სუნთქვითი მოძრაობის გამოყენებით: წვეილი ხერხემლის მამოძრავებელი სეგმენტისათვის (C_{0-I}, C_{II-III}, C_{IV-V}, C_{VI-VII}), რომელთა ლატეროფლექსია უნდა ჩატარდეს, I ფაზა - ზემოთ ახედვა, შესუნთქვა და სუნთქვის შეკავება 7 წამით; II ფაზა - ამოსუნთქვა, ძირს დახედვა; კენტი ხერხემლის მამოძრავებელი სეგმენტისათვის (C_{I-II}, C_{III-IV}, C_{V-VI}, C_{VII-T₁}) მობილიზაცია შემდეგნაირად ხორციელდება: I ფაზა - ნელი შესუნთქვა, წინ წურება ან თვლების დახუჭვა, II ფაზა - ნელი ამოსუნთქვა, ექიმის მარცხენა ხელისგული თან სდევს მარჯვნივ ლატეროფლექსიას. ფაზები მორდება 3-5-ჯერ.

როგორც ვხედავთ, მთ-ის ამ ილეთში არ არის საჭირო პირ კისრის კუნთების ადეკვატური წინააღმდეგობის საშუალებით, რადგანაც მხოლოდ მზერისა და სუნთქვის შეცვლაც საკმარისია პირ-ის სინკინეზიური განხორციელებისთვის.

მეთოდური მითითებანი პოსტიზომეტრიული რელაქსაციის და ანტაგონისტების პოსტიზომეტრიული რელაქსაციის ჩასატარებლად

1. იზომეტრიული ფაზა გრძელდება 7-10 წმ.

2. იზომეტრიული დაძაბვის ძალა ზომიერი უნდა იყოს, არ მიაღწიოს დაძაბვის იმ ზღვარს, რომლის შემდეგ შეუძლებელი ხდება რელაქსაცია (გამოცდილება ცხადყოფს, რომ ის უნდა შეადგენდეს მაქსიმალურის არაუმეტეს 50%-ს).

3. სუნთქვითი სინკინეზიის გარდა გამოყენებულია თვალის კაკლების მოძრაობა, რადგანაც ის იწვევს თავის სინკინეზიურ მოძრაობას, ამასთან, პირ-ის I ფაზაში მზერა წარმართება ფუნქციური ბლოკის საპირისპირო მხარეს.

4. პირ-ის II ფაზაში, ე. ი. რელაქსაციის დროს ხდება მოღუნება და პასიური მოძრაობა დაძაბვამდე, რასაც ოდნავი ძალით თან მიჰყვება მანუალური თერაპევტის ხელი. პასიური თანხლების შეწყვეტის შემდეგ პირ-ის განმეორებითი ციკლი იწყება მიღწეული მდგომარეობიდან და ა. შ. 3-5-ჯერ.

5. ანტაგონისტების პოსტიზომეტრიული რელაქსაცია გამოიყენება ძლიერი ტკივილისა (III ხარისხის ფუნქციური ბლოკი) და კუნთების მკვეთრი შეკუმშვის დროს; ამასთან, თვალის კაკლების მოძრაობა მხოლოდ ერთი მიმართულებით წარმართება, სახელდობრ, ამოსუნთქვის დროს, რაც შეკუმშული კუნთის მოღუნებას უწყობს ხელს;

6. სუნთქვის გამოყენება პირ-ის დროს (I ფაზაში, ე. ი. იზომეტრიული შეკუმშვის დროს):

შესუნთქვა - შე-	ამოსუნთქვა - შე-
ბა	ბა
ხპნ-ის გამშლულები,	ხპნ-ის მომხრელები,
ხფნ-ის გამშლულები, ხბნ-	ხბნ-ის გამშლულები, ხფნ-
ის მომხრელები, ხპნ-ისა	ის ფლექსორები, ხპნ-ისა
და ხბნ-ის ლუწი სეგმენტების ლატეროფლექსია.	და ხბნ-ის კენტი სეგმენტების ლატეროფლექსია.

C_{7-T₁} - ნეიტრალური ზონა

C_{0-C₁} - ყველა მიმართულებით როტაცია ნეიტრალური პოზიციიდან

პირის გამღები კუნთები პირის დამხურავი კუნთები

ავტომობილიზაცია - იმ სამობილიზაციო ხერხების კომპლექსია, რომლებიც ძირითადად შედგებიან პოსტიზომეტრიული რელაქსაციის ან ანტაგონისტების პოსტიზომეტრიული რელაქსაციისა და გრავიტაციული დამძიმებისაგან და რომლებსაც პაციენტი დამოუკიდებლად ასრულებს.

მეთოდური მითითებანი ავტომობილიზაციის (ამბ) გამოყენებისთვის: პაციენტი იღებს ისეთ საწყის მდგომარეობას, რომელიც ხელს უწყობს სხეულის მოძრავე ნაწილის თავისუფალ გადაადგილებას ფუნქციური ბლოკის ან შესაბამისი კუნთის გასწვრივი ღერძის მიმართულებით. სხეულის მოძრავე ნაწილის

გრავეტაციული დამძიმების ხარჯზე ზორციელება უზ-ის გაქრობისკენ მიმართული მოძრაობა ამოსუნთქვით მოდუნების დროს. დოზირება: პოზის შენარჩუნება სტატიკურ დაძაბვაში 14-21 წამით (მშვიდი, ნებისმიერი სუნთქვით), შემდეგ – რელაქსაცია ამოსუნთქვისას. ილეთი მეორდება 5-7-ჯერ, ყოველდღე, 10-30 დღის განმავლობაში.

ამბ-ს ხშირად ასრულებენ მაშინ, როცა მტკივნეული სინდრომები გამოხატული არ არის. ის არ უნდა ჩაატარონ ჰიპერმოხილობის შემთხვევაში. ამბ ყველაზე მეტად რეკომენდებულია დაავადების დაწყებით პერიოდში.

მანიპულაცია

მანიპულაცია ხელით ზემოქმედების მეთოდიკაა, რომელიც უზრუნველყოფს ფუნქციური ბლოკის ერთჯერად გაქრობას უმტკივნეულო, სწრაფი, მოკლე, მცირე ამპლიტუდის, გაძლიერებული ბიძგის საშუალებით. ბიძგი სრულდება ისეთ მდგომარეობაში, როცა წინასწარ მიღწეულია სახსარში პასიური მოძრაობის მაქსიმალური მოცულობა, ე. ი. დაძაბვამდე. ეს უკანასკნელი განისაზღვრება სახსარში ზამბარისებრი წინააღმდეგობის გაქრობის შეგრძნებით. დაძაბვის ზღვარი არ შეიძლება მიღწეულად ჩავთვალოთ, თუ პაციენტის აქტიური წინააღმდეგობაა; ვიმეორებთ, ეს სახსრების გარკვეული დაძაბულობაა, რომელიც დადგინდება ზამბარისებრი წინააღმდეგობის გაქრობის შეგრძნებით ამ მიმართულებით პასიური მოძრაობის მაქსიმალურად მიღწეული შესაძლო მოცულობის შემთხვევაში.

კიდურთა სახსრებში ხშირად გვხვდება ე. წ. სწრაფი გაჩერების მყარი ფენომენი, ე. ი. დაძაბვის ზღვარი უცებ მიიღწევა, მკაფიოდ შეიგრძნობა პასიური მოძრაობის შეწყვეტა. კუნთურ ბლოკებს კი ახსიათებს წინააღმდეგობის გაქრობის კბილავანი ვარიანტი.

მანიპულაცია, ჩვეულებრივ, სრულდება სწრაფად და უეცრად, მცირე ამპლიტუდითა და ასევე მცირე ძალის ბიძგით (არაუმეტეს 10 კგ-სა) ე. ი. მხოლოდ ქოვილთა მცირედი ურთიერთდაცილებისათვის. მანიპულაციას ხშირად თან სდევს ტკაცანი, მაგრამ ფუნქციური ბლოკის გაქრობა მანიპულაციით ამ ტკაცანის გარეშეც შეიძლება. „ტკაცანის“ ფენომენი თეორიულად დასაბუთებული არ არის: ზოგს მიაჩნია, რომ ტკაცანის მიზეზი მენისკოიდების, კაფსულების გაზსნაა, სხვების აზრით, კი სწრაფი ზეწოლის (ბიძგის) დროს წარმოიქმნება ბუშტუკი, რომელიც სდება (ამ თეორიის დასაბუთებლად მოყავთ რენტგენოგრაფია, რომლის მიხედვით მანიპულაციის დროს აირი წარმოიქმნება).

ტაქტიკა მანიპულაციის შემდეგ: კისრის ნაწილზე მანიპულაციის შემდეგ წოლითი რეჟიმი გრძელდება 20-30 წუთი, ჩვენებების მიხედვით – დოლბანდ-ბამბის საყელო დღე-ღამის განმავლობაში; ხერხემლის გულმკერდის ნაწილზე მანიპულაციის შემდეგ – წოლითი რეჟიმი 30 წთ – 2 საათით; ხერხემლის წელის ნაწილის მანიპულაციის შემდეგაც წოლითი რეჟიმი 30 წთ – 2 საათით, რეკომენდებულია სიარულის დროს საფიქსაციო ქამრის ტარება ერთი-ორი დღე-ღამის განმავლობაში. ავადმყოფებს აფრთხილებენ, რომ მოსალოდნელია რეაქცია. ასეთ შემთხვევაში მათ უნიშნავენ ტკივილგამაყუჩებელ პრეპარატებს (ელენიუმს, ციტრამონს, ანალგინს, ასპირინს, ბელალგინს, ტრიგანს). მანიპულაციაზე რეაქცია შეიძლება გამოვლინდეს შემდეგი სახით: მტკივნეული სინდრომის გაძლიერება (6-24 სთ), ოფლის გაძლიერებული გამოყოფა, მუცლის შებერვა, ემოციური სტრესი დისომნიით, გაღიზიანებადობა, ნაადრევი მენსტრუაცია.

გ ა რ თ უ ლ ე ბ ე ბ ი მანიპულაციის დროს ოფიციალურად ფიქსირებულია მანუალური თერაპევტების საერთაშორისო ასოციაციის მონაცემებით: 400000 მანიპულაციაზე ერთი გართულება (უპირატესად ხპნ-ში); აღწერილია ზურგის ტვინისა და ვერტებრულ-ბაზილური სისხლისმიმოქცევის დარღვევის, აგრეთვე ძალათა სასახსრე მორჩების მოტეხილობის შემთხვევები. ამიტომ, სანამ კარგად არ აითვისებენ მობილიზაციას, მანიპულაცია არ უნდა ჩაატარონ.

ო. გ. კოგანის აზრით, მანიპულაცია რეკომენდებულია იმ შემთხვევაში, როცა სახსარში მოძრაობის შეზღუდვა აჭარბებს მტკივნეულობას.

ფუნქციური ბლოკის გაქრობის პრინციპები და მეთოდური მითითებანი

უზ-ის მანიპულაციით გაქრობის პრიორიტეტულობა:

– სხვადასხვა ადგილას უზ-ის შემთხვევაში პირველ რიგში აქრობენ ქვემოთ მდებარე ფუნქციურ ბლოკს;

– C₆-C₁-ისა და მენჯის არეებში ფუნქციური ბლოკის შერწყმისას პირველად უზ-ს აქრობენ მენჯის არეში ან იმ ადგილას, სადაც უზ-ის ხანგრძლივი წინაპირობაა;

მანუალური თერაპიის ილეთის შერჩევა პათო-მორფოლოგიური სუბსტრატის გათვალისწინებით:

– უზ დისკოს შიგნითა დისტროფიის დროს – მანიპულაცია, მობილიზაცია;

– დისკოს თიაქრის დროს – მობილიზაცია;

– უზ I-II ხარისხის ართროზის დროს – მანიპულაცია, მობილიზაცია;

– უზ ძალათაშორის ხერხელის შევიწროებისას –

მობილიზაცია;

— **ზბ** ეპიდურიტების შემთხვევაში — მობილიზაცია;

ხერხემლის ოსტეოქონდროზის პათობიომექანიკური ვარიანტის გათვალისწინებით:

— **ზბ** ანომალური ხერხემალში ოსტეოქონდროზის დროს — მანიპულაცია (თუ უკუჩვენებანი არ არის), მობილიზაცია;

— **ზბ** ხერხემლის ოსტეოქონდროზის შემთხვევაში ხერხემლის ადრე შეძენილი დაავადებებისა და დაზიანების დროს — მობილიზაცია;

დაავადების მიმდინარეობისა და კლინიკურ გამოვლინებათა სიძლიერის გათვალისწინებით:

— გაძლიერებისა და I-III ხარისხის რეგრესის ფაზაში — მანიპულაცია, მობილიზაცია;

— გაძლიერებისა და IV-V ხარისხის რეგრესის ფაზაში — მობილიზაცია;

— III-IV ხარისხის სტაციონარული ფაზა — მანიპულაცია, მობილიზაცია;

— არასრული რემისიის პერიოდში — მანიპულაცია, მობილიზაცია;

— შეფარდებითი სტაბილიზაციის პერიოდი — მობილიზაცია.

ნევროლოგიური სინდრომის გათვალისწინებით:

— **ზბ** რეფლექსური სინდრომების შემთხვევაში — მანიპულაცია, მობილიზაცია;

— **ზბ** ფესვების კომპრესიული სინდრომების შემთხვევაში — მობილიზაცია პოსტიზომეტრიული რელაქსაციისა და ტრაქციის საშუალებით;

— **ზბ** არეკლითი რეფლექსური სინდრომების შემთხვევაში — მანიპულაცია, მობილიზაცია;

კლინიკური სინდრომის სტადიის გათვალისწინებით:

— **ზბ** I და II სტადიაში — მანიპულაცია, მობილიზაცია;

— **ზბ** III სტადიაში — მობილიზაცია.

მანუალურთერაპიული პროცედურების ჩატარების პრინციპები:

— ნოზოლოგიური დიაგნოზის დადგენა;

— ფუნქციური ბლოკის დახასიათება;

— პარატეტული ფუნქციური ბლოკის არჩევა;

— ტაქტიკა;

— ფსიქოლოგიური კონტაქტი;

— თუ მობილიზაცია არ მიიღწევა მანიპულაცია არ ჩატარდება;

— ერთ პროცედურაში მანიპულაციით ზემოქმედება მნიშვნელოვან ფუნქციურ ბლოკზე და მობილიზაციით — არამნიშვნელოვან არეზე;

— იმავე სეგმენტებზე მანიპულაციის ჩატარება შე-

იძლება არაუმეტეს 3-5-ჯერ და არანაკლებ 3 კვირის შემდეგ. პრაქტიკა ცხადყოფს, რომ თუ მანიპულაცია ეფექტურად არ დამთავრდა, მისი ჩატარება სხვა სეგმენტზე შეიძლება მეორე დღესვე;

— სხვა სეგმენტზე მანიპულაციას ატარებენ 2 კვირის შემდეგ.

მენჯზე ზემოქმედება მანუალური თერაპიით

(გამოკვლევის მეთოდის თავისებურებანი, პათო-მორფოლოგიური დარღვევის სიმპტომატოლოგია და მმ)-ის ილუტები)

პაციენტის გამოკვლევის დროს ყურადღებას აქცევენ კუნთების რეგიონარულ პოსტურულ დისბალანსისა და გავა-თედოს სახსარში ფუნქციური ბლოკის დადგენას. მენჯის კუნთების რეგიონარულ პოსტურულ დისბალანსს ახასიათებს:

— მენჯის ძვლოვანი სტრუქტურის მკვეთრად გამოხატული ასიმეტრია;

— სხვა პათოლოგიის მეორადი გამოვლენა;

— წელის სამკუთხედების მკვეთრად გამოხატული ასიმეტრია;

— ღუნდულის გაბრტყელება თედოს ძვლის ფლექსიის გამო;

— ქვემოთ მდებარე თედოს უკანა ზემო წვეტის მხრიდან გარეთ ფეხის როტაციის გაძლიერება;

— ფეხის ცრუდამოკლება, რომელიც **დერბალოვსკის** ფენომენით განისაზღვრება (ზურგზე წოლით მდგომარეობაში მყოფ პაციენტს უზომავენ ფეხების სიგრძეს ქუსლების არის მიხედვით, შემდეგ ეუბნებიან წამოჯდეს ფეხების ძირს დაუშვებლად და აფიქსირებენ ქუსლების მდებარეობის სისწორეს);

— იმ თედოს უკანა ზემო წვეტის გასწრების ცრუ-ფენომენი, რომლის შემთხვევაში კუნთების ჰიპერტონიაა, აგრეთვე — ცრუსპაინ-ტესტი იმავე მექანიზმით (თედოს კუნთის მომატებული ტონუსი);

— **ზბ** კრანო-ცერვიკალურ გადასასვლელში.

გავა-თედოს სახსრის ფუნქციურ ბლოკირებას ახასიათებს:

— მენჯის სინკინეზიური როტაციის მნიშვნელოვანი შეზღუდვა ლატეროფლექსიის დროს ან მენჯის შეზღუდული როტირება ლატეროფლექსიის საწინააღმდეგო მხარეს; აღნიშნული სიმპტომი ელინდება L_5-S_1 -ის ბლოკის დროს;

— ტკივილის ირიდაცია S_1 -ის დერმატომის დროს; ეს სიმპტომი ახასიათებს აგრეთვე L_5-S_1 -ის ფუნქციურ ბლოკს;

— გამოხატულია პატრიკის სიმპტომი: ზურგზე წოლით მდგომარეობაში პაციენტი ექიმი უხრის ფეხს და აბლუქციას ახორციელებს (პატრიკის სიმპტომი პერიართროზის დროსაც ვლინდება, მაგრამ ის უფრო მკვეთრად გამოხატული გავა-თედოს სახსარში ფუნქციური ბლოკის დროს);

— პალპაციისას ხშირია სიმფიზის მტკივნეულობა;

— მტკივნეულობა გავა-თედოს შესახსრების; ფლექსიური ფუნქციური ბლოკის დროს ტკივილი ვრცელდება მუცლის ქვემოთ, საზარდულის არეში;

— ექსტენზიური **შბ**-ის დროს ტკივილი ვრცელდება ღუნდულას, ბარძაყისა და წვივის უკანა-ლატერალურ არეებში, ხოლო პაციენტის გასინჯვისას საწყის მდგომარეობაში — დგომი იგი უპირატესად ეყრდნობა ტერფების წინა ნაწილებს;

— ფლექსიური ფუნქციური ბლოკის დროს შეინიშნება ბარძაყის შიგნითა როტაციის შეზღუდვა;

— წინ დახრის დროს ექსტენზიური **შბ**-ის მხარეს პაციენტი უნებურად ხრის ფეხს მუხლის სახსარში;

— ექსტენზიური **შბ**-ის დროს პაციენტი აღნიშნავს სიძნელეს და მტკივნეულობას მცირე წინააღმდეგობაზე ასვლის დროს;

— გავა-თედოს შესახსრების და სიმფიზის დაზიანების შერწყმის შემთხვევაში ტკივილი ვრცელდება ბარძაყის წინა-მედიალურ ზედაპირზე და საზარდულის არეში;

— გავა-თედოს შესახსრების **შბ**-ის ობიექტური მაჩვენებელია თედოს უკანა ზემო წვეტის გასწვრივ ფენომენი: ს. მ. — დგომი, ექიმი პაციენტის უკან დგას, ცერებს ათავსებს პაციენტის თანამოსახელე **თუზფ**-ებზე; შემდეგ პაციენტი ნელ-ნელა იხრება ძირს და ცდილობს ხელებით მისწვდეს იატაკს. **შბ**-ის მხარეს **თუზფ**-ის კრანიული გადაადგილება უფრო მეტია. ნამდვილი გასწვრებისა და ცრუ-გასწვრების ფენომენთა დიფერენცირებისთვის პაციენტი რჩება მაქსიმალური ფლექსიის მდგომარეობაში 10-15 წამით. გასწვრების ცრუფენომენის შემთხვევაში ორივე **თუზფ**-ის მდებარეობა ერთნაირია. გასწვრების ფენომენი ადასტურებს **შბ**-ს გავა-თედოს სახსარში, მაგრამ არ მიაწინებს მის მიმართულებაზე (იხ. გვ. 77);

— ასევე პოპულარულია გავა-თედოს სახსრის ძვრადობის გამოკვლევა სპაინ-ტესტის საშუალებით: ს. მ. — დგომი, ფეხები ერთად, უკან მდგომი ექიმი მარჯვენა ხელის ცერს ათავსებს თანამოსახელე **თუზფ**-ზე, ხოლო მარცხენა ხელის ცერს გავის ქედზე **თუზფ**-ის დონეზე (ხერხემლის ვერტიკალურ ღერძსა და ორივე წერტილის შემაერთებელ ხაზს შორის მართი კუთხეა). პაციენტი ხრის მარჯვენა ფეხს მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში ისე, რომ ტერფს არ იღებს იატაკიდან და არ აბრუნებს მენჯს

(ფეხი თავისუფლდება საყრდენი ფუნქციისაგან), ამასთან, მარჯვენა **თუზფ** ძირს ეშვება და აღნიშნულ ხაზებს შორის კუთხე ბლაგვი ხდება, **შბ**-ის შემთხვევაში კი მართი რჩება; ფენომენი მიჩნეულია ნამდვილად, თუ 10-15 წამის შემდეგაც კუთხის სიდიდე არ იცვლება (იხ. გვ. 77);

— თედოს ძვლის ფლექსიას გავის ძვალთან მიმართებით იკვლევენ გავა-თედოს სახსარში სახსრის თამაშის გამოკვლევით: ს. მ. — ზურგზე წოლა, მარჯვენა ფეხის მუხლის სახსარში მოხრილია, ექიმი დგას პაციენტის მარცხენა ბარძაყთან, მარჯვენა მტევანს თითების ბოლოებით ათავსებს მარჯვენა **თუზფ**-სა და გავის ძვალს შორის ღარში, ხოლო მარცხენა ხელის-გულს — პაციენტის მარჯვენა მუხლზე, შემდეგ ახორციელებს ბარძაყის აბლუქციას მენჯ-ბარძაყის სახსარში მოძრაობის შეწყვეტამდე, აწვება ბარძაყს მისი ღერძის მიმართულებით, და ათავსებს მარჯვენა ხელის თითებით გადაადგილებას გავა-თედოს სახსარში. თუ გადაადგილება არ შეიგრძნობა თითებით, ეს მიაწინებს მარჯვენა მხარეს ფლექსურ **შბ**-ზე (იხ. გვ. 78).

მეორე ვარიანტი: ს. მ. — მარცხენა გვერდზე წოლა, მარცხენა ფეხი გამართულია, მარჯვენა ფეხი რამდენადმე მოხრილია მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში, მუხლი ტახტზეა (მენჯის ფიქსაციისთვის), ექიმი დგას პირისახით პაციენტის მენჯისკენ, მარჯვენა ხელის თითებს ათავსებს მარჯვენა **თუზფ**-სა და გავის ძვალს შორის ღარში, ხოლო მარცხენა წინამხარს ისე ათავსებს თედოს ძვლის მარჯვენა ფრთაზე ზემოდან, რომ ხელის მტევანი მისი სხეულისკენაა მიმართული; ხორციელდება მსუბუქი მიწოლა წინამხრით მისი ღერძის მიმართულებით; მარჯვენა ხელით (თითების ბალიშებით) ადგენენ გადაადგილებას (იხ. გვ. 78).

მესამე ვარიანტი: ს. მ. — მუცელზე წოლა, ექიმი დგას გვერდიდან და ცალი ხელის თითებს **თუზფ**-სა და გავის ძვალს შორის ღარში ათავსებს, მეორე ხელის ჰიპოთენარს კი, გავის ძვლის ლატერალურ ადგილზე; ხორციელდება გავის ძვლის დორსალურ-ვენტრალური გადაადგილება დამატებამდე; თითებით ძვრადობას ადგენენ უპირატესად ღარის ქვედა არეში;

— სახსრის თამაშის გამოკვლევა მარჯვნიდან გავა-თედოს სახსარში თედოს ძვლის გავის ძვლის მიმართ ექსტენზიის მიმართულებით: ს. მ. — მუცელზე წოლა, ექიმი დგას მარცხენა მხრიდან, ერთი ხელით ქვემოდან იჭერს მარჯვენა თედოს ძვლის ფრთას წინა ზედა წვეტის არეში, ხოლო მეორე ხელით ზემოდან აფიქსირებს გავის ძვალს (თითები **თუზფ**-სა და გავის ძვალს შორის ღარში); ხორციელდება თედოს ძვლის ფრთის გადაადგილება ვენტრალურ-დორსალურად და სახსრის, უპირატესად, ზედა ადგილების ძვრადობის გაანალიზება (იხ. გვ. 79);

— თეძო-წელის, გავა-თეძოსა და გავა-კუკუხოს იოგების მტკივნეულობის გამოკვლევა მარჯვენა მხრიდან, მობილიზაციის საშუალებით (პირ-ით): ს. მ. — ზურგზე წოლა, მარჯვენა ფეხი მოხრილია მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში, ექიმი დგას მარცხენა მხრიდან პაციენტის მენჯის ღონეზე, ორივე ხელის მტევანს ათავსებს პაციენტის მუხლზე და ახორციელებს ფლექსიას მენჯ-ბარძაყის სახსრებში 90°-მდე; სრულდება: ბარძაყის პასიური აღუქცია, — ტესტი თეძო-წელის იოგის მტკივნეულობაზე; ბარძაყის პასიური ფლექსია მარცხენა მხრის მიმართულებით, — ტესტი გავა-კუკუხოს იოგისთვის. იოგის მტკივნეულობის შემთხვევაში შესაბამისი მდგომარეობიდან ზორციელდება მბ და ამბ (პაციენტი ხელისგულებს მარჯვენა მუხლზე იდებს): I ფაზა — 10 წმ-ის განმავლობაში მუხლით მიწოლა (მინიმალური ძალით) ექიმის ხელის მტევნებზე, ადეკვატურად წინააღმდეგობის გაწევა (იზომეტრიული დაძაბვა), II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ფეხის მიზიდვა ან მოხრა დაძაბვამდე.

ხერხემლის წელის ნაწილის გამოკვლევის თავისებურებანი

ხერხემლის წელის ზედა ნაწილში ოსტეოქონდროზის ნევროლოგიურ გამოვლინებას ახასიათებს ჩივილი ტკივილზე თეძოს ძვლის ფრთის არეში, ზოგჯერ გაეის არეში, რომელიც მტკრების შეგრძნების ხასიათისაა და არის დაკავშირებული ხერხემლის წელის ქვედა ნაწილის მოძრაობასთან. ლოკალურ ტკივილზე ჩივილის გარდა, უჩივიან ირადირებულ ტკივილებსაც კუნთებში, ხოლო სკლეროტომული ხასიათის ირადირებული ტკივილი ვეგეტატიური მიმდინარეობისაა (ამინდის შეცვლის დროს, ღამლამობით), ამასთანავე ის არ შეესაბამება დერმატომას.

ხერხემლის წელის ქვედა ნაწილის დაზიანებისას ტკივილი ფეხში ვრცელდება და არ შეესაბამება დერმატომას, ვრცელდება ცერში, ქუსლში, ნეკში, მუხლში და ხშირად გაკვრითი ხასიათისაა.

თუ ანტალგიური პოზის შერჩევისას ტკივილმა არ გაიარა, ეს ცუდის მაუწყებელია.

გასინჯვის დროს ფიქსირდება ასიმეტრია ხუნ-ში. ლოკალური თმინობა შეიძლება სპინა ბიფიდას მაჩვენებელი იყოს. ვენური წნული ხშირად ვიწრო სპინური არხისა და ხერხემლის არხის შევიწროების შემთხვევაში, ამიტომ მიზანშეწონილია პაციენტის გაგზავნა რენტგენოლოგიურ გამოკვლევაზე.

უკანა მხრიდან გასინჯვის გარდა, საჭიროა გვერ-

დიდან გასინჯვა, რომლის დროს ყურადღებას აქცევენ მუცლის ფორმას, ლორღოხს, კიფოზს. წინა მხრიდან გასინჯვისას საყურადღებოა მენჯის მდგომარეობა (თეძოს წინა წვეტების სიმეტრიულობა), კიღურების სიგრძე (თეძოს წინა ზედა წვეტიდან შიგნითა კოჭამდე, თეძოს წინა ზედა წვეტიდან ბარძაყის ძვლის რაკამდე, ამ უკანასკნელიდან დიდი წვივის ძვლის რაკამდე). დროის შეზღუდულობის შემთხვევაში ექიმები მიმართავენ ფეხის სიგრძეში სიმეტრიულობის განსაზღვრის სწრაფ საშუალებებს: პაციენტი ხრის ფეხებს და ექიმი ათვალერებს მუხლების გამოშვრილობას (ბარძაყების სიგრძის დასადგენად); ს. მ. — მუცელზე წოლა, კოჭ-წვივის სახსრებში 90°-იანი კუთხე; წვივების სიმეტრიული სიგრძის შემთხვევაში სასაზავი ქუსლებზე ჰორიზონტალურად დევს.

ზურგის ყველა კუნთის პალპაციას ახორციელებენ პაციენტის საწყის მდგომარეობაში — დგომი; სინჯავენ კუნთებს, რომლებიც დაძაბულია, და მათი მიმაგრების ადგილებში მტკივნეულობას. პაციენტის მუცელზე წოლით მდგომარეობაში ექიმი თითებით ღრმა კუნთებამდე აღწევს და შეაფასებს დაძაბული სეგმენტების ადგილს, მტკივნეულობას.

პალპაციას ახორციელებენ ძვლოვან სვერილებზეც: ადგენენ მორჩებს, მათ ფორმას, შუალებებს. წელის ერთი მალის გამოწვევის მიხედვით შეიძლება ივარაუდონ როტაციული შბ ან განივ-წვეტიანი კუნთის დაძაბულობა. თუ წვეტიანი მორჩები ერთმანეთთანაა მიახლოებული, სავარაუდოა წვეტთაშორისი კუნთების დაძაბულობა (ერთ სეგმენტში ცვლილების დროს), ხოლო თუ თითებით შეიგრძნობა გამკვრივება წელის ყველა მალის სიგრძეზე წვეტიანი მორჩების გასწვრივ, მაშინ შეიძლება ივარაუდონ კვადრატული კუნთების ან ერთი კუნთის (სკოლიოზი) სპაზმი. ჰიპერლორდოზის შემთხვევაში წვეტიან მორჩებს შორის მანძილი შემცირებულია. გვერდზე მობრუნების დროს წვეტიანი მორჩის შეგრძნებისას შეიძლება ივარაუდონ როტაციული ფუნქციური ბლოკი.

ასევე შეიძლება ჩაატარონ პაციენტის მუცელზე წოლის მდგომარეობაში განივი მორჩების პალპაცია ტორის გამმართველ კუნთსა და კვადრატულ კუნთს შორის პროექციაზე.

გულმკერდზე ზემოქმედება განსაზღვრული თერაპიით

ხერხემლის გულმკერდის ნაწილს ახასიათებს შემდეგი თავისებურებანი:

1. ხბნ მცირედმოძრავია ნეკნოვანი კარკასისა და წვეტიანი მორჩების კრამიტისებრი განლაგების გამო (უკანასკნელი უზრუნველყოფს ხერხემლის მამოძრავებელი სეგმენტის (ხმს) ნაკლებ ტრავმატიზაციას).

ლი. მკურნალობის წამყვანი მეთოდია პირ. დაავადება დიფერენცირდება:

- 1) გულის დაავადებისაგან სინდრომის მარცხნივ ლოკალიზაციის დროს;
 - 2) ფილტვებისა და პლევრის დაავადებისაგან;
 - 3) კუჭის, ღვიძლის, პანკრეასის დაავადებებისაგან;
 - 4) ტიტტმ-ს სინდრომისაგან (ნეკნების ხრტილთა კეთილთვისებიანი არაანთებითი შეშუპებისგან);
 - 5) კსიფოიდ — სინდრომისგან (მკერდის ძვლის ტარის ანომალიისგან);
 - 6) სრიალა ნეკნისა და გულმკერდის ღრუს ქსოვილებში ლოკალიზებული სხვა პროცესებისგან.
- აღნიშნული სინდრომი ნაკლებად შესწავლილი.

კ ა რ დ ი ა ლ გ ი უ რ ი ს ი ნ დ რ ო მ ი

ამ სინდრომს ახასიათებს რეფლექსური მექანიზმი. გულის არეში ტკივილი დაკავშირებულია გარკვეულ პოზებთან და კისრისა და მარცხენა ხელის მოძრაობასთან. აღნიშნავენ ტკივილის დაკავშირებას ხბნ-ის ან ხპნ-ის ოსტეოქონდროზის კლინიკურ გამოვლინებათა გართულების პერიოდთან. კისრის ან გულმკერდის პათოლოგიის საწინააღმდეგოდ გამოყენებულმა სამკურნალო ღონისძიებებმა შეიძლება სასურველი ზემოქმედება მოახდინოს გულის არეში ტკივილზე. რეფლექსური ტკივილი გულმკერდის მარცხენა ნახევარში შეიძლება იყოს ყრუ, ტეხვითი, ჩხვლვითი, მუდმივი ხასიათის, მკვეთრი შეტევების გარეშე. ტკივილი პროვოცირდება ან ძლიერდება გულმკერდის კუნთების სტატიკური (იზომეტრიული) დაძაბვით, მარცხენა ხელისა და კისრის უცაბედი მოძრაობით. ამასთან, ხერხემლის ოსტეოქონდროზის პირველ სტადიაში ელექტროკარდიოგრამაზე ცვლილებები არ აღინიშნება, III სტადიაში კი ეკგ-ზე გულმკერდის განხრებში შეიძლება გამოვლინდეს არაკორონარული გენეზის გიგანტური T კბილები ან T კბილის შემცირება, აგრეთვე S-T სეგმენტის არამკვეთრი დეპრესია. ეკგ-ის შემოძვრითი თეზური ცვლილებები ნორმალდება ტრიგერულ ზონებზე სამკურნალო ზემოქმედებით.

თუ გულის იშემიურ დაავადებას თან სდევს ხერხემლის ოსტეოქონდროზი ხბნ-ის ან ხპნ-ის არეებში, მაშინ ხერხემლის ოსტეოქონდროზის ნევროლოგიური გამოვლინების დროს ავადმყოფის მდგომარეობის კლინიკური სურათი მწვავედა მდგომარეობითი სტენოკარდიით, ხშირდება დაძაბულობის სტენოკარდიის შეტევები და კლინდება რეზისტენტობა სწრაფი მოქმედების სპაზმოლიტიკებისადმი ოსტეოქონდროზის გართულებების დროს, განსაკუთრებით ხერხემლის კისრის ნაწილში თვით მთავარდომის ინფარქტის პროვოცირებამდეც კი.

გულმკერდის არეში დარღვევა მანუალური თერაპიის პოზიციიდან

როცა პაციენტი უჩივის ტკივილს გულმკერდის არეში, საჭიროა დაადგინონ ეს დაკავშირებულია თუ არა მოძრაობასთან და სუნთქვასთან. პაციენტთან საუბრისას ადგენენ, ხომ არ მიუღია მას ტრავმა გულმკერდის (ხერხემლის, ნეკნების) არეში, ხომ არა აქვს შინაგან ორგანოთა დაავადება გულმკერდში ლოკალიზაციით. ანალიზებენ მოძრაობითი და სუნთქვითი სტერეოტიპის თავისებურებებს, სახელდობრ: იძულებით პოზას სამსახურში; სტერეოტიპულ მოძრაობას გულმკერდზე დატვირთვით, — პოზას ჯდომისას აწეული მხრით და სხვ.; პოზას დაბალ ან მაღალ მაგიდასთან, — პოზას ძილის დროს (მოკუნტულ მდგომარეობაში); რამდენად ესაჭიროება ადამიანს საყრდენი (აქვს „სუსტი ზურგი“ — ეს ტერმინი ამერიკულია); შედაპირულ სუნთქვას, — მუცლის კუნთების არასაკმარის მონაწილეობას სუნთქვაში (წინ დახრის დროს მუცლის დაშვებას); მაღალ სუნთქვას (როცა სუნთქვით კისრის კუნთები იძაბება, — ვბ ტრაპეციული და კიბისებრი კუნთების შეკუმშვის გამო).

პათობიომექანიკური ცვლილებები და მათი შეფასება

ფ ლ ე ქ ს ი ის დ რ ო ს ვბ-ს ადგენენ ტკივილის და მოძრაობის შეზღუდვის მიხედვით. გასინჯვისას შეიმჩნევა კიფოზის სისწორე (რადგანაც ვბ ხშირად პოლისეგმენტურია) და წვეტიანი მორჩის ჩავარდნა (მონოსეგმენტური ვბ-ის შემთხვევაში). წვეტათმორის შუალედებს შეაფასებენ ქვემოთ მდებარე მალასთან მიმართებით.

პალპაციით შეიგრძნობა საგიტალურ სიბრტყეში მორჩების ურთიერთგანლაგების ცვლილებები, თვით წვეტიანი მორჩის, წვეტათმორის იოგისა და პარავერტებრული კუნთების მტკივნეულობა ბლოკის ადგილას.

აქტიური მოძრაობის დროს, გარდა იმისა, რომ ფლექსია შეზღუდულია, შესაძლებელია მოძრაობის ფარგლებში ბლოკირებული ძალები (ძალა) ნაკლებად კონტურირებული და რკალი სწორი ხდება. ზამბარისებრი წინააღმდეგობა შეზღუდულია დორსალურ-ვენტრალური მიმართულებით, წინააღმდეგობის საპირისპირო აქტიური მოძრაობა (იზომეტრიული დაძაბვა) მტკივნეულია ექსტენზორების მტკივნეულ-კონტრაქტურიანი ვბ-ის დროს.

ამრიგად, შემოწმების შემდეგ ადგენენ ან ვბ-ის ან კუნთების რეგიონარული პოსტურული დისბალანსის დიაგნოზს, ანდა ორივეს ერთად, და შესაბამისად ჩაატარებენ მანუალური თერაპიის ილეთებს.

ექსტენზიის დროს ფუნქციური ბლოკის დიაგნოსტიკას ახორციელებენ იმავე თანმიმდევრობით, ე. ი. ყურადღებას აქცევენ ტიპიურ ექსტენზიის დროს, ექსტენზიის შეზღუდვას. გასინჯვისას ვლინდება კიფოზის ლოკალური გაძლიერება და წვეტიანი მორჩების (მორჩის) გამოშვებულობა, აგრეთვე პარავერტებრული კუნთების უთანაბრო მოღუნება. პალპაციით შეიძლება დაადგინონ საგიტალური სიბრტყეში მორჩების ურთიერთგანლაგების ცვლილებები, მორჩის ან წვეტაშორისი სივრცის მტკივნეულობა. აქტიური მოძრაობის დროს, როგორც აღვნიშნეთ, ექსტენზია შეზღუდულია და დარღვეულია მალეების ჩართვის თანმიმდევრობა. ზამბარისებრი წინააღმდეგობა შეზღუდულია დორსალურ-ვენტრალური მიმართულებით. წვეტაშორისი სივრცის შემოწმებისას ექსტენზიური პასიური მოძრაობის დროს წვეტიანი მორჩები ერთმანეთს არ უახლოვდება.

ამრიგად, შემოწმების შემდეგ ადგენენ ექსტენზიური ფუნქციური ბლოკის დიაგნოზს და მკურნალობისთვის იღებენ შეარჩევნ იმის გათვალისწინებით, რომ კუნთების რეგიონარულ პოსტურული დისბალანსი სწორდება უპირატესად პირა (პაპირა)-ის საშუალებით, აგრეთვე აუტომობილიზაციით.

ფუნქციური ბლოკი ლატეროფლექსიაში: ტიპიური ლატეროფლექსიის დროს, პრაქტ საწინააღმდეგო მხრიდან (პარავერტებრული კუნთების დაძაბვა საპირისპირო მხარეს); გასინჯვის დროს ლოკალური სკოლიოზი უბ-ის ადგილას, პალპაციით ვლინდება წვეტიანი მორჩების მდებარეობის შეცვლა ფრონტალურ სიბრტყეში. ცუდი ზამბარისებრი წინააღმდეგობა მალეების ლატერო-ლატერალური გადაადგილებისას. პასიური მოძრაობის დროს შეზღუდულია წვეტიანი მალეების დაახლოება განივი გადაადგილებისას. წინააღმდეგობის საპირისპირო აქტიური მოძრაობის დროს მტკივნეულობა საპირისპირო მხარესაა. ლატეროფლექსური ბლოკები იშვიათია, ამიტომ მანუალური იღებებიც ცოტაა.

ფუნქციური ბლოკი როტაციიაში: ტიპიური როტაციის დროს და მოძრაობის შეზღუდვა. ობიექტურად ვლინდება ლოკალური სკოლიოზი როტაციით, რადგანაც წვეტიანი მორჩი არა მარტო გადახრილია გვერდზე, არამედ ქსოვილშია ჩაფლული (უფრო მეტად შეიგრძნობა პალპაციით). პალპაციით ვლინდება აგრეთვე წვეტიანი მორჩების ურთიერთგანლაგების შეცვლა ფრონტალურ სიბრტყეში (გვერდით ინაცვლებს და ვარდება შიგნით), მტკივნეულობა. აქტიური მოძრაობა შეზღუდულია, დარღვეულია ხერხემლის რკალის სიმწვობრე (რკალი თითქოს „ტყდება“; თუმცა როტაციის დროს ეს უფრო ნაკლებადაა გამოხატული, ვიდრე ლატეროფლექსიისას). საკმაოდ მკაფიოდ შეიგრძნობა ლატერო-ლატერული გადაად-

გილების შეზღუდვა ბლოკის ადგილას. მარჯვნივ როტირებული მალა მარჯვენა მხარეს უბ-ზე მიაწინებს.

არეკვლითი სინდრომები

მალეების პალპაციის დროს მტკივნეულობა შეიძლება შინაგანი ორგანოების მდგომარეობის გამომხატველი იყოს. ასე, მაგალითად, T_{III}-ის არეში მტკივნეულობამ შეიძლება გამოხატოს პათოლოგია ფილტვების არეში. იგივეს გამომხატველი შეიძლება იყოს მტკივნეულობა I პარავერტებრულ ხაზზე და უბ T_{III}-T_{IV} ხერხემლის მამოძრავებელ სეგმენტში (ხმს). მტკივნეულობამ და უბ-მა T_V არეში შეიძლება მიანიშნოს გულის პათოლოგიაზე; T_{IX} არეში — ღვიძლის პათოლოგიაზე, T_X არეში — ნაღვლის ბუშტის პათოლოგიაზე, T_{XI} არეში — ელენთის ან კუჭქვეშა ჯირკვლის პათოლოგიაზე, T_{XII} არეში — კუჭის პათოლოგიაზე, L_{II} არეში — თირკმლების პათოლოგიაზე, L_{IV} არეში — მსხვილი ნაწლავის პათოლოგიაზე, S_I არეში — წვრილი ნაწლავის პათოლოგიაზე, S_{II} არეში — შარდის ბუშტის პათოლოგიაზე.

ნეკნების ფუნქციური ბლოკის დიაგნოსტიკა

ჩივილი სპეციფურია: სუნთქვისა და ტანის მოძრაობის დროს ტიპიური ლოკალიზდება ნეკნისა ან ნეკნების უბ-ის არეში, აგრეთვე ნეკნაშორისი სივრცეებში. ზედა ნეკნების (I და II) უბ-ის დროს ტიპიური შეიგრძნობა მხრებში, ზედა მხრებსა და ლავის ქვეშ; ამასთან, როგორც წესი, ამ არეებში კუნთები დაძაბულია. VII ნეკნში უბ გამოიხატება მკერდის ძვლის მახვილისებრ მორჩში ტიპიურად (კსიფოიდ-სინდრომი). XII-XI ნეკნების უბ-ის გამომხატველია მუცლის კედლის არეში ტიპიური, რომელიც ვრცელდება თემოს ძვლის ქედსა და ანო-პუბიტალურ არეში.

გასინჯვის დროს აღინიშნება ნეკნის სხვადასხვა მდებარეობა: ბლოკის შემთხვევაში შესუნთქვის დროს ნეკნი წინ გამოიწევა, ამოსუნთქვისას კი — შიგნით ვარდება.

ბლოკის დროს ამოსუნთქვის ფაზაში ნეკნი პალპაციით ძნელად ისინჯება და აღინიშნება კუთხეებისა და პერიოსტული წერტილების მტკივნეულობა ტრიგერების ტიპით, ფართო ირადიაციით, აგრეთვე ლავის ქვეშ ორივე მხრიდან ვლინდება კუნთოვან-ტონური რეფლექსები. ნეკნების სუნთქვაზე შემოწმებისას შესამჩნევია ნეკნების მოძრაობის შეზღუდვა ფუნქციური ბლოკის მხარეს.

ფუნქციური ბლოკის დროს წოლით მდგომარეობაში ნეკნების ზამბარისებრი წინააღმდეგობა დორსალურ-ვენტრალური და სხვა მიმართულების არ შეიგ-

რძნობა. ნეკნებში უბ ხშირად შერწყმულია მალეების უბ-თან.

რენტგენოგრაფიის თავისებურებანი: უბ-ის დადგენისთვის ყურადღებას აქცევენ წვეტიანი მორჩის როტაციას; პირდაპირი პროექციის სურათებზე რკალების ფესვები გადაადგილებულია; გვერდითი პროექციის სურათებზე აღინიშნება გულმკერდის კიფოზის ლოკალური გაძლიერება ან გასწორება; 15⁰-ზე ბრუნვის დროს იკვლევენ ნეკნ-მალათა სახსრებს;

ტოპოგრაფიული ორიენტირები: სასულის ბიფურკაცია — T_V-ის დონეზე; ბეჭის კუთხე — T_{VII}; აორტის სკლეროზიული რკალი — T_{IV}; დიაფრაგმის გუმბათი — T_{IX-X} (შესუნთქვის ან ამოსუნთქვის შესაბამისად).

ხერხეშლის კისრის ნაწილის გამოკვლევის თავისებურებები

ანამნეზის დროს ყურადღებას აქცევენ ტკივილის ლოკალიზაციის, ირადიაციისა და დინამიკის დაზუსტებას. ასე, მაგალითად, თუ ტკივილი ხელის ცერში გავრცელდა, უნდა ივარაუდონ კიბისებრი კუნთის სინდრომი, თუ ტკივილი რეგულარულია, ეს უფრო კომპრესიაზე მიანიშნებს.

გასინჯვის დროს შეაფასებენ პოზას, რომელმაც შეიძლება გააძლიეროს, შეასუსტოს ან გამოიწვიოს ტკივილი (მაგალითად, როცა ხან გაშლილ მდგომარეობაშია, შეიძლება მალის დაცურება ივარაუდონ). დიაგნოსტიკისთვის ასევე მნიშვნელოვანია ფიქსაციის პოზა, ე. ი. იძულებითი ანტალგიური პოზა, რომელსაც პაციენტი უჩივის. კისრის არეში ტკაცანი შეიძლება მეტყველებდეს უნკო-ვერტებრულ ართროზზე, რომელიც კისრის ოსტეოქონდროზის თანამგზავრია, C_{III}-C_{IV} დისკოს დაზიანების შემთხვევაში ტკივილის ირადიაცია კისერში, ყურში, კეფასა და თხემში (იშვიათად ზედამხარსა და ხელში). უფრო ხშირად, C_{IV}-C_V დისკოს დაზიანებისას პაციენტი აღნიშნავს ტკივილის გავრცელებას კისერში, ზედამხარში ან მხარსა და მთლიანად ხელში. C_{VI}-C_{VII} დისკოს დაზიანებისას ტკივილი შეიგრძნობა ზედამხარში, მხარში, ბეჭსა და ხელში.

მიზანმიმართული ანამნეზით აზუსტებენ მოძრაობებსა და პოზებს, რომლებიც იწვევენ უბ-ს ხან-ში, სახელდობრ: ნებისმიერ მკვეთრ არაკოორდინირებულ მოძრაობას, სტატიკურ დაძაბვას წონასწორობის შენარჩუნების მცდელობისას; სტატიკურ დაძაბვას გამართული ხელით ან უკან გადაწეული თავით მუშაობის შესრულების დროს; თავით მაღალ ბალიშზე წოლას; ჯდომში ძილს (მაგალითად, თვითმფრინავში); დახრილი თავით დიდხანს მუშაობას (მაგალითად,

ლექციის წერა სკამზე ჯდომით მდგომარეობაში მაგილის გარეშე).

გასინჯვის თავისებურებანი:

პირველ რიგში ყურადღებას აქცევენ ტანდებობასა და მოძრაობის სტერეოტიპს; შეაფასებენ კისრის კონსტიტუციურ თავისებურებას (მრუდე კისერი და სხვ.); უკანა მხრიდან გასინჯვის დროს შეაფასებენ: კისრის სიგრძეს (ანომალია ხომ არ არის; გასათვალისწინებელია, რომ გრძელი კისერი ხშირად ჰიპერმოზილურია); თმანობის ხაზს (ზოგიერთს აღნიშნული ხაზი მნიშვნელოვნად აქვს დაშვებული კისერზე, რაც კრანიულ-ვერტებრულ ანომალიის დროს შეიძლება); ფრონტალურ სიბრტყეში თავის მდებარეობას კისერთან მიმართებით, კინკრიზოსა და წვეტიანი მორჩების განლაგებას; კანისა და ცხიმოვან ნაკეცებს კისერზე (ზედმეტი ნაკეცები ანომალიას გამოხატავს); ხალებს, მეჭეჭებს (როგორც ნეიროფიბრომატოზის და სხვა ანომალიების გამომხატველი), დისკერატოზს, ნაჭდეებს; კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილის თავისებურებას; ბეჭის წვეტების დგომადობას (ხომ არ არის შპრენგელის ანომალია — ბეჭის სინოსტოზი, ერთი, იშვიათად ორმხრივი მემკვიდრეობითი პათოლოგია); კუნთების რელიეფსა და ქსოვილების ტროფიკას.

გვერდიდან გასინჯვის დროს შეაფასებენ: თავის მდებარეობას, ლორღოზის სიღრმეს; ნიკაპის მდებარეობას, კისრის სიგრძეს, კრანიულ-ცერვიკალურ და კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილებს.

წინა მხრიდან გასინჯვისას შეაფასებენ: მხრების მდებარეობას (ზოგჯერ ის კომპენსაციური ხასიათისაა სხეულის სწორი მდებარეობისთვის); ხელების შედარებით სიგრძეს; კისრის სიგრძეს და პირისახის მდებარეობას კისერთან მიმართებით (ფრონტალურ სიბრტყეში), ნიკაპის მდებარეობას; ხორხის მდებარეობას (გადაადგილება); ყურის ბიბილოების მდებარეობას; კისრის და ზედამხრის ურთიერთმდებარეობას; ლავიწების ურთიერთმდებარეობას (გამოზნექა, რაც შეიძლება ლიმფოსტაზის მაუწყებელი იყოს. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა სიფრთხილე მანუალური თერაპიის ილეთების გამოყენების დროს); კუნთების რელიეფსა და მათ მონაწილეობას სუნთქვაში; კანსა და კანქვეშა ქსოვილს.

პალპაციას ახორციელებენ უკანა და წინა ზედაპირებზე თანამიმდევრულად — ზემოდან ქვემოთ და გარედან შიგნით. შეაფასებენ ტურგორსა და ტროფიკას, კრეპიტაციას ქსოვილებში, ტრიგერულ ზონებს (ე. ი. ჰიპერალგიურ ზონებს, მაქსიმალური მტკივნეულობის ადგილებს, რომლებსაც თან სდევს დერმატომების, მიოტომებისა და სკლეროტომების არაშესაბამისი ირადიაცია), მათ მტკივნეულობას. ყველაზე უფ-

რო მნიშვნელოვანი ტრიგერული ზონები აღინიშნება მარკირებით; ასევე შეაფასებენ კანის ელასტიკურობას მისი ნაკეცად შეკრების დროს (კიბლერის ნაოჭი).

კისრის უკანა ზედაპირზე პალპაციით სინჯავენ ტრაპეციულ კუნთებს, ასევე თავისა და კისრის ემპლასტრო კუნთსა და მოკლე ექსტენზორებს (პაციენტის წოლით მდგომარეობაში ნიკაპის მიტანით მკერდის ძვალთან); შეიგრძნობენ შვესოვან და იოგოვან წარმონაქმნებს (სადაც ტრიგერული ზონებია), კუნთების მიმაგრების ადგილებში კეფისა და დერილისებრი მორჩების არეში (თითებით შეგრძნობილი ქსოვილები არ უნდა აერიოთ ხერხემლის არტერიამ); შეაფასებენ ქედის იოგს (წვეტზედა იოგის ზედა ნაწილს), წვეტიან მორჩებს, განივ მორჩებსა და მაღალთაშორის სახსრებს, აგრეთვე ნეიროსისხლძარღვოვან წარმონაქმნებს (კეფის დიდი და მცირე ნერვებისა და ხერხემლის არტერიის წერტილებს).

კისრის წინა ზედაპირზე სინჯავენ კანს, კუნთებს, განივი მორჩების წინა ბორცვებსა და მათ გვერდითი ნაწილებს, ნეკნ-კიბისებრ წერტილს (წინა კიბისებრი კუნთის I ნეკნთან მიმაგრების ადგილს, — ლავიწის ქვემოთ, მის მკერდის ძვალთან შეერთების ადგილთან).

ხპნ-ში აქტიური მოძრაობის გამოკვლევის შედეგად აანალიზებენ მოძრაობის მოცულობას, მოძრაობითი სტერეოტიპის ცვლილებებს, სუბიექტურ შეგრძნებებს (ტკივილს, პარესტეზიას, სინესტოპათიას, კოქლეურ-ვესტიბულურ რეაქციებს, მხედველობის მოშლილობას; კუნთებისა და სახსრების პათოლოგიის დიფერენცირებისათვის აქტიურ მოძრაობას იზომებრიულ რეჟიმში გამოიკვლევენ.

საერთო მოცულობით და თითოეულ ხერხემლის მამოძრავებელ სეგმენტში პასიურ მოძრაობებს ადარებენ აქტიურ მოძრაობასთან; ყურადღებას აქცევენ სუბიექტურ შეგრძნებებს (ტკივილს, პარესტეზიას, სინესტოპათიას, კოქლეურ-ვესტიბულურ რეაქციას, — დეკლენის დადებითი სინჯი: ს. მ. — წოლა, თავი ტახტის გარეთ; თავის ექსტენზიის დროს თვალყურს ადევნებენ ნისტაგმს (თავის ნელ-ნელა გაშლით), — ხერხემლის არტერიის სინდრომი.

ხერხემლის ოსტეოქონდროზის ნეკროლოგიური გამოვლინება-ბის დროს სამკურნალო საშუალებათა ნუსხა

1. ანალგეტიკები (რამდენიმე დღე ასპირინთან, ფენაცეტინთან ერთად);

2. ნეიროლეპტიკები, ტრანკვილიზატორები
3. სპაზმოლიტიკები
4. განგლიოზოლოკატორები (უფრო სპეციფიკურია სისხლძარღვოვანი, რეფლექსური სინდრომების შემთხვევაში)
5. გლუკოკორტიკოიდული ჰორმონები
6. ანაბოლური ჰორმონები (სპინური პროცესების დარღვევის დროს)
7. გამწოვი (ადგილობრივი)
8. შემუპების საწინააღმდეგო
9. ყურადღების გადამრთველი გამღიზიანებლები (მაგალითად, რეფლექსოთერაპია)
10. მიორელაქსანტები
11. ბიოსტიმულატორები (არამწვავე პერიოდში)
12. პროტეოლიტიკები (პაპაინი, ლიდაზა, — ადგილობრივი ზემოქმედებისთვის)
13. სუსტი მოქმედების იმუნოსუპრესორები (დელაგილის ტიპის)
14. ფოსფორისა და კალციუმის პრეპარატები
15. პიროგენალი (მცირე დოზა იმათთვის, ვისაც პროცესების დუნე მიმდინარეობა უვლინდება, ე. ი. ცუდი აღდგენის შემთხვევაში)
16. ალოე და B₁₂ ვიტამინი (ალოე — არამწვავე პერიოდში)
17. ცერებროლიზინი ხერხემლის არტერიის სინდრომის შემთხვევაში
18. ინფილტრაციული თერაპია (ბლოკადა)
19. აპლიკაციები დიმექსიდით
20. თბილი აბაზანები აღუნებს სახსარ-იოგოვან-კუნთოვან აპარატს, არყევს ოსტეოქონდროზში ჩართულ ხმს-ებს, ასე რომ, მის შემდეგ რეკომენდებულია კორსეტის ტარება 3 საათით. ამასთან, ტემპერატურის სხვაობაც გავლენას ახდენს ხერხემლის ოსტეოქონდროზის გართულებაზე, ამიტომ აბაზანების მიღების შემდეგ სხეული თბილად უნდა იყოს
21. ფიზიოთერაპიული პროცედურები — ამპლიპულსი, ელექტროფორეზი (ქსოვილებში იქმნება წამლების დეპო, ამიტომ უნიშნავენ რეგენერაციის სტადიაში), ლაზეროთერაპია
22. პარაფინი, ოზოკერიტი (შეფარდებითი სტაბილიზაციის პერიოდში), ტალახი (რეგენერაციის მასტიმულირებელი არასპეციფიკური ზემოქმედების მეოდეები)
23. ნემსებით რეფლექსოთერაპია ხერხემლის ოსტეოქონდროზის დროს დამხმარე მეთოდია
24. კუნთების ელექტროსტიმულაცია — პარეზების, კუნთების ატროფიის დროს
25. იმობილიზაცია
26. დაჭიმვა
27. კინეზიოთერაპია
28. მასაჟი

29. მანუალური თერაპია და სპეციალური მოძრაობითი რეჟიმი
30. აუტოგენური რელაქსაცია
31. დისკოს ღირეცეპცია
32. პაპინის დისკოპუნქციური შეყვანა
33. დეკომპრესიული და მასტაბილიზებული ოპერაციები
34. პროფესიული შრომითი თერაპია

ქიმიის საპასუხო

გამწვავების პერიოდში ხერხეშლის (კისრის, ფეხის) ოსტეოპოროზის სამკურნალო

1. სასწრაფო დახმარება: დიაგნამოთერაპია ან ამპლიპულსი ავადმყოფის მომართვის მომენტში (შემდეგ მთლიანი კურსის ჩატარება). ულტრაიისფერი დასხივება არ შეიძლება! რეოპირინი ან პირაბუტოლი, ან ანალგინი კუნთებში ერთჯერადად.

2. არანარკოტიკული ანალგეტიკები პერიოდულად 1-3-ჯერ ტკივილის სიმძლიერის შესაბამისად: ანალგინი, პირამიდონი; ასპირინი ფენაციტინით; რეოპირინი, პირაბუტოლი, ბუტადიონი და ა. შ. აფთიაქში მათი არსებობის, ამტანობისა და ავადმყოფობის ინდივიდუალური გამოცდილების მიხედვით.

3. შეშუპების საწინააღმდეგო: ფურასემიდი 0,04 1-ჯერ დღეში, 2-4 დღის განმავლობაში მწვავე გამოვლინებებისა და მათი რეგრესის შესაბამისად.

4. ტრანკვილიზატორები დიმედროლთან შეწყვეტით ღამით (აუცილებლობისას მიღების რიცხვის გაზრდა შეიძლება 2-3-ჯერ დღეში): რელანიუმი, ნიტრაზეპამი, რადედორმი, მეპრობამატი, რუდოტელი და ა. შ. (იმის მიხედვით, თუ რომელი მათგანი აქვთ აფთიაქში).

5. ორგანიზმის ალერგიზაციის ნიშნების არსებობისას ისეთი მაპროვოცირებელი ფაქტორების როლის გამოვლენა, როგორიც არის გაციებითი დაავადებები და ა. შ. — მენტინდოლი (ინდომეტაცინი) 0,025 2-3-ჯერ დღეში (ასეთ შემთხვევაში სხვა ანალგეტიკებს არ უნიშნავენ).

6. პერიფერიულ ქსოვილებში (კიდურებში) მიკროცირკულაციის დარღვევის ნიშნების არსებობისას მიკროცირკულაციის გასაუმჯობესებელი პრეპარატები, რომლებიც შეიცავენ ნიკოტინმჟავას, კომპლამინი, სერმიონი, პროდექტინი და სხვ.

7. B₁₂ ვიტამინის რეცეპტისა და აფთიაქში ატფ-ს არსებობისას მისი რეცეპტის გამოწერა სამკურნალო მედიკამენტური ბლოკადებისთვის.

8. მანუალური მეთოდებით და ბლოკადებით მკურნალობის პერიოდში შეზღუდვის დანიშვნა არ შეიძლება.

9. პაციენტის ინფორმირება ხერხეშლის დაზიანებული ნაწილის იმობილიზაციის აუცილებლობის შესახებ (სპეციალური საყელოთი კისრისთვის ან ქამრით წელისთვის ანდა რაც ხელთ მოხვდებათ — შარფით, პირსახოცით, ზეწრით), აგრეთვე მკერდის უღუნავი ლოგინის გამოყენების აუცილებლობის შესახებ.

ბარათში უნდა იყოს ინფორმაცია გადატანილი ჰეპატიტის, აგრეთვე სამკურნალო საშუალებების, განსაკუთრებით ნოოკაინისა და სხვა ადგილობრივი ანესთეტიკების ინდივიდუალური ამტანობის შესახებ.

დაავადებები, რომლებმაც შეიძლება განავირობონ ხერხეშალში ტიპილის სიმუცაცია (ჰ. მ. იტლანდის მიხედვით)

ტიპილები ხბნ-ში: ავთვისებიანი ლიმფოდენოპათია; პანკოტას სიმსივნე; ხერხეშლის არტერიის სინდრომი; სუბარაქნოიდული სისხლის დენა; კორონარული არტერიების დაავადება; რევმატიკული პოლიმიოზი.

ტიპილი ხბნ-ში: ბრონქოგენური კარცინომა; ფილტვების სხვა დაავადებები; კორონარული არტერიების დაავადება; აორტის ანევრიზმა; გულის ძლიერი გაფართოება; ნაღვლის ბუშტის დაავადება; შემომსალტეული ლიქენი.

ტიპილი ხწნ-ში: პეპტიკური წყლული; თირკმლების დაავადებები; პანკრეასის კარცინომა; აორტის ან თემოს არტერიის ოკლუზია; მსხვილი ან სწორი ნაწლავის კარცინომა; მენჯის სხვა ორგანოების კარცინომა; საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის დაავადებები; ორსულობა; გაფანტული სკლეროზი; ზურგის ტვინის სიმსივნე.

სახელმძღვანელოში განხილულ ყველაზე უფრო სერიოზულ დაავადებათა უმრავლესობა იშვიათად იწვევს დიაგნოსტიკურ სირთულეს. ძირითადად, პრობლემები დაკავშირებულია ნაღვლის ბუშტის დაავადებასთან, გულის ანგიინასთან ზურგში ტიპილით, აგრეთვე შედარებით მცირე პეპტიკურ წყლულებთან, რომლებიც ტიპილს იწვევს ხწნ-ში. აორტის ან თემოს არტერიის ოკლუზიას შეიძლება თან სდევდეს სიარულის დროს ტიპილი წელის არეში. არც ერთი ისეთი ავადმყოფის მკურნალობა, რომელსაც ტიპილი აქვს ზურგის არეში, არ შეიძლება გულმკერდის წინასწარი რენტგენოგრაფიის გარეშე.

თუ ტიპილის მიზეზი ხერხეშალში არ არის, მა-

ნუალური თერაპიის მეთოდებით მკურნალობის ჩვენებები არ არსებობს.

ორსულობა

ზოგიერთ სპეციალისტს მიაჩნია, რომ ბოლო თვეების ორსულობა მანიპულაციური მეთოდებით მკურნალობის უკუჩვენებაა. საგვებით ცხადია, რომ ორსულობა ქმნის მექანიკურ და ტექნიკურ სირთულეებს, მაგრამ, თუ ძლიერი ტკივილი ვერტებრული ბუნებისაა, არ არის აბსოლუტური უკუჩვენება მანიპულაციისთვის, თუ მას შეასრულებენ სათანადო სიფრთხილით.

ზურგის ტვინისა და რაშის კუდის დაავადებები

ეს დაავადებები ან მათი კომპრესიის ნებისმიერი ნიშნები აბსოლუტურად უკუჩვენებია მბ-ის ან მც-ის ყველა ფორმისთვის. ეს ეხება ისეთ სუსტ სიმპტომებსაც კი, როგორიცაა, ტერფების ზომიერი ორმხრივი პარესთეზია. ტერმინი „სპინური სტენოზი“ აღნიშნავს კლინიკურ სინდრომს, რომელიც, ჩვეულებრივ განპირობებულია რაშის კუდზე დამწოლი დისკოს მასიური პროტრუზიით. ეს ორივე ფენში იწვევს პროგრესირებად ტკივილს სიარულის დროს, დაბუქებას და სისუსტეს, რასაც ხშირად შეცდომით მიიჩნევენ ხანგამოშვებით კოჭლობად, რომელსაც იწვევს არტერიების დაავადება.

ხერხემლის არტერიები

ხერხემლის არტერიები შეიძლება ოკლუზირებული იყოს ათეროსკლეროზის შედეგად ან ხერხემლის დაავადების, დეფორმაციის გამო. მც-ის გამო იშვიათად ტრაგიკულ შედეგს იწვევს ხერხემლის არტერიების ოკლუზია, განსაკუთრებით კისრის როტაციის მეთოდის გამოყენების მიზეზით. კისერზე ნებისმიერი მბ-ის ან მც-ის ჩატარების წინ აუცილებელია ყველა იმ სიმპტომის გამოვლენა, რომლებიც მიანიშნებენ ხერხემლის არტერიების დაავადებაზე, განსაკუთრებით ისეთი სიმპტომების დადგენა, როგორიცაა თავბრუ ან მხედველობის დარღვევა, რომლებიც დაკავშირებულია კისრის მდებარეობასთან. მანუალურმა თერაპევტმა ავადმყოფის კისერი მთლიანი მოცულობით ფრთხილად უნდა მოაბრუნოს ორივე მხარეს და რამდენიმე წამი გააჩეროს თითოეულ მხარეს უკიდურეს მდებარეობაში, რათა დარწმუნდეს, რომ ეს არ იწვევს რაიმე სიმპტომებს. მხოლოდ ამის შემდეგ შეიძლება გადასვლა მსუბუქ მც-ზეც კი.

მოძრაობითი სტერეოტიპი

ამჟამად ირკვევა, რომ ხერხემლის ოსტეოქონდროზისა და საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის სხვა დაზიანებათა პათომექანიკური გამოვლინებისთვის წამყვანი მნიშვნელობა აქვს სტატიკასა და დინამიკას, ე. ი. ადამიანის მოძრაობითი სტერეოტიპის (მს) დარღვევას. რაც შეეხება მბ-სა და ლოკალურ ჰიპერმოძილობას, ისინი განეკუთვნება კერძო, არაწამყვან პათომექანიკურ გამოვლინებებს. ამიტომ შეცნიერები გვთავაზობენ მოძრაობითი სტერეოტიპის კორექციის სპეციალურ სახეებს (ე. იანდა, ო. კოგანი და სხვ.), ექიმში პრაქტიკოსები კი მბ-ის ლიკვიდირების მიზნით ცდილობენ მანუალური თერაპიის ათვისებას. ამრიგად, ხერხემლის მამოძრავებელ სეგმენტში განმეორებითი დაზიანების აცილებისთვის ყურადღება უნდა მიაქციონ კუნთების რეგიონარული პოსტურული დისბალანსისა და სწორი მს-ის ჩამოყალიბებას. როცა ეს მოხერხდება, ძალისხმევა კორექციისკენ უნდა მიმართონ.

ორი მოვლენისადმი — სტრუქტურისა და ფუნქციისადმი — მიდგომის თვალსაზრისით ო. კოგანის შეხედულებით ხო სტრუქტურული დაზიანების დასკვნითი ეტაპია და მას წინ უსწრებს ფუნქციური დამაბულობა კ. ლევიტს (ჩეხეთი) მიაჩნია, რომ მთლიანად პათოლოგია დამოკიდებულია ფუნქციისა და არა სტრუქტურის დარღვევაზე. ამავე დროს ხერხემლის ოსტეოქონდროზის გამოკვლევის თანამედროვე მეთოდები ვერ აფიქსირებს ფუნქციის მოშლას, მხოლოდ ავლენს ხერხემალში და მის გარშემო სტრუქტურული ცვლილებების ნიშნებს. თანამედროვე ფილოსოფიური გაკებით, ფუნქცია სტრუქტურულად წინასწარ განსაზღვრულია და ამ სტრუქტურის შენარჩუნების საშუალებაა. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, სტრუქტურა წინასწარ განსაზღვრავს ფუნქციას, მეორე მხრივ კი, ფუნქცია აკავებს სტრუქტურას. განვითარების გარკვეულ ეტაპებზე უპირატესად აღინიშნება ფუნქციური ან სტრუქტურული ცვლილებები და ამრიგად ხორციელდება ცოცხალი სისტემის ნორმალური პოტენციური რეაქციულობა, რომელიც სინამდვილედ გადაიქცევა გარე და შინაგან გარემოს სხვადასხვა ფაქტორთან ურთიერთქმედების დროს. რეაქციის ნორმაში არსებობს ფუნქციური ოპტიუმის პრინციპი, ე. ი. იმ საზღვრებისა, რომელთა ფარგლებშიც ორგანიზმს სჭირდება ადეკვატური მინიმალური დანახარჯები ამა თუ იმ ფუნქციის შესრულების დროს. ფუნქციური ოპტიუმებიდან შეიძლება ჩამოყალიბდეს სწრაფვა ფუნქციური მაქსიმუმისა ან მინიმუმისადმი, რასაც მოჰყვება საპასუხო სტრუქტურული ცვლილებები (მაგალითად, ფუნქციური მაქსიმუმის შემთხვევაში ყალიბ-

დება ათლეტიზმი და, პირიქით, მინიმალური ფუნქციის ფარგლებში ვითარდება ატროფია).

ფუნქციური ოპტიმუმის პრინციპი განაპირობებს ნორმალური მოძრაობითი სტერეოტიპის ჩამოყალიბებას და, პირიქით, კუნთების, მათი კუმშვადობის თვისების პათოლოგია აყალიბებს პათოლოგიურ მოძრაობის სტერეოტიპს. რადგან მს მოძრაობითი ჩვევის ფიზიოლოგიური საფუძველია, ეს ჩვევა კი ირღვევა კუნთების შეკუმშვა-მოდუნების არასწორი შეხამების გამო, რაც განაპირობებს სტრუქტურულ ცვლილებებს, კერძოდ ხერხემლის ოსტეოქონდროზს, დაწვრილებით შევჩერდებით ამ მოვლენებზე, რათა გავარკვიოთ პათოლოგიური მდგომარეობის განვითარების მექანიზმი და მისი თავიდან აცილების გზები.

განვიხილოთ ცნება „ლოკომოტორული პატერნი“.

ლოკომოტორული პატერნის გამომუშავება ხორციელდება კუნთების ხუთი ჯგუფით, რაც უზრუნველყოფს ნებისმიერ მოძრაობით რეაქციას:

1 — მამოძრავებელი კუნთები, ანუ აგონისტები,

2 — კუნთი-ფიქსატორები (სტაბილიზატორები), ანუ შემკავებლები, რომლებიც აკავებენ აგონისტს ერთ კუნთურ მიმდგომარეობაში;

3 — კუნთი-ნეიტრალიზატორები (ანეიტრალეზენ დამატებით შეკუმშვას);

4 — კუნთი-ანტაგონისტები (საწინააღმდეგო მოქმედებას ახორციელებენ);

5 — კუნთი-სინერგისტები (ამსუბუქებენ, აძლიერებენ მოძრაობის აქტს).

მოძრაობის რეაქციას არეგულირებს ნერვული სისტემა, ე. ი. ნეირონების პულსების კონკრეტული მოძრაობისთვის ფუნქციაში რთავს კუნთების ხუთივე ჯგუფს. ასეთნაირად მუშავდება ლოკომოტორული პატერნი. პირობითრეფლექსური კავშირების ჩამოყალიბების ტიპით ლოკომოტორული პატერნების ჩართვის თანმიმდევრობა ქმნის კომპლექსურ რეფლექსს, რომლის დროს ყოველი მომდევნო რეფლექსი წინა რეფლექსის დასაწყისია ან პირიქით. სწორედ ეს არის მოძრაობის სტერეოტიპი.

მოძრაობის სტერეოტიპი — სხეულის მოძრაობისა და მდებარეობის შედარებით მდგრადი ინდივიდუალური თავისებურებაა, განპირობებული ფუნქციური მოძრაობითი სისტემით, რომელიც გენეტიკურ-სტრუქტურულ-ფუნქციურ თვისებებს აერთიანებს ცხოვრების მანძილზე საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის შეძენილ თავისებურებებთან.

აღამიანს არცთუ ბევრი საბაზისო მოძრაობითი ჩვევა აქვს, რომელთაგანაც ყალიბდება სხვა ჩვევები. საბაზისო ჩვევებია:

1 — სიარული (დაყრდნობის ფაზაში — ექსტენზია, გადაადგილების ფაზაში — ფლექსია); 2 — სხეულის

სტატიკა, 3 — გულმკერდის აწევა და სუნთქვა, 4 — ზედა კიდურით ტაცი, 5 — სალექს-საყლაპავი აპარატის ცხოველქმედება. ვიმეორებთ, ამ საბაზისო მოძრაობითი ჩვევების საფუძველზე სხვა ჩვევებიც რეალიზდება.

მოძრაობითი სტერეოტიპის პათოლოგია ვლინდება კუნთების კუმშვადობის უნარის ცვლილებების — მათი დამოკლების, ან არანორმალური მოდუნების გამო. 60-იან წლებში ე. იანდამ დაადგინა კუნთების შეცვლილი, არანორმალური შეკუმშვის ტიპები: დაჭიმული, სპაზმური, დამოკლებული კუნთები — შეკუმშვის კონცენტრული ტიპი, და ჰიპოტონიური, მოდუნებული, პარეზული, გრძელი კუნთები — შეკუმშვის ექსცენტრული ტიპი. ლოკომოტორული პატერნები ყალიბდება შეკუმშვის კონცენტრული და ექსცენტრული ტიპების სწორი შეხამებით, პათოლოგიაც შეიძლება ამაზე იყოს დამოკიდებული. საჭიროა გავიხსენოთ კუნთები, რომლებსაც მიდრეკილება აქვს შეკუმშვის კონცენტრული და ექსცენტრული ტიპებისადმი: უპირატესად კონცენტრული ტიპის, ე. ი. შეკუმშვისადმი მიდრეკილების მქონე, — ფლექსორები; უპირატესად ექსცენტრული ტიპის, ე. ი. მოდუნებისადმი მიდრეკილების მქონე, — ექსტენზორები. დამოკლებისადმი მიდრეკილებას ავლენს აგრეთვე მკერდ-ღავიწ-ღვრილისებრი, მკერდის დიდი კუნთები, ტრაპეციული კუნთის ზედა ნაწილი, ბეჭის ამწევი კუნთი, ზედა კიდურების ფლექსორები, წელის კვადრატული კუნთი, ზურგის ექსტენზორები (გრძელი, მრავალწილოვანი, ერექტორი, როტატორები); ბარძაყის ფლექსორები, მსხლისებრი კუნთი, ბარძაყის მედიალური როტატორები, ქედის კუნთი და ყველა ადუქტორი, აგრეთვე ორთავა, ნახევრად მყესოვანი, თითისტარა, ქუსლის, კანჭის ტყუპი, დიდი წვივის უკანა კუნთები. ე. იანდას მონაცემებით, დამოკლებისადმი მიდრეკილება აქვს ბეჭქვეშა კუნთსა და მრგვალ პრონატორს (ხელზე); საეჭვო ცნობებია მუცლის ირბი კუნთსა და კიბისებრ კუნთზე; კუნთების პათოლოგიური ცვლილებების დროს დამოკლებისადმი მიდრეკილებას ავლენს აგრეთვე მუცლის სწორი კუნთი, სამივე ღუნდულა კუნთი, დიდი წვივის წინა კუნთი, კისრის ღრმა ფლექსორები, დელტისებრი კუნთები, ბარძაყის განიერი კუნთები, ბეჭის ქედზედა და ქედქვედა კუნთები, ფეხის ცერების გამშლელები, გარეთა დაკბილული კუნთი.

პათოლოგიური მს-ის ჩამოყალიბების მექანიზმის გარკვევისას საჭიროა იმის შესხენება, რომ არსებობს პოსტურული და ფაზური კუნთები. დადგენილია, რომ ცალ ფეხზე დგომისას ჩართულია ყველა პოსტურული კუნთი. კუნთის ტონუსში ბალანსის დარღვევა იწვევს კუნთების რეგიონულ პოსტურულ დისბალანსს, რომელიც ეხება არა მარტო ზურგს, არამედ კიდურებსაც. მაგალითად, ბარძაყის ადუქტორების დამოკლების

დროს იქმნება ბარძაყის დამოკლების კლინიკური სურათი; მრგვალი პრონატორის დამოკლებისას სუპინაცია შეზღუდულია და ამიტომ მოძრაობა ხორციელდება მხრის როტატორის ხარჯზე.

ამრიგად, ატიურომა ლოკომოტორულმა პატერნმა შეიძლება გამოიწვიოს პრპდ, რომელიც განსაზღვრავს მოძრაობითი სტერეოტიპის, მოძრაობითი ჩვევის ფუნქციონირებას. პასიური ტანდემობა ოპტიმალური მს-ის ფარგლებს სცილდება (არაოპტიმალური მს). ამიტომ დაზიანების სათავეების შესწავლის პერსპექტივისთვის ინტერესს მოკლებული არ არის საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის, კერძოდ, ხო-ის განვითარებაში ტანდემობის როლის შესწავლის საკითხი. ი. სეფერი (ესტონეთი, 1980) ტანდემობის დარღვევას უკავშირებს ტერფის ზედაპირზე სხეულის სიმძიმის კონსტიტუციურ განაწილებას. ესტონელი პროფესორი იხსენებს ვინმე ტაკერს, რომელიც ტანდემობას ყოფს სხეულის მდგომარეობის ორ მთავარ ტიპად:

I — მთავარი ტიპი — აქტიური ტანდემობა;

II — მთავარი ტიპი — პასიური ტანდემობა.

აქტიურ ტანდემობას ტაკერი მიაკუთვნებს სწორ ტანდემობას, რადგანაც ამ დროს „სხეულის სიმძიმე ტერფის გარეთა მხარეზე მოდის, თითები მიბჯენილია იატაკზე, სიგრძივი თალი დაჭიმული“ და კუნთების ჯგუფები — ანტაგონისტები ბალანსირებულია. ალბათ, ჩამოყალიბებული ლოკომოტორული პატერნები განპირობებულია ტანდემობით და მისი აქტიური ვარიანტი უზრუნველყოფს ბაზას ოპტიმალური მს-ის ფორმირებისთვის.

პასიური ტანდემობის შემთხვევაში შეიმჩნევა კუნთთა ჯგუფების დისბალანსი. ამ დროს ადამიანი „უფრო ტერფის შიგნითა მხარეს ეყრდნობა, განსაკუთრებით ქუსლსა და წინატერფის ძვლების თავებს“. ამასთან, „ტერფის სიგრძივი თალი საკმაოდ ვერ იჭიმება“. ასეთ ადამიანებს ხშირად უვლინდებათ მიდრეკილება ზოგიერთი დაავადებისა და დაზიანებისადმი, მათ შორის ხერხემლის ოსტეოქონდროზისადმიც. აქტიური

ტანდემობის მოშლილობა იშვიათია.

ტაკერისა და სეფერის კონცეფცია ემთხვევა ო. კოგანის კონცეფციას. ო. კოგანი მიიჩნევს, რომ ძვლოვანი აპარატის განვითარების ვარიანტი განსაზღვრავს ტანდემობის ვარიანტს, როგორც კანონზომიერსა და გარკვეულწილად შეძენილს ონტოგენურ მოძრაობის და პოზურ რეჟიმში. ასე, მაგალითად, წელის ნაწილში სწორი დგომადობისთვის მნიშვნელოვანია თორაკალურ-ლუმბური გადასვლის მდებარეობა ლუმბო-საკრალური გადასვლის ზემოთ: მარჯვნივ ან მარცხნივ გადაადგილება მოწმობს ამ ნაწილში სტატიკის დარღვევას; სტატიკის მნიშვნელოვანი მახასიათებელია პირობა, როცა მეთერთმეტე მალა წელის მეხუთე მალის უკან უნდა იყოს დაახლოებით 4 სმ-ით.

როცა ვიხილავთ საყრდენ-მამოძრავებელ აპარატის დაზიანების, განსაკუთრებით კი ხერხემლის ოსტეოქონდროზის მიზეზებსა და მექანიზმს, მივმართავთ გენეტიკურად განპირობებულ კონსტიტუციურ ფორმირებას, აგრეთვე სხეულის გამომუშავებულ მდებარეობას როგორც სტატიკაში, ისე დინამიკაში, რაც შეადგენს მს-ს. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, მს შედგება ერთმანეთისგან განუყოფელი სტატიკისა და დინამიკისგან. სტატიკა წამიერად გაშეშებული დინამიკაა, ისევე როგორც მშვიდი მდგომარეობაა შეჩერებული მოძრაობა. ამიტომ სტატიკაში ჩართულია დინამიკა და არც არავითარი დინამიკა არ არსებობს სტატიკის გარეშე. „პოზა აჩრდილივით თან სდევს მოძრაობას“ (შერიცკტონი). აქედან გამომდინარე, პოზიციის გამოკვლევა ხდება სტატიკაში, შემდეგ კი — მოძრაობაში, რათა გაირკვეს რეზერვი.

სტატიკის შეფასებისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს მენჯის მდგომარეობას, რადგანაც ის განსაზღვრავს მს-ის თავისებურებას. კლინიკურად განისაზღვრება მენჯის სამი ტიპი. მენჯის შეფასებასა და მისი ტიპის გამოვლენას ახორციელებენ შემდეგ სტატიკურ საწყის მდგომარეობაში: ძირითადი დგომა, ხელების ცერები წინაა, ფეხები ერთმანეთთან მიღებული, მზერა წინ არის მიმართული.

ს ა მ ი ტ ი პ ი ს მ ე ნ ჯ ი

ნიშნები	პრონატორიუმი		
	მაღალი	საშუალო	დაბალი
1	2	3	4
1. L ₄ დისკოს რენტგენოგრაფიული პოზიცია (გვერდიდან)	თუძოს ძვლის ქედის ხაზის ზემოთ	ამ ხაზის სიმაღლეზე	ამ ხაზის ქვემოთ
2. გავის ძვლის დაზიანება პორიზონტალისკენ	51 — 70°	36 — 50°	15 — 35°, ე. ი. პიპერკიფოზი

1	2	3	4
3. S ₁ მაღას ზედაპირის დახრილობა პორიზონტალისკენ	15 – 35°	36 – 50°	51 – 70°
4. L ₅ -ის ფორმა	მართკუთხა, L ₅ -ის დისკო L ₄ -ზე მაღალია	სოლისებრი, L ₅ -ის დისკო L ₄ -ის დისკოზე დაბალია	უფრო სოლისებრი, L ₅ -ის დისკო მნიშვნელოვნად დაბალია
5. მაქსიმალური ძვრადობის დონე		L ₄ – L ₅	L ₄ – L ₅
6. თეძო – წელის იოგის ფუნქცია	L ₅ -ის სუსტი ფიქსაცია	L ₅ -ის კარგი ფიქსაცია, L ₄ -საც	
7. დატვირთვის გაღამტანი სტრუქტურა	L ₅ -ის ნამკეტი ფირფიტა	იგივე	L ₅ – S ₁ მაღათაშორისი და გავა – თეძოს სახსარი
8. კლინიკა	L ₅ დისკოს პიპერმოხილობა, დევენერაცია, თიაქარი, თეძო – წელის იოგების მტკივნეული დასბულობა	L ₄ -L ₅ -ის შბ და დაზიანება	მენჯ – ბარძაყის სახსრისა და გავა – წელის შესახსრების ართროზი

ტანდემობის გამოკვლევას დინამიკაში ახორციელებენ სიმძიმის გადატანის საშუალებით, რომლის დროს მნიშვნელობა აქვს ორ კუნთს, – მკერდის დიდ კუნთსა და ტრაპეციულ კუნთს (რომბისებრ კუნთთან ერთად). არაოპტიმალური მოძრაობის სტერეოტიპის დროს, როცა ტვირთი და ხელი წინ არის გადატანილი, ტვირთის დიდი ნაწილი მოდის მხრის სარტყლის ზედა ფიქსატორებზე; ამის გამო იმ ადამიანებს, რომლებიც შესაბამის შრომით საქმიანობას ეწევიან, ზედმეტად ეტვირთებათ აღნიშნული კუნთები, რაც შეიძლება კუნთების დამოკლების მიზეზი გახდეს. ასეთ

პირებს თავი წინა აქვთ გამოწეული და გადიდებული აქვთ კრანიალ-ცერევიკალური სეგმენტის ლორღოზი.

მს-ის განსაზღვრაში, კუნთების ფაქტორის გარდა, სახსრებსაც აქვს მნიშვნელობა. სახსრებში ძვრადობის მიხედვით ადამიანებს ყოფენ 2 ჯგუფად: I – ჰიპერმოხილურნი და II – ჰიპომოხილურნი. სახსრებში ძვრადობა ორგანიზმის მექანიკური ნიშან-თვისებაა. რაც უფრო დიდია მაღათაშორისი დისკოები, მით მეტი ძვრადობაა ამ სეგმენტის სახსარში. ჰიპომოხილობა ხშირად პათოლოგიურიც არის.

ჰიპერმოხილობის კლასიფიკაცია

კონსტიტუციური	გენერალიზებული	ლოკალური (სეგმენტური)
ნორმის ვარიანტია. დაკავშირებულია მყესების, კაფსულების, იოგების ჭარბ გაჭიმვასთან და ყველაზე არ ლოკალიზდება (ხან ხელუბშია, ხან ფეხებში).	პათოლოგიური ჰიპერმოხილობაა ზოგიერთი თანდაყოლილი და სეროლოგიური დაავადების დროს (აღიერებს კუნთების დისტროფიას და სხვ.).	პათოლოგიურია, დაკავშირებულია ზერზემალში მოძრაობით ძვრადობასთან და განისაზღვრება ზერზემლის სტრუქტურული თავისებურებებით.

არსებობს ზონები (ადგილები), რომლებშიც უფრო ხშირად ვლინდება ჰიპერმოხილობა: L₄-L₅, თორაკალურ-ლუმბური გადასასვლელი, ლუმბურ-საკრალური გადასასვლელი. კისრის ღრმა ექსტენზორების (ისინი მგრძნობიარენი არიან კეფაზე მიმაგრების ადგილებში) ხანგრძლივი დამოკლების შემთხვევაში კისრის ფლექსორები იმდენად სუსტდება, რომ ეს მკაფიოდ ვლინდება განსაზღვრული სინჯების დროს: ს. მ. – ზურგზე წოლა მოხრილი ფეხებით. პაციენტს არ

შეუძლია თავის წამოწევა (იმდენადაა მოდუნებული კისრის ღრმა ფლექსორები) ან არ შეუძლია თავის დაჭერა; კისრის-ტონურ რეფლექსებში – მოშლა; ზერზემლის გრძელი კუნთი დაძაბულია სხვადასხვა ადგილას.

აღსანიშნავია, რომ ზემოთ მითითებული მოშლილობა ჰიპერმოხილობის დასაწყისი ხდება, რაც ამწვაკებს სხვა სეგმენტების მდგომარეობას. ჰიპერმოხილობა L₄-L₅-ში (იშვიათად L₅-S₁-ში) ობიექტურად დგინ-

დება ლორდოზით (დგომში) და კიფოზით (ჯდომში).

განვარდობთ მს-ის ფიზიოლოგიის განხილვას ხერხემლის ოსტეოქონდროზის განვითარებასა და კლინიკურ გამოვლინებებში პირველადობის ინტერპრეტაციის, აგრეთვე ამ გართულებების თავიდან აცილების ეტიოპათოგენეზური პროგრამის განსაზღვრის თვალსაზრისით.

ს ი ა რ უ ლ ი გამოყენებულია პასიური ტანდევობისკენ მიდრეკილების განსაზღვრის ტესტად. ნორმალური სიარულის დროს (ე. ი. აქტიური ტანდევობას) ნაბიჯები თანაბარია, დატვირთვა თანაბარზომიერადაა განაწილებული; მენჯი ოდნავ, მსუბუქად გადაადგილდება ერთი მხრიდან მეორეზე (არ ეშვება დაბლა!). თორაკალურ-ლუმბური გადასასვლელი სიარულის ყველა ფაზაში მენჯის ზემოთაა; თავი აკეთებს მცირე მოძრაობას; ხელები სიმეტრიულად მოძრაობს (ან მარცხენა ხელი ოდნავ მეტი ამპლიტუდით) და მოძრაობა მათი მხრებიდან მომდინარეობს; ბეჭი ფიქსირებულია ქვემოდას, მისი ზედა ფიქსატორები მოდუნებულია; სიმძიმის ცენტრი უმნიშვნელოდ გადაადგილდება და, ამრიგად, ადამიანი სწორად დადის.

პ ა თ ო ლ ო გ ი უ რ ი ს ი ა რ უ ლ ი ს დ რ ო ს ღუნდულა კუნთები მოდუნებულია, მუცელი-ჩამოკიდებული. ბარძაყის გაშლა ზორციელდება არა ღუნდულა კუნთების, არამედ ხუნ-ის გამშლელების ხარჯზე. ასეთ პათოლოგიური თავისებურებების სიარულს „ამაყ“ სიარულს უწოდებენ. ის განსაზღვრავს ჰიპერმობილობის განვითარებას, მალეების წინ, უკან და გვერდით გადაადგილებას.

საინტერესოა პოსტურული დისბალანსის პირველადობისა და მის შემდგომ ხერხემლის ოსტეოქონდროზის კონცეფცია, რომელიც გადმოცემულია პროფ. ვ. იანდას სტატიაში „კუნთები, როგორც ზურგის ტკივილის პათოგენეზური ფაქტორი“ (ქრისტიანული ეკლესიის ბმობ IV კონფერენციის მასალები, ახალი ზელანდია, I-23, 1982 წ.). ამ სტატიის თარგმანი ინგლისურიდან მოგვყავს ქვემოთ.

ზურგის დაავადებების (რომლებიც ხშირად სამიდან ექვს კვირამდე გრძელდება) კომპლექსურ მკურნალობაში იყენებენ სიმშვიდესა და მედიკამენტებს, ან მანუალურ თერაპიასა და ფიზიოთერაპიას. ამასთან, არ არსებობს არც ერთი მეთოდიკა, რეციდივის აცილება რომ შეეძლოს. ამიტომ საინტერესოა გასმადჯიანისა და კ. ლევიტის მიერ შემუშავებული მეთოდები. მათ გამოიყენეს დისტროფიასა და პოსტურულ დისბალანსზე ზემოქმედების სხვადასხვა საშუალება, რომელთა მეშვეობითაც ზურგში ტკივილის დაბრუნებას ხელი ეშლება. არსი მდგომარეობის დაძაბულ და მოდუნებულ კუნთებს შორის ურთიერთობის რეგულაციაში, ეს ურთიერთობა კი პოსტურული დისბალანსის სახით წინ უსწრებს დაავადების განვითარებას. აუცი-

ლებელი ვარჯიში მიმართულია დაძაბული კუნთების მოდუნებისა და მოდუნებული კუნთების გამაგრებისკენ. ამასთან, მოდუნებული კუნთების გამაგრებელი ვარჯიშები არ უნდა გრძელდებოდეს პოსტურული სინერგისტების შეკუმშვაზე (გაძლიერებაზე), რადგანაც ეს უკანასკნელნი მოქმედებენ ადრე და უკეთ, ვიდრე სავარჯიშო კუნთები, რაც არღვევს პოსტურული დისბალანსის კორექციის პრინციპს. აი, რატომ არის მიუღიბლი ჰატანვარჯიშო ვარჯიშები, რომლებიც მოიცავენ იმ კუნთთა ჯგუფების შეკუმშვასა და მოდუნებას, რომელთაც საპირისპირო ტონუსური დანიშნულებები აქვთ ოპტიმალური მს-ის შექმნაში, რაც უზრუნველყოფს აქტიურ ტანდევობას, სწორ მოძრაობით ჩვევებს. ეს უკანასკნელნი, თავის მხრივ, ორგანიზმს აცილებენ კუნთები პოსტარულ დისბალანსს, — ამ ერთ-ერთ ძირითად პათოზომექანიკურ კომპონენტს, რომელიც ხელსაყრელი პირობაა მს-ისა და სხვა გამოვლინებების, მათ შორის, შესაძლებელია, თვით ხერხემლის ოსტეოქონდროზის განვითარებისთვისაც კი.

მედიცინის დოქტორი ხ. შმიდი ბერნის (შვეიცარია) ლინდენჰოფის ჰოსპიტლის ფიზიკური მედიცინის განყოფილებაში ავადმყოფთა მკურნალობის კურსის დასაწყისშივე იყენებს თანაავტორებთან ერთად შემუშავებულ ფიზიკურ ვარჯიშებს აღნიშნული დანიშნებით. ფიზიკური ვარჯიშების კომპლექსი გათვალისწინებულია — 5-წუთიანი მეცადინეობებისთვის, მათი რამდენჯერმე განმეორებით დღის განმავლობაში, ხანგრძლივი, უწყვეტი კურსით, ე. ი. ავადმყოფი ვარჯიშებს სისტემატურად უნდა იმეორებდეს სტაციონარიდან გაწერის შემდეგაც, ოღონდ იმ შემთხვევაში, თუ სახსრები ნორმალური მობილობის აქვს და ნევროლოგიური სიმპტომატიკა არ აღენიშნება. შმიდის მიერ რეკომენდებული რამდენიმე ვარჯიში, აგრეთვე ნ. ავალიანის, ა. რობაქიძის და ა. ნეკრასოვის მიერ შემუშავებული ფიზიკური ვარჯიშები მთ-ის ილეთების გამოყენებით ჩართულია სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურის კომპლექსში ხო-ის კლინიკური გამოვლინებების შემთხვევისთვის (რეაბილიტაციის პოსტკონვალესცენტური ფაზა).

ხერხემლის ოსტეოქონდროზის დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის მეთოდიკა

ცალკეული დაავადებებისათვის სამკურნალო ფიზიკულტურის სპეციფიური მეთოდიკების ძიების აუცილებლობაზე მიუთითებენ ცნობილი მეცნიერები. ამასთან, უკანასკნელ წლებში ავტორების მიერ უმეტეს გა-

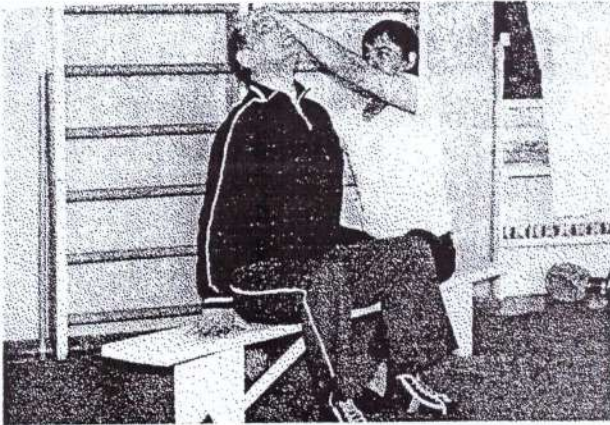
მოქვეყნებულ სამეცნიერო შრომებსა და მეთოდური ხასიათის ლიტერატურაში გრძელდება რეკომენდაციების მიცემა დიდი ხნის ცნობილი ამორფული, პათოგენეტიკურად არაადეკვატური ფიზიკური ვარჯიშების გამოყენებაზე ხერხემლის ოსტეოქონდროზით დაავადებულთა მკურნალობასა და მისი კლინიკური გამოვლინებების პროფილაქტიკის კომპლექსში.

აღნიშნული ნაკლის გათვალისწინებით საქართველოს კურორტოლოგიისა და ფიზიოთერაპიის ს/კ ინსტიტუტის ბალნეოთერაპიისა და სამკურნალო ფიზკულტურის განყოფილებამ მოახდინა მანუალური თერაპიის ზოგიერთი ხერხების მოდიფიკაცია სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურებში გამოყენებით და 210 ავადმყოფზე ჩაატარა დაკვირვებები.

სვპ-ის ამოცანა	ფიზიკური ვარჯიში (ვპ)	მეთოდური შენიშვნები
1	2	3
1) ნერვ-სისხლძარღვთა წარმონაქნებზე მექანიკური ზედაწოლის შემცირება.	გაჭიმვითი ხასიათის ვპ-ები ხერხემლის ღერძის გასწვრივ; ხერხემლის აქტიური გაჭიმვა თავისუფალი ვარჯიშებით; ვარჯიშები კიდეში ან ნახევარკიდეში, რომლებიც ამცირებენ გულმკერდის კოფოზსა და წელის ღორღოზს; ამხანაგის დახმარებით პირ-ის გზით პასიური გაჭიმვა წოლით მდგომარეობაში, ჯდომა და ღდომაში; ვარჯიშები გაწელვაზე ხმს-ის იმ მხარეზე, სადაც მოხდება მალბის შორის მანძილის გადიდება (პროტრუზიის მხარეს).	ვარჯიშები უნდა ჩატარდეს ისეთ ს.მ.-ში ისეთი ინტენსივობით, რომ ხმს-ებისათვის მოხდეს ოპტიმალური დიაპაზონის ტრაქცია. სპეციალურ ვარჯიშებს წინ უნდა უსწრებდეს დამხმარე ვარჯიშები და მასაჟი, რომლებიც მიმართული იქნება სხეულის კუნთების რელაქსაციისკენ (ვიბრომასაჟი, აქტიური მოძუნება იდეომოტორული აუტორელაქსაციის მეთოდიკით). პროტრუზიის საწინააღმდეგო მხარეს ზნექების ფართოვლება სახსრის ზვრელი, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ინერციით ბირთულას შეტი გამოწვევა ლატერალურად, ამიტომ ასეთი ვარჯიშები ექიმის მიერ ინიშნება.
2) ბიომექანიკური გადაადგილების თავიდან აცილება და ხერხემლის სახსრებში ნორმალური ურთიერთდამოკიდებულების აღდგენა (ვპ-ის ლიკვიდაცია)	ბხმს-ში ან პიპოზიობილურ ხმს-ში მოძრაობები ტანვარჯიშული ვარჯიშებით საგნებით ან ზედაწოლით.	ვარჯიშები წინაწინების სახით (ფლექსიური ბლოკებისას), უკუზნექით (ექსტენზიური ბლოკებისას), განზე ზნექებით (ლატეროფლექსიური ბლოკებისას), ბრუნებით (როტაციის შეზღუდვისას) და დიაგონალური სრულდება პიპერმობილური სეგმენტების დაზოგვით.
3) პრპდ-ზე ზემოქმედება რეფლექტორული და მიოგენური კონტრაქტურების მოხსნით და სტრუქტურებიდან აფერენტაციის გაძლიერებით, რაც მიმართულია კუნთების რეცეპტორული დამოკიდებულების რეგულირებისაკენ.	ვპ პირ-ით და პპირ-ით (იზომეტრულ დაძაბვას ვაღწევთ იპსილატერალურად განლაგებული ანტაგონისტური კუნთების შეკუმშვით ადეკვატური წინააღმდეგობის გაწევის ხარჯზე); ვარჯიშები პიპერტონუსურ სეგმენტებთან სტრუქტურულ-ფუნქციურ კავშირში მყოფი კუნთების ჩართვით.	მეთოდურად მიუღებელია ძლიერი იზომეტრული დაძაბვები პირ-ის ჩატარებისას, რადგან ვერ მივაღწევთ სასურველ რელაქსაციას.
4) ქსოვილებში დისტროფიული პროცესის გამო განვითარებული ხმს-ში მოძრაობის შეზღუდვის მოხსნა.	არამყარი ართროგენულ კონტრაქტურებულ ქსოვილებში პასიური მოძრაობები სახსარში „თამაშის“ სახით.	სპეციალური ვარჯიშები სრულდება გამახურებელი ვარჯიშებისა და კუნთოვანი გამკვირვების თელვის შემდეგ.
5) კუნთური კორსეტის შექმნა სწორი ტანდევობის ფორმირებისათვის და საყოფაცხოვრებო და საწარმოო პოზების პიგიენა.	ტანვარჯიში აქტიური ტანდევობის ფორმირებისათვის, კუნთების ძალისმიერი გამძლეობის განვითარებაზე, რაც უზრუნველყოფს ჯდომისას, სიარულისას, საყოფაცხოვრებო და საწარმოო მოქმედებისას სწორი ჩვევების ჩამოყალიბებას.	ამოცანების შესრულებაზე მიმართულ მოძრაობის რეჟიმში დავიცავთ სისტემატურობის, შეგნებულობისა და განმეორების დიდაქტიკური პრინციპები.
6) საერთო ფიზიკური მუშაობისუნარიანობის გაზრდა.	აერობულ რეჟიმში ციკლური ხასიათის ვარჯიშები საერთო გამძლეობის განვითარებისათვის.	საექიმო-პედაგოგიური დაკვირვება და საერთო ფიზიკური მუშაობისუნარიანობის განსაზღვრა ველოერგომეტრით ან სტეპ-ტესტით.

**საპედალური საპურნალო ტანვარჯიშის
ილეთები, რომლებიც ჩვენებად მიხედ-
ვით იხმარება პროცედურების პირითად
ნაწილში**

ჩვენება — ხერხემლის კისრის ნაწილში (ხპნ) მტკივ-
ნეულობა და გაშლის შეზღუდვა.
კისრის ექსტენზიის მობილიზაცია (მბ) პირ-ით
(აპირ-ით).



ს.მ. — ტანვარჯიშის სკამზე ჯდომა, ხელები ეყრდნობა
სკამს ბარძაყებთან; ამხანაგი ზის („მხედრულად“)
სკამზე მარცხნივ, სახით ავადმყოფისკენ და მარ-
ცხენა ხელს ადებს შუბლზე, მარჯვენას კი — ბე-
ჭებს შორის;

თვლაზე: 1-8 — კისრის ფლექსორების შეკუმშვა, ამხა-
ნაგი უწევს ადეკვატურ წინააღმდეგობას
(იზომეტრიული დაძაბვა — იძ);

9-10 — მოდუნება, ამოსუნთქვა, მარცხენა ხელის
გაყოლებით სრულდება თავის პასიური გაზნეკი
დაძაბვამდე, მარჯვენა ხელი იჭერს ზეგანს ს. მ.-
ში;

11-21 — იგივე მიღწეული მდგომარეობიდან.

2-4-ჯერ. განმეორებებს შორის პაუზა 10 წამი.
იგივე, „როლების“ შეცვლით.
იზომეტრიული დაძაბვა არ უნდა იყოს მაქსიმალური.

კისრის მომხრელების ძლიერი ტკივილისას ტარ-
დება აპირ ამხანაგის მარჯვენა ხელის კეფაზე
დადებით.

ჩვენება — ხპნ-ში მტკივნეულობა და მოხრის შეზღუდ-
ვა.

ხპნ-ში ექსტენზორების აპბ.

ს.მ. — ტანვარჯიშის კედელთან ზურგით დგომა, ტაცი
ქვემოდან წელის ღონეზე;

თვლაზე: 1-4 — ღრეკადი ზნექები წინ თავის მუცელთან



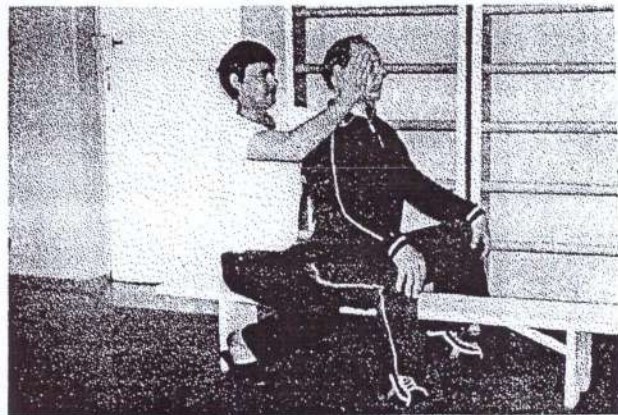
მიტანით, ამოსუნთქვა;

5-6 — ს. მ.-ში დაბრუნება.

7-8 — პაუზა.

4-8-ჯერ. წინხნექს ვახვედრებთ ბლოკირებულ ხმს-
ზე.

ჩვენება — ხპნ-ში მოძრაობების შეზღუდვა და მტკივ-
ნეულობა;
ხპნ-ის მბ პირ-ითა და ტრაქციით



ს.მ. — ტანვარჯიშის სკამზე „მხედრულად“ ჯდომა წვეილ-
ში, უკან მჯდარ ამხანაგს უკავია პაციენტის თავი

გვერდებიდან, თითებით ზემოთ ისე, რომ ყურები რჩება ცერსა და საჩვენებელ თითს შორის;

თვლაზე: 1-5 — ამხანაგი ადგიკატურ წინააღმდეგობას უწევს (იღ) პაციენტის თავის შეწევას მხრებში; 6-8 — პირ ტრაქციით ვერტიკალურად ზევით და-ძაბვამდე;

9-16 — იგივე მიღწეული მდგომარეობიდან. 2-ჯერ. ტრაქცია სრულდება შესწავლის შემდეგ, ძალიან სუსტად, არასასიამოვნო შეგრძნების გარე-შე.

ჩვენება — ხბნ-სა და ხწნ-ში ბრუნვის შეზღუდვა და მტკივნეულობა.
ზეტანის როტაციის ამბ პირ-ით.



ს.მ. — ტანვარჯიშის კედელთან დგომა ზურგით, ზეტანის მარცხნივ შემობრუნებით ხელებით ტაცი მხრე-ბის დონეზე;

თვლაზე: 1-6 — ვეცადოთ ზეტანის შემობრუნება მარ-ჯვნივ ხელების გაუშვებლად (იღ);

7-8 — ხელების გაშვებით ზეტანის ბრუნი მარ-ჯვნივ და ღერძზე ტაცი.

9-16 — იგივე საწინააღმდეგო მხარეს.

2-4-ჯერ თითოეულ მხარეს.

17-18 — ამოსუნთქვა; ბრუნი სრულდება ტერფე-ბის მდგომარეობის შეუცვლელად.

ჩვენება — მენჯ-ბარძაყის სახსარში გაშლის შეზღუდ-ვა და მტკივნეულობა.

აქტიური მოძრაობა მენჯ-ბარძაყის სახსრებში.

ს.მ. — ტანვარჯიშის კედელთან ზურგით დგომა ფეხ-შლით, ქვემოდან ტაცი წელის დონეზე;

თვლაზე: 1-2 — მენჯის წრიული მოძრაობა.

6-8-ჯერ. ტემპი ნელი.

მენჯის წინ გაწევისას წელში არ უნდა გავიზნი-ქოთ.

ჩვენება — ხბნ-სა და ხბნ-ში განზე ზნეკის შეზღუდ-ვა და მტკივნეულობა.
ხბნ-ისა და ხბნ-ის ლატეროფლექსიის ამბ.



ს.მ. — ტანვარჯიშის კედელთან მარჯვენა გვერდით დგომა, მარჯვენა ხელით ტაცი წელის დონეზე, მარცხენა ხელით — თავის დონეზე;

თვლაზე: 1-2 — ხელების გამართვით თავისა და ზეტანის ზნეკი მარჯვნივ, ამოსუნთქვა;

3-4 — ს. მ.-ში დაბრუნება.

ვარჯიში სრულდება ღრეკადი მოძრაობებით.

ჩვენებისას შეიძლება შესრულდეს პირ ან აპირ.

ჩვენება — ხწნ-სა და მენჯ-ბარძაყის არეში გაშლის შეზღუდვა და მტკივნეულობა.

ხწნ-ისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში ფლექსო-რების ამბ:

ს.მ. — ფეხშლით დგომა, ჯოხი უკან მენჯის დონეზე;
თვლაზე: 1-2 — ჯოხის წელს ზემოთ აწევით ორი დრეკადი ნახევრადბუქნი;
 3-4 — ჯოხის ს. მ.-ში დაშვებითა და დუნდულებზე დაწოლით დორსალურ-ვენტრალური მიმართულებით შესრულდეს გაზნეჩები. 3-ჯერ.
 შეიძლება მუხლები ოდნავ მოიხაროს (10°-მდე)

ჩვენება — ხბნ-ში როტაციის შეზღუდვა და მტკივნეულობა.
 ხბნ-ში როტაციის აპბ.



ს.მ. — ჯდომა, თავი პირდაპირ, მარცხენა ხელი თავს უკანა ნებით მარჯვენა კეფის არეში, თითებით ყურზე, ცერი ყურის ქვემოთ, მარჯვენა ხელი თავსდება მარცხენა ქვედა ყბაზე;

თვლაზე: 1-6 — იზომეტრიული დაძაბვა მარცხნივ თავის მობრუნების ცდით, შესუნთქვა;
 7-8 — პასიური როტაცია მარჯვნივ დაძაბვამდე, ამოსუნთქვა;
 9-16 — იგივე მიღწეული მდგომარეობიდან პირით. 1-ჯერ.
 ჩვენებისას გარჯიში შეიძლება შესრულდეს ორივე მხარეს.
 გარჯიშის შემდეგ დაბრუნება პირველად ს. მ.-ში მსუბუქი წინააღმდეგობის გადალახვით. მთავრდება კისრის უკანა — გვერდითი კუნთების სრესითა და თელვით.

ჩვენება — ხბნ-სა და ხწნ-ში მოხრის შეზღუდვა და მტკივნეულობა.

ხბნ-ისა და ხწნ-ში ექსტენზორების აპბ.

ს.მ. — ფეხშლით დგომა, ჯოხი ტაციტ განივრად გვიჭირავს თავს უკან;

თვლაზე: 1-4 — დრეკადი წინზნეჩი, ჯოხის სინქრონულად კისერზე დაწოლით.

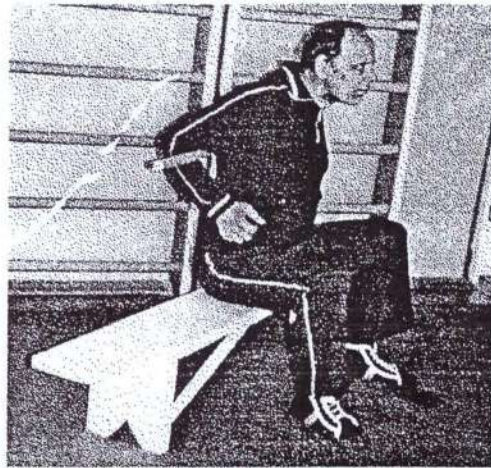
5-6 — ს. მ.-ში დაბრუნება;

7-8 — პაუზა.

4-8-ჯერ, ნელი ტემპით.

ჩვენება — ხბნ-ში საგიტალურ სიბრტყეში მოძრაობის შეზღუდვა და მტკივნეულობა.

ს.მ. — ჯდომა, ჯოხი ზურგსუკან იდაყვების ნაკეცებშია;



თვლაზე: 1 — თავის წინ გამოწევა იდაყვებისა და ბეჭების ერთმანეთზე მიახლოებით;



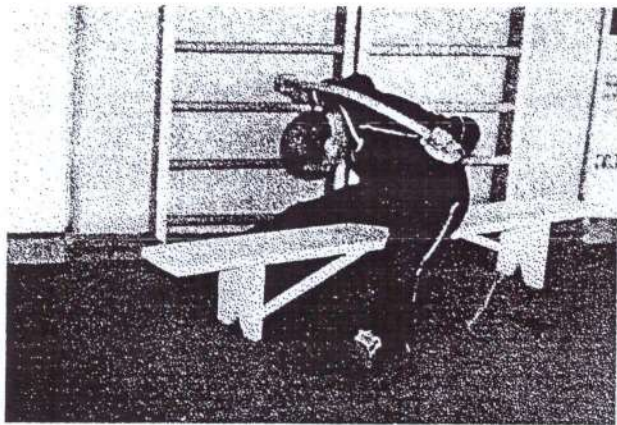
2 — თავის დორსალურად გაწევა, ნიკაპის კისერ-

თან მიახლოებით, ხელების გაცურება ჯოხზე განივად.

8-ჯერ, ტემპი ზომიერი.

ჩვენება — ხპნ-ს, ხბნ-სა და ხფნ-ში მოხრის მტკივნეულობა და შეზღუდვა.

ს.მ. — ტანვარჯიშის სკამზე „მხედრულად“ ჯდომა, ჯოხი თავს უკანაა;



თვლაზე: 1-ჯოხი ზევით, შესუნთქვა;

2-4 — ჯოხის ს. მ.-ში დაბრუნება და ფეხების გამართვით ზეტანის დრეკადი წინხეკი, ამოსუნთქვა.

4-8-ჯერ, ტემპი ზომიერი.

მხოლოდ ხფნ-ის მპ-ისას წინ ვიხრებით სწორი ზურგით და თავი გვიჭირავს ზევით.

ჩვენება — ხპნ-ში შეზღუდვა და მტკივნეულობა. ხპნ-ის აპბ.

ს.მ. — სკამზე ჯდომა;



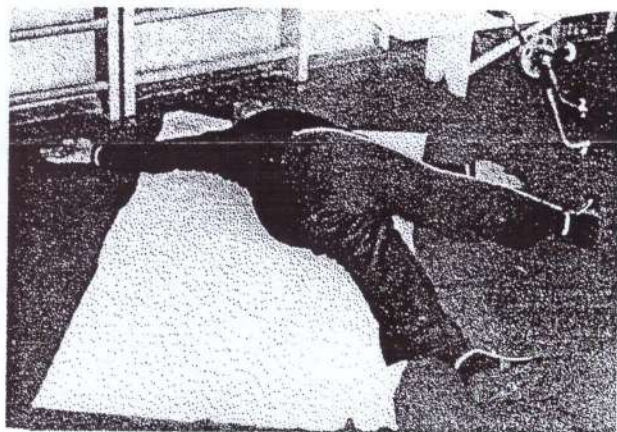
თვლაზე: 1-2 — თავის ზევით აწევა და მარჯვნივ მობრუნება;

3 — თავი დიაგონალურად დავხართ ისე, რომ ნიკაბით ვეცადოთ შევეხოთ მარცხენა ლავიწის შუა ადგილს; 4 — ს. მ.-ში დაბრუნება.

5-8 — იგივე მეორე მხარეს. 4-8-ჯერ.

ჩვენება — ხფნ-სა და ხბნ-ში როტაციის შეზღუდვა და მტკივნეულობა.

ხფნ-ისა და ხბნ-ის როტაციის (მარჯვნივ და მარცხნივ) აპბ.



ს.მ. — ზურგზე წოლა, ხელები და ფეხები განზეა;

1 — შესუნთქვა; 2 — ამოსუნთქვაზე თავის მარჯვნივ მობრუნებით მარჯვენა ფეხის გადატანა მარცხნივ;

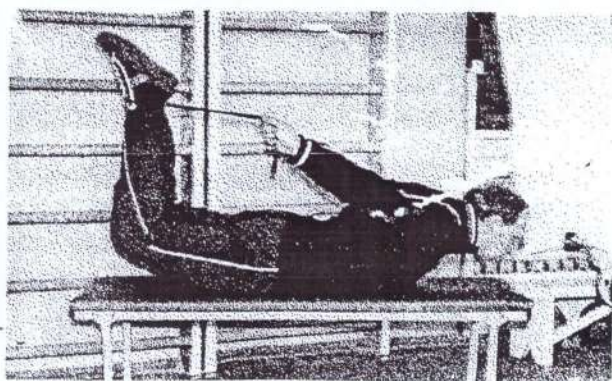
3 — ს.მ.-ში დაბრუნება, 4 — პაუზა.

5-8 — იგივე მარცხენა ფეხით. 4-ჯერ.

ფეხის გადატანისას მუხლში მოხრა შეიძლება 45°-მდე.

ჩვენება — მენჯის არეში გაზნევის შეზღუდვა და მტკივნეულობა.

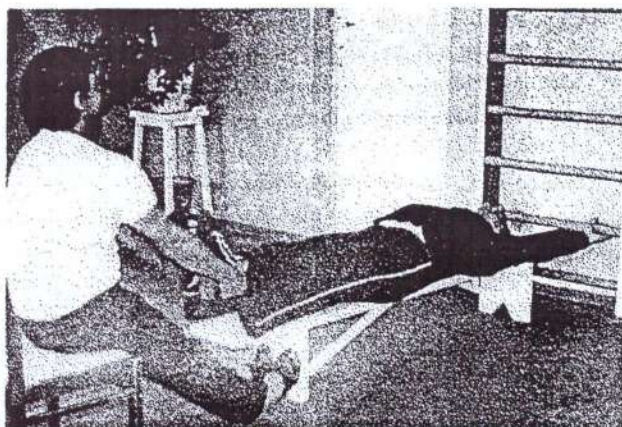
მენჯ-ბარძაყის არეში ფლექსორების მპ.



1. ს.მ. — მუცელზე წოლა, მუხლები მოხრილია, ტერფები ეყრდნობა სახტუნელას, რომლის ბოლოები ხელებში გვიჭირავს;

თვლაზე: 1-2 — სახტუნელას გაუშვებლად ფეხების გაშლა წელსა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში გაზნეკით.

3-4 — ს.მ..



რავს წვივები კოჭ-წვივის სახსართან;

სრულდება ტრაქცია დაძაბვამდე;

თვლაზე: 1-6 — ფეხების შეწევაზე (წელის კვადრატული კუნთების შეკუმშვით) ადეკვატური წინააღმდეგობის გაწევა (იღ);

7-8 — პაციენტი ამოსუნთქვაზე ღუნდება და ამხანაგი ზეტანის უკან გაწევით ახორციელებს ტრაქციულ ზემოქმედებას. 4-ჯერ.

ამხანაგს შეუძლია მიიღოს უფრო მოხერხებული მდგომარეობა, მაგალითად — ერთ მუხლზე დგომა.

ჩვენება — წინწევის შეზღუდვა და გაძნელება.

სწნ-ში ექსტენზორების აპპ.

ს.მ. — ტანვარჯიშის კედლის პირველ ლერძზე დგომა, ტაცი გულმკერდის ღონეზე.

2. ს.მ. — ტანვარჯიშის კედელთან ზურგით დგომა, ფეხი ცერით ეყრდნობა პირველ ან მეორე ძელს, ხელებით ტაცი (ნებით წინ) წელის ღონეზე, ამხანაგი გვერდით დგას და ხელებით იჭერს გავასა და მუცელს;

თვლაზე: 1-2 — მენჯის წინ ზამბარისებრი გაწევა ფეხების მენჯ-ბარძაყის სახსრებში გაშლით. 4-8-ჯერ. სახტუნელას ფიქსაციისათვის საჭიროა ტერფების მოხრა ტერფზურგისაკენ. ვარჯიშის მეორე ვარიანტში მოძრაობა შეიძლება მიმართული იყოს დიაგონალურად (ჩვენებების შემთხვევაში).

ჩვენება — სწნ-ში და სწნ-ში როტაციის შეზღუდვა და მტკივნეულობა.

სწნ-ის, სწნ-ის და ქვედა კიდურების სახსრების მბ ტრაქციით.

ს.მ. — ზურგზე წოლა თავით ტანვარჯიშულ კედლისაკენ ისე, რომ ხელები ზემკლავში ფიქსირდება პირველ ლერძზე, ამხანაგი ზის ფეხებთან და უჭი-



თვლაზე: 1 — ბუქნი (ნახევრადბუქნი);

2-3 — დრეკადი წინწნეკი ფეხებისა და ხელების გამართვით და მენჯის უკან გაწევით;

4 — ნახევრადბუქნის გავლით ს. მ.-ში დაბრუნება.

4-6-ჯერ, ზომიერ ტემპში.

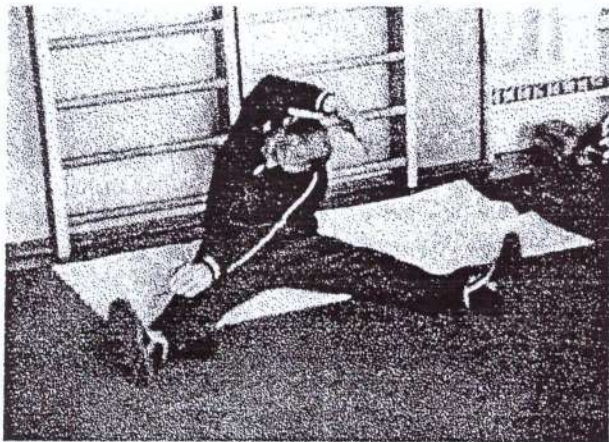
წინწნეკისას თავი იხრება წინ, ს. მ.-ში დაბრუნებისას თავი პირდაპირ. სუნთქვა ნებისმიერია.

იგივე შეიძლება შესრულდეს პირ-ით და აპირ-ით ამხანაგის დახმარებით.

ჩვენება — ხბნ-ში პოლისეგმენტური უბ-ები, მტკივნეული დაძაბულობა.

ხბნ-ში ლატეროფლექსორების აპმ.

ს.მ. — ჯდომა ფეხშლით განივად, განმკლავი;



თვლაზე: 1-2 წინწნეკი, მარცხენა ხელის თითებით მარჯვენა ფეხის ცერისკენ მიზიდვა, ერთდროულად მარჯვენა ხელი ზევით, ნებით შიგნით, და ზნეკი მარცხნივ;

3-4 — ს. მ.-ში დაბრუნება.

5-8 — იგივე მეორე მხარეს. 2-ჯერ.

ცალმხრივი დაძაბულობის შემთხვევაში ვარჯიშში შესრულდეს მხოლოდ ერთ მხარეს.

ჩვენება — ხბნ-ში გაზნეკის შეზღუდვა და კიფოზი. ხბნ-ში ექსტენზიის მიმართულებით მპ.

ს.მ. — ფეხშლით ღგომა, სახით ტანვარჯიშული კედლისკენ, ერთი ნაბიჯით უკან, ტაცი გულმკერდის დონეზე, მარცხნივ მდგომი ამხანაგის მარჯვენა ხელი ეხება პაციენტის პიპომობილურ ხმს-ს, მარცხენა ხელი კი — გულმკერდის არეს;

თვლაზე: 1-5 — ზურგის სათანადო სეგმენტის კიფოზირების ცდაზე ამხანაგის მიერ მარჯვენა ხელით ადეკვატური წინააღმდეგობის გაწევა (იღ);

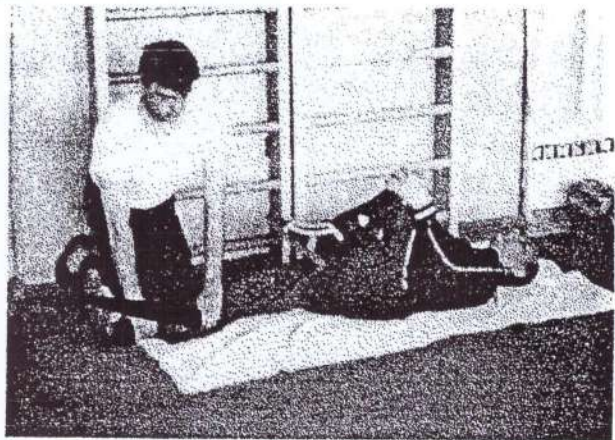
6-8 — ამოსუნთქვითა და მოღუნებით (პირ) სრულდება ბხმს-ში ექსტენზია დაძაბვამდე;

9-16 — იგივე მიღწეული მდგომარეობიდან, ექსტენზიის მომატებით.

4-6-ჯერ.

ჩვენება — მენჯ-ბარძაყის სახსარში გაშლის შეზღუდვა.

თეძო-სუკის კუნთის მპ პირ-ით.



ს.მ. — ზურგზე წოლა, მარცხენა მოხრილი ფეხი შემოკლებულია ხელებით წვივის ზედა ნაწილში, გამართული მარჯვენა ფეხი ფიქსირებულია ამხანაგის მიერ, რომელიც დგას გვერდიდან მუხლებზე;

თვლაზე: 1-6 — შესუნთქვა, მარცხენა ფეხის გაშლაზე ხელებით ადეკვატური წინააღმდეგობა, (იღ);

7-8 — მოღუნებაზე და ამოსუნთქვაზე ფეხის მოზიდვა, მარჯვენა ფეხის ფიქსაციით.

ჩვენება — ხბნ-ში და გულმკერდ-წელის სეგმენტში მოხრის შეზღუდვა და მტკივნეულობა.

ფლექსიის მიმართულებით მპ პირ-ით და აპირ-ით.

ს.მ. — ღგომა სახით ტანვარჯიშული კედლისკენ, ერთი ნაბიჯით უკან, ტაცი გულმკერდის დონეზე, ამხანაგი დგას უკან და ამაგრებს მენჯს გვერდებიდან;

თვლაზე: 1-4 — მოხრისაკენ წინააღმდეგობის გაწევა (იღ);

5-7 — დრეკადი მოხრა პიპომობილური სეგმენტის ხარჯზე.

4-5-ჯერ.

ჩვენება — ხერხემლის შუა და ქვედა გულმკერდის ნაწილში გაზნეკის მტკივნეულობა და შეზღუდვა.

ხბნ-ში პირ-ით ექსტენზიის მიმართულებით მბ.

ს.მ. — ქუსლებზე ჯდომა, ხელებით თავს უკან, იდაყვები წინ, ამხანაგის ერთი ხელი იჭერს პაციენტის მხრებს ქვემოდან, მეორე ხელის ცერის ბალიში — ბხმს-ის ქვედა მალის წვეტიან მორჩს;

თვლაზე: 1 — მუხლებზე აწევით, ზემოკლავი, პასიური გაზნეკი ბხმს-ში;

2-6 ს.მ.-ში დაბრუნების ცდა ამხანაგის ადეკვატური წინააღმდეგობის გაწევით, (იღ);

7-8 — პირ-ის მეთოდით გაზნეკი დაძაბამდე;

9-16 — იგივე ბხმს-ში საჭირო მობილიზაციამდე.

1-2-ჯერ, ზომიერ ტემპში.

ვარჯიში შეიძლება შესრულდეს განტელებით:

1 და შემდგომ თვლაზე 7-8 და 15-16-ზე ხელები გაგვაქვს განზე ზევით ან განზე.

ცერა თითის ბალიშით ნუ ვაწვევით ტკივილის შეგრძნებამდე.

ჩვენება — ხბნ-ში, ხფნ-ში ბრუნვის შეზღუდვა და მტკივნეულობა.

ხბნ-ში და ხფნ-ში აპირ-ით როტაციის აშბ.

ს.მ. — მუხლებზე დგომა ტანვარჯიშული კედლიდან ერთი ნაბიჯის მოშორებით, ღერძის ტაცი გულმკერდის ღონეზე;

თვლაზე: 1-5 — შესუნთქვა, მარცხენა ხელის განზიდვის და მარცხნივ ზეტანის მობრუნების ცდა (იღ);

5-7 — ამოსუნთქვაზე ხელის განზე გატანით ზეტანის ბრუნი მარცხნივ;

8 — ს.მ.

9-16 — იგივე მარჯვნივ.

2-ჯერ თითოეულ მხარეს.

როტაცია უნდა ხედებოდეს ბხმს-ზე.

ჩვენება — მუცლის პირდაპირი კუნთის ჰიპოტონია; მუცლის კუნთების შეკუმშვა თეძო-სუკის კუნთის იზოლაციით.

ს.მ. — ზურგზე წოლა, ფეხები წვივებით და ქუსლებით ეყრდნობა საყრდენს (სკამს ან სხვ.) ისე, რომ მუხლები მოხრილია 90°-ზე;

თვლაზე: 1-2 — ფეხებით საყრდენზე მიწოლა, მუხლქვეშა მყესების აქტივაციით — იღ;

3-10 — ზემოკლავი, თავის, მხრების და ბეჭების საყრდენიდან მოცილება წინაწიქის მიმართულებით — იღ;

11-16 — ს.მ.-ში დაბრუნება. 4-6-ჯერ.

ვარჯიში კეთდება თეძო-სუკის კუნთის დაძაბვის გარეშე, რაც საჭიროა პოსტურული დისბალანსის კორექციისათვის.

ჩვენება — ბარძაყის განზიდვის შეზღუდვა.

ბარძაყის ადექტორის აშბ.

ს.მ. — დგომა სახით ტანვარჯიშული კედლისკენ, ტაცი გულმკერდის ღონეზე, მარჯვენა ფეხი (ან მარცხენა, ე. ი. რომელსაც ვავარჯიშებთ) მეორე ღერძზეა;

თვლაზე: 1-5 — შესუნთქვა, ბარძაყის ადექტორების იზომეტრიული დაძაბვა ღერძზე ტერფის შიგნითა მხარით დაწოლით;

6-7 — მოღუნებით და ამოსუნთქვით ფეხის გაცურება, ადექტორების გაჭიმვით.

8 — ს.მ.-ში დაბრუნება. 4-8-ჯერ.

მუხლები არ იხრება, არ შესრულდეს როტაცია ზეტანისა და ფეხის.

ჩვენება — მუცლის კუნთების სისუსტე. მუცლის პრესის შეკუმშვით აქტიური მოძრაობები აპირ-ის გამოყენებით.

ს.მ. — ზურგზე წოლა;

თვლაზე: 1-2 — ფეხების მოხრა და მარცხნივ მათი გადატანა;

3-7 — შესუნთქვა, ზურგით საყრდენზე დაწოლა — იღ;

8-12 — მენჯის როტაციით ფეხების აწევა და მარჯვნივ მათი გადატანა 4-6-ჯერ.

ჩვენება — მცირე და საშუალო ღუნდულა კუნთების ჰიპოტონია.

ღუნდულა კუნთების იღ.

ს.მ. — მარცხენა გვერდზე წოლა, მარცხენა ფეხი მოხრილია მუხლსა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში, ზეტანი მოხრილია წინ 10°-ზე;

თვლაზე: 1-8 — მარჯვენა ფეხის აწევა და გაჩერება დაძაბულ მდგომარეობაში;

9-12 — ს.მ.-ში დაბრუნება. 6-12-ჯერ.

მუხლის აწევისას არ უნდა მოხდეს მისი როტაცია.

ვარჯიში შეიძლება შესრულდეს წინააღმდეგობით.

ჩვენება — გულმკერდის დიდი კუნთის ელასტიურობის შეზღუდვა და სისუსტე.

გულმკერდის დიდი კუნთის გაჭიმვა და იღ.

ს.მ. — ტანვარჯიშული კედლისკენ დგომა ერთი ნაბიჯის მოცილებით, ტაცი ღერძზე თავს ზემოთ.

თვლაზე: 1-7 — ხელებით დაწოლა ღერძზე ზეტანის დაძაბვით — იღ;

8-10 — ტანის მოღუნება და ხელების მოხრით გულმკერდით კედელზე შეხება;

11-12 — ს.მ.-ში დაბრუნება. 4-6-ჯერ

8-12 — წელში არ ვიზნიკებით.

III. პროცედურის დასკვნითი ნაწილი. აუტორელაქსაცია:

- მე მშვიდად ვარ;
- ჩემი კუნთები მოდუნებულია;
- მე ვგრძნობ სასიამოვნო სითბოს ჩემს ელასტიურ კუნთებში;
- არასასიამოვნო შეგრძნებები შემცირდა და ქრება;
- სხეული ივსება ძალით;
- პროცედურის შემდეგ ვგრძნობ მუშაობისუნარიანობის გაზრდას, სხეული ჩემი ძლიერია, გუნებაგანწყობა მშვენიერი;
- მე ვიცავ მოძრაობების ჰიგიენას;
- მე ვღვებო.

მანიპულური თერაპიის უკუჩვენებები

კ. ლევიტის ხატოვანი გამოთქმით, უკუჩვენებაა მთ-ის ილეთების შესრულების ცუდი ტექნიკა. მთ-ის ცალკეული ილეთებისთვის შეიძლება იყოს დროებითი ან მუდმივი უკუჩვენებები. მაგალითად, სპონდილიტის დროს მანიპულაციას არ აზორციელებენ. ამრიგად, მანიპულაცია უკუჩვენებაა შემდეგი ზოგადი და ლოკალური მდგომარეობის დროს:

- სიბერეში;
- სომატურ ან ფსიქიკურ მდგომარეობასთან დაკავშირებით მძიმე საერთო მდგომარეობისას;
- მანიპულაციის მანიის შემთხვევაში, ე. ი. მც-ისადმი მიჩვევისას;
- ანტიკოაგულანტური თერაპიის ფონზე;
- ორსულობის დროს, გარდა კიდურებისა თუ სახიფათო არ არის;
- სახსრების და ხერხემლის მწვავე ანთებითი დაავადებების დროს;
- სისტემური დაავადებების დროს (მწვავე ქონდროპათიის, ბესტერევის დაავადებისა და სხვა შემთხვევაში), პირ-ის, ანტაგონისტების პირ-ის და სამკურნალო ტანვარჯიშის გარდა;
- სახსრებში, ზურგის ტვინში ავთვისებიანი და კეთილთვისებიანი წარმონაქმნების შემთხვევაში, ე. ი. პათოლოგიური პროცესის ზონაში;
- ხერხემლის მძიმე ტრავმის (მოტეხილობის, ნაღრმობის) შემთხვევაში;

— ზურგის ტვინის სისხლძარღვების მალფარმაციისას საჭიროა სიფრთხილე მც-ისა და მაქსიმალური მოცულობით მოძრაობის დროს;

- ანომალიის შემთხვევაში (კბილისებრი ძვალი, სპონდილოსთეზი, ბაზილური ინპრესია). ამ დროს მიზანშეწონილია მხოლოდ კუნთოვანი მოძრაობა;
- ოპერაციის შემდეგ.

შედარებითი უკუჩვენებები უპირატესად მანიპულაციისადმი

— კონსტიტუციური ჰიპერმოძილობა, განსაკუთრებით, თუ გვერდით მზ არ არის;

— ოსტეოპოროზული ართროპათია (მედიკამენტური და სხვ.) უკუჩვენებაა მკვეთრი მც-ისთვის, სახელობრ, როტაციითა და სხვა მოძრაობით, შეიძლება გამოიყენონ ზეწოლის ილეთები;

— სკოლიოზური დაავადებისა და შეძენილი დეფორმაციის შემთხვევაში;

— მწვავე და ქრონიკულ ცერებროვასკულურ პათოლოგიასთან ხერხემლის ოსტეოქონდროზის შერწყმის დროს; დასაშვებია პირ.

— ხერხემლის არტერიის კომპრესიულ-რეფლექსური სინდრომის შემთხვევაში;

— დისკოს თიაქრის დროს ზრდის ან დებიუტის ფაზაში (მანიპულაციის ჩატარება შეიძლება მხოლოდ ტრაქციული მეთოდებით, როგორც ამას აკეთებენ ხარკოვის ტრავმატოლოგიის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტში).

— უნკო-ვერტებრული ართროზის, სპონდილოართროზი წანაზარდებით, რომლებიც მიმართულია ხერხემლის არტერიის ან მალათაშორისი ხერხელების მხარეს;

— უკიდურესი ტკივილის სინდრომების გამწვავების ან დებიუტის შემთხვევაში (ამ დროს გამოიყენებენ მხოლოდ ტრაქციას).

— ზურგის ტვინისა და რაშის კუდის კომპრესიული სინდრომების შემთხვევაში (კუნთებზე ზემოქმედება შეიძლება).

საეჭვო უკუჩვენებანი:

— ფუნქციური ბლოკის კომპენსაციური ხასიათი არამნიშვნელოვან არეებში ლოკალიზაციის დროს;

— ფუნქციური ბლოკის დამცველობითი ხასიათის შემთხვევაში შინაგან ორგანოთა დაავადებებისას, რადგანაც, თუ აქტიური პროცესია ე. ი. ფუნქციური ბლოკი ორგანიზმს რადაციისთვის ესაჭიროება.

პ რ ა ქ ტ ი კ უ ლ ი ნ ა წ ი ლ ი

ხერხეშელის კისრის ნაწილის განაღებური თერაპიის სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ხერხები

1. ხერხეშელის კისრის ნაწილის (ხჟნ-ის) პალპაცია

1) ს.მ. — ზურგზე წოლა, ექიმი დგას პაციენტის თავთან, იჭერს მას ორი ხელით და ასრულებს მსუბუქ ფლექსიას;

თითების ბალიშებით სინჯავს ხჟნ-ის სეგმენტებს, ადგენს გადაადგილებას, დეფორმაციას, გამკვრივებას, კუნთების რეგიონულ პოსტურულ დისბალანსს და სხვ.

2) ს.მ. — ჯდომი, ექიმი დგას უკან, საჩვენებელი თითების ბალიშებით ახორციელებს ატლანტის განივი მორჩების პალპაციას, ადგენს მტკივნეულობასა და გამოზურცვას.

3) ს.მ. — ჯდომი, ექიმი დგას პაციენტის უკან, მხრითა და წინამხრით აფიქსირებს მის თავს (იდაყვი შუბლის დონეზე, ნები — კეფაზე);

მეორე ხელის ცერისა და საჩვენებელი თითის ბალიშებით ახორციელებს C_{II} წვეტიანი მორჩის პალპაციას და მის ლატერო-ლატერალურ გადაადგილებას.

4) ს.მ. — ჯდომი, ექიმი დგას უკან, ცერები უდევს პაციენტის C_{VI} -სა და C_{VII} -ის წვეტიან მორჩეზე;

აქტიური ექსტენზიის დროს C_{VI} -ის წვეტიანი მორჩი გადაადგილდება წინ.

2. აქტიური ფლექსიის გამოკვლევა ხერხეშელის კისრის ნაწილის ზედა, შუა და ქვედა ადგილებზე და მოძრაობისუნარიანობის ვიზუალური შეფასება

ს.მ. — ჯდომი, თავი ნეიტრალურ მდგომარეობაშია, ექიმი დგას გვერდით;

პაციენტი ნელა ახორციელებს ფლექსიას ზემოდან ქვემოთ — დასაწყისში ნიკაპს უახლოებს კისერს და შუბლს ინარჩუნებს ფრონტალურ მდგომარეობაში, შემდეგ თანდათან გადადის რკალისებრ მოძრაობაზე

ნიკაპის მკერდის ძვალთან შეხებით, შუბლი პორი-ზონტალურ სიბრტყეში გადადის.

ნორმის პირობებში საერთო მოცულობა — ნიკაპის მკერდის ძვალთან შეხება (70°).

3. აქტიური ექსტენზიის გამოკვლევა ხერხეშელის კისრის ნაწილის ზედა, შუა და ქვედა ადგილებზე და მოძრაობისუნარიანობის ვიზუალური შეფასება

ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი, ექიმი დგას გვერდით;

პაციენტი ნელა ახორციელებს ექსტენზიას ზემოდან ქვემოთ, — დასაწყისში კეფას უახლოებს კისრის ზედა ადგილს, შემდეგ გადადის რკალისებრ მოძრაობაზე და კეფას უახლოებს კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილს.

საერთო მოცულობა ნორმის პირობებში — 60° .

4. ხჟნ-ში მარჯვნივ და მარცხნივ აქტიური როტაციის გამოკვლევა

ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი, ექიმი დგას პაციენტის წინ;

გამოკვლევა ტარდება თავის ხუთი მდგომარეობიდან, რაც საშუალებას იძლევა საორიენტაციოდ იმ-სჯელონ ხჟნ-ის სხვადასხვა ადგილის მოძრაობისუნარიანობაზე: 1) შენარჩუნებული ლორდოზის დროს — $C_{I-T_{III-IV}}$ სეგმენტში მოცულობა — 90° ; 2) გამართული ლორდოზის (თავის ოდნავი დახრის) დროს — C_{I-VII} სეგმენტებში მოცულობა — 80° ; 3) სრული ფლექსიის დროს (ნიკაპი მკერდის ძვალზე ცურავს) — C_{I-II} მოცულობა — 45° ; 4) ნიკაპის კისერთან მიახლოებისას — C_{II-III} მოცულობა — 10° ; 5) მაქსიმალური ექსტენზიის დროს — C_{VI-VII} მოცულობა — 90° .

5. თავის სახსრებში აქტიური მოძრაობის გამოკვლევა — ფლექსია (C_0-C_I)

ს.მ. — ჯდომი ან დგომი, კისერი: 1) ნეიტრალურ მდგომარეობაში; 2) მაქსიმალური როტაციის მდგომარეობაში;

პაციენტი თავს აქნევს წინ: ნეიტრალური მდგომარეობიდან ნიკაპს უახლოებს კისერს, ხოლო როტაცი-

ის მდგომარეობიდან – მხარს.

გვერდით მდგომი ექიმი შეაფასებს მოძრაობას. ფლექსიის საერთო მოცულობა – 8-13°.

6. თავის სახსრებში აქტიური მოძრაობის გამოკვლევა – ექსტენზია (C₀-C₁)

ს.მ. – ჯდომი ან დგომი, კისერი: 1) ნეიტრალურ მდგომარეობაში, 2) მაქსიმალური როტაციის მდგომარეობაში;

პაციენტი სწრაფად გადასწევს თავს უკან, უახლოვებს კეფას კისრის ზედა ნაწილს (თითქოს შუბლიდან თმის გადაყრა სურს). გვერდით მდგომი ექიმი შეაფასებს მოძრაობას.

ექსტენზიის საერთო მოცულობა – 8-13°.

7. თავის სახსრებში აქტიური მოძრაობის გამოკვლევა – ლატეროფლექსია (C₀-C₁)

ს.მ. – ჯდომი ან დგომი, კისერი: 1) ნეიტრალურ მდგომარეობაში; 2) მაქსიმალური როტაციის მდგომარეობაში ლატეროფლექსიის საწინააღმდეგო მხარეს, ექიმი წინ დგას;

პაციენტი თავს ხრის მოსხლეტილად გვერდზე. მოცულობა – 14°.

8. თავის სახსრებში მარჯვნივ და მარცხნივ აქტიური როტაციის გამოკვლევა

1. ს.მ. – ჯდომი, კისერი ნეიტრალურ მდგომარეობაში, ექიმი დგას გვერდით, და I-II თითები უჭირავს C_{II} – წვეტიანი მორჩი (მისი სწორად მოძებნის შემთხვევაში თავის გვერდზე გადახრის დროს წვეტიანი მორჩი სცილდება თითს გადახრის მხრიდან);

პაციენტი აქტიურად ასრულებს როტაციას მარჯვნივ და მარცხნივ, ექიმი პალპაციით აანალიზებს წვეტიანი მორჩის გადაადგილებას – თუ წვეტიანი მორჩი გადაადგილებას იწვევს 10°-მდე, ე. ი. C_I-C_{II} ფუნქციური ბლოკია.

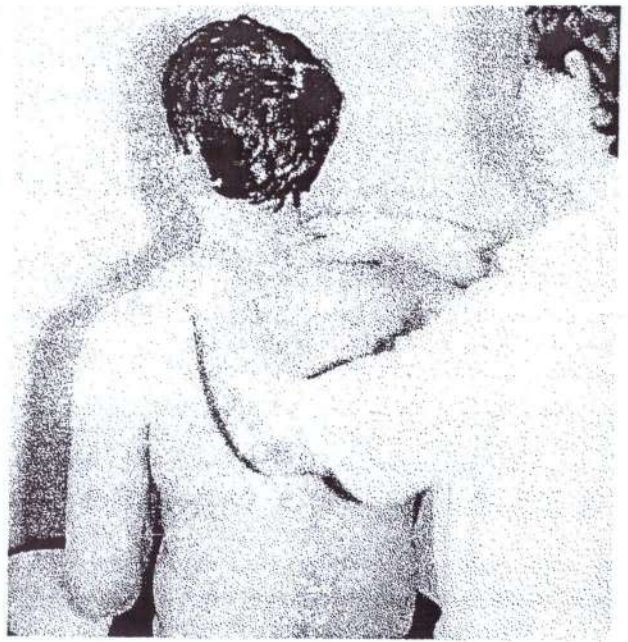
2. ს.მ. – ჯდომი, კისერი მაქსიმალურ ფლექსიაში, ნიკაპი ეხება მკერდის ძვალს;

ხორციელდება აქტიური როტაცია მარჯვნივ და მარცხნივ ისე, რომ ნიკაპი არ სცილდება მკერდს.

როტაციის საერთო მოცულობა კომპლექსში – 45°.

9. აქტიური ფლექსიის გამოკვლევა კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილას

ს.მ. – ჯდომი, ექიმი დგას პაციენტის უკან, ორივე ხელისგული მის თანამოსახელე მხრებზე უდევს ზემოდან, II-V თითები წინ არის, ცერები აფიქსირებს C_{VII} და T_I წვეტიან მორჩებს გვერდებიდან;



ხკნ-ში აქტიური ფლექსიის დროს ექიმი შეაფასებს წვეტიან მორჩებს შორის მანძილის გაზრდას.

10. აქტიური ექსტენზიის გამოკვლევა კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილას

ს.მ. – ჯდომი, ექიმი დგას უკან, ორივე ხელისგული უდევს პაციენტის თანამოსახელე მხრებზე ზემოდან, II-V თითები წინ არის, ხოლო ცერები აფიქსირებს C_{VII} და T_I წვეტიან მორჩებს გვერდებიდან;

ხკნ-ში აქტიური ექსტენზიის დროს ექიმი შეაფასებს წვეტიან მორჩებს შორის მანძილის შემცირებას.

11. აქტიური ლატეროფლექსიის გამოკვლევა კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილას

ს.მ. – ჯდომი, ექიმი პაციენტის ზურგს უკან დგას, ხელისგულები უდევს პაციენტის თანამოსახელე მხრებზე ზემოდან, II-V თითები წინ არის, ხოლო ცერები მოთავსებულია C_{VII}-T_I წვეტიან მორჩებს შორის მარჯვნიდან და მარცხნიდან;

პაციენტი ახორციელებს აქტიურ მოძრაობას ლატეროფლექსიის მიმართულებით მარჯვნივ და მარცხნივ, ექიმი შეაფასებს წვეტიან მორჩთა შორის მანძილის გაზრდას დახრის საწინააღმდეგო მხარეს.

12. მარჯვნივ და მარცხნივ აქტიური როტაციის გამოკვლევა კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილას

ს.მ. – ჯდომი, კისრის ლორდოზი გამართულია, ექიმი დგას უკან, ორივე ხელისგული უდევს პაციენტის

თანამოსახელე მხრებზე ზემოდან, II-V თითები წინ არის, ხოლო ცერები მოთავსებულია C_{VII} წვეტიანი მორჩის გვერდებზე;

პაციენტი ახორციელებს აქტიურ როტაციას მარჯვნივ და მარცხნივ. ექიმი შეაფასებს წვეტიანი მორჩის გადაადგილებას საწინააღმდეგო მხარეს. ანალოგიურად ხორციელდება T_I, T_{II}, T_{III} წვეტიანი მორჩების გადაადგილების გამოკვლევა შენარჩუნებული ლორდოზის მდგომარეობიდან როტაციის შესრულების დროს.

13. ხან-ში აქტიური ფლექსიის გამოკვლევა წინააღმდეგობის გაწევით

ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი, თავი ნეიტრალურ მდგომარეობაში, ექიმი დგას გვერდით, ერთი ხელისგული უდევს პაციენტის მკერდის ძვალზე, მეორე — შუბლზე განივად;

ახორციელებენ ადეკვატურ წინააღმდეგობას ფლექსიის ცდის დროს და შეაფასებენ ფლექსორების ძალასა და მტკივნეულობას.

14. ხან-ში აქტიური ექსტენზიის გამოკვლევა წინააღმდეგობის გაწევით

ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი, თავი ნეიტრალურ მდგომარეობაში, ექიმი დგას გვერდით ან უკან, ერთი ხელით აფიქსირებს პაციენტის კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილს, ხოლო მეორე ხელისგული მის კეფაზე უდევს;

ახორციელებენ ადეკვატურ წინააღმდეგობას ექსტენზიის ცდის დროს და შეაფასებენ გამშლელების ძალასა და მტკივნეულობას.

15. ხან-ში აქტიური ლატეროფლექსიის გამოკვლევა წინააღმდეგობის გაწევით

ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი, თავი ნეიტრალურ მდგომარეობაში, ექიმი დგას უკან, მარცხენა ხელისგულით აფიქსირებს პაციენტის მარჯვენა მხრის სარტყელს ზემოდან, მარჯვენა ხელისგული მოთავსებული აქვს ვერტიკალურად თავის მარჯვენა მხარეს;

ახორციელებენ ადეკვატურ წინააღმდეგობას მარჯვნივ ლატეროფლექსიის და შეაფასებენ ლატეროფლექსორების ძალასა და მტკივნეულობას.

იდენტურად მიმდინარეობს მარცხნივ ლატეროფლექსიისთვის წინააღმდეგობის გაწევის გამოკვლევა.

16. ხან-ში მარჯვნივ აქტიური როტაციის გამოკვლევა წინააღმდეგობის გაწევით

ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი, გამოკვლევა ხორციელდება თავის ხუთი საწყისი მდგომარეობიდან (ხან-ის სხვადასხვა სეგმენტში როტაციის შეფასებისთვის),

ექიმი დგას უკან, მარცხენა ხელისგულით აფიქსირებს მარჯვენა მხრის სარტყელს ზემოდან, მარჯვენა ხელისგულს ათავსებს სახის მარჯვენა მხარეს ირიბად ისე, რომ ნების ფუძე ეხება ქვედა ყბას, თითები კი მიმართულია საფეთქლისკენ;

ახორციელებენ ადეკვატური წინააღმდეგობის გაწევას მარჯვნივ როტაციის და შეაფასებენ როტატორების ძალასა და მტკივნეულობას.

17. ხან-ში პასიური ფლექსიის გამოკვლევა

ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი, თავი ნეიტრალურ მდგომარეობაში, ექიმი დგას უკან, ერთი ხელისგულით აფიქსირებს კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილს (ნეკით ზევით), მეორე ხელისგულის ფუძე უდევს კეფაზე თითებით კრანიალურად;

ასრულებენ პასიურ ფლექსიას და შეაფასებენ მოძრაობის საერთო მოცულობას.

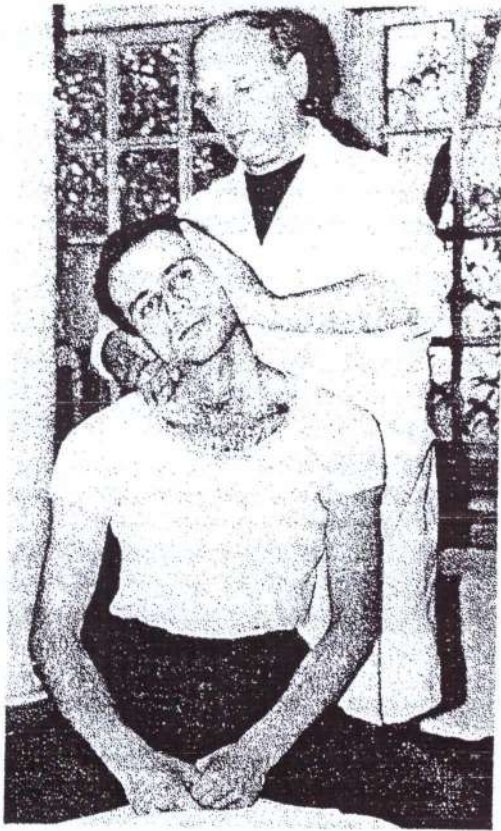
ფლექსიის მიმართულებით მოძრაობისუნარიანობის გამოკვლევას ხერხემლის ცალკეულ მამოძრავებელ სეგმენტში არ ახორციელებენ მისი არასაკმარისი ინფორმაციულობის გამო.

18. ხან-ში პასიური ექსტენზიის გამოკვლევა

ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი, თავი ნეიტრალურ მდგომარეობაში, ექიმი დგას გვერდით, ერთი ხელისგულით აფიქსირებს გულმკერდის ზედა ნაწილს C_{VII}-T_I სეგმენტის დონეზე (ნების ფუძე გულმკერდის ძალებზე დევს, თითები მიმართულია კრანიალურად კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილისკენ), მეორე ნების ფუძე მოთავსებულია პაციენტის შუბლზე და იდაყვის ზემოთ აწევით ხორციელდება ექსტენზია. ხერხემლის კისრის ნაწილის ამა თუ იმ მონაკვეთზე შეზღუდული ექსტენზიის შესახებ სწრაფი საორიენტაციო მსჯელობისთვის ექიმი მაშინვე ახორციელებს ზერელე ზეწოლას კეფის ქვეშ ქსოვილებზე, შემდეგ — კისრის შუა მონაკვეთსა და კისრის გულმკერდში გადასვლის არეში და შეაფასებს წინააღმდეგობას, რომელიც მომატებულია შეზღუდული ექსტენზიის არეში. ხერხემლის ცალკეულ მამოძრავებელ სეგმენტში მოძრაობისუნარიანობის გამოკვლევა ექსტენზიის მიმართულებით არ ხორციელდება მისი არასაკმარისი ინფორმაციულობის გამო.

19. ხან-ში პასიური ლატეროფლექსიის გამოკვლევა

ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი, თავი ნეიტრალურ მდგომარეობაში, ექიმი პაციენტის უკან დგას, მარჯვენა ხელით აფიქსირებს მარჯვენა მხარს ზემოდან, მარცხენა ხელისგულს კი ათავსებს სახის მარცხენა ნახევარზე (საფეთქელზე, ყვრიმალზე, ქვედა ყბაზე);



ხორციელდება პასიური ლატეროფლექსია.

20. ხან-ში მარჯვენა პასიური როტაციის გამოკვლევა

ა). როტაციის გამოკვლევა C_{VI} მაღამდე.



ს.მ. — ჯდომი, ექიმი დგას უკან, მარცხენა იდაყვით აფიქსირებს პაციენტის მარცხენა მხრის სარტყელს, ხელისგული კი წინ მიმართული თითებით უდევს თხემზე, მარჯვენა ხელისგულს ათავსებს სახის მარცხენა ნახევარზე, ყურის წინ;

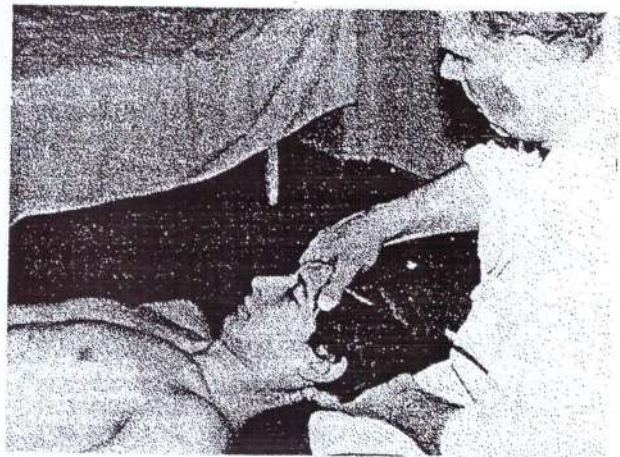
ახორციელებენ როტაციას მარჯვნივ და შეაფასებენ საერთო მოცულობას.

ბ). როტაციის გამოკვლევა T_{III} მაღამდე.

ს.მ. — ჯდომი, თავი გადაწეულია უკან, ექიმი დგას უკან, მას მარცხენა ხელისგული უდევს პაციენტის მარცხენა ყბასა და კისერზე, მარჯვენა — კეფაზე, იდაყვები განზეა;

მარჯვენა ხელისგული სწევს კეფას მარცხენა მხრისკენ, ხოლო მარცხენა ხელისგული ატრიალებს თავს მარჯვნივ.

21. თავის სახსრებში პასიური მოძრაობის გამოკვლევა და მოზილიზაცია იზომიარებული დაბაბის შიგნით რეალურად საშუალებით ფლექსიის მიმართულებით (თავის დაქნვა)



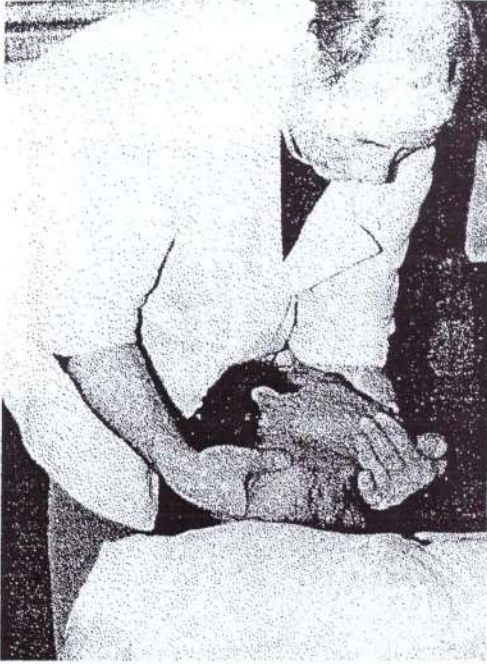
ს.მ. — ზურგზე წოლა, პაციენტს თავი ტახტზე უდევს და ოდნავ დახრილი აქვს წინ (ნიკაპი მიახლოებულია კისერთან ატლანტის რკალის გამოსათავისუფლებლად), ექიმი დგას თავთან, ერთი ხელის I-II თითებით აფიქსირებს ატლანტის რკალს (სწორი ფიქსაციის შემთხვევაში თავს ამ მდგომარეობიდან მეტი დახრა აღარ შეუძლია); მეორე ხელის I-II თითებს ათავსებს პაციენტის შუბლზე, წარბზედა არეების ლატერალურ ადგილებში;

შუბლზე დადებული ხელით კუდალური მიმართულებით ხორციელდება ზეწოლა, რის შედეგადაც ატლანტაზე მოთავსებული ხელისგული შეიგრძნობს ზამბარისებრ წინააღმდეგობას.

ფუნქციური ბლოკის გამოვლენისას ხორციელდება მოზილიზაცია: I ფაზა — ზემოთ ახედვა, შესუნთქვა, II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ძირს დახედ-

ვა და პასიური ფლექსია ახალ დაძაბვამდე (ექიმის ხელი მიჰყვება მოძრაობას). მობილიზაცია შეორდება 2-3-ჯერ.

22. თავის სახსრებში პასიური მოძრაობის გამოკვლევა და მობილიზაცია კონსტიტუციური რაქოვანიის საშუალებით ქსტანუზიის მიმართულად (თავის უკან გადაწევა)

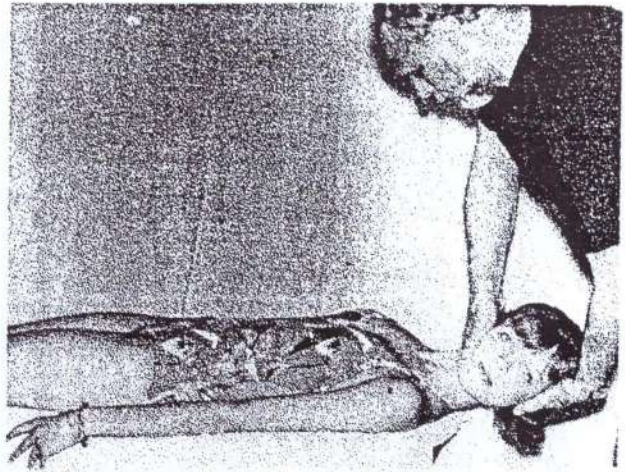


ს.მ. — ზურგზე წოლა, პაციენტს თავი ტახტზე უდევს, ექიმი პაციენტის თავთან დგას, მარჯვენა ხელით უჭირავს მისი კეფა და საჩვენებელი თითის რადიალური მხარით ახორციელებს ატლანტის რკალის პალპაციას (მაგრამ მას არ აფიქსირებს), წინ სწევს პაციენტის თავს 50-60°-ით, მარცხენა ხელით უჭირავს ნიკაპი ქვემოთ, აბრუნებს თავს მარცხნივ და ახორციელებს ექსტენზიას, შემდეგ თავს მოუბრუნებს მარჯვნივ და იმეორებს ექსტენზიას.

ფუნქციური ბლოკის გამოვლენის შემთხვევაში ხორციელდება მობილიზაცია: I ფაზა — შესუნთქვა, II ფაზა — ამოსუნთქვა, პაციენტს თვალები დახუჭული აქვს.

23. პასიური მოძრაობის გამოკვლევა მარჯვნივ ლატაროვლასიის მიმართულებით C_0-C_1 სეგმენტში და მობილიზაცია კონსტიტუციური რაქოვანიის (პირ) (თავის გვირგვინი დაქნა)

ა) ს.მ. — ზურგზე წოლა, თავი გამოწეულია ტახტის კიდიდან, კისერი გამართულია და მაქსიმალურად მიბრუნებული მარცხნივ, ექიმი დგას პაციენტის თავ-



თან, მარჯვენა ხელის I-II თითებით აფიქსირებს C_1 რკალს მარჯვნიდან, საჩვენებელი თითის რადიალური მხარე მჭიდროდ ესაზღვრება ატლანტის განივ მორჩს, მარცხენა ხელისგულით (თითებით ქვემოთ) ექიმს უჭირავს პაციენტის თავი თხემისა და საფეთქლის არეში;

მარცხნივ მაქსიმალური როტაციის შემდეგ C_0-C_1 სეგმენტში ახორციელებენ ლატეროფლექსიას მარჯვნივ. ანალიზებენ დახრის კუთხეს, ქსოვილებზე ზამბარისებრ წინააღმდეგობას, განივ მორჩის გადაადგილებას მარცხნივ.

ბ). ს.მ. — ჯდომი, კისერი გამართულია ნიკაპის მასთან მიხედვით ხარჯზე, ექიმი დგას უკან, მარჯვენა ხელით აფიქსირებს ატლანტის რკალს მარჯვნიდან, მარცხენა ხელს (ბრტყლად) ათავსებს პაციენტის კისერსა და თავზე მარცხნიდან;

გამართული კისრის მდგომარეობიდან ხორციელდება პასიური ლატეროფლექსია მარჯვნივ. მობილიზაცია: I ფაზა — ზემოთ ახედვა, შესუნთქვა, II ფაზა — ძირს დახედვა, ამოსუნთქვა.

24. პასიური მოძრაობის გამოკვლევა მარჯვნივ ლატაროვლასიის მიმართულებით C_1-C_{II} სეგმენტში პირ-ით

ს.მ. — ზურგზე წოლა, თავი გადმოწეულია ტახტის კიდიდან, კისერი გამართულია, ექიმი დგას პაციენტის თავთან, მარჯვენა ხელის I-II თითებით აფიქსირებს C_{II} მალას მარჯვნიდან, მარცხენა ხელის I-II თითებით — C_1 მალის რკალს და კეფას მარცხნიდან;

ხორციელდება ლატეროფლექსია მარჯვნივ; ილეთის სწორად შესრულებისას კისერზე წარმოიქმნება დამახასიათებელი ნაკეცი. ანალიზებენ დახრის კუთხეს, ქსოვილთა ზამბარისებრ წინააღმდეგობასა და წვეტიანი მორჩის მარცხნივ გადაადგილებას.

ფუნქციური ბლოკის გამოვლენის შემთხვევაში



ახორციელებენ მობილიზაციას: I ფაზა — ძირს და-
ხედვა, შესუნთქვა, II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება,
გამოხედვა არ იცვლება.

**25. პასიური მოძრაობის გამოკვლევა მარჯვნივ და
მარცხნივ როტაციის მიმართულებით C₀-C_{II}-ში**

ს.მ. — ჯდომი, კისერი გამართულია ნიკაპის მასთან
მიახლოების ხარჯზე, ექიმი დგას უკან, მარცხენა ხე-
ლის I-II თითებით აფიქსირებს აქსისის წვეტიან
მორჩს, მარჯვენა ხელისგული მოთავსებული აქვს პა-
ციენტის შუბლზე.

ახორციელებენ პასიურ როტაციას მარჯვნივ და
მარცხნივ, ანალიზებენ ორივე მხარეს მოძრაობის
შეღარებით მოცულობასა და წვეტიანი მორჩის გადა-
ადგილებას.

**26. პასიური მოძრაობის გამოკვლევა მარჯვნივ რო-
ტაციის მიმართულებით C₀-C_I-ში და მობილიზაცია
აირ-ით**

ს.მ. — ჯდომი, თავი მიბრუნებულია მარჯვნივ, ექიმი
დგას უკან, მარცხენა ხელის ცერითა და საჩვენებელი
თითით აფიქსირებს C_I-ის განივ მორჩებს, მარჯვენა
ხელით უჭირავს ნიკაპი და ახორციელებს თავის პასი-
ურ როტაციას მარჯვნივ დამატებამდე, რის შემდეგ
მცირე ძალით აკეთებს დამატებით დრეკად მოძრაობას
როტაციის მიმართულებით და შეაფასებს ზამბარი-
სებრ წინააღმდეგობას. როტაცია ხორციელდება პაცი-
ენტის სხეულის ღერძის ირგვლივ.

ფუნქციური ბლოკის გამოვლენის შემთხვევაში

ახორციელებენ მობილიზაციას: I ფაზა — ზემოთ
ახედვა, შესუნთქვა, ექიმი ინარჩუნებს მიღწეულ
მდგომარეობას; II ფაზა — ქვემოთ დახედვა, ამოსუნ-
თქვა, მოდუნება. ექიმის ხელი მიჰყვება განივი მორჩის
გადაადგილებას.

მეთოდური შენიშვნა: დრეკადობა უფრო შეიგ-
რძნობა ნიკაპზე მოთავსებული ხელით.

გამორიცხულია ილეთის სწრაფი გამეორება,
რადგან წინასწარი დაძაბვა შეიძლება დაიკარგოს.

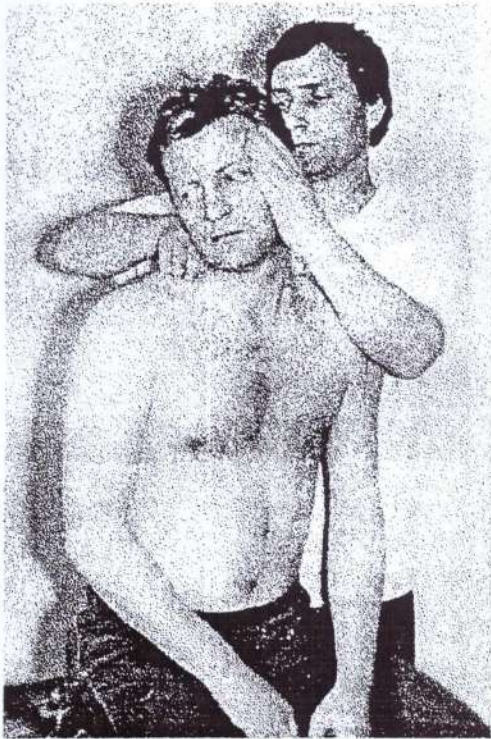
**27. პასიური მოძრაობის გამოკვლევის კომპონირაბუ-
ლი ხარხი C₀-C_I სეგმენტში ყველა მიმართულებით**



ს.მ. — ჯდომი, ექიმი დგას უკან, ორივე ხელის თი-
თებს ათავსებს პაციენტის თავის თანამოსახელე მხა-
რეებზე შემდეგნაირად: შუა თითები — C_I-ის განივ
მორჩებზე, საჩვენებელი — ქვედა ყბის სახსრებზე, უსა-
ხელო — ღვრილისებრ მორჩებსა და კეფაზე, ცერი —
თხემზე;

ცერი, საჩვენებელი და უსახელო თითები ერთად
ახორციელებს მოძრაობას C₀-C_I-ში თანამიმდევრუ-
ლად ფლექსიის, ექსტენზიის, მარჯვნივ და მარცხნივ
როტაციისა (ნეიტრალური მდგომარეობიდან) და ლა-
ტეროფლექსიის (მაქსიმალური როტაციის მდგომარე-
ობიდან) მიმართულებით; შუა თითებით ხორციელდე-
ბა C_I განივი მორჩების გადაადგილების პალპაცია და
თითოეული მიმართულებით მოძრაობის მოცულობის
შეფასება.

28. მარჯვნივ ლატეროფლექსიის გამოკვლევა ხმ-ის ცალკეულ გამოკრავებულ სეგმენტში



ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი, თავი ნეიტრალურ მდგომარეობაში, ექიმი დგას პაციენტის უკან, ოდნავ პრონირებული მარჯვენა ხელის II თითის ძირითადი ფალანგი მსუბუქად აფიქსირებს მარჯვნიდან გამოსაკვლევი ხმს-ის ქვედა მალის განივ მორჩს, მეორე ხელისგულს ათავსებს თავის მარცხენა მხარეზე, ახორციელებს პასიურ ლატეროფლექსიას მარჯვნივ და სინჯავს განივი მორჩის გადაადგილებას, თანამიმდევრულად მარჯვენა ხელის საჩვენებელი თითით ადგენს ლატეროფლექსიას სხვა სეგმენტებშიც.

29. პასიური ლატეროფლექსიის გამოკვლევა ხმ-ის ცალკეულ გამოკრავებულ სეგმენტში

ს.მ. — ზურგზე წოლა, პაციენტის თავი, რომელიც სცილდება ტახტის კიდე, უჭირავს ექიმს წინამხრებითა და ხელისგულებით, მიბჯენილი აქვს მუცელზე ან მოხრილ ბარძაყზე, კისერი გამართულია, მარჯვენა ხელის I-II თითებით აფიქსირებს გამოსაკვლევი ხმს-ის ქვედა მალის მარჯვენა ნახევარკალს, საჩვენებელი თითის ძირითადი ფალანგის რადიალური მხარით სინჯავს განივ მორჩს მარჯვნიდან, მარცხენა ხელის I-II თითებით უჭირავს ხერხემლის გამოსაკვლევი მამოძრავებელი სეგმენტის ზედა მალის ნახევარკალი მარცხნიდან და ასრულებს ლატეროფლექსიას მარჯვნივ დაძაბვამდე.

30. მარჯვნივ პასიური როტაციის გამოკვლევა ხმ-ის ცალკეულ გამოკრავებულ სეგმენტში



ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი, თავი ნეიტრალურ მდგომარეობაში, ექიმი დგას უკან — მარჯვნივ, მარცხენა ხელის I-II თითებით აფიქსირებს გამოსაკვლევი ხმს-ის ქვედა მალის რკალს (კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილას ფიქსირდება მხოლოდ წვეტიანი მორჩი), ექიმის მარჯვენა იდაყვის ფოსოში მოთავსებულია პაციენტის ნიკაპი (ან შუბლი), ხელისგულით ფიქსირებულია კეფა;

ამ ხელით ხორციელდება მარჯვნივ როტაცია დაძაბვამდე, ამ მდგომარეობიდან მარცხენა ხელის თითები გადაადგილდება შემდეგ მალაზე და ხორციელდება ისევ როტაცია. გამოკვლევა ტარდება CII-CIII-დან დაბლა; CIII-CV-დან დაწყებისას ერთდროულად ხორციელდება მცირე ექსტენზია, რომლის მოცულობა იზრდება ქვემოთკენ.

31. პასიური ფლექსიის გამოკვლევა კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილას

ს.მ. — ჯდომი, ექიმი დგას უკან, მარჯვენა ნების ფუძე უდევს კისერზე, მაქსიმალურად გაშლილი თითები კეფაზე;

ახორციელებს თავის პასიურ ფლექსიას, მარცხენა ხელის მეორე თითს ათავსებს CVII-TI-ის წვეტიან მორჩებს შორის და შეაფასებს მათ შორის შუალედის გაზრდას.

32. პასიური ექსტენზიის გამოკვლევა კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილას



ს.მ. — ჯდომი, ექიმი დგას პაციენტის მარჯვენა მხარეს, მარჯვენა I-III თითებით აფიქსირებს ნიკაპს ქვემოდან;

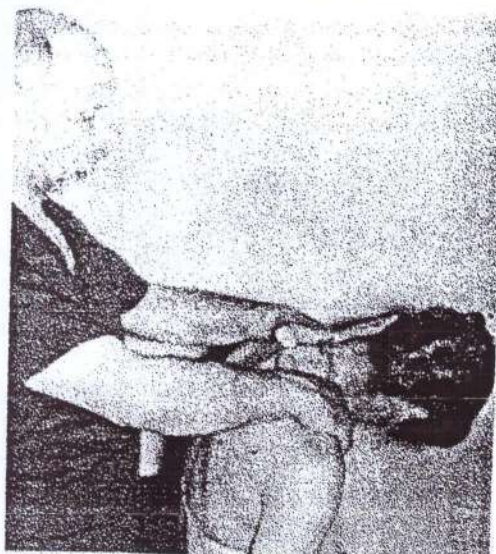
ხორციელდება პასიური ექსტენზია ხპნ-ში; მარცხენა ხელის I თითის ათავსებს T_1 -ის წვეტიან მორჩზე და ხპნ-ში პასიური ექსტენზიის შესრულების შემდეგ შეაფასებს დრეკადი წინააღმდეგობის დონეს.

33. მარჯვნივ პასიური როტაციის გამოკვლევა კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილას

ს.მ. — ჯდომი, კისრის ღორღოზი გამართულია, ექიმი დგას უკან, მარცხენა ხელის ცერით აფიქსირებს T_1 -ის წვეტიან მორჩს მარცხნიდან, მარჯვენა ხელის ცერს ათავსებს C_{VII} -ის წვეტიან მორჩზე მარჯვნიდან, დააწვება მას მარჯვნიდან მარცხნივ (რაც შეესაბამება მარჯვნივ როტაციის მიმართულებით მოძრაობას) და შეაფასებს ზამბარისებრი წინააღმდეგობის დონეს.

34. პასიური ლატეროფლექსიის გამოკვლევა კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილას

ს.მ. — ჯდომი, გულმკერდის ნაწილი კიფოზირებულია, ექიმი დგას უკან, მარჯვენა ხელისგულს ათავსებს პაციენტის მარჯვენა მხარეზე ზემოდან (II-V თითებით წინ), ცერით გვერდიდან აფიქსირებს T_1 -ის წვეტიან მორჩს, მარცხენა ხელით ახორციელებს ხპნ-ში მარცხნივ როტაციას, ექსტენზიას, შემდეგ ნების ფუძეს ათავსებს კისრის ქვედა ნაწილზე მარცხნიდან თითებით ყურისკენ და ასრულებს პასიურ ლატე-



როფლექსიას მარჯვნივ დაძაბვამდე; შეაფასებს ზამბარისებრ წინააღმდეგობას კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილას.

ფუნქციური ბლოკის შემთხვევაში ახორციელებენ მობილიზაციას: I ფაზა — შესუნთქვა, მარცხნიდან ლატეროფლექსიის მიმართულებით ზეწოლისთვის ადეკვატური წინააღმდეგობის გაწევა; II ფაზა — მოდუნება, ამოსუნთქვა, მარჯვნივ ლატეროფლექსიის მიმართულებით პასიური მოძრაობა.

მეთოდური შენიშვნა: მობილიზაციის შესრულების დროს საჩვენებელი თითის ძირითადი ფალანგის რადიალური მხარით აფიქსირებენ T_1 -ის განივ მორჩს.

35. C_6 - C_{11} -ის პენტარალურ-დორსალური და ლატერო-ლატერალური გადაადგილების გამოკვლევა



ს.მ. — ჯდომი, თავი ოდნავ დახრილია, ექიმი დგას მარჯვენა მხარეს, მარჯვენა ხელით წინიდან ისე უჭირავს პაციენტის თავი, რომ მისი ნიკაპი ექიმის იდაყვის ნაკეცშია მოთავსებული. მარჯვენა ხელის ულნური მხარე თავსდება C_I-ის რკალზე, თითები აფიქსირებს კეფას, ვენტრალურ-დორსალური გამოკვლევის შემთხვევაში მარცხენა ხელის I-II თითები აფიქსირებს C_{II}-ის რკალს უკანა მხრიდან, ლატერო-ლატერალური გამოკვლევის შემთხვევაში, რომელიც ხორციელდება მარჯვენა ხელით — გვერდიდან.

36. პენტრალურ-დორსალური გადაადგილების გამოკვლევა ხმ-ის მამოძრავებელ სპეგენტაჟში



ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი, თავი ნეიტრალურ მდგომარეობაშია, ექიმი დგას მარჯვენა მხარეს, აფიქსირებს პაციენტის მხარს მკერდის ძვლით (ექიმის ზურგი გამართული უნდა დარჩეს), მარცხენა ხელის I-II თითებით აფიქსირებს გამოსაკვლევი ხმ-ის ქვედა მალის რკალს (ფიქსირდება განივი მორჩები), მარჯვენა ხელით ისე უჭირავს პაციენტის თავი, რომ მისი ნიკაპი ექიმის იდაყვის ნაკეცშია მოთავსებული, მარჯვენა ღოფა და საფუთქელი მიბჯენილია ექიმის მარჯვენა მხარეზე, ხოლო თავის მარცხენა მხარე ექიმს მარჯვენა წინამხრით უჭირავს, მარჯვენა ხელის მტევნის ულნური მხარით ექიმი იჭერს. გამოსაკვლევი მამოძრავებელი სეგმენტის ზედა მალის რკალს და მჭიდროდ აფიქსირებს ნეკს წვეტაშორის შუალედში;

ექიმი თავისი ზეტანით ახორციელებს მალის ტრაქციასა და ვენტრალურ-დორსალურ გადაადგილებას. ხერხემლის ზედა მამოძრავებელი სეგმენტების გამოკვლევის დროს ექიმის იდაყვის ნაკეცი პაციენტის ნიკაპის წინ თავსდება, შუა მამოძრავებელი სეგმენტების გამოკვლევისას — ცხვირის ღონეზე, ქვედა მამოძრავებელი სეგმენტების გამოკვლევის დროს კი — შუბლის ღონეზე. კარგი მოძრაობისუნარიანობისა და კუნთების სპაზმის არარსებობის შემთხვევაში ტრაქცია სავალდებულო არ არის.

დორსალურ-ვენტრალური გადაადგილების გამოკვლევა არაინფორმაციულია წინა მხრიდან ცუდი ფიქსაციის გამო.

37. ლატერო-ლატერალური გადაადგილების გამოკვლევა ხმ-ის მამოძრავებელ სპეგენტაჟში

ს.მ. — იგივე;

ექიმი ახორციელებს ტრაქციას (თუ ქსოვილები კარგი ძერადობისაა და კუნთების სპაზმი ვლინდება, ტრაქცია სავალდებულო არ არის), მარჯვენა ხელის მტევნით და თავისი სხეულის უკან გადაწევით გადაადგილებს კრანიალურ მალას მარჯვნივ (მარცხნიდან გადაადგილების გამოკვლევისთვის ექიმი ცვლის საწყის მდგომარეობას).

38. კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილას პენტრალურ-დორსალური და ლატერო-ლატერალური გადაადგილების მიმართულებით გამოკვლევა და მობილიზაცია (ხმ-ების C_{VII}-დან T_{IV}-მდე)



ს.მ. — ჯდომი, კისერი გამართულია, ექიმი დგას პა-

ციენტის მარჯვენა მხარეს და მარჯვენა ხელით მის თავს ისე იჭერს, რომ შუბლი ექიმის იდაყვის ნაკეცისკენაა მიმართული; თითებით კეფა უკავია, ჰაიოთენარი კი თავსდება ტრაპეციული კუნთის ჰორიზონტალური ნაწილის წინა ზედაპირზე (რაც უფრო დაბლაა გამოსაკვლევი ხმს, მით უფრო ლატერალურად თავსდება ჰაიოთენარი კუნთზე), მარცხენა ხელის ცერით აფიქსირებს ხერხემლის გამოსაკვლევი მამოძრავებელი სეგმენტის ქვედა მალის წვეტიან მორჩს.

გადაადგილება ხორციელდება მარჯვენა ჰაიოთენარის ტრაპეციულ კუნთზე ზეწოლით გამოსაკვლევი ხმს-ის ზედა მალის მიმართულებით. ზეწოლას შეიგრძნობენ და შეაფასებენ მარცხენა ხელის ცერით, რომელიც ვენტრალურ-დორსალური გადაადგილების გამოკვლევის დროს მდებარეობს წვეტიან მორჩზე, ლატერო-ლატერალური გამოკვლევის დროს კი — მის გვერდზე, მოპირდაპირე მხარეზე.

ფუნქციური ბლოკის გამოვლენის შემთხვევაში ახორციელებენ პოსტიზომეტრიულ რელაქსაციას: I ფაზა — შესუნთქვა, II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება. მობილიზაცია შეიძლება დამთავრდეს მარცხენა ხელის ცერით წვეტიან მორჩზე მანიპულაციური ბიძგიით.

39. თავისა და კისრის ბრძალო გამოკვლევის (კეფის გამართვა) გამოკვლევა



ს.მ. — ზურგზე წოლა, ექიმი დგას პაციენტის თავთან

მარჯვენა — უკანა მხარეს, მარჯვენა ხელის მტევნით მკერდის ძვლის ტარის არეში აფიქსირებს გულმკერდის წინა მხრიდან, მარცხენა ხელით, რომლითაც კეფა უჭირავს, ახორციელებს პასიურ ფლექსიას თავისა და კისრის გრძელი ექსტენზორების მტკივნეული დაძაბულობის ან დამოკლების გამოსავლენად.

40. თავის მოკლე ექსტენზორების მტკივნეული დაძაბულობის გამოკვლევა

ს.მ. — ზურგზე წოლა, თავი გადმოწეულია ტახტის კიდიდან, ნიკაპი მიახლოებულია კისერთან, ექიმი პალპაციით განსაზღვრავს თავის მოკლე ღრმად მდებარე ექსტენზორების დაძაბულობას.

41. მარცხენა მკერდ-ლაპრო-დვრილისპირი კუნთის მტკივნეული დაძაბულობის ან დამოკლების გამოკვლევა



ს.მ. — სკამზე ჯდომი, ექიმი დგას პაციენტის უკან, მარცხენა ხელისგულით გულმკერდის წინა ზედაპირზე მარცხნიდან აფიქსირებს ნეკნებს;

მარჯვენა ხელით ახორციელებს თავის მარჯვნივ როტაციასა და ექსტენზიას, თან შეაფასებს კუნთების წეადობასა და მტკივნეულობას.

42. აუტომობილიზაცია მარჯვენა მკერდ-ლაპრო-დვრილისპირი კუნთის მტკივნეული დაძაბულობის ან დამოკლების დროს; მობილიზაცია ლატერო-ლაპრო-დვრილის მიმართულებით C₆-C₇ (ოდნავ C₁-C_{II})-ის უწყვეტი ბლოკის შემთხვევაში პირ-ისა და ბრძალო-ბლოკის დაშლის საშუალებით

ს.მ. — ზურგზე წოლა (ტახტის თავის ნაწილის კიდე რბილი უნდა იყოს), ექიმი ისე დებს პაციენტის თავს, რომ იგი ეყრდნობოდეს ტახტის კიდე მარცხენა დვრილისებრი მორჩით და ქვედა ყბის კუთხით, დანარჩენი ნაწილი — ტახტის გარეთაა;



ლით გულმკერდის წინა ნაწილის არეში მარცხნიდან აფიქსირებს ზედა ნეკნებს (ცერა თითი მიმართულია ლავიწისკენ, დანარჩენი თითები — მკერდის ძვლისკენ);

მარცხენა ლოყაზე მოთავსებული მარჯვენა ნებით ექიმი უკან და მარჯვნივ ხრის შებრუნებულ თავს შემდგომისდაგვარად ტკივილისა და წინააღმდეგობის გაწევის გარეშე. წინა კიბისებრი კუნთის მტკივნეული დაძაბულობის ან დამოკლების გამოვლენისას ამავე მდგომარეობიდან ხორციელდება მობილიზაცია: I ფაზა — ზემოთ ახედვა, შესუნთქვა, მარცხენა ზედა ნეკნების აწევისათვის წინააღმდეგობის გაწევა; II ფაზა — ძირს დახედვა, ამოსუნთქვა, მოღუნება, რომლის დროს თავი უკან იხრება.

ავტომობილიზაცია: ს.მ. — ჯდომი, მარცხენა ნებით ფიქსირდება ზედა ნეკნები, მარჯვენა ხელისგულს ათავსებს მარჯვნივ მიბრუნებული თავის მარცხენა საფეთქელზე. ფაზები იგივეა, რაც მობილიზაციის დროს.

I ფაზა — ზემოთ, შუბლისკენ ახედვა, შესუნთქვა, ამ დროს თავი წამოიწევა სინკინეზიის ხარჯზეც. თუ ეს უკანასკნელი არასაკმარისია, მაშინ თავი აქტიურად წამოიწევა და ასეთ მდგომარეობაშია 10 წამამდე; II ფაზა — ქვემოთ დახედვა, ამოსუნთქვა, თავი დაბლა ეშვება მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის მოღუნების გამო (სწორად შესრულებული მოძრაობის შემთხვევაში შესუნთქვის დროს თითებით კარგად შეიგრძნობა წინა კიბისებრი კუნთი).

43. გამოკლება, მგ და აპო მარცხენა წინა კიბისებრი კუნთის მტკივნეული დაძაბულობის ან დამოკლების დროს პირ-ით



ს.მ. — ჯდომი, თავი მიბრუნებულია მარჯვნივ, ექიმი დგას უკანა — მარცხენა მხარეს, პაციენტის მარცხენა მხარეზე სხეულის დაყრდნობით მარცხენა ხელისგულს

44. მარცხენა ტრაპეციული კუნთის ზედა ნაწილის მტკივნეული დაძაბულობის ან დამოკლების გამოკლება, მგ პირ-ით



ს.მ. — ზურგზე წოლა, თავი ტახტზეა, ექიმი დგას პაციენტის მარჯვენა მხარეს მისი მხრის ღონეზე, იხრება პაციენტისკენ და მარჯვენა ხელისგულით იჭერს

მარცხენა მხრის სახსარს ზემოდან, მარცხენა ხელით თავი ისე უჭირავს კეფის მხრიდან, რომ ნების ფუძე თავსდება კეფაზე, მარცხნივ თითები კი აფიქსირებს ტრაპეციული კუნთის ზედა ბოჭკოებს;

მარცხენა ხელით ექიმი ახორციელებს პაციენტის თავის ლატეროფლექსიას მარჯვნივ, ამასთან, საზღვრავს კუნთის წვედობას.

მობილიზაცია ხორციელდება იმავე მდგომარეობიდან: I ფაზა — მარცხნივ გახედვა, კეფით ექიმის ხელის მტევანზე მისი მსუბუქი ზეწოლა ადეკვატური წინააღმდეგობით (იზომეტრიული დაძაბვა), შესუნთქვა, II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ექიმის მარცხენა ხელი მიჰყვება ლატეროფლექსიას და ძალას არ ატანს კუნთის მოდუნებასა და გაჭიმვას.

45. მარჯვენა გაჭის ამოწევი კუნთის მტკიცუნაული დაძაბვის ან დამოკლების გამოკვლევა



ს.მ. — ზურგზე წოლა, იდაყვი მოხრილი მარჯვენა ხელი ზემოთ არის აწეული — იდაყვი მიმართულია კრანიალურად, ხელისგული კეფის ქვეშაა, ექიმი დგას პაციენტის თავთან და იდაყვებზე კაუდალური მიმართულებით ზეწოლით მსუბუქი წინააღმდეგობის შეგრძნებამდე საზღვრავს ბეჭის ძვრადობას. დაძაბვის მხარეზე წინააღმდეგობა უფრო ადრე შეიგრძნობა, ვიდრე სად მხარეზე.

46. ორმუცელა კუნთის მტკიცუნაული დაძაბვის გამოკვლევა, მობილიზაცია და აუტომობილიზაცია პირით



ს.მ. — ჯდომი ან დგომი, ექიმი დგას პაციენტის უკან, ერთი ხელის პირველი-მეორე თითებით ფრთხილად აადგილებს ენის ქვეშა ძვლის ბოლოებს და აფასებს დაძაბულობასა და წინააღმდეგობის გაწევას. გამოკვეთილი ცალმხრივი დაძაბვისას ფარისებრი ხრტილი გადაადგილდება დაძაბული კუნთის მხარეზე.



მობილიზაცია: ს.მ. — ჯდომი, პირი ოდნავ გაღებულია, ექიმი დგას უკან, ერთი ნების ფუძეს

ათავსებს პაციენტის ნიკაპის ქვეშ, თითები მიმართულია წინ და ზემოთ; I ფაზა — შესუნთქვა, ექიმი წინააღმდეგობას უწევს პირის გაღებას, ცალმხრივი დაძაბვისას კი — მეორე ხელის ერთი თითით ენისქვეშა ძვლის გადაადგილებას; II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, პირის თავისუფლად დახურვა, კუნთის ცალმხრივი დაძაბვის შემთხვევაში ენისქვეშა ძვლის გადაადგილება.



აუტომობილიზაცია: ს.მ. — მაგიდასთან ჯდომი, კისერი გამართულია, ერთი ხელის მტკვნით პაციენტი აფიქსირებს შუბლს ქვემოდას, გაღებული პირის ნიკაპით ეყრდნობა მაგიდაზე მოთავსებულ მეორე ხელისგულს; I ფაზა — შესუნთქვა, პირის გაღებისათვის წინააღმდეგობის გაწევა; II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, პირის თავისუფლად დახურვა.

47. საღეჭი კუნთების მტკივნეული დაძაბულობის ან დამოკლების დროს პაციენტს არ შეუძლია გაღებულ პირში შეიყოს ხელის მოხრილი მე-2-4 თითები, დაძაბულ კუნთებში ვლინდება ტრიგერული ზონები. საკუთრივ საღეჭი კუნთის პალპაცია ხორციელდება პაციენტის წოლით მდგომარეობაში ცერით და საჩვენებელი თითებით, რომელთაგან ერთი პაციენტის პირშია შეყოფილი, მეორე კი სინჯავს კუნთს გარედან; საფეთქლის კუნთის მოსინჯავენ საფეთქლის ფოსოში, ლატერალურ ფრთისებრ კუნთს — ყვრიმალის ქვეშ.

48. მობილიზაცია და აუტომობილიზაცია საკუთრივ საღეჭი და საფეთქლის კუნთების დაძაბვისა და დამოკლების დროს

ს.მ. — ჯდომი, მობილიზაციის დროს ექიმი ერთი მტკვნით აფიქსირებს პაციენტის შუბლს, მეორე მტკვნით — გაღებული პირის ნიკაპს; აუტომობილიზაციის შემთხვევაში პაციენტი ზის მაგიდასთან, რომელსაც იდაყვით ეყრდნობა, და ამავე ხელით აფიქსირებს შუბლს, კისერი გამართულია, მეორე ხელის თითები კბილებზე ან გაღებული პირის ნიკაპზე; I ფაზა — ამოსუნთქვა, წინააღმდეგობის გაწევა პირის დახურვისადმი; II ფაზა — ფართოდ გაღებული პირით შესუნთქვა. ექიმს ან პაციენტს (აუტომობილიზაციის შემთხვევაში) ხელი მიჰყვება მოძრაობის მზარდ მოცულობას.

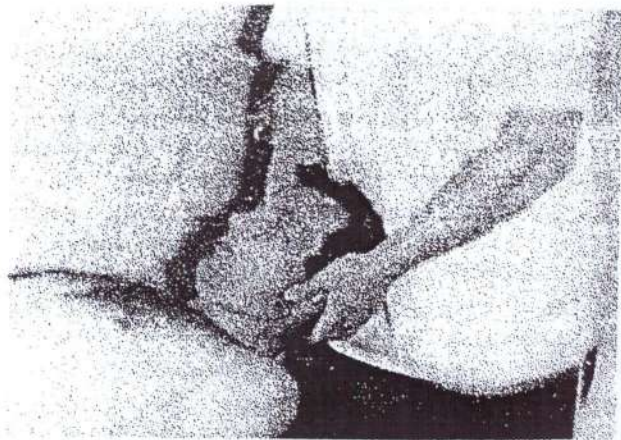
49. მობილიზაცია ფრთისებრი კუნთების დამოკლების ან დაძაბვისას

ს.მ. — პაციენტი ზის, პირი გაღებული აქვს, ექიმი დგას გვერდზე და ერთი ხელით უფიქსირებს კეფას, მეორეთი — ნიკაპს; I ფაზა — შესუნთქვა, ყბის წინ წამოწევა, რასაც ექიმი ეწინააღმდეგება; II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ექიმის ხელი მიჰყვება ყბის უკან გადაადგილებას.

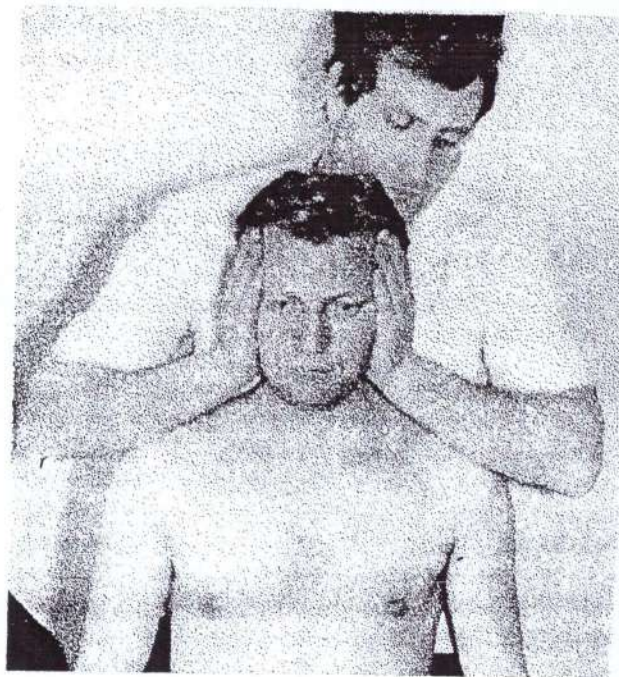
აუტომობილიზაცია: პაციენტის თავი ექსტენზიურ მდგომარეობაშია, იგი ერთი ხელით აფიქსირებს გაღებული პირის ნიკაპს. ფაზები იგივეა.

50. მობილიზაცია და აპგ (უპირატესად CII-CIII) ტრაპეციისა და პირ-ის საშუალებით

1) ს.მ. — ზურგზე წოლა, თავი გადმოწეულია ტახტის



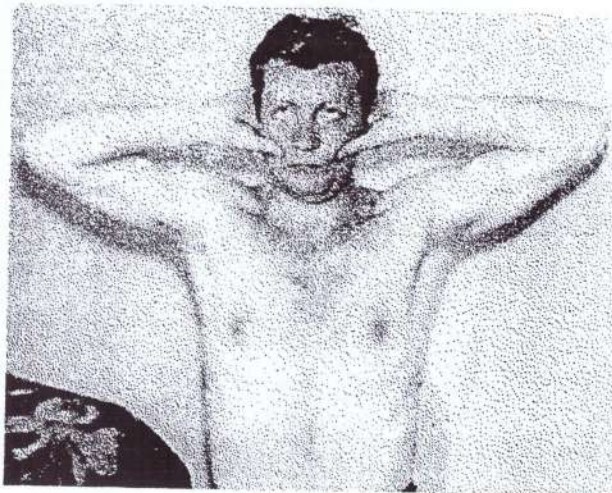
კიდიდან, ექიმი დგას პაციენტის თავთან და ერთი ხელის 1-ლი-მე-2 თითებით იკაპებს თავს კეფის ქვემოთ, მეორე ხელით კი აფიქსირებს ნიკაპს ზემოდან, ან ორივე ხელისგულს კეფის ქვეშ ათავსებს, ცერები წინ, ნიკაპის თანამოსახელე გვერდებზე: ზორციელდება ფლექსია თავის სახსრებში ნიკაპის კისერთან მიახლოებით და მსუბუქი ტრაქცია დაძაბვამდე; I ფაზა — ზემოთ ახედვა, ექიმი ადეკვატურად ეწინააღმდეგება ექსტენზიას, II ფაზა — ქვემოთ დახედვა, ნელი ამოსუნთქვა, მოდუნება, ექიმის ხელები მიჰყვება კისრის „დაგრძელებას“ ტრაქციით დაძაბვამდე.



2) ს.მ. — ჯდომი, ექიმი დგას უკან, პაციენტის ზურგს აყრდნობს თავის სხეულს, საკუთარ წინამ-

ზრებს კი — პაციენტის მხრებს ზემოდან, ორივე ხელისგულთ თანამოსახელე მხარეებიდან ისე იჭერს თავს ყურების წინ, რომ ნების ფუძეები მოთავსებულია ქვედა ყბაზე, ნებები — ყვრიმალეების რკალებზე, მე-2-5 თითები — საფეთქლებზე, ცერები მიმართულია უკან — კეფისკენ;

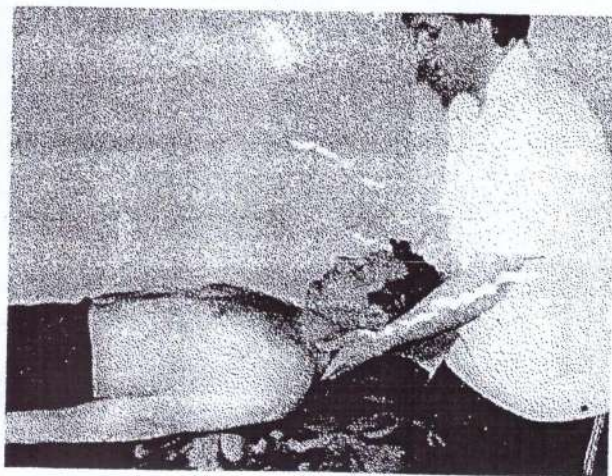
ექიმი ახორციელებს ტრაქციას დაძაბვამდე და ზორციელდება ზემოაღნიშნული ფაზები (იხ. I).



3). აუტომობილიზაცია: პაციენტი ზის, ორივე ხელის 1-ლი-მე-2 თითებით თავს ისე იჭერს, რომ ცერები თავსდება ყვრიმალეების რკალებზე, საჩვენებელი თითების რადიალური მხარეები აფიქსირებს კეფის ძვლებს და ნიკაპს უახლოებს კისერს; ზორციელდება ზემოთ აღწერილი ფაზები.

ციკლები მეორდება 3-ჯერ. აუტომობილიზაცია ზორციელდება დღეში 3-5-ჯერ.

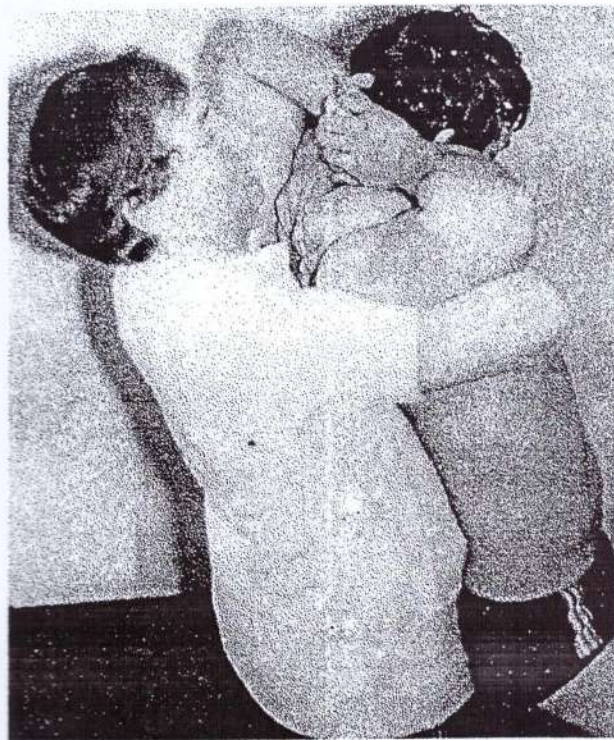
51. ხერხეშლის კისრის ნაწილის მოპილიზაცია ტრაქციით მასაჟის გამოყენებით



ს.მ. — ზურგზე წოლა, თავი გადმოწეულია ტახტის კიდიდან, და ექიმი უჭირავს ხელისგულებითა და წინამხრებით, მიბჯენილია ექიმის მუცელზე ან დევს მის მობრუნებულ ბარძაყზე, ექიმი თითებს ათავსებს მხრის სარტყლისა და ბეჭთაშორის ნაწილზე და მჭიდროდ ეხება ქსოვილებს;

ექიმი ასრულებს სრესას გასწვრივი მიმართულებით და ამის შემდეგ ქსოვილებს გადაადგილებს ზემოთ, თავისკენ, ამავე დროს ერთდროულად ტრაქციასაც ახორციელებს.

52. კისრის გულმკერდში გადასვლის აღბილის მკ და მანიაპულაცია (მკ) ტრავმითი მასტაზიასთან შეთანხმებით



ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომა ტახტზე ან მაღალ სკამზე, თითები კეფაზეა შემოჭდობილი, ექიმი ფეხშლით დგას ზურგს უკან ნახევრად ბუქნში, რის გამოც მისი მხრები პაციენტის მხრების დონეზეა, პაციენტის გულმკერდის ნაწილი კიფოზირებულია და ეყრდნობა ექიმის გულმკერდს, ექიმის ხელები გაყოფილია იდაყვებში და ცერებით ერთი მეორეზე დევს T_1 ან C_{VII} მალაზე;

პაციენტი აკეთებს შესუნთქვას, ინარჩუნებს კიფოზს, ექიმი ნახევრადბუქნიდან წამოდგომით ახორციელებს ტრაქციას ღერძის გასწვრივ, ამოსუნთქვის დროს — ზეწოლას ან ბიძგს T_1 ან C_{VII} წვეტიან მორჩე დორსალურ-ვენტრალური მიმართულებით, რაც

იწვევს ექსტენზიას კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილას.

53. მანიაპულაცია რ. მოიჯის (საფრანგეთი) მეთოდით C_{VII} - T_{II} უხეშობის გლოპების დროს

ს.მ. — ჯდომა, ექიმი დგას პაციენტის ზურგს უკან, მარცხენა იდაყვი მარცხენა მხრის სარტყელზეა, წინამხარი ვერტიკალურად მჭიდროდ ეკრება თავის გვერდით ზედაპირს, ხელისგული დევს თავზე, მარჯვენა ცერის ბაღში C_{VII} წვეტიანი მორჩის გვერდით ზედაპირზეა, მხარი განზიდულია, ექიმი დგას მყარად;

დაძაბვამდე მისვლის შემდეგ ტარდება ბიძგი ჰორიზონტალურ სიბრტყეში მარცხენა იდაყვისა და მარჯვენა ცერის მიახლოების მიმართულებით. მეთოდური შენიშვნა: ბიძგი ტარდება იდაყვით და არა მარცხენა ხელისგულით.

54. ხან-ის მობილიზაცია მასაჟის ილეთებით ფლექსიისა და როტაციის მიმართულებით



ს.მ. — მუცელზე წოლა მაღალ ტახტზე, პაციენტს გულმკერდის ქვეშ პატარა ბრტყელი ბაღში აქვს ამოღებული, ხელები ხერხემლის გასწვრივაა, თავი შუბლით ეყრდნობა, ექიმი პაციენტის კისერთან გვერდით დგას და ორივე მტევანს ერთმანეთის პარალელურად ათავსებს კისერზე, საჩვენებელი თითები ეხება რადიალური მხარეებით;

ექიმი ღრმად წვდება კისრის უკანა კუნთებს და თელავს მათ გაჭიმვით; შემდეგ ნების უღნარული მხარეებით აძლიერებს ფლექსიას და როტაციას თითების ერთმანეთის საწინააღმდეგო მხარეზე მოძრაობის წარმართვით.

55. პანიაულაშია C₆-C₇ პარტხანა ფუნქციური ბლოკის დროს (აქტურ-ბრიფი — „მოჭდავის“ ან „კატური ტაცი“)

ს.მ. — ჯდომი, ექიმი დგას პაციენტის ზურგს უკან მყარად, მარცხენა ცერის სხივის მხარე დვრილისებრი მორჩის ქვემოთ (ე. ი. ატლანტის განივი მორჩის ზემოთ) დევს, მარჯვენა ხელის იდაყვის ნაკეცში ფიქსირდება ნიკაპი, ხელისგულის ზედაპირი დევს მარცხენა საფეთქელ-თხემის არეში;

ზორციელდება თავის პასიური როტაცია მარჯვნივ, ლატეროფლექსია მარცხნივ, ტრაქცია და ბიძგი მარცხენა ცერით ზემოთ.

56. პა ფლექსიის მიმართულებით და პირ-ით



1) ს.მ. — ჯდომი, ექიმი დგას უკან-გვერდით, ერთი ხელისგული უდევს პაციენტის კეფასა და თხემზე, მეორე ხელის I-II თითებით აფიქსირებს ბლოკირებული ხმს-ის ქვედა მალას ისე, რომ საჩვენებელი თითის რადიალური მხარე ეხება წვეტიან მორჩს;

კეფაზე დადებული ხელით ექიმი ახორციელებს პასიურ ფლექსიას დაძაბვამდე. ამ მდგომარეობიდან: ლუწი ხერხემლის მამოძრავებელი სეგმენტებისთვის (C₆-C₇, C₁₁-C₁₂, C₁₄-C₁₅, C₁₆-C₁₇) — I ფაზა — შესუნთქვა, სუნთქვის შეკავება, ზემოთ ახედვა ექსტენზიის ცდით, ექიმი უწევს ადეკვატურ წინააღმდეგობას (იზომეტრიული დაძაბვა); II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოღუნება ძირს დახედვით, ექიმის ხელი მიჰყვება წვეტი-

ან მორჩს ახალ დაძაბვამდე; კენტი ხმს-ებისთვის (C₁-C₁₁, C₁₃-C₁₄, C₁₅-C₁₆, C₁₇-T₁) — I ფაზა — ამოსუნთქვა, ქვემოთ დახედვა, II ფაზა — შესუნთქვა თვალბის მდგომარეობის შეუცვლელად.

2) ს.მ. — ზურგზე წოლა, თავი გადმოწეულია ტახტის კიდიდან, ექიმი დგას პაციენტის თავთან, ერთი ხელისგული მოთავსებული აქვს თხემზე, მეორე ხელის I-II თითებით აფიქსირებს ხმს-ის ქვედა მალის განივ მორჩებს;

თხემზე მოთავსებული ხელისგულით ექიმი ახორციელებს პასიურ ფლექსიას დაძაბვამდე.

57. ხმს-ის პოლინაგვანტური ფა-ის უპროტექციაში პა პარტხანა და პარტხანა ლატეროფლექსიის მიმართულებით, პასიური მოძრაობით (პიბა)



ს.მ. — ზურგზე წოლა, თავი გადმოწეულია ტახტის კიდიდან, კისერი გამართულია ან ოდნავ მოხრილი, ექიმი დგას პაციენტის თავთან და იკავებს მის თავს წინამხრებით ან უდევს მოხრილ ბარძაყზე, საჩვენებელი თითების ძირითადი ფალანგები რადიალური მხარეებით ხმს-ის განივ მორჩებზე უდევს;

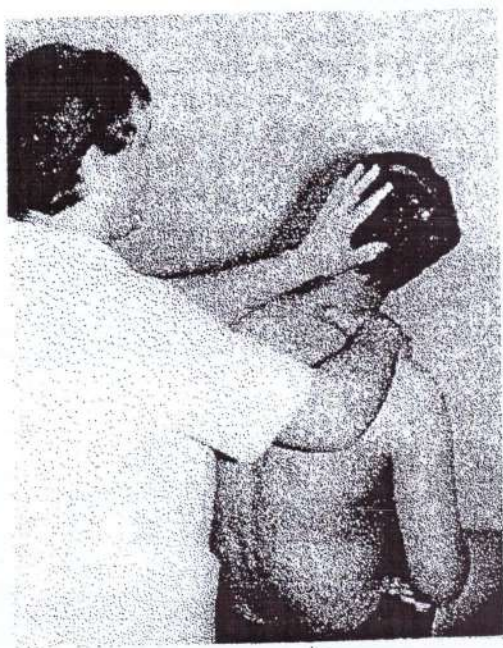
გულმკერდ-წელის ნაწილში როტაციის შედეგად საკუთარი სხეულის მდგომარეობის შეცვლით ექიმი ერთდროულად ახორციელებს ხმს-ის ლატეროფლექსიას ჯერ ერთი, შემდეგ მეორე მიმართულებით, ამასთან მსუბუქად აწევა ხმს-ის ზედა მალის განივ მორჩს ლატეროფლექსიის საწინააღმდეგო მხარეს.

შობილიზაცია ხორციელდება ზემოდან ქვემოთ – CII-დან CVII-მდე, ერთდროულად ფლექსიის გაძლიერებით, შემდეგ კი ქვემოდან ზემოთ, ფლექსიის შემცირებით.

58. ხან-ის პე პარაჰვნივ ლატაროვლაქსიის მიმართულებით პირ-ით

1) ს.მ. – ზურგზე წოლა, თავი გადმოწეულია ტახტის კიდიდან, კისერი გამართულია, ექიმი დგას პაციენტის თავთან, მარჯვენა ხელის I-II თითებით აფიქსირებს ბხმს-ის ქვედა მალის მარჯვენა ნახევარკალს, საჩვენებელი თითის ძირითადი ფალანგის რადიალური მხარე დევს განივ მორჩზე, მარცხენა ნების ფუძე – მარცხენა საფეთქელზე, ცერი – ქვედა ყბაზე, II-V თითები – კეფის მარცხენა მხარეზე;

ექიმი მარცხენა ხელისგულით ახორციელებს როტაციას მარცხნივ და ფლექსიას – ბხმს-მდე, შემდეგ კი ლატეროფლექსიას – მარჯვნივ დაძაბვამდე; I ფაზა – ლუწი ხმს-თვის (C_I-C_I, C_{II}-C_{III}, C_{IV}-C_V, C_{VI}-C_{VII}): ზემოთ ახედვა, შესუნთქვა და სუნთქვის შეკავება, II ფაზა – ქვემოთ დახედვა, ამოსუნთქვა. კენტი ხმს-ისთვის (C_I-C_{II}, C_{III}-C_{IV}, C_V-C_{VI}, C_{VII}-T_I): I ფაზა – წინ ყურება ან თვალები დახუჭულია, ნელი შესუნთქვა, II ფაზა – ნელი ამოსუნთქვა, მოღუნება. ფაზები მეორდება 3-5-ჯერ.



2) ს.მ. – ჯდომი, კისერი გამართულია, ექიმი დგას პაციენტის უკან, მარჯვენა ხელის I-II თითებით აფიქსირებს ბხმს-ის ქვედა მალის რკალს, საჩვენებელი თითის რადიალური მხარე ეხება მარჯვენა განივ

მორჩს, ხელისგული თავსდება თავის მარცხენა ზედაპირზე;

ხორციელდება როტაცია მარცხნივ და ლატეროფლექსია მარჯვნივ დაძაბვამდე. ფაზები იგივეა.

59. ხან-ის პე პარაჰვნივ როტაციისა და ლატაროვლაქსიის მიმართულებით მასაჟის გამოყენებით



ს.მ. – ზურგზე წოლა მაღალ ტახტზე, ექიმი დგას მარჯვნივ, პაციენტის კისერთან, მარჯვენა ხელით იჭერს კისრის კუნთებს მარცხნიდან, თითები წვეტიანი მორჩებისკენაა მიმართული, მარცხენა ნების ფუძე თავსდება პაციენტის მარჯვენა საფეთქელზე, თითები გაშლილია;

მარჯვენა ხელისგული ნარნარი მასაჟის მოძრაობით (გაწევა) კისრის კუნთებს წინ გადაადგილებს, ერთდროულად მარცხენა ხელით პაციენტის თავს მარცხნივ აბრუნებს მარჯვენა ხელის შესახვედრად. კუნთების მოღუნებისამებრ როტაციის მოცულობა და მარცხნივ პასიური ლატეროფლექსია იზრდება.

60. ხან-ის პე პარაჰვნივ როტაციის მიმართულებით პირ-ით

ს.მ. – დაბალ სკამზე ჯდომა, თავი ნეიტრალურ



მდგომარეობაშია, ექიმი დგას უკან, მარცხენა ხელის I-II თითებით აფიქსირებს ბზმს-ის ქვედა მალის რაკლს, მარჯვენა ხელისგულს ათავსებს მარცხენა ქვედა ყბაზე ქვემოდან და ახორციელებს ექსტენზიას ბზმს-მდე და მარჯვნივ როტაციას დაძაბვამდე; I ფაზა — მარცხნივ გახედვა, შესუნთქვა, ადეკვატური წინააღმდეგობის გაწევა; II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, მარჯვნივ გახედვა, პასიური როტაცია დაძაბვამდე. თუ ამ დროს I ფაზაში ადგილი აქვს ძლიერ დაძაბვას, ხოლო II ფაზაში — ძლიერ მოდუნებას, მაშინ I ფაზაში — ზემოთ ახედვა, შესუნთქვა, II ფაზაში — ქვემოთ დახედვა, ამოსუნთქვა.

61. მანიაპულაცია ბიკპით ხან-ში მარჯვენა როტაციის მიმართულებით (გაბან-ხატლარის მეთოდით)

ს.მ. — დაბალ სკამზე ჯდომა, თავი ნეიტრალურ მდგომარეობაშია, გულმკერდის ნაწილი კიფოზირებულია, ექიმი დგას უკან-მარჯვნივ და პაციენტის თავს აფიქსირებს მკერდით, მარჯვენა ხელით ისე იჭერს მის თავს, რომ ნიკაპი მიმართულია მისი იდაყვის ნაკეცისკენ ხან-ის ზედა ადგილას ფუნქციური ბლოკის (შბ) შემთხვევაში, შუა ადგილას შბ-ის დროს იდაყვის ნაკეცისკენ მიმართულია ცხვირი, ხოლო ქვედა მონაკვეთში შბ-ის დროს იდაყვის ნაკეცისკენ მიმართულია შუბლი; ექიმი წინამხარს ათავსებს პაციენტის სახის მარცხენა ნახევარზე, მარჯვენა ხელის თითები



აფიქსირებს ბზმს-ის ზედა მალას და მის ზედა ადგილს, მარცხენა ხელის I-II თითები აფიქსირებს ბზმს-ის ქვედა მალის განივ მორჩებს (ან ფიქსირდება წვეტიანი მორჩი ცერით მარცხნიდან);

ექიმი ასრულებს თავის მინიმალურ ფლექსიას, ხან-ის ტრაქციას იმავე მიმართულებით და ერთდროულად როტაციას მარჯვნივ (შბ-ის მიმართულებით) ბზმს-ის ზედა მალის ჩათვლით მის დაძაბვამდე (პაციენტის მოდუნებისთვის წინასწარ ახორციელებენ პირ-ს), რის შემდეგაც ექიმი აკეთებს ბიძგს როტაციისა და, განსაკუთრებით, ტრაქციის მიმართულებით (ტრაქცია ხორციელდება ექიმის თავის აწევით).

62. პისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილის მკარჯენი როტაციის მიმართულებით ტრაქციით და პირ-ით

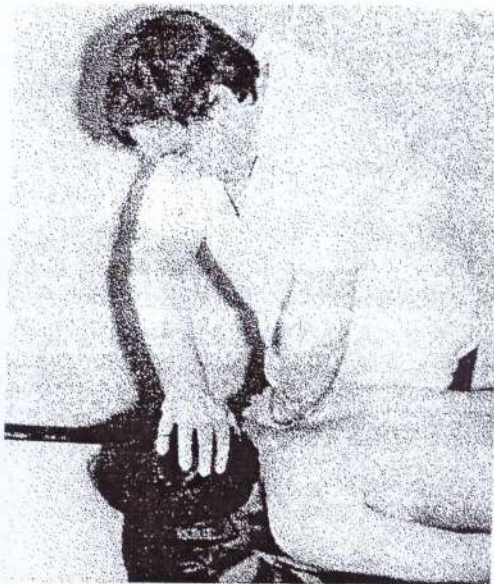
ს.მ. — ჯდომა, კისერი გამართულია, ექიმი დგას უკან მარჯვნივ, მარცხენა ხელისგულს ათავსებს მარცხენა მხარზე ზემოდან II-V თითებით წინ, ცერი აფიქსირებს T₁ წვეტიან მორჩს ქვემოდან და გვერდიდან, ექიმი მარჯვენა ხელით პაციენტის თავს ისე იჭერს, რომ სახე (ყბა, ნიკაპი) მიმართულია მისი იდაყვის ნაკეცისკენ, ხელისგულით იკავენს კეფასა და კისრის ზედა ნაწილს მარცხნიდან, ნეკის ულნური მხარე თავსდება C_{VII}-T₁-ის წვეტიან მორჩებს შორის, პაციენტის თავის მარჯვენა მხარეს ექიმი გულმკერდით აფიქსირებს;

ექიმი მარჯვენა ხელით და სხეულის მობრუნებით ახორციელებს პაციენტის თავის როტაციას მარჯვნივ, ლატეროფლექსიას მარცხნივ და ტრაქციას ღერძის



გასწვრივ დაძაბვამდე; ამ მდგომარეობიდან ხორციელდება პირ: I ფაზა — მარცხნივ გახედვა, შესუნთქვა, ექიმი წინააღმდეგობას უწევს მარცხნივ სინკინეზიურ როტაციას, II ფაზა — მარჯვნივ გახედვა, ამოსუნთქვა, ექიმის ხელი თან მიჰყვება მარჯვნივ მზარდ როტაციას.

63. პისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილის აგ და მდ მარჯვნივ როტაციის, მარცხნივ ლატეროფლექსიისა და პოსტანოზიის მიმართულებით



ს.მ. — მუცელზე წოლა, თავი ნიკაპს ეყრდნობა, კისერი ექსტენზირებულია, ექიმი დგას მარჯვნივ გვერდით და თავისკენ აბრუნებს პაციენტის თავს ისე, რომ ნიკაპი საყრდენს არ სცილდება;

1) C_{VI}-T_{IV}-ის დონეზე პოლისეგმენტური ბლოკის დროს ექიმი მარჯვენა ხელისგულს ათავსებს პაციენტის თავის მარჯვენა მხარეს განივად, ხელისგულის ფუძეს — ლოყაზე, თითებს — თხემისკენ და თავს აფიქსირებს ამ მდგომარეობაში; მარცხენა მტევანს ათავსებს მარჯვენა ბეჭზე, ნების ფუძე მის მედიალურ მხარეს ეხება, თითები გარეთაა მიმართული (ე. ი. ხელისგულები ერთმანეთის პარალელურადაა); I ფაზა — შესუნთქვა, ექიმი ინარჩუნებს დაძაბვის წინა მდგომარეობას, II ფაზა — ამოსუნთქვა, ექიმი მარცხენა ხელის ბიძგიით ახორციელებს მალეების ლატერო-კაუდალურ გადაადგილებას მარჯვნივ.

2) მონოსეგმენტური შპ-ის დროს ექიმი მარჯვენა ხელის მტევანს ათავსებს თავისა და კისრის მარჯვენა ნახევარზე ისე, რომ ტენარი აფიქსირებს ბხმს-ის ზედა მალას, მარცხენა ხელს კი ათავსებს მარცხენა მხრის სარტყელზე ისე, რომ II-V თითები წინაა მიმართული, ცერი აფიქსირებს ბხმს-ის ქვედა მალის წვეტიან მორჩს გვერდიდან; ამოსუნთქვის ფაზაში ექიმი უბიძგებს წვეტიან მორჩს მარცხნიდან მარჯვნივ.

64. ხან-ის მანიპულაცია ფუნქციური ბლოკის დროს

ს.მ. — ზურგზე წოლა, ექიმი დგას პაციენტის მარცხენა მხართან, მარჯვენა წინამხრითა და მხრით უჭირავს მისი თავი, ნები სახეზეა მარჯვნივ, III თითი ნიკაპზე უდევს, მარცხენა საჩვენებელი თითის ნებ-ფალანგის სახსარი — C_I-ის განივ მორჩზე, ცერი მიმართულია პირის კუთხისკენ, პაციენტის თავი მიბჯენილია ექიმის გულმკერდზე; თავის მოსახერხებლად დაჭერისთვის წინასწარ ასრულებს მის როტაციას მარჯვნივ და დაბრუნებას საწყის მდგომარეობამდე; ხორციელდება თავის ლატეროფლექსია მარცხნივ დაძაბვამდე, ტრაქცია და მარცხენა ხელით სრულდება მძაფრი, მოკლე მანიპულაციური ბიძგი მარჯვენა თვალისკენ.

მეთოდური შენიშვნა: C_{II}-C_{III} და ქვემოთ მანიპულაციის ჩასატარებლად ექიმი მარცხენა საჩვენებელი თითის ნებ-ფალანგის სახსარს ათავსებს შესაბამისი მალის განივ მორჩზე და ახორციელებს ლატეროფლექსიას დაძაბვამდე, როტაციის გარეშე; ბიძგი სრულდება II თითის ნებ-ფალანგის სახსრით; მანიპულაციის დროს გამოირიცხულია თავის ფლექსია და ექსტენზია; ტრაქცია და ბიძგი სინქრონულად უნდა შესრულდეს.

65. ხან-ის მობილიზაცია პასიური მოძრაობებით პანტრალურ-დორსალური მიმართულებით

ს.მ. — ზურგზე წოლა, პაციენტის თავი გადმოწეულია



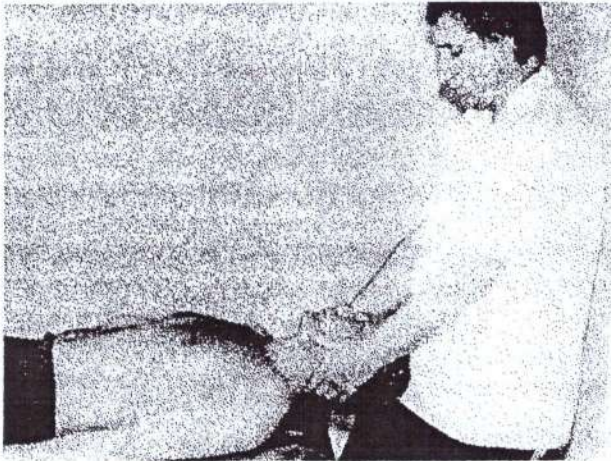
ს.მ. — ზურგზე წოლა, თავი გადმოწეულია ტახტის კიდიდან, კისერი გამართულია, ფლექსირებულია თავის სახსრებში (ნიკაპი მიახლოებულია კისერთან), ექიმი დგას პაციენტის თავთან და მას იჭერს წინამხრებით ან მოხრილ ბარძაყზე უდევს, საჩვენებელი თითებით (ხელისგულები კრანიალურადაა მიმართული) აფიქსირებს ბზმს-ის ზედა და ქვედა მალეების განივ მორჩებს (ცერები ქვედა ყბის კუთხის ქვეშაა) და ზეტანის უკან გაწვევით ახორციელებს მცირე ტრაქციას ლერძის გასწვრივ, ერთდროულად ზედა მაღაზე მოთავსებული მტევნით ახორციელებს ლატეროფლექსიას საწინააღმდეგო მხარეს დაძაბვამდე; შემდეგ პაციენტი შეისუნთქავს, ამოსუნთქვის ფონზე ტრაქციის გაძლიერებით ექიმი მსუბუქად აწვება ზედა განივ მორჩს კარგად ფიქსირებული ქვედა განივი მორჩის საწინააღმდეგოდ.

67. პ. თაპისა და კისრის გრძელი გაწვლელაპის მტკივნეული დაძაბვის ან დაშოკლების დროს პირით

ტახტის კიდიდან და ექიმის მოხრილ ბარძაყზე დევს, ექიმი დგას პაციენტის თავთან, ერთი ხელის (ხელისგულით ზემოთ) 1-ლი-მე-2 თითებით იჭერს ბზმს-ის ქვედა მალას, კისრის ზედა ნაწილში უბ-ის დროს მეორე მტევანს ათავსებს ზედა ტუჩზე, ხოლო კისრის ქვედა ნაწილის უბ-ის დროს — ნიკაპზე; მიაღწევენ დაძაბვისწინა მდგომარეობას და ამოსუნთქვის დროს ახორციელებენ ზეწოლას ვენტრალურ-დორსალური მიმართულებით. გადაადგილების ამპლიტუდა იზრდება დაბლა დაშვებით.

დაწოლის რიტმი — 1 წმ-ში 2 ზეწოლა 20 წამის განმავლობაში.

66. პოზილიზაცია ხან-ში პასიური მოძრაობით ლატარო-ლატერალური მიმართულებით



ს.მ. — დაბალ სკამზე ჯდომა, პაციენტი კორპუსით ეყრდნობა მის უკან მდგარი ექიმის ბარძაყს, ექიმი იჭერს ავადმყოფის თავს, ნების ფუძე ხან-ის თანამოსახელე მხარეს ისე უდევს, რომ ზემოთ მიმართული ცერები კეფაზე თავსდება, ხოლო დანარჩენი თითები, რომლებიც წინაა მიმართული, — ყვრიმალეების რკალებზე;

ექიმი ახორციელებს პასიურ ფლექსიას დაძაბვამდე, ამ მდგომარეობაში პაციენტის კორპუსთან ერთად

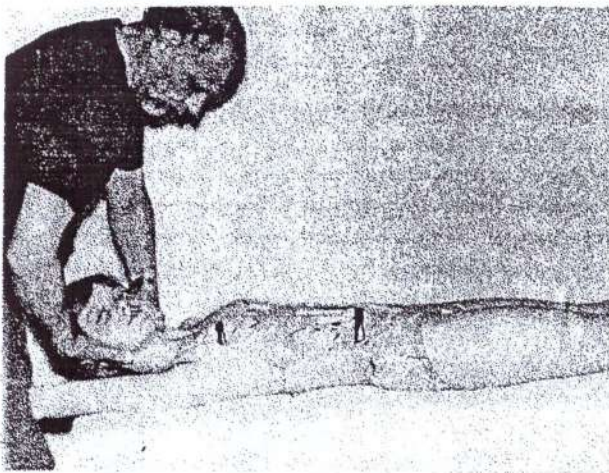
ექიმი ოდნავ იხრება უკან; I ფაზა — ზემოთ ახედვა, შესუნთქვა, II ფაზა — ძირს დახედვა, ამოსუნთქვა, ფლექსიის მოცულობის ზრდასთან ერთად ექიმი უფრო და უფრო იწევს უკან.

68. მ. ხან-ის ექსტენზორების მკაფიო დაკავშირების დროს პირ-ით



ს.მ. — ჯდომი, ექიმი დგას უკან — მარცხნივ, მარჯვენა ხელის მტევანს ათავსებს მარჯვენა მხარზე ზემოდან და აფიქსირებს მხრის სახსარს, ცერი თითი დაძაბულ კუნთზე, მარცხენა ხელით ტანთან მიბჯენილი აქვს პაციენტის თავი, თითებს კეფაზე ათავსებს და ახორციელებს როტაციას მარცხნივ, ფლექსიას და ლატეროფლექსიას — მარჯვნივ დაძაბვამდე; I ფაზა — შესუნთქვა, მარჯვნივ და ზემოთ ახედვა, II ფაზა — ამოსუნთქვა, მარცხნივ გახედვა, რელაქსაცია. ფაზები სამჯერ მეორდება.

70. მ. მარჯვენა გაჭის აფეხვი კუნთის მკაფიო დაკავშირების ან დამოკლების დროს პირ-ით



ს.მ. — ზურგზე წოლა, თავი გადმოწეულია ტახტის კიდიდან, ექიმი პაციენტის თავს მოხრილი ბარძაყით იჭერს, ერთი ხელის I-II თითებით კეფას აფიქსირებს, მეორე ხელს შუბლზე ათავსებს და ახორციელებს თავის პასიური წინ დახრას დაძაბვამდე; I ფაზა — შესუნთქვა, ზემოთ ახედვა, კეფით ექიმის ხელზე მიწოლა, II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ძირს დახედვა, შუბლზე დადებული ხელი მიჰყვება თავის წინ დახრას.

69. ჯურების გაშვების კუნთის კისარ-გულშეკრების ნაწილის მ. პირ-ით, მარჯვნივ

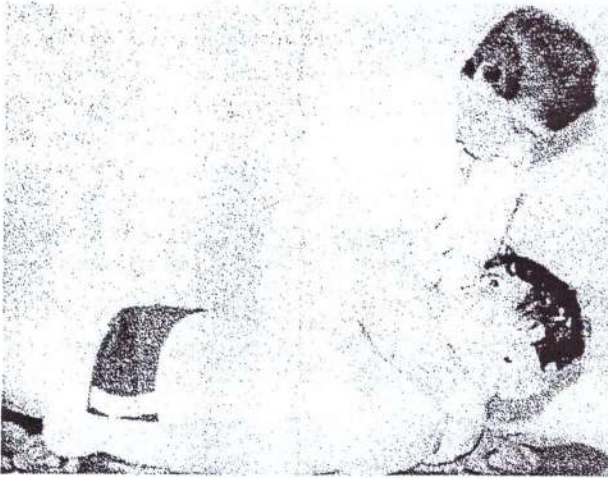


ს.მ. — ზურგზე წოლა, იდაყვში მოხრილი მარჯვენა ხელი ზემოთაა აწეული, ექიმი დგას პაციენტის თავთან, აწევს მარჯვენა იდაყვს, კრანოკაუდალურად გადაადგილებს ბეჭს დაძაბვამდე, და ამ მდგომარეობაში აფიქსირებს იდაყვს ბარძაყით;

ორივე ხელისგულით ექიმი იჭერს პაციენტის კეფასა და კისერს ორივე მხრიდან (ნების ფუძე კეფაზე, ცერები — ქვედა ყბის ქვემოთ, თითები კი — კისერზე) და ახორციელებს მარცხნივ ლატეროფლექსიას მცირე წინააღმდეგობის გაწევის შეგრძნებამდე, ე. ი. დაძაბვამდე; I ფაზა — მარჯვნივ გახედვა, ნელი შესუნთქვა, II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება (თვალების მდგომარეობის შეუცვლელად), რასაც მოსდევს თავის მაღლა აწევა და მისი მსუბუქი როტაცია მარჯვნივ. პირველი ფაზის განმეორების დროს თავსა და იდაყვზე შეიძლება მსუბუქი ზეწოლა.

71. მ. მარჯვენა გაჭის აფეხვი კუნთის მკაფიო დაკავშირების ან დამოკლების დროს პირ-ით

ს.მ. — ზურგზე წოლა, ექიმი დგას პაციენტის გულმკერდთან, მარჯვნივ, მარცხენა მტევანით თავსა და კისერს ისე იჭერს უკანა მხრიდან, რომ ხელისგულის



74. აუტომობილიზაცია C_0-C_1 -ში მარჯვენა ლატაროფლექსიის მიმართულებით

ულნური მხარე აფიქსირებს C_{IV} -ის წვეტიან მორჩს, თითები მარცხენა ყურისაკენა მიმართული, მარჯვენა ხელისგულით ისეთნაირად იჭერს მარცხენა მხარს ზემოდან, რომ სხივ-მაჯის სახსრის ულნური მხარე აფიქსირებს მხრის სახსარს, ცერი თითი — ტრაპეციულ კუნთს წინიდან, ხოლო II-III თითები — ბეჭის ამწევი კუნთის ბეჭის ზედა კუთხეზე მიმაგრების ადგილს;

ექიმი ოდნავ წამოსწევს პაციენტს და ახორციელებს ფლექსიას გულმკერდის ზედა ნაწილში და ლატეროფლექსიას — მარჯვნივ C_{IV} დაძაბვის შეგრძნებამდე: I ფაზა — მარცხნივ გახედვა, შესუნთქვა, იზომეტრიული დაძაბვა 10 წამი, II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ექიმის ხელი მიჰყვება მოცულობაში მზარდ ლატეროფლექსიას მარჯვნივ.

72. ხან-ის აბა ფლექსიისა და პოსტანფიის მიმართულებით

ს.მ. — ჯდომი ან დგომი, მოძრაობის გამოკვეთილი შეზღუდვის დროს თავი საშუალო მდგომარეობაშია, სხვა შემთხვევაში შეძლებისდაგვარად როტაციის მდგომარეობაში: I ფაზა — ზემოთ ახედვა, შესუნთქვა, ექსტენზია; II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ძირს დახედვა, ფლექსია.

73. თავის სახსრების (C_0-C_1) აბა ფლექსიისა და პოსტანფიის მიმართულებით

ს.მ. — ჯდომი ან დგომი, თავი მაქსიმალურადაა როტირებული რომელიმე მხარეს;

პაციენტი თავის წინ დაქნევის დროს უახლოებს ნიკაპს მხარს, შემდეგ აქნევს თავს უკან ისე, რომ კეფას უახლოებს კისერს, ან სწრაფად შეისუნთქავს და აიხედავს ზემოთ (ექსტენზია), ასევე სწრაფად ამოსუნთქავს და დაიხედავს ძირს (ფლექსია).

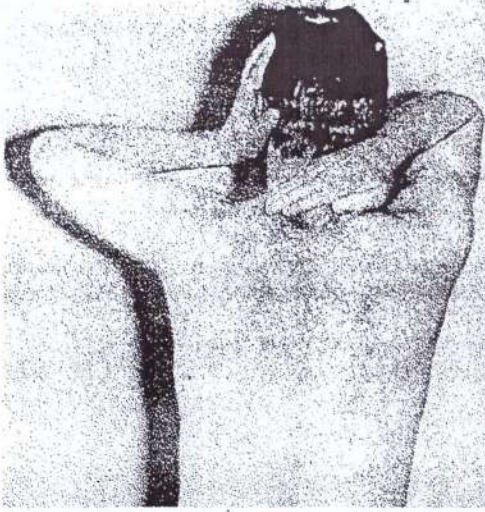


ს.მ. — ჯდომი ან დგომი, კისერი გამართულია, თავი — როტირებული მარცხნივ, პაციენტი მაღლა აწეული მარცხენა ხელით და განზიდული ცერით მარჯვნიდან აფიქსირებს ნიკაპს, დანარჩენი თითები მომუჭული აქვს და მკერდის ძვალზე ათავსებს, რითაც ფლექსიას აძლიერებს, მარჯვენა ხელი თხემის გავლით ფიქსირდება მარცხენა საფეთქელზე, თითებით კვემით და ხორციელდება პასიური მოძრაობა მარჯვნივ ლატეროფლექსიის მიმართულებით;

ამპ უფრო ეფექტურია პოსტიზომეტრიული რელაქსაციის გამოყენებით: I ფაზა — მარცხნივ გახედვა, შესუნთქვა, II ფაზა — ამოსუნთქვა და ლატეროფლექსიის მოცულობის მომატება. ეს ილეთი ადვილად აქრობს ფუნქციურ ბლოკს და ამიტომაც რეციდივების შემთხვევაში პაციენტები სიამოვნებით მიმართავენ მას ექიმის კონტროლის გარეშე, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპერმოძილობა არაბლოკირებულ სხვა სეგმენტებში და C_0-C_1 -ში ფუნქციური ბლოკის უფრო ხშირი რეციდივი, ამიტომ უმჯობესია მისი გამოყენება მხოლოდ სტაციონარის პირობებში ან სხვა შემთხვევაში ექიმის კონტროლით.

75. კისრის ჯედა ნაწილში (C_0-C_{III}) უზნაფიური ბლოკის დროს აბა მარჯვენა ლატაროფლექსიის მიმართულებით

1) ს.მ. — ჯდომი ან დგომი, თავი ნეიტრალურ მდგომარეობაშია, მარცხენა ხელისგული თითებით ზემოთ

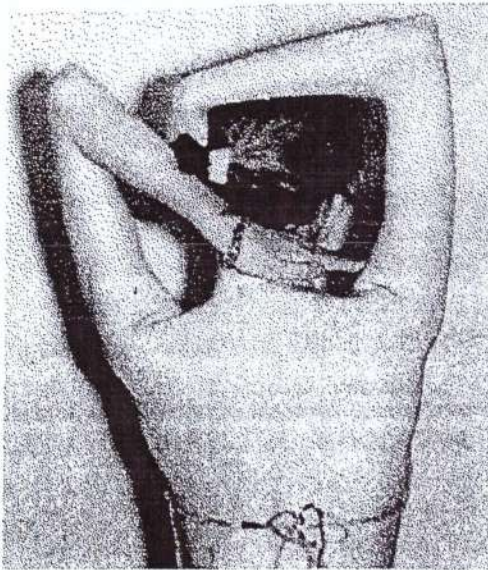


მოთავსებულია მარცხენა ყურსა და საფეთქელზე, მხარი განზიდულია გვერდზე მართ კუთხემდე, მარჯვენა ჰიპოთენარი მარჯვნიდან აფიქსირებს ბხმს-ის ქვედა მალას: I ფაზა — შესუნთქვა, მარცხენა ხელზე ზომიერი მიწოლა (იზომეტრიული დაძაბვა), II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, მარჯვენა მხარეს პასიური ლატეროფლექსია.

2) ს.მ. — ჯდომი ან დგომი, მარცხენა ხელი აფიქსირებს კისერს მარცხნიდან, ნეკი სათანადო დონეზეა, მარჯვენა ხელისგული მარჯვენა თხემსაფეთქელის არეზეა, თითებით ზევით;

ხორციელდება შემხვედრი მსუბუქი ზამბარისებრი ზეწოლა წინააღმდეგობის გაწევით.

76. კისრის ქვედა ნაწილში ფა-ის დროს აპო მარ-ჯანოვ ლატაროფლექსიის მიმართულებით

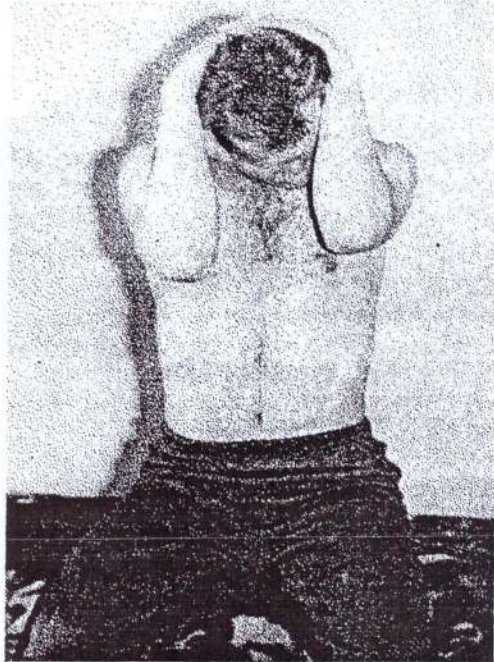


ს.მ. — ჯდომი ან დგომი, თავი ნეიტრალურ მდგომარეობაშია, მარჯვენა ხელს პაციენტი თხემის გავლით ათავსებს მარცხენა საფეთქელზე, მარცხენა ხელისგულით იჭერს ბხმს-ის ქვედა მალას ისე, რომ ნეკი აფიქსირებს რკალს მარჯვნიდან: I ფაზა — შესუნთქვა, თავით მარჯვენა მტევანზე მიწოლა (იზომეტრიული დაძაბვა (იღ)), II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, მარჯვენა მტევანით მარჯვენა მხარეს პასიური ლატეროფლექსია.

77. ხან-ის აპო ფლექსიის, ექსტენზიის, ლატაროფლექსიის, როტაციის, პენტარალურ-დორსალური და ლატარო-ლატარალური მიმართულებით

ს.მ. — ჯდომი ან დგომი, ნეკების ულნური მხარეებით პაციენტი აფიქსირებს ბხმს-ის თანამოსახელე მალეების ნახევარკალებს და ახორციელებს ყველა ჩამოთვლილ მოძრაობას მცირე მოცულობით. ცენტრალურ-დორსალური გადაადგილების მიმართულებით აუტომობილიზაციის შესრულება პაციენტს შეუძლია დაბალ საზურგიან სკამზე ჯდომში, რომელიც აფიქსირებს გულმკერდის ზედა ნაწილს.

78. აუტომობილიზაცია C_I-C_{II}-ში როტაციით



ს.მ. — ჯდომი ან დგომი, თავი ფლექსირებულია და ნიკაპით მკერდს ეხება, პაციენტი ორივე ხელისგულს ათავსებს თხემზე, კინკრიხოს ოდნავ ქვემოთ; ბოლომდე ფლექსიის მდგომარეობიდან ხორციელდება პასიური როტაცია ორივე მხარეს (ნიკაპი მკერდს ეხება).

79. კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილის აპოროტაციით



ს.მ. — მუცელზე წოლა, ნიკაპი ფიქსირდება II-III თითებს შორის, კისერი ექსტენზირებულია; პაციენტი აბრუნებს თავს მარჯვნივ და მარცხნივ ისე, რომ ნიკაპი ფიქსირებული რჩება (თითქოს საფეთქლის წინამხარზე დადებას ცდილობს).

80. კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილის აპოროტაციით მარჯვნივ და მარცხნივ

ს.მ. — ჯდომა ან ჯდომა, ხელები განმკლავშია ნებებით წინ;

თავის მარჯვნივ ბრუნე მარჯვენა ხელის პრონაციით, მხერა დაშვებული ცერისკენ, ს.მ.-ში დაბრუნება. იგივე მეორე მხარეს. წაშში მოძრაობას იმეორებენ 2-ჯერ. ილეთი უკუნაჩვენებია ხერხემლის გულმკერდის ნაწილის (ხზნ) ჰიპოკიფოზისა და კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილის ჰიპერმოხილობის დროს, აგრეთვე, უფროსი ასაკის პირთათვის ხერხემლის არტერიის სინდრომის შემთხვევაში.

81. ხერხემლის არტერიის გამოკვლევა

ს.მ. — ზურგზე წოლა, თავი საყრდენს გარეშეა, მას აფიქსირებს ექიმი ორი ხელით, ცერები ზედა ყბაზეა, დანარჩენი თითები — კეფაზე;

მსუბუქი როტაცია და ექსტენზია (რეტროფლექსია), პაციენტი ითვლის 100-დან უკან (99,98...) 20 წამის განმავლობაში, ექიმი თვალყურს ადევნებს თვლის სიზუსტეს და თვლების რეაქციას. არეული მეტყველება, არაზუსტი პასუხები და ნისტაგმი ხერხემლის არტერიის გაღიზიანებაზე მიანიშნებს.

82. კისრის გულმკერდში გადასვლის ადგილის აპოპინტრალურ-დორსალური და დორსალურ-პინტრალური მიმართულებით

ს.მ. — დაბალ საზურგიან სკამზე ჯდომა და მასზე მიყ-

რდნობა ბხმს-ის ქვედა მალით, ხელები თავისუფლად და ჩამოშვებული;

პაციენტი თანამიმდევრულად ისე გადაადგილებს თავს და ხერხემლის ზედა გულმკერდის ნაწილს (ფიქსირებული მალის ზემოთ) დორსალურ-ვენტრალური და ვენტრალურ-დორსალური მიმართულებით, რომ ფლექსია და ექსტენზია არ მოხდეს.

83. აუტოპოზიციაცია თავისა და კისრის ბრკალი გამოვლენის მტკიცებელი დაკაპულობის ან დამოკლების დროს პირ-ით

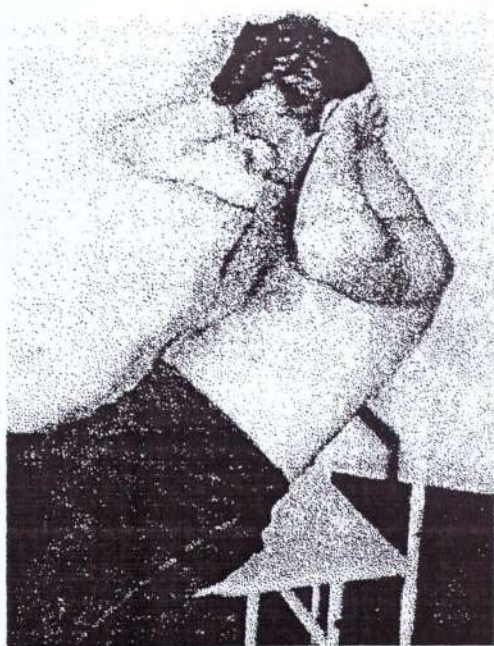


ს.მ. — ჯდომა, პაციენტი ეყრდნობა სკამის საზურგეს და ისე ათავსებს ხელებს თავზე, რომ ცერები ქვედა ყბაზეა, დანარჩენი თითები კი აფიქსირებს კისერს;

თავის მოხრითა და სკამზე ჩაცურებით პაციენტი აღწევს კისრის ექსტენზორებში დამაბულობისწინა მდგომარეობას: I ფაზა — ზემოთ ახედვა, შესუნთქვა, ექსტენზიისთვის წინააღმდეგობის გაწევა, II ფაზა — ქვემოთ დახედვა, ამოსუნთქვა, ფლექსიის მომატება და მენჯით წინ ჩაცურება.

84. აპო თავისა და კისრის მოკლე დროად მდგარა პოპინტრალური მტკიცებელი დაკაპულობის დროს პირ-ით

ს.მ. — დაბალსაზურგიან სკამზე ჯდომა, პაციენტი ხელებს ისე ათავსებს თავზე, რომ საჩვენებელი თითების რადიალური მხარეები აფიქსირებს კეფას, მოხრილი



86. აპა ფინა კიბისებრი კუნთის მარცხენა მხარეს მტკივნეული დაჰაბულობის ან დამოკლების დროს ბრავიტაციული დაჰიპოქსია და პოსტოპერატიული რაქსაჰაბიტი

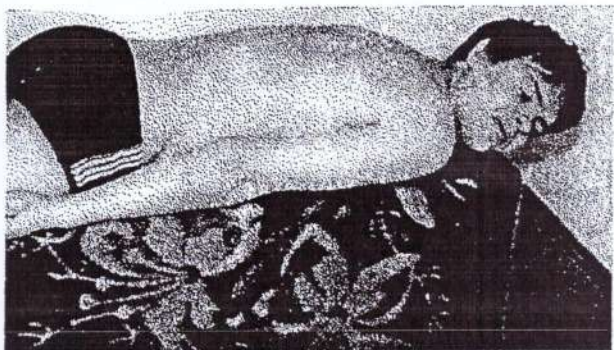
ს.მ. — მარჯვენა გვერდზე წოლა, კისრის ქვეშ პატარა ბალიშია ამოღებული; I ფაზა — თავის წამოწევა, მარცხნივ გახედვა, შესუნთქვა, II ფაზა — ამოსუნთქვა, თავის დაშვება მხედველობის მიმართულების შეუცვლელად.

87. აუტომოგილიზაცია მარჯვენა გაჭის აფექტი კუნთის მტკივნეული დაჰაბულობის ან დამოკლების დროს



თავის ნიკაპი კისერთან არის მიახლოებული, ცერები კი ყვრიმალეების რკალებზე თავსდება; I ფაზა — ზემოთ ახედვა, შესუნთქვა, პაციენტი წინააღმდეგობას უწევს კეფის გაშლას, II ფაზა — ძირს დახედვა, ამოსუნთქვა კორპუსის უკან გადაწევისთან ერთად.

85. ზურბის გაჰეარტოვლი კუნთის კისრისა და გულ-მკერდის ჯედა ნაწილის აპა პირ-ით ბრავიტაციული დაჰიპოქსიის გაჰოქსიებით



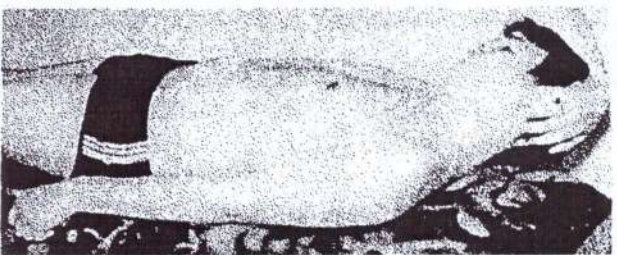
ს.მ. — მუცელზე წოლა, თავი მიბრუნებულია კუნთის მტკივნეული დაძაბულობის მხარეს და ისეა გადმოწეული ტახტის კიდიდან, რომ მას მხოლოდ ქვედა ყბითა და ღვრილისებრი მორჩით ეყრდნობა; I ფაზა — თავის მცირედი აწევა (რაც უფრო მაღლაა თავი აწეული, მით უფრო მობილიზდება კუნთის კაუდალური ნაწილი), ხელი და ღრმა შესუნთქვა და მისი შეკავება, II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, თავის დაშვება. ფაზე-ბი მეორდება 3-ჯერ ზედიზედ, დღეში რამდენჯერმე.

1. ს.მ. — ზურგზე წოლა, მარჯვენა ხელი გამართულია, სუპინირებული და შეძლებისდაგვარად მაქსიმალურად გადაადგილებულია კაუდალურად; ამ მდგომარეობის დაფიქსირებისთვის მარჯვენა ხელი დევს თანამოსახელე ღუნდულას ქვეშ, პაციენტი მარცხენა ხელს თხემის გავლით ათავსებს მარჯვენა საფეთქელზე;

მარცხენა მტევნით ხორციელდება ლატეროფლექსია მარცხნივ (როტაციის გარეშე) მსუბუქი წინააღმდეგობის შეგრძნებამდე; I ფაზა — მარჯვნივ გახედვა, შესუნთქვა, პაუზა დაახლოებით 10 წამი, II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, პასიური ლატეროფლექსია.

2. ს.მ. — სკამზე ჯდომა, ტანი საზურგეზეა მიყრდნობილი, ხელები სკამის საზურგის უკანაა დაშვებული; I ფაზა — მხრების მაღლა აწევა განზიდვის გარეშე, შესუნთქვა, II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, მხრების დაბლა დაშვება, რამდენადაც შესაძლებელია.

88. აპა მარცხენა ტრაპეციული კუნთის ჯედა ნაწილის მტკივნეული დაჰაბულობის ან დამოკლების დროს



ს.მ. — ზურგზე წოლა, თავი ტახტზეა, მაქსიმალურად გამართული მარცხენა ხელის მტევანი ჩაჭიდებულია ტახტის გვერდით კიდეზე, ხელი და მხარი ფიქსირებულია, ტრაპეციული კუნთის ზედა ბოჭკოები დაძაბულია, მარჯვენა ხელის მტევანი მარცხენა საფეთქელსა და ყურზე დევს;

ხორციელდება თავის ლატეროფლექსია მარჯვნივ როტაციის გარეშე: I ფაზა — მარცხნივ გახედვა, შესუნთქვა, II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, მხედველობის მიმართულების შეუცვლელად მარჯვნივ პასიური ლატეროფლექსიის მომატება.

89. პოზილიზაცია თავის ღრმად მდებარე მოკლე აქსტანზორების მტკივნეული დაძაბულობის დროს პირ-ით



1. ს.მ. — ჯდომი, ექიმი დგას უკან, ცერებს მჭიდროდ ათავსებს პაციენტის კეფის ქვეშ, დანარჩენი თითები წინ არის მიმართული და მოთავსებულია ყვრიმალეების რკალებზე;

ხორციელდება თავის წინ დახრა, ნიკაპი კისერს უახლოვდება დაძაბულობამდე; I ფაზა — ნელი შესუნთქვა, ზემოთ ახედვა, ექიმი ეწინააღმდეგება ექსტენზიას, II ფაზა — ძირს დახედვა, ნელი ამოსუნთქვა, მოდუნება და პასიური ფლექსიის მოცულობის გაზრდა, ამასთან ექიმი ხელს უშლის კისრის მთლიანად დახრას, რისთვისაც ფლექსიის შესრულების დროს უკან იწევს პაციენტთან ერთად.

2. ს.მ. — ზურგზე წოლა, თავი გადმოწეულია ტახტის კიდიდან, ექიმი დგას პაციენტის თავთან, საჩვენებელი

ბელი თითების რადიალური მხარეებით აფიქსირებს კეფას (ნებები ზემოთაა), ცერები წინა აქვს მიმართული, ათავსებს ყვრიმალის რკალებზე და ახორციელებს თავის წინ დახრას დაძაბულობამდე. ფაზები იგივეა.

ხერხემლის გულგეგმის ნაწილის მანუალური თერაპიის სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ხერხები

1. ხერხემლის გულგეგმის ნაწილში (ხზნ) აქტიური ფლექსიის გამოკვლევა



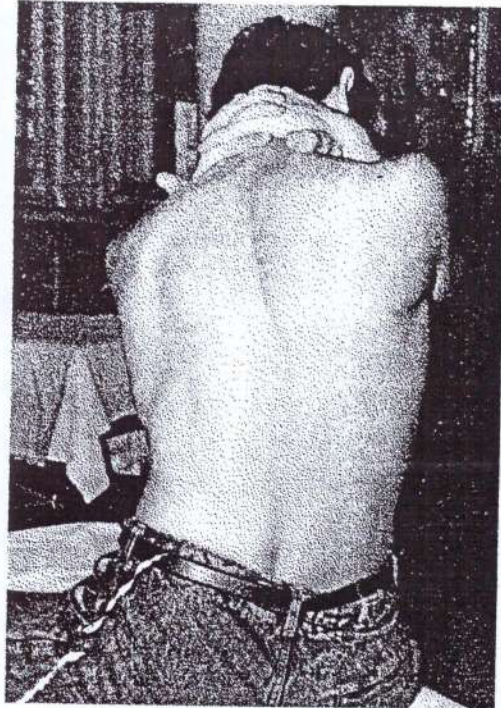
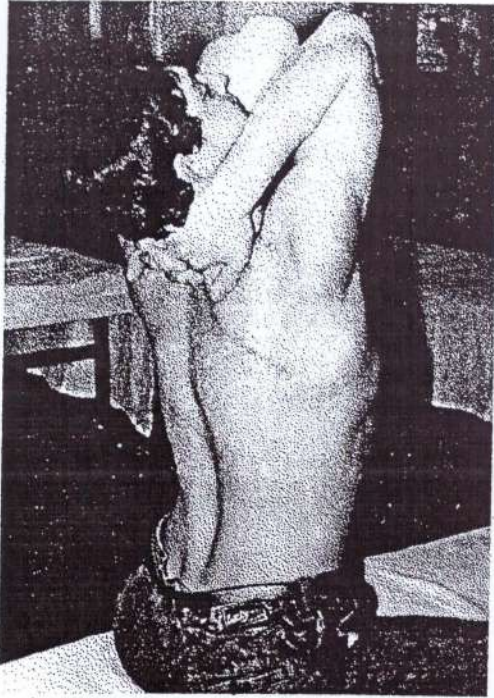
ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი ტახტზე, ზურგით მის ბოლოსკენ, ხელისგულები კისრის ქვედა ნაწილზეა, იდაყვები მიმართულია წინ, ექიმი დგას უკან;

აკვირდებიან აქტიური ფლექსიის ამპლიტუდას ზემოდან ქვემოთ. ნორმის პირობებში წვეტიანი მორჩებისგან წარმოიქმნება თანაბარი რკალი. მოძრაობის ამპლიტუდა ქვემოთ მცირდება.

2. ხზნ-ში აქტიური აქსტანზიის გამოკვლევა

ს.მ. — იგივე;

აკვირდებიან პაციენტის მიერ ქვემოთ ზემოთ შესრულებული აქტიური ექსტენზიის ამპლიტუდას. ნორმის პირობებში წარმოიქმნება თანაბრად შეზღუდული რკალი.



3. ხან-ში აპტიური ლატაროფლექსიის გამოკვლევა



პაციენტი ნელა ახორციელებს აქტიურ როტაციას მარჯვნივ, მარცხნივ ზემოდან ქვემოთ, და ერთდროულად მცირე ფლექსიას, რათა უკეთ გამოჩნდეს წვეტიანი მორჩების კონტურები. როტაციის ღერძი უნდა გადიოდეს პაციენტის თხემზე.

აანალიზებენ მოძრაობის მოცულობას, რკალის თანაბარზომიერებას, სინკინეზიურ მოძრაობას.

5. ხან-ში პასიური ფლექსიის გამოკვლევა



ს.მ. — „მხედრული“ ჯდოში ტახტზე, ზურგით მის ბოლოსკენ, ხელისგულები კისრის ქვედა ნაწილზეა, იდაყვები მიმართულია წინ, ექიმში დგას უკან;

პაციენტი ნელა ხრის ტანს მარჯვნივ, მარცხნივ, ზემოდან ქვემოთ, ექიმში აანალიზებს წვეტიანი მორჩების რკალის თანაბარზომიერებას და სინკინეზიური როტაციის ხარისხს.

4. ხან-ში აპტიური როტაციის გამოკვლევა

ს.მ. — იგივე;

ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი ტახტზე, ხელისგულები კისრის ქვედა ნაწილზეა იდაყვებით წინ, ექიმი ღვას პაციენტის მარჯვნივ და მარჯვენა წინამხარს ზემოდან ადებს მის იდაყვებს, ხოლო მარჯვენა ხელისგულით იჭერს მარცხენა მხარს ზემოდან;

ექიმი აწვება პაციენტის იდაყვებს ზემოდან ქვემოთ და ახორციელებს პასიურ ფლექსიას ხზნ-ში, მარცხენა ხელის ცერით ან საჩვენებელი თითით კი სინჯავს წვეტიან მორჩებს შორის მანძილის გაზრდას.

6. ხზნ-ში პასიური ექსტენზიის გამოკვლევა



ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი ტახტზე ზურგით მის ბოლოსკენ, ხელისგულები კისრის ქვედა ნაწილზეა იდაყვებით წინ, ექიმი ღვას მარჯვენა მხარეს და მარჯვენა ხელით იჭერს პაციენტის იდაყვებს ქვემოდან;

ახორციელებენ პასიურ ექსტენზიას ქვემოდან ზემოთ, ცერით და საჩვენებელი თითით სინჯავენ წვეტიან მორჩებს, ამასთან, თითი ებჯინება ზემოთ მდებარე წვეტიან მორჩს და შეიგრძნობს მის მიახლოებას ქვემოთ მდებარე მორჩთან. ექსტენზიის მოცულობა იზრდება მაქსიმალური ამოხუნთქვის დროს.

7. ხზნ-ში პასიური როტაციის გამოკვლევა

1) ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი ტახტზე ზურგით მის ბოლოსკენ, ხელისგულები კისერზეა, იდაყვები წინაა მიმართული, მარჯვნივ როტაციის გამოკვლევის დროს ექიმი ღვას მარჯვენა მხარეს და მარჯვენა ხელით ისე იჭერს პაციენტს, რომ ხელი გადის პაციენ-



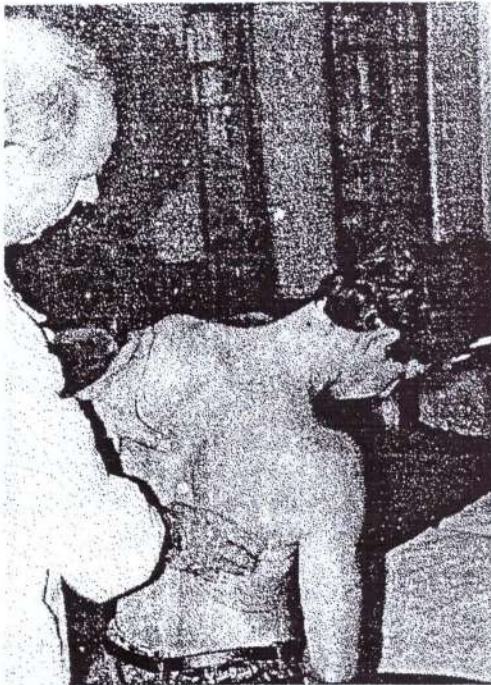
ტის მხრის ქვეშ, მარცხენა ხელის მხარსა და წინამხარს შორის შექმნილ სამკუთხედში, თვით მარჯვენა ხელისგულს კი ათავსებს პაციენტის მარცხენა მხრის სახსარზე, მარცხენა ხელის II-III თითებს — მოსაზღვრე წვეტიან მორჩებზე მარცხნიდან;

დასაწყისში ექიმი ოდნავ ხრის პაციენტის ტანს წინ, შემდეგ აბრუნებს მას მარჯვენა ხელით მარჯვნივ (ბრუნვის ღერძი თხემზე გადის ზემოდან ქვემოთ), მარცხენა ხელის თითებით სინჯავს ჯერ ზედა, შემდეგ კი ქვედა წვეტიანი ძალის გადაადგილებას. გამოსაკვლევ ხმს-ში მოძრაობის დამთავრების შემდეგ ექიმს თითები შემდეგ ხმს-ზე გადააქვს.

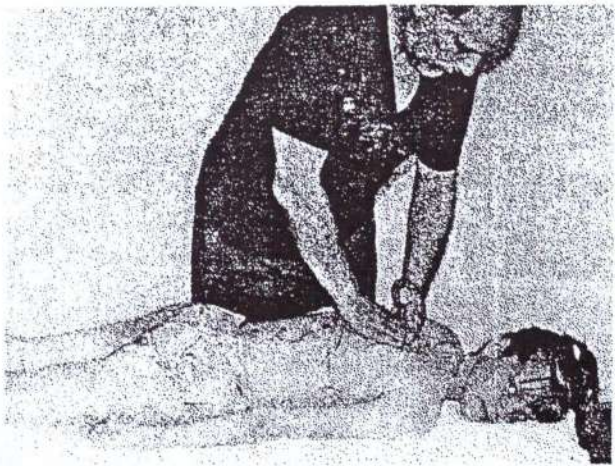


2) ს.მ. — მუცელზე წოლა, თავი გვერდზე მიბრუნებული, ხელები გამართულია ტანის გასწვრივ, ექიმი დგას თავის მხარეს და ცერებს ათავსებს მომიჯნავე მალეების წვეტიანი მორჩების გვერდებზე; ხორციელდება ზეწოლით შემხვედრი მოძრაობა წვეტიან მორჩებზე, რომლებიც გადაადგილებიან როტაციის მიმართულებით. შეაფასებენ მარჯვნივ და მარცხნივ გადაადგილების მოცულობას, სიმეტრიულობას და ქსოვილთა დრეკად წინააღმდეგობას.

8. ხან-ში პასიური ლატეროფლექსიის გამოკვლევა პარაჟნივ როტაციასთან უახლოებით, T_{III}-დან ქვემოთ



9. ხან-ის გამოკვლევა სპინტაჟში დორსალურ-ვენტრალური გადაადგილების გამოკვლევა



ს.მ. — მუცელზე წოლა, თავი მიბრუნებულია გვერდზე, ხელები ტანის გასწვრივა, ექიმი დგას მარცხენა მხარეს. პირისახით პაციენტის თავისკენ, მარჯვენა ხელის II-III თითებს ათავსებს წვეტიანი მორჩების აკრებზე, მარცხენა ხელის კიდეს (იდაყვის მხარეს) — ზემოდან მარჯვენა ხელის II-III თითების ბოლო ფანტელებზე;

ექიმი მარჯვენა ხელით ახორციელებს დორსალურ-ვენტრალურ გადაადგილებას დამაბულობისწინა მდგომარეობამდე, რის შემდეგაც აძლიერებს ზეწოლას მეორე ხელით და შეაფასებს ქსოვილთა დრეკად წინააღმდეგობას.

10. ხან-ის მ.გ. ფლექსიის მიმართულებით პირ-ით



ს.მ. — „მხედრული“ ჯდოში ტახტზე, ხელები ტანის წინ არის, ექიმი დგას უკან, უფრო მარცხენა მხარეს, მარჯვენა ხელის მტევანს ისე ათავსებს პაციენტის ზურგზე მარჯვნიდან, რომ II-V თითები ნეკნებზეა, ხოლო ცერი განზიდულია და მიმართული გამოსაკვლევი სეგმენტის წვეტიანი მორჩისკენ, მარცხენა ხელი მარცხენა მხარზეა ზემოდან;

ხორციელდება პასიური ლატეროფლექსია მარჯვნივ (მარცხენა ხელი დევს მხრის სარტყელზე ზემოდან, ან მხრის სახსარზე, ან მხარზე, ან გულმკერდზე მარცხნიდან, რაც დამოკიდებულია გამოსაკვლევი ხმს-ის მდებარეობაზე). გამოკვლევა მიმდინარეობს ზემოდან ქვემოთ, ცერით ექიმი შეიგრძნობს, თუ როგორ უახლოვდება მას ბლოკირებული წვეტიანი მორჩი ან ქსოვილთა ზოგიერთი გამკვრივებული ადგილი, ასევე ცერით შეიგრძნობს მოძრაობის თავისუფლებას.

ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი ტახტზე, ხელისგულები კისრის უკანა ნაწილზეა, იდაყვები წინ არის მიმართული, ექიმი დგას მარჯვენა მხარეს და მარჯვენა ხელით იჭერს პაციენტის მარცხენა მხარს ზემოდან (წინამხარი იდაყვების ზემოთ უდევს). ლოკალური სეგმენტის მიზანმიმართული მობილიზაციის შემთხვევაში ექიმი მარცხენა ხელის საჩვენებელი თითით მიუთითებს ყველაზე მეტი ექსტენზიისა და ფლექსიის ადგილებს შესაბამისად I და II ფაზაში. I ფაზა — შესუნთქვა, ზემოთ ახედვა, პაციენტის იდაყვებზე ქვედა მიმართულების ზეწოლით ექიმი ადეკვატურ წინააღმდეგობას უწევს ამ დროს წარმოქმნილ ექსტენზიას, II ფაზა — მოდუნება, ძირს დახედვა, ექიმის ხელი მიჰყვება ფლექსიას დაძაბვამდე.

საჭიროების შემთხვევაში ფაზები მეორდება მიღწეული მდგომარეობიდან.

11. ხბნ-ის მკ და აგვ პასტანჯიის მიმართულებით პირ-ით



ს.მ. — კედელთან ჯდომა და მასზე მუხლებით მიყრდნობა, ხელის მტევნები საწინააღმდეგო წინამხრებზე დევს, წინამხრები ეყრდნობა კედელს თავის ღონეზე, შუბლი წინამხარზეა, ექიმი დგას უკან და მარჯვენა ნების ფუძეს ბხმს-ის ქვედა მალის წვეტიან მორჩზე ათავსებს, თითები ზემოთაა მიმართული;

პაციენტი ამოისუნთქავს, ღუნდება ექსტენზიის მიმართულებით, ექიმი ნების ფუძით მსუბუქ ზეწოლას ახორციელებს დაძაბვამდე; I ფაზა — შესუნთქვა, სუნთქვის შეკავება, პაციენტი ასრულებს მსუბუქ ზეწო-

ლას ექიმის ხელზე (ფლექსიის მიმართულებით), II ფაზა — ამოისუნთქვა, მოდუნება, ექსტენზიის მომატება, ექიმის ხელი მიჰყვება ექსტენზიას. ფაზები მეორდება 2-3-ჯერ. ილეუთის განმეორების შემთხვევაში საკმარისია ხბნ-ზე ოდნავ შეხებით პაციენტისთვის იმ ადგილის მითითება, რომელშიც უნდა წარმოიქმნას მაქსიმალური კიფოზი შესუნთქვისას და ლორდოზი — ამოისუნთქვისას. ილეუთის შესწავლის შემდეგ პაციენტი იმეორებს მას დღეში რამდენჯერმე.

ილეუთი უკუნაჩვენებია ბრტყელი ზურგის, ჰიპერმობილობის, გულმკერდის ლორდოზის შემთხვევაში.

12. ხბნ-ის მკ პასტანჯიის მიმართულებით იზომატირული დაძაბვის შემდგომში რალაქსაციით



ს.მ. — მარჯვენა გვერდზე წოლა, ხელის მტევნები თავს უკანაა კისერზე, იდაყვები წინ არის მიმართული, ექიმი დგას პაციენტის მუცელთან და მარცხენა ხელით იჭერს პაციენტის იდაყვებს ქვემოდან, მარჯვენა საჩვენებელი თითი ფუნქციური ბლოკის ღონეზეა;

პაციენტი შეისუნთქავს და ახორციელებს ექსტენზიას ხბნ-ში დაძაბვამდე; I ფაზა — შესუნთქვა, პაციენტი მინიმალური ძალით ფლექსიის მიმართულებით იდაყვებით აწვება ექიმის მარცხენა ხელს, რომელიც უწევს ადეკვატურ წინააღმდეგობას, II ფაზა — ამოისუნთქვა, მოდუნება და პასიური ექსტენზია დაძაბვამდე.

ფაზები მეორდება 3-5-ჯერ.

13. ხბნ-ის შუა სპონდიალის მანიალაცია პასტანჯიის მიმართულებით

ს.მ. — ტახტზე განივად ჯდომი, ხელის თითები გადაჭლობილია ერთმანეთზე კეფაზე, ექიმი დგას უკან ცალ ფეხზე, მეორე ფეხს ისე დებს ტახტზე, რომ



ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი ტახტზე, ხელების თითები გადაჭდობილია კისრის ყველაზე ქვედა ნაწილზე, იდაყვები წინ არის მიმართული, ექიმი დგას მარჯვენა გვერდიდან, მისი მარჯვენა ხელი დევს პაციენტის მარჯვენა მხრის ქვეშ, გაივლის მარცხენა წინამხარსა და მხარს შორის კუთხეში და აფიქსირებს მარცხენა მხრის სახსარს, მარცხენა ხელის ცერი ბხმს-ის ქვედა მალის წვეტიან მორჩზეა მიბჯენილი;

პაციენტი მსუბუქად აფიქსირებს ხზნ-ს და ახორციელებს მარჯვნივ აქტიურ როტაციას შეძლებისდაგვარად დაძაბვამდე; I ფაზა — შესუნთქვა, მარცხნივ გახედვა და მარცხნივ სინკინეზიური როტაციის ცდა ექიმის ადეკვატური წინააღმდეგობით, II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, მარჯვნივ გახედვა, ექიმის ხელი თან მიჰყვება მარჯვნივ მოცულობაში მზარდ როტაციას. ცერი მაგრად აფიქსირებს წვეტიან მორჩს. თავისა და ტანის ბრუნვის ღერძი ერთმანეთს უნდა ემთხვეოდეს.

15. ჯვარედინხერხით ხზნ-ის მკ. ცალკეულ ხმს-ში როტაციის მიმართულებით



ს.მ. — მუცელზე წოლა, თავი გვერდზეა მიბრუნებული, ხელები ტანის გასწვრივია, ექიმი დგას პაციენტის გვერდით გულმკერდთან, პირისახით თავისკენ, გამართულ ხელებს ჯვარედინად ათავსებს მომიჯნავე მალეების განივ მორჩებზე, ახლოს მდებარე გვერდზე ფიქსირდება ზედა მალა, საწინააღმდეგო მხარეს კი — ქვედა მალა;

შესუნთქვა, ამოსუნთქვა, მოდუნება, ექიმი აყორლებს ხელებს დაძაბულობის წინა მდგომარეობამდე და ახორციელებს ზეწოლას და მტევნების ტრიალს ულნური მიმართულებით. მობილიზაცია შეიძლება გადავიდეს მანიპულაციაში ბიძგისებრი ზეწოლით

ბხმს-ის ქვედა მალის წვეტიანი მორჩი მუხლს ეყრდნობოდეს ბრტყელი ბალიშით, პაციენტის იდლიების ქვეშ ამოდებული ხელებით იჭერს წინამხრებს ქვედა მესამედში ზემოდან;

ექიმი აწვება პაციენტის წინამხრებს ვენტრალურ-დორსალური მიმართულებით და ქვედა მალას მჭიდროდ მიიტანს მუხლზე, რითაც ახდენს გულმკერდის კიფოზირებას ბხმს-ის დაძაბვამდე. პაციენტის ამოსუნთქვის დროს ხზნ-ში ზორციელდება მუხლით ბიძგი დორსალურ-ვენტრალურ-კრანიალური მიმართულებით.

14. ხზნ-ის მკ. პარაჰენოვ როტაციის მიმართულებით



ამოსუნთქვის ბოლოს.

პოლისეგმენტური ფუნქციური ბლოკის შემთხვევაში ხელები თანამიმდევრულად გადაადგილდება ზემოდან ქვემოთ სუნთქვის რიტმის შესაბამისად.

16. პანიკულაცია ხან-ჯა ტრახტიული ბიპაბით



რომ კიფოზი ბლოკირებული ხერხემლის მამოძრავებელ სეგმენტზე ხდებოდეს. ექიმი ან მეთოდისტი თითოთი აკონტროლებს კიფოზის მწვერვალს. ამას მოჰყვება ჩვეულებრივი ამოსუნთქვა და ს.მ.-ში დაბრუნება. შემდგომში პაციენტი თვითონ ახორციელებს თვითკონტროლს.

ს.მ. — „მხედრული“ ჯდოში ტახტზე, მარცხენა ხელი თავისუფლად და დაშვებული, პაციენტი მარჯვენა ხელს თავის გულმკერდზე ათავსებს და ხელის მტევანს მარცხენა ილღიაში ყოფს, ექიმი დგას უკან, მარცხენა ხელით იჭერს პაციენტის მარჯვენა მტევანს და მას ბხმს-ის დონეზე ათავსებს, მარჯვენა ხელს პაციენტის მარჯვენა მხრის ქვეშ გაატარებს და ხელისგულს მარჯვენა ლოყაზე ადებს, აფიქსირებს ხერხემლის კისრის ნაწილსა და თავს, ნახევარბუქნის მდგომარეობაში მყოფი ექიმის მკერდსა და ბხმს-ის ქვედა მალას შორის ათავსებს პატარა ბრტყელ ბალიშს;

ექიმი მარცხენა ხელით მოწვევს პაციენტის მარჯვენა მტევანს და აღწევს ღიაბულობისწინა მდგომარეობას, რის შემდეგაც პაციენტი არაღრმად შეისუნთქავს და ამოსუნთქვის ბოლოს ექიმი საკუთარი გულმკერდით და ფეხების გამართვით ახორციელებს ტრახტიულ ბიპას ზემოთ და წინ.

17. ხან-ის აუტომოგინიზაცია ფლამისის მიმართულებით

ს.მ. — პაციენტი ქუსლებზე ჯდება, ხელები ტახტზე დევს;

ხორციელდება მიზანმიმართული შესუნთქვა ისე,

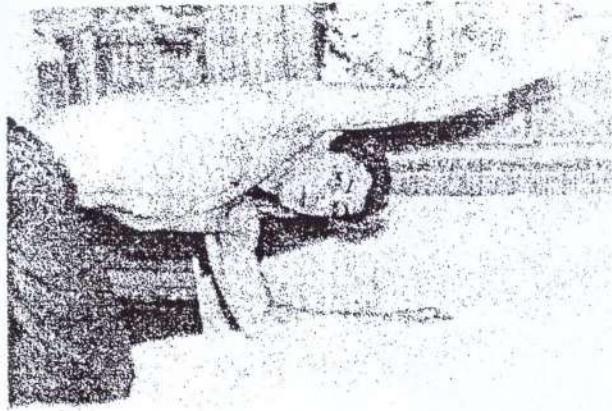
18. ხან-ის აუტომოგინიზაცია პოსტანოვის მიმართულებით



ს.მ. — ჯდომი, სუპინირებული ხელები დაშვებულია და ოდნავ განზიდული (გაშლილი გამართული თითები);

შესუნთქვა, მაქსიმალური ამოსუნთქვა და ხელების გარეთა როტაციის გაზრდით მაქსიმალური გაზნე-ქი ხბნ-ში, თავი არ უნდა იხრებოდეს უკან, წელი გამართული რჩება. ექსტენზიის ფაზა ხანგრძლივია — არანაკლებ 10 წამისა.

19. გულმკერდის შუა და ქვედა ნაწილების აპო ფლექსიის, აქსტენზიის და როტაციის მიმართულებით



ს.მ. № 1 — გულმკერდის შუა ნაწილისთვის — მუხლებზე დგომი და იდაყვებზე დაყრდნობა.

№ 2 — გულმკერდის ქვედა ნაწილისთვის — მუხლებზე დგომი და ხელის მტევნებზე დაყრდნობა („ოთხზე“ დგომი).

I ფაზა — შესუნთქვა, კიფოზირება, II ფაზა — ამოსუნთქვა, მარჯვენა ხელის ზემოთ აწევა და თავის მარჯვნივ მიბრუნება. იგივე მეორე მხარეს.

20. ხბნ-ის აპო მარჯვენა როტაციის მიმართულებით

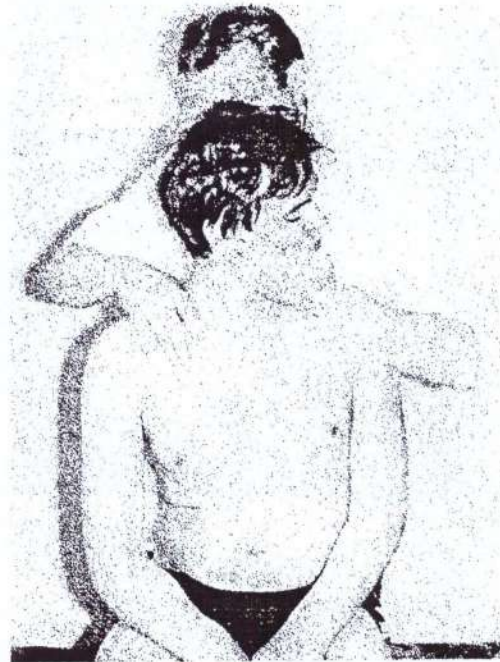


ს.მ. — ჯდომი, მარჯვენა ღუნდულის ქვეშ ბრტყელი ბალიშია ამოდებული (საწინააღმდეგო მხარეს სკოლიოზის შესაქმნელად), ორივე მტევანი თავს უკანაა კისერზე, იდაყვები განზუა;

მარჯვენა მხარეს ხორციელდება ისეთი ზნეკი, რომ ბლოკირებული ხერხემლის მამოძრავებელი სეგმენტი სკოლიოზის შემაღლებაზე აღმოჩნდეს; ამ მდგომარეობიდან ხორციელდება დრეკადი როტაციული მოძრაობა ტანით მარჯვენა მხარეს.

ნ ე კ ნ ე ბ ი

1. მარჯვენა პირველი ნაწილის ფბ-ის გამოკვლევა ტასტო

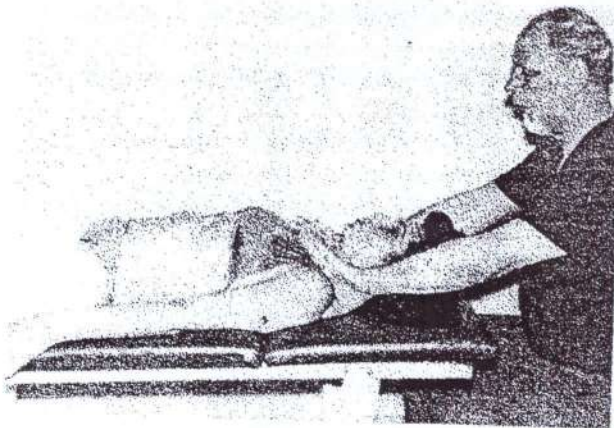


ს.მ. — ჯდომი, ექიმი დგას უკან, მარჯვენა მტევნით ისე იჭერს პაციენტის მხარს ზემოდან კისერთან, რომ ცერი დორსალურ მხარესაა, დანარჩენი თითები კი წინაა მიმართული;

ექიმი პაციენტის მარჯვენა ლოყაზე მოთავსებული მეორე ხელისგულით ახორციელებს ხერხემლის კისრის ნაწილის პასიურ როტაციას მარცხნივ, ერთდროულად პაციენტი ასრულებს ხბნ-ის ფლექსიას და ლატეროფლექსიას მარჯვნივ. შეაფასებენ გადახრის კუთხეს. ფუნქციური ბლოკის მხარეს კუთხე ნაკლებია.

2. პირველი ნაწილის აქტიური მოძრაობის გამოკვლევა

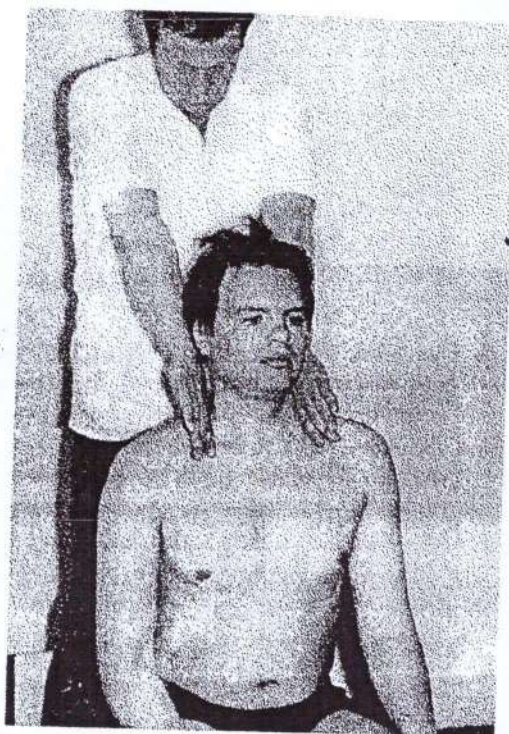
ს.მ. — ზურგზე წოლა, ექიმი დგას ტახტის თავთან და საჩვენებელი თითების რადიალურ მხარეებს ლავიწზე-



და ფოსოებში ათავსებს (მაჯები პრონირებულია, ცერები უკანაა);

პაციენტის აქტიური შესუნთქვის დროს ექიმის თითები პირველ ნეკნებს ებჯინება, ამოსუნთქვის დროს კი ლავიწზედა ფოსოებში ჩადის (პირველი ნეკნის რომელიმე მხარის ფუნქციური ბლოკის დროს თითო ისე ღრმად ვერ აღწევს ფოსოში, როგორც საღ მხარეს).

3. ღრეკადი წინააღმდეგობის გამოკვლევა და I ნაწილის



ს.მ. — ჯდომი, ექიმი დგას უკან და მტევნებს ისე ათავსებს პაციენტის თანამოსახელე მხრებზე ზემოდან,

რომ საჩვენებელი თითების რადიალური მხარეები ტრაპეციული კუნთის ჰორიზონტალურ ნაწილს ებჯინება კისრის ზედა მხარეში გადასვლის ადგილს;

ექიმი ქვემოთ ზეწოლით აღწევს დაძაბვის წინა მდგომარეობას, შემდეგ კი ახორციელებს მცირე ბიძგებს ზამბარისებრი წინააღმდეგობის გამოსაკვლევად, რომელიც შპ-ის მხარეს მცირდება ან საერთოდ არ არის. შპ-ის შემთხვევაში ხორციელდება I ნეკნის მბ განმეორებითი ზეწოლით ამოსუნთქვის დროს.

4. ნაწილის კუთხეების მკაფიანულობის გამოკვლევა მარცხენა მხრიდან



ს.მ. — ტახტზე ჯდომი, პაციენტის მარცხენა მტევანი მარჯვენა ზედა მხარეზე იდება (მარცხენა ბეჭის განზიდვისთვის), იდაყვი მაქსიმალურადაა მიახლოებული მარჯვენა მხარეს, ექიმი დგას მარჯვენა მხარეს და მარჯვენა მტევნით იჭერს პაციენტის მარცხენა მხრის სახსარს წინიდან;

მარცხენა მტევნით ახორციელებს ნეკნების კუთხეების პალპაციას და შეაფასებს მათ მტკივნეულობას.

5. გულმკერდის უკანა მხარეს ზედა და შუა ნაწილის ზამბარისებრი წინააღმდეგობის გამოკვლევა მარჯვენა მხრიდან

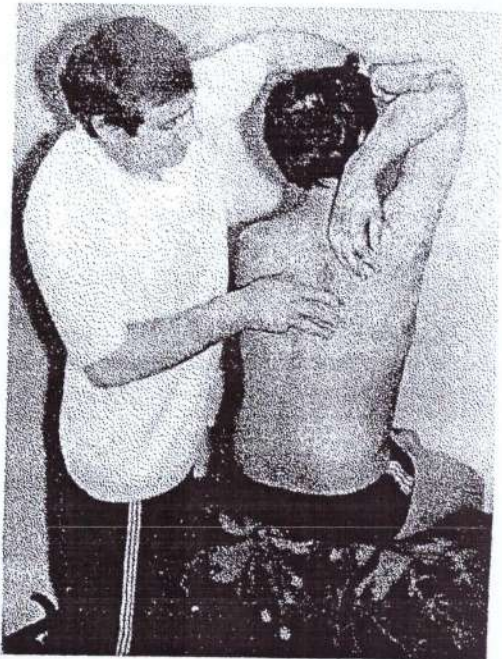
ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი ტახტზე, იდაყვის სახსარში მოხრილი მარჯვენა ხელი მაღლაა აწეული, მტევანი კეფაზეა მარცხენა მხარეს, ექიმი დგას მარცხნივ, მარცხენა მტევნით იჭერს პაციენტის იდაყვს წინიდან და ახორციელებს პასიურ ექსტენზიას ხბნ-ში, მარჯვენა ხელის თითების ბალიშებს ათავსებს გამოსაკვლევი ნეკნების კუთხეებზე მარჯვნიდან და შესუნთქვის დროს წინააღმდეგობას უწევს ტანის პასიურ როტაციას.

აანალიზებენ ნეკნების ზამბარისებრ წინააღმდე-



გობას. დიაგნოსტიკის ეს ხერხი ინფორმაციულია სბნ-ის მამოძრავებელ სეგმენტებში ფუნქციური ბლოკის არარსებობისას.

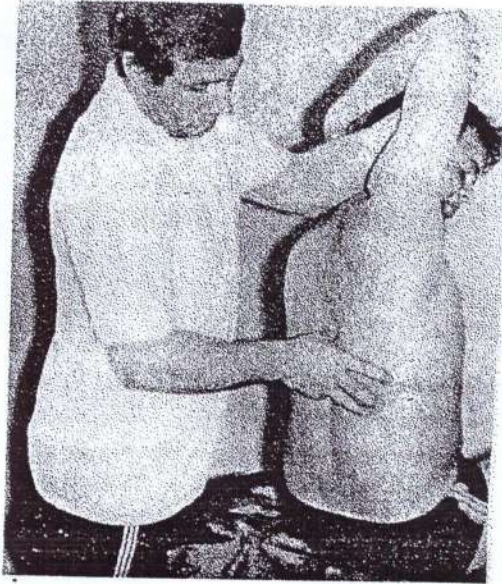
6. ზურგის მხარეს ზედა და შუა ნაწილის კვრადლობის გამოკვლევა მარჯვენა მხრიდან



ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი ტახტზე, მარჯვენა ხელი მოხრილია იდაყვის სახსარში და ისეა აწეული მაღლა, რომ ხელისგულით მარჯვენა ბეჭის ზედა კუთხეს სწვდება, ამასთან ბეჭი ლატერალურად გადაადგილდება, რითაც ნეკნების კუთხეები მისაწვდომი ხდება

პალპაციისთვის, ექიმი დგას უკან მარცხნივ, მარცხენა მტევნით იჭერს პაციენტის მარჯვენა იდაყვს წინიდან და მასზე ზეწოლით ახორციელებს ექსტენზიას სბნ-ში; ნეკნთაშორისი სივრცეების პალპაცია ხორციელდება ნეკნების კუთხეებთან მარჯვენა ხელის საშუალებით. ექიმი შეაფასებს ნეკნების ძვრადობას სუნთქვასთან დაკავშირებით.

7. ზურგის მხარეს ქვედა ნაწილის კვრადლობის გამოკვლევა მარჯვენა მხრიდან

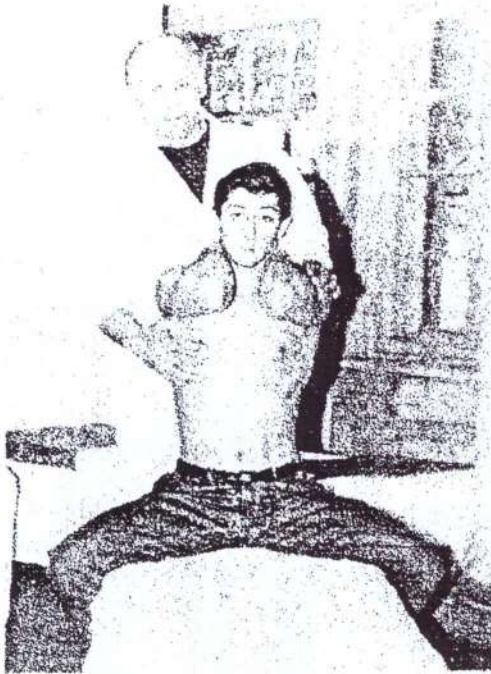


ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი ტახტზე, იდაყვში მოხრილი მარჯვენა ხელი მაღლაა აწეული, მტევანი კეფაზეა მარცხენა მხარეს, ექიმი დგას მარცხნივ — უკან, მარცხენა ხელს პაციენტის კეფასა და მარჯვენა ხელს შორის შექმნილ სამკუთხედში გაატარებს და მტევნით იდაყვს იჭერს, ხოლო მარჯვენა ხელის თითებს მარჯვენა ქვედა ნეკნების გასწვრივ ათავსებს; პაციენტის შესუნთქვის დროს სრულდება პასიურ-აქტიური ლატეროფლექსია მარცხნივ, ამოსუნთქვისას კი — პასიური ლატეროფლექსია მარჯვნივ. ანალიზებენ ნეკნთაშორისი სივრცეების გაფართოებას შესუნთქვის დროს და მათ შევიწროებას — ამოსუნთქვისას.

8. გულმკერდის მხარეს ნაწილის კვრადლობის გამოკვლევა და მათი მოგბილიზაცია

ს.მ. — ტახტზე ჯდომი, მტევნები თავს უკანაა კისერზე, იდაყვები წინაა მიმართული, ექიმი დგას უკან და ხელების II-III თითებს თანამოსახელე ნეკნების ზედა კიდეებზე დებს: ზედა ნეკნებისთვის — დვრილის ხაზზე, ქვედა ნეკნებისთვის კი — ლატერალურად;

პაციენტი შესუნთქავს და ამოსუნთქავს, ექიმი



ხელებს ნეკნთა მოძრაობას ავოლებს. შპ-ის დროს ნეკნი შესუნთქვისას, დანარჩენ ნეკნებთან შედარებით, უფრო ადრე ჩერდება. ამ შემთხვევაში ხორციელდება მობილიზაცია — ექიმი თითოთ აწევა ნეკნს დაძაბვამდე და ინარჩუნებს დაძაბულობისწინა მდგომარეობას შესუნთქვისა და ამოსუნთქვის დროს.

9. მარჯვენა III-IV ნაწევზე მანოვულაციის ბიკით

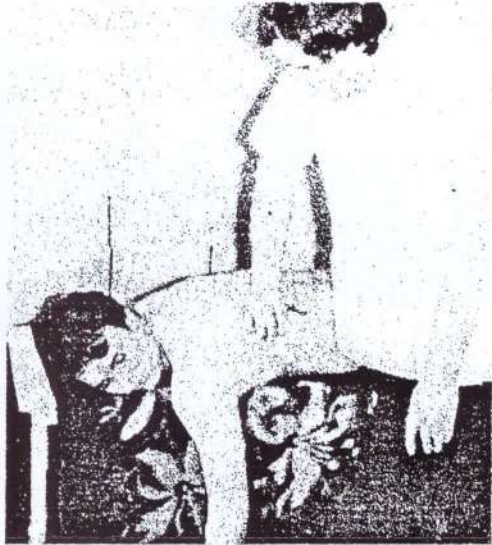


ს.მ. — ზურგზე წოლა, გადაჯვარედინებული ხელების მტკვნელები საწინააღმდეგო ძხარეებზე დევს, მარჯვენა ხელი ზემოდანაა, ექიმი დგას მარცხენა მხრიდან პაციენტის მუცლის ღონეზე, მარცხენა ცერის ბორცვს (ტენარს) ბლოკირებული ნეკნის კუთხის ქვეშ ათავ-

სებს, მარჯვენა ხელს კი — პაციენტის მარცხენა მხარზე;

ამოსუნთქვის დროს მიიღწევა დაძაბულობისწინა მდგომარეობა, ექიმი ასრულებს ბიძგს ვერტიკალური ღორსალურ-ვენტრალური მიმართულებით.

10. მანოვულაციის მარცხენა ნაწევზე ბიკით



ს.მ. — მუცელზე წოლა ტახტის კიდეზე, მარცხენა ხელი თავისუფლადაა ჩამოშებული, თავი მობრუნებულია მარცხნივ, ექიმი დგას მარცხენა მხარეს და მარჯვენა ხელის ცერცვისებრ ძვალს ბლოკირებული ნეკნის კუთხეზე ათავსებს;

პაციენტის ამოსუნთქვისას ექიმი ხელის ზეწოლით აღწევს დაძაბულობისწინა მდგომარეობამდე და ასრულებს ბიძგს ვერტიკალურად ქვედა მიმართულებით.

11. მარცხენა ნაწევის მობილიზაციის პირ-ით



ს.მ. — მარჯვენა გერდზე წოლა, მარჯვენა ხელი თავეკეშა, მარცხენა ხელი მოხრილია იდაყვში და თავს ზემოთაა აწეული, წინამხარი ტახტიდანაა გადმოშვებული ან მიმართულია მარცხენა ზედამხრისკენ, ექიმი ღვას პაციენტის მუცელთან და მარცხენა ხელისგულით იჭერს მის მარცხენა იდაყვს, მარჯვენა ხელისგულით (თითებით ცენტრალურად) ბლოკირებულ ნეკნებს აფიქსირებს;

I ფაზა — ნელი შესუნთქვა, პაციენტი იდაყვით არცთუ ძლიერ აწევს ექიმის მარცხენა ხელს, ექიმი უწევს ადეკვატურ წინააღმდეგობას და მარჯვენა მტევნით ნეკნებს გაფართოების საშუალებას არ აძლევს დაძაბვამდე დაწოლით; II ფაზა — მაქსიმალური ამოსუნთქვა, მოდუნება, ექიმი პაციენტის ხელის ზევით-უკან მიმართვით ქმნის ექსტენზიას ხბნ-ში, ხოლო მარჯვენა ხელის თითებით ინარჩუნებს ნეკნების დაძაბულობისწინა მდგომარეობას. ფაზები მეორდება 3-5-ჯერ.

12. მარცხენა შუა ნაენაბის მპ და მც ჯაწოლითა და ბიპბით



ს.მ. — მუცელზე წოლა, ექიმი ღვას მარცხენა მხარეს და მარცხენა მტევნით იჭერს პაციენტის მარცხენა მხრის სახსარს წინიდან, მარჯვენა ხელის ფუძეს კი ისე ათავსებს ნეკნის კუთხეზე, რომ თითები მიმართულია პაციენტის მხრის სახსრისკენ;

ექიმი ოდნავ სწევს ტახტიდან პაციენტის მხრის სახსარს ზემოთ, ამით თავისკენ აბრუნებს პაციენტის ტანს და ერთდროულად ასრულებს შემხვედრ მოძრაობას — ზეწოლას ან ბიძგს ნეკნის კუთხეზე.

13. მარჯვენა ძველა ნაენაბის მპ და მც ჯაწოლით და ბიპბით

ს.მ. — მუცელზე წოლა, ექიმი ღვას მარჯვენა მხარეს



და მარცხენა მტევნით იჭერს თეძოს ძელის წინა ფრთას ქვემოდან, ხოლო მარჯვენა ხელის ფუძეს ნეკნების კუთხეებზე ათავსებს, თითები ფეხისკენაა მიმართული;

ექიმი თეძოს ოდნავ სწევს ზემოთ (ცენტრალურ-დორსალურად) და ერთდროულად ახორციელებს ზეწოლას ან ბიძგს ნეკნების კუთხეებზე.

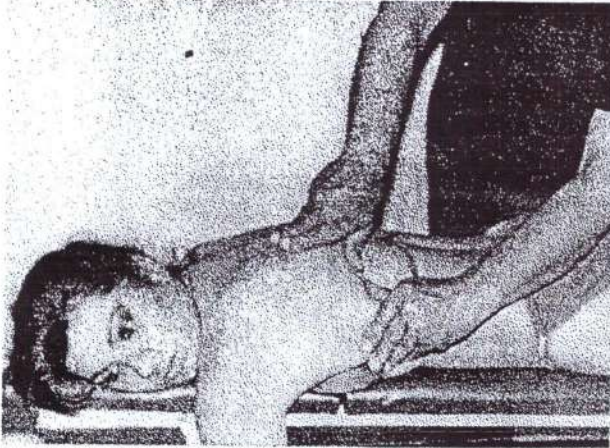
14. მარცხენა X-XII (თავისუფალი) ნაენაბის მპ ჯაწოლით



ს.მ. — მუცელზე წოლა ტახტის მარცხენა კიდედან, მარცხენა ხელი თავისუფლად დაშვებული;

1). შესუნთქვის მომენტში ფუნქციური ბლოკის შემთხვევაში ექიმი პაციენტის თავთან დგას და ორივე მტევანს ისე ათავსებს ზურგის მარცხენა მხარეს, რომ განზიდული ცერები ერთმანეთის შესახვედრად თავსდება ბლოკირებული ნეკნის ზედა კიდეზე;

შესუნთქვის დროს ხორციელდება ზამბარისებრი ზეწოლა კაუდალური მიმართულებით.



2). ამოსუნთქვის მომენტში ბზ-ის შემთხვევაში ექიმი დგას პაციენტის ბარძაყის ღონეზე მარჯვენა მხრიდან და ხელისგულებს ისე ათავსებს მის ზურგზე მარცხენა მხარეს, რომ განზიდული ცერები ერთმანეთის შესახვედრად თავსდება ბლოკირებული ნეკნის ქვედა კიდეზე;

ამოსუნთქვის დროს ხორციელდება ზამბარისებრი ზეწოლა ბლოკირებულ ნეკნზე კრანიალური მიმართულებით.

15. პარაჰვენა VI-X ნაენების მკ და მკ

ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი ტახტზე, ხელების თითები გადაჭდობილია და თავს უკანაა კეფაზე, იდაყვები წინ არის მიმართული, ექიმი დგას მარცხნივ-უკან, ფეხები მხრების სიგანეზე უდევს, მარცხენა ხელს გაატარებს პაციენტის მარცხენა მხრის ქვეშ და მარჯვენა მხარსა და წინამხარს შორის შექმნილ სამკუთხედში, მტევანი მხრის სახსარზე თავსდება, მარჯვენა ხელის II-V თითებით ექიმი იჭერს პაციენტის გულმკერდს მარჯვენა მხრიდან, ხოლო განზიდული ცერით აფიქსირებს ბლოკირებულ ნეკნს;

I ფაზა — ხზნ-ში პასიური ფლექსია და მარცხნივ როტაცია დამატებამდე, შესუნთქვა, II ფაზა — ამოსუნთქვა, ცერით ზეწოლა ან ბიძგი ბლოკირებულ ნეკნზე



ერთდროული პასიური როტაციის გაძლიერებით ექსტენზიის გარეშე.

16. პარაჰვენა ღონა ნაენების მკ ამოსუნთქვისას ფზ-ის დროს

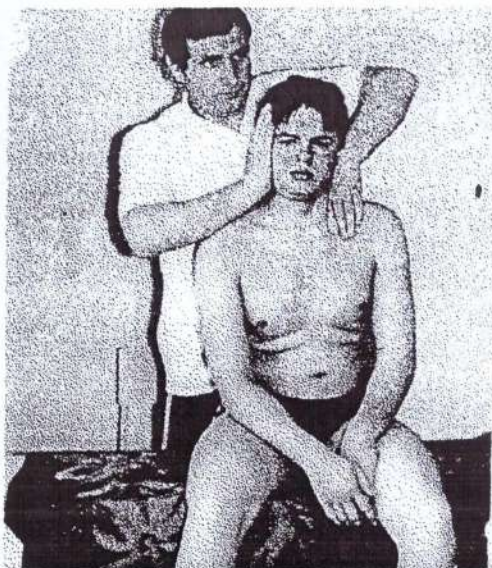
ს.მ. — ზურგზე წოლა, ზედა ნეკნების ფზ-ის დროს ექიმი დგას პაციენტის თავს უკან, შუა და ქვედა ნეკნების ფზ-ის დროს კი მარცხენა მხარეს, სამობილიზაციო ნეკნების ზემოთ პირისახით პაციენტის ფეხებისკენ, მარჯვენა ხელის ცერს ზედა ნეკნებისთვის ათავსებს ბლოკირებულ ნეკნზე ზემოდან, მკერდის ძვალთან ახლოს, ხოლო შუა და ქვედა ნეკნებისთვის — ნეკნის რკალზე გვერდიდან;

პაციენტი შეისუნთქავს, შემდეგ მაქსიმალურად ამოსუნთქავს, ამ დროს ექიმი მარჯვენა ხელით ახორციელებს ზეწოლას ან მსუბუქ ბიძგს ბლოკირებულ ნეკნზე: ზედა ნეკნებისთვის — კაუდალური მიმართულებით, შუა და ქვედა ნეკნებისთვის — გვერდიდან გარეთ, ამავე დროს მარცხენა ხელით პაციენტის ტანს მარჯვნივ და ოდნავ წინ ხრის.

17. პარაჰვენა და მარცხენა I-II ნაენების მკ ფინალურ ფაზის საპირისპირო ზეწოლით

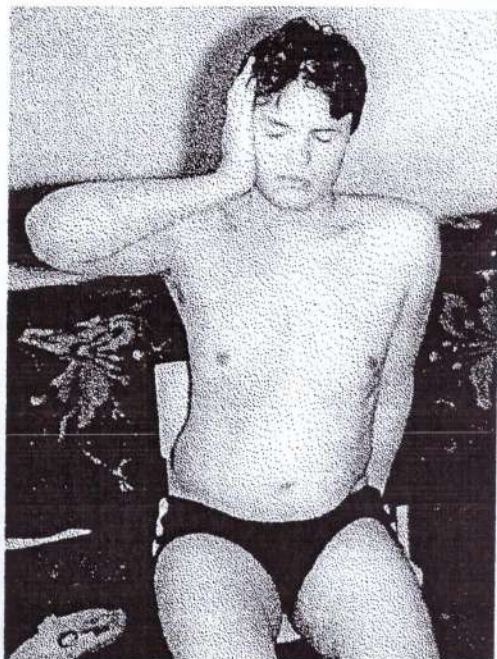
ს.მ. — ჯდომი, ექიმი დგას უკან და მარცხენა მტევნით აფიქსირებს პაციენტის მარცხენა ზედა მხარს, II-V თითები წინ არის, ცერი კი — უკან, იდაყვი განზეა გატანილი, ექიმი მარჯვენა ხელისგულებს ისე ათავსებს პაციენტის თავის მარჯვენა ნახევარზე, რომ ფუძე ყვრიმალის რკალზეა, ნები — საფეთქელზე, თითები კი — თხემზე;

მარჯვენა ნეკნების მობილიზაციისთვის ექიმი ახორციელებს განმეორებით თანდათან უფრო ძლიერ



ზეწოლას პაციენტის თავის მარცხნივ გადახრის ცდით, პაციენტი თავით უწევს ადეკვატურ წინააღმდეგობას. მარცხენა ნეკნების მობილიზაციისათვის პაციენტი თავით განმეორებით მოძრაობას ასრულებს ექიმის ადეკვატური წინააღმდეგობით.

18. მარჯვენა და მარცხენა I-II ნეკნების აპა

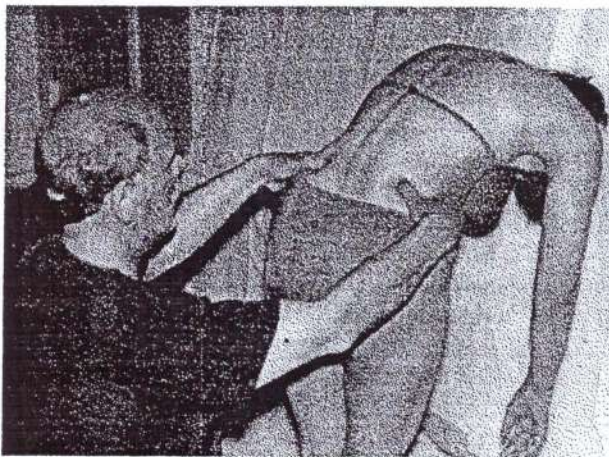


ს.მ. — სკამზე ჯდომი, მარცხენა ხელი დაშვებულია და ფიქსირებული სკამის საჯდომზე, მარჯვენა მტევანი თავსდება თავის მარჯვენა ნახევარზე: ნების ფუძე

ყვრიმალზე, ნები — საფეთქელზე, თითები — თხემზე; მარჯვენა ნეკნების მობილიზაციისთვის პაციენტი მტევნით ახორციელებს განმეორებით მოძრაობას თავით და წინააღმდეგობის გადალახვას ცდილობს, ხოლო მარცხენა ნეკნების მობილიზაციისთვის თავით ასრულებს განმეორებით მოძრაობას მტევნის ზეწოლის (წინააღმდეგობის) საპირისპიროდ.

გაჰა-თეპოს შესახსრების მანუალური თერაპია

1. გაჰა-თეპოს შესახსრების (ბთშ) აპრადლოგის გამოკვლევა — თეპოს უკანა ჯედა წვეტი (თუზუ) გასწვრივს უკანააღმდეგობის



ს.მ. — ჯდომი ან დგომი, პაციენტის უკან მდგომი ექიმი ცერებს ათავსებს თანამოსახელე თუზუ-ებზე და შეაფასებს მათ მდებარეობას; ბთშ-ის რომელიმე მხარის ფუნქციური ბლოკის (ზბ) შემთხვევაში თუზუ ამ მხარეს უფრო დაბლაა; შემდეგ პაციენტი ნელა იხრება წინ და ხელებით ეხება იატაკს (ფეხები გამართულია) — ზბ-ის მხარეს თუზუ-ის კრანიალური გადაადგილება უფრო მეტად ხდება. თუზუ-ის გასწვრივს ჭეშმარიტი და ცრუფენომენის დიფერენცირებისთვის პაციენტი 10-15 წამი რჩება მაქსიმალური ფლექსიის მდგომარეობაში; გასწვრივს ცრუფენომენის შემთხვევაში — ორივე თუზუ-ის მდებარეობა ერთნაირი ხდება.

2. ბთშ-ის აპრადლოგის გამოკვლევა — სპაინ-ტანტი მარცხნიდან

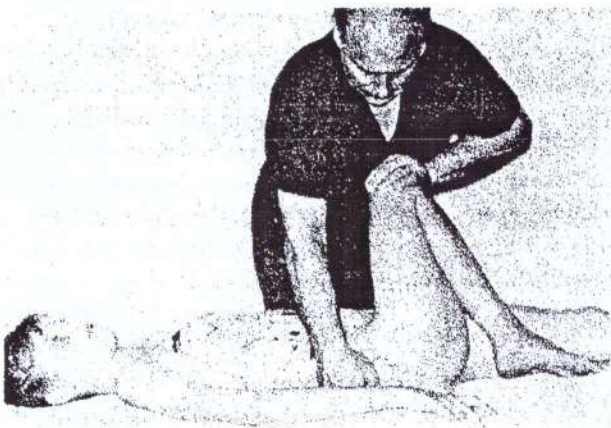
ს.მ. — დგომი, ფეხები ერთადაა, ექიმი ზის პაციენტის უკან, მარცხენა ხელის ცერს ათავსებს მარცხენა თუზუ-ზე, ხოლო მარჯვენა ხელის ცერს — გავის



ძვლის ქედზე **თუზო**-ის დონეზე (ხერხემლის ვერტიკალურ ღერძსა და აღნიშნული ორივე წერტილის შემადგენელ ხაზს შორის კუთხე მართია);

პაციენტი მარცხენა ფეხს მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში ისე ხრის, რომ ტერფს იატაკიდან არ იღებს და მენჯს არ აბრუნებს; ამასთან ერთად, მარცხენა **თუზო** დაბლა ჩადის და აღნიშნული კუთხე ბლაგვი ხდება; **შპ**-ის შემთხვევაში კი კუთხე მართი რჩება. ფენომენი ჭეშმარიტია, თუ 10-15 წამის შემდეგაც კუთხის სიდიდე არ იცვლება.

3. სახსრის თაბაჭის გამოკვლევა და მკ მარჯვენა ბთშ-ში თაბო აკლას ფლაქსიის მიმართულებით

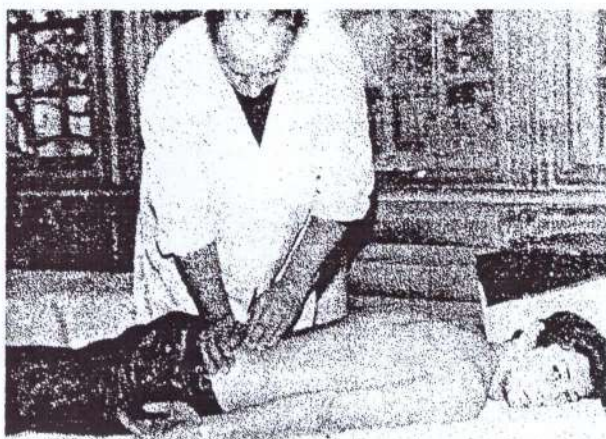


1). ს.მ. — ზურგზე წოლა, მარჯვენა ფეხი მოხრი-

ლია, ექიმი დგას პაციენტის მარცხენა ბარძაყთან; მარჯვენა ხელის თითების წვერებს ათავსებს მარჯვენა **თუზო**-სა და გავის ძვალს შორის არსებულ ღარში, მარცხენა ხელისგულს კი — პაციენტის მარჯვენა მუხლზე და ახორციელებს ბარძაყის პასიურ აღუქმას ბოლომდე, ამავე დროს აწვება ბარძაყს; მარჯვენა ხელის თითებით შეაფასებს **ბთშ-ში** გადაადგილებას. **შპ**-ის შემთხვევაში სრულდება მობილიზაცია.



2). ს.მ. — მარცხენა გვერდზე წოლა, მარცხენა ფეხი გამართულია, მარჯვენა კი მოხრილია და მუხლით ტახტს ეხება (მენჯის ფიქსაციისთვის), ექიმი დგას ვენტრალურ მხარეს, მარჯვენა ხელის ცერას ან დანარჩენ თითებს ათავსებს **თუზო**-სა და გავის ძვალს შორის მდებარე ღარში, ხოლო მარცხენა წინამხარს — თემოს ძვლის მარჯვენა ფრთაზე ზემოდან; ხორციელდება მსუბუქი ზეწოლა წინამხრით ვენტრო-მედიალურ-კრანიალურად; მარჯვენა ხელით ექიმი შეაფასებს გადაადგილებას: **ბთშ-ში** ბუნებრივი მიმართულების გათვალისწინებით ეს მკ ერთადერთია.

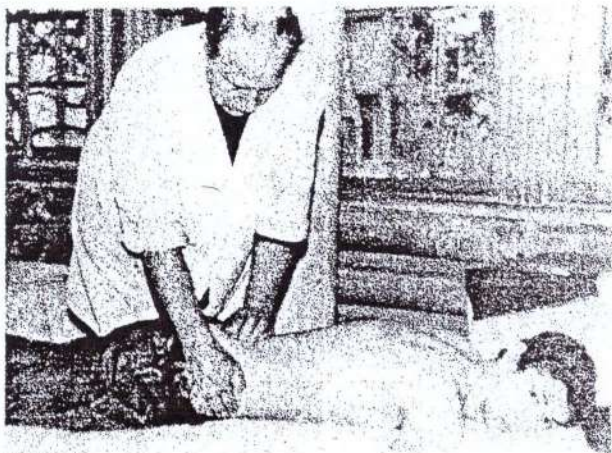


3). ს.მ. — მუცელზე წოლა, ექიმი დგას გვერდით,

ერთი ხელის თითებს **თუზუ**-სა და გავას შორის არ-
ხებულ ღარში ათავსებს, ხოლო მეორე ხელის პიპო-
თენარს გავის ძელის ქვედა ლატერალურ მხარეზე
მარჯვნიდან;

ხორციელდება გავის დორსალურ-ვენტრალური
გადაადგილება და უპირატესად **ბთშ**-ის ქვედა ნაწი-
ლებში (**თუზუ**-სა და გავას შორის ღარში) ძვრადო-
ბის შეფასება.

4. სახსრის თაყაშის გამოკვლევა მარჯვენა ბთშ-ში
თაქოს კვლის პასტანუზის მიმართულებით გავას-
თან მიმართებით



ს.მ. — მუცელზე წოლა, ექიმი დგას მარცხენა მხარეს,
ერთი ხელით იჭერს პაციენტის მარჯვენა თეძოს
ძელის ფრთას ქვემოთა წინა ზემო წვეტის არეში, მე-
ორით აფიქსირებს გავის ძელს ზემოდან, თითები
თუზუ-სა და გავას შორის არსებულ ღარში;

ექიმი პაციენტის თეძოს ძელის ფრთას გადაადგი-
ლებს ვენტრალურ-დორსალურად და აანალიზებს
ძვრადობას უპირატესად სახსრის ზედა ადგილებში.

5. თაქო-წელის, გავა-თაქოსა და გავა-კუკუხოს იოგა-
ბის მტკივნეულობის გამოკვლევა მარცხენა მხარეს,
მპ პირ-ით

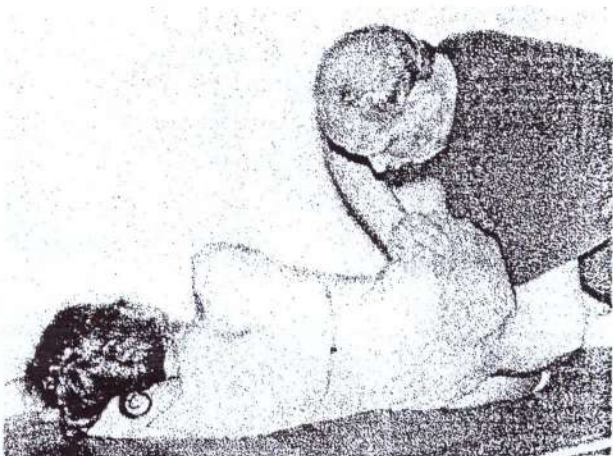
ს.მ. — ზურგზე წოლა, მარცხენა ფეხი მოხრილია
მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში, ექიმი დგას
მარჯვენა მხარეს პირისახით პაციენტის მენჯისკენ,
ორივე ხელს მოხრილ მუხლზე ათავსებს და ასრუ-
ლებს: 1) ბარძაყის ადუქციას — ტესტს თეძო-წელის
იოგის მტკივნეულობაზე; 2) ბარძაყის ფლექსიას მარ-
ჯვენა მხრის მიმართულებით (დიაგნოსტურად) —
ტესტს გავა-თეძოს იოგზე; 3) ბარძაყის ფლექსიას მარ-
ცხენა მხრის მიმართულებით — ტესტს გავა-კუკუხოს
იოგის მტკივნეულობაზე;

იოგთა მტკივნეულობის შემთხვევაში შესაბამისი
მდგომარეობიდან ხორციელდება მობილიზაცია: I ფა-
ზა — შესუნთქვა, აქტიური მოძრაობის ცდა (ნახევარი



ძალით), ექიმი უწევს ადეკვატურ წინააღმდეგობას, 7-
10 წამის განმავლობაში, II ფაზა — ამოსუნთქვა, მო-
დუნება.

6. მარჯვენა ბთშ-ის, უპირატესად ზედა ადგილის, მპ
აჩქარებულ რიტმში პასიური მოძრაობით პასტან-
უზის მიმართულებით



ს.მ. — მარცხენა გვერდზე წოლა, მარჯვენა ფეხი ოდ-
ნაე მოხრილია მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებ-
ში, ექიმი დგას პაციენტის ზურგის მხარეს პირისახით
თავისკენ, მარჯვენა ნების ფუძით აფიქსირებს მარ-
ჯვენა თეძოს ძელის წინა ნაწილს თეძოს წინა ზედა
წვეტის არეში (მარჯვენა წინამხრის ღერძი მიმართუ-
ლია ვენტრალურ-დორსალურად), მარცხენა ხელის
პიპოთენარს (ან ცერს) ათავსებს გავით ძელის ზედა
ლატერალურ ნაწილზე;

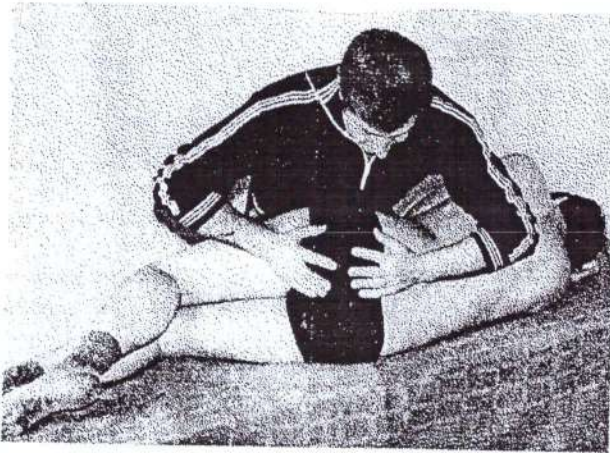
მპ ხორციელდება ორივე ხელის სინქრონული
მოძრაობით ერთმანეთის შესახვედრად ვენტრალურ-
დორსალურად და დორსალურ-ვენტრალურად აჩქა-
რებული რიტმით.

7. მარჯვენა ბთუ-ის მკ ჯვარედინი ხარხით თაქოს კვლის ბაჰის კვალთან მიმართებით ფლუქსიის მიმართულებით (სტოდარტის მეთოდიკა)



ს.მ. — მუცელზე წოლა, ექიმი დგას პაციენტის გვერდით, მენჯთან, ორივე ხელს ცერცვისებრი ძელების არეებით ათავსებს ჯვარედინად — მარჯვენას — მარჯვენა ტუჩზე, მარცხენას — გავის ძელის დისტალურ ნაწილზე მარჯვნიდან; ორივე ხელის ქვემოთ და სხვადასხვა მხარეს სინქრონული ზეწოლით ექიმი ახორციელებს ბთუ-ის მკ-ს, ამასთან ტუჩზე მოძრაობს ვენტრალურ-კრანიალურ-ლატერალურად, გავის ძელის დისტალური ნაწილი კი — ვენტრალურ-კაუდალურად.

8. მარცხენა ბთუ-ის მკ ფლუქსიისა და პოსტანუიის მიმართულებით პასიური მოძრაობით აჩაგრებული რიტმით



1). ს.მ. — მარჯვენა გვერდზე წოლა, მარჯვენა ფეხი გამართულია, მარცხენა კი — მოხრილია, ექიმი დგას ვენტრალური მხრიდან, მარცხენა ხელის ცერცვისებრი ძელით აფიქსირებს მარცხენა ტუჩზე-ს. წინამ-

ხრის ღერძი მიმართულია დორსალურ-ვენტრალურად, მარჯვენა ნების ფუძეს კი ათავსებს მარცხენა საჯდომ ბორცვზე (კუკუხოზე) ქვემოთა მხრიდან;

ორივე ხელის სინქრონული მოძრაობით (მარჯვენათი — ვენტრალურ-დორსალურად, მარცხენათი — დორსალურ-ვენტრალურად) ხორციელდება უსახელო ძელის პასიური მოძრაობა აჩქარებული რიტმით.



2). ს.მ. — მარჯვენა გვერდზე წოლა, ექიმის მარცხენა ნების ფუძე თავსდება პაციენტის მარცხენა თეძოს წინა ზედა წვეტზე, მარჯვენა ნების ფუძე კი — კუკუხოზე ქვედა-უკანა მხრიდან; ორივე ხელის სინქრონული მოძრაობით ხორციელდება უსახელო ძელის მოძრაობა აჩქარებული რიტმით ექსტენზიის მიმართულებით.

9. მარცხენა ბთუ-ის უპირატესად ძვედა ნაწილების მკ ფლუქსიის მიმართულებით პასიური მოძრაობით აჩაგრებული რიტმით



დეს, ხელები ჩამოშვებულია; პაციენტს შუბლი მუხლებთან მიაქვს.

3). ს.მ. — ჯდომი ტახტის კიდეზე; პაციენტი ორივე ხელისგულით აფიქსირებს მენჯს თედოს ძვლების ფრთების არეში და შუბლი მუხლებთან მიაქვს.

3. აპტიური ლატეროფლექსიის გამოკვლევა

1). ს.მ. — დგომი, ხელები თავისუფლად ჩამოშვებული.

2). ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი, ხელების თითები თავს უკანაა გადაჯვარედინებული, იდაყვები წინაა მიმართული; უკან მდგომი ექიმი შეაფასებს: გადახრის მხარეს მანძილს ხელის თითებსა და მუხლს შორის, დგომში აქტიური ლატეროფლექსიის მოცულობას, — ზემოდან ქვემოთ, მარჯვნივ და მარცხნივ; საწინააღმდეგო მხარეს მენჯის როტაციის ხარისხს, წვეტიანი მორჩების გამოზნექას; მალეები ნორმის პირობებში წარმოქმნის გადახრის მხარეს თანაბარზომიერად შესწევილ რეალს.

4. აპტიური როტაციის გამოკვლევა

1). ს.მ. — დგომი; 2). ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი, ხელისგულები კისერზეა, იდაყვები წინაა მიმართული, ხერხემლის გულმკერდისა და წელის ნაწილები ოდნავ ფლექსირებულია, ექიმი დგას უკან და შეაფასებს აქტიურ როტაციას ზემოდან ქვემოთ, მარჯვნივ და მარცხნივ (როტაციის ღერძი უნდა გადიოდეს პაციენტის თხემზე); მოძრაობის მოცულობას, რეალის თანაბარზომიერებას, შეთანხმებულ მოძრაობას.

5. წელის კვადრატული კუნთის დაშლად დაშლის ან მტკივნეული დაავადების გამოკვლევა პარაჰენა მხრიდან

ს.მ. — მარცხენა გვერდზე წოლა, ტანის ზედა ნაწილი წამოწეულია და ეყრდნობა მოხრილი მარცხენა ხელის იდაყვსა და წინამხარს. ექიმი შეაფასებს აქტიურ ლატეროფლექსიას მარჯვნივ, კუნთის მტკივნეულობასა და წვეადობას.

6. პასიური პასტენიის გამოკვლევა სფნ-ში

1). ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი ტახტზე, ხელები თავს უკანაა, ექიმი დგას მარცხენა მხარეს, მარცხენა ხელით იჭერს პაციენტის იდაყვებს ქვემოთ და ახორციელებს პასიურ ექსტენზიას სფნ-ში ქვემოთ ზემოთ; მარჯვენა ხელის საჩვენებელი თითით სინჯავს წვეტიან მორჩებს შორის შემცირებულ შუალედებს, ამასთან ერთად, აღნიშნული თითი ებჯინება გამოსაკვლევი ხერხემლის მამოძრავებელი სეგმენტის ზედა მალის მორჩს და შეიგრძნობს, როგორ უახლოვდება ის ქვემოთ მდებარე მალას.



2). ს.მ. — მუცელზე წოლა, ხელები მოხრილია იდაყვებში და მხრებით მიკრულია ტანთან, წინამხრებით ხელისგულები ეყრდნობა ტახტს, ექიმი დგას პაციენტის ღუნდულებთან გვერდიდან და ცერებს ათავსებს სიმეტრიულად გამოსაკვლევ სფნ-ის განივ მორჩებზე; ექიმის განკარგულებაზე პაციენტი ნელა იწევა ზემოთ, წინამხრებს შლის იდაყვის სახსრებში, რითაც ახორციელებს სფნ-ის ექსტენზიას; ექიმი თითებით სინჯავს განივი მორჩების გადაადგილებას (ფუნქციური ბლოკის დროს განივი მორჩი ნაადრევად ეყრდნობა ექიმის თითს).



7. პასიური ფლექსიის გამოკვლევა სფნ-ში

1). ს.მ. — „მხედრული“ ჯდომი, ხელები კისერზეა, იდაყვები წინაა მიმართული, ექიმი პაციენტის მარცხნივ და მარცხენა ხელი მისი კისრის გულმკერ-

დში გადახელის ადგილზე უდევს; პაციენტის ხსწ-ის ფლექსიის დროს ექიმი მარცხენა ხელის თითებით სინჯავს მალევის წვეტიან მორჩებს შორის შუალედის გაზრდას თანამიმდევრულად ზემოდან ქვემოთ.



2). ს.მ. — მარცხენა გვერდზე წოლა, ფეხები მოხრილია მართი კუთხით, ექიმი დგას ვენტრალურ მხარეს, ბარძაყებით ეყრდნობა პაციენტის წვივებსა და ბარძაყებს მუხლებთან, ხელებით კი — ხერხემალს ისე, რომ თითები პალპაციისთვის თავსდებოდეს გამოსაკვლევი ხერხემალის მამოძრავებელი სეგმენტის (ხმს) შესაბამის წვეტიან მორჩებზე;

პაციენტის დუნდულაზე დადებული მარცხენა წინამხრისა და ბარძაყების სინქრონული მოძრაობით ექიმი ახორციელებს ფლექსიას ხსწ-ში და სინჯავს წვეტაშორისი შუალედის გაზრდას ქვემოდა ზემოთ.

8. ხსწ-ში ლატაროფლექსიის მიმართულებით პასიური მოძრაობის გამოკვლევა



ს.მ. — „მხედრული“ ჯდოში ტახტზე, ხელები კისერზეა, იდაყვები წინაა მიმართული, ექიმი დგას უკან, მარცხენა წინამხარი და მტევანი უდევს პაციენტის მხრებზე ზემოდან დორსალური მხრიდან და ხსწ-ის ლატაროფლექსიას მიმართავს მარჯვნივ და მარცხნივ, ზემოდან ქვემოთ; მარჯვენა ხელის თითებით ახორციელებს წარმოქმნილ შეზნეპილ რკალზე წვეტიანი მორჩების პალპაციას და შეაფასებს წვეტიანი მორჩების ერთმანეთთან მიახლოებას გამოსაკვლევი ხმს-ში.

9. პასიური მოძრაობის გამოკვლევა ხსწ-ში როტაციის მიმართულებით

ს.მ. — „მხედრული“ ჯდოში, ხელები კისერზეა, იდაყვები წინაა მიმართული, ექიმი დგას მარცხენა მხარეს, მარცხენა ხელით პაციენტს ისე იჭერს, რომ აღნიშნული ხელი გადის პაციენტის მარცხენა მხრის ქვეშ და მარჯვენა მხარსა და წინამხარს შორის წარმოქმნილ სამკუთხედში; ხორციელდება როტაცია ხსწ-ში (როტაციის ღერძი პაციენტის თხემზე გადის), ექიმი მარჯვენა ხელის თითებით სინჯავს გამოსაკვლევი ხმს-ის ჯერ ზედა წვეტიანი მორჩის გადაადგილებას, შემდეგ კი ქვედა წვეტიანი მორჩის გადაადგილებას.

10. დორსალურ-ვენტრალური გადაადგილების გამოკვლევა ხსწ-ის მამოძრავებელ სეგმენტებში



ს.მ. — მუცელზე წოლა, ექიმი ერთერთი ხელის II-III თითებს ათავსებს წვეტიანი მორჩების გვერდებზე, მეორე ხელის ნების იდაყვის მხარით ზემოდან აწევს პირველი ხელის აღნიშნულ თითებს;

ხელის ზეწოლით (რომელშიც მხარიც მონაწილეობს) ახორციელებს დორსალურ-ვენტრალურ გადაადგილებას დაძაბვამდე და შეაფასებს ზამბარისებრ წი-

ნაღმდეგობას (ნორმის ფარგლებში იგი უფრო მეტადაა გამოხატული ხსნ-ის ქვედა მამოძრავებელ სეგმენტებში).

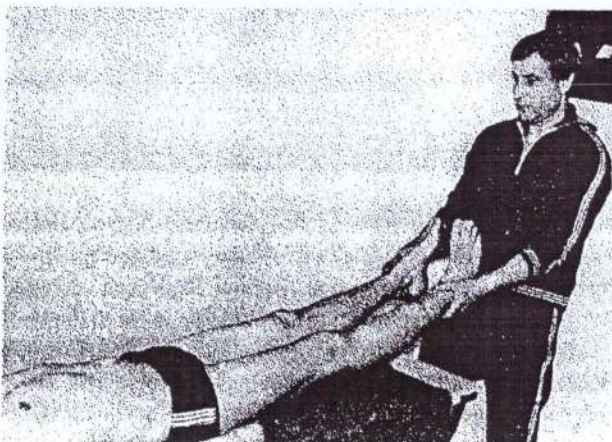
11. პენტრალურ-დორსალური გადაადგილების გამოკვლევა ხსნ-ის მამოძრავებელ სეგმენტებში და პპ პირ-ით



ს.მ. — გვერდზე წოლა, ფეხები მოხრილია 100° -ის ფარგლებში, ექიმი ბარძაყებით ეყრდნობა პაციენტის მუხლებს, ორივე ხელის ერთმანეთზე მდებარე II-III თითებს ათავსებს გამოსაკვლევი ხსნ-ის მალეების წვეტიან მორჩებზე; პაციენტის მუხლებზე ბარძაყებით მიწოლის დროს ექიმი თითებით შეიგრძნობს კაუდალური მალის მცირე დორსალურ გადაადგილებას.

შპ-ის დროს ხორციელდება მპ: I ფაზა — შესუნთქვა, მუხლებით ექიმის მუხლებზე მიწოლა, პაუზა, II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, კაუდალური მალის ვენტრალურ-დორსალური მიმართულებით მცირე გადაადგილება.

12. ხსნ-ის პპ ღერძის გასწვრივ ტრაქციით პირ-ით



ს.მ. — ზურგზე წოლა, ექიმი დგას პაციენტის ფეხების ბოლოს, ორივე ფეხს კოჭების არეში იჭერს და მსუბუქი ტრაქციით აღწევს დაძაბულობის წინა მდგომარეობას;

I ფაზა — შესუნთქვა, ექიმი ინარჩუნებს ამ მდგომარეობას, II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება და ტრაქცია ახალ დაძაბვამდე და ა. შ.

13. ხსნ-ის პპ დისტრაქციის საშუალებით პირ-ით



ს.მ. — მუცელზე წოლა მაღალ ტახტზე, ფეხები ჩამოშვებულია ტახტის კიდიდან, ტერფები არ უნდა ეხებოდეს იატაკს, ექიმი დგას მარჯვენა მხარეს, მარჯვენა ხელისგულს პაციენტის გაევაზე ათავსებს, მარცხენას კი — ხსნ-ზე;

I ფაზა — ამოსუნთქვა, დისტრაქციისთვის წინააღმდეგობის გაწევა, II ფაზა — შესუნთქვა (!), მოდუნება, ექიმი ხელებს დისტრაქციას აყოლებს.

14. ხსნ-ის პპ ტრაქციით და ბერტყვით



1). ს.მ. — მუცელზე წოლა, ხელები ტანს გასწვრივ, ექიმი კოჭების არეში იკავებს პაციენტის ფეხს;

ტანის უკან გადახრით ექიმი ახორციელებს ტრაქციას (პაციენტი მოდუნებულია) და რხევას ვერტიკალურად, ოპტიმალური რიტმითა და ამპლიტუდით. მბ-ის დროს პაციენტმა არ უნდა იგრძნოს ტკივილი. იგივე შეიძლება შეასრულონ ორივე ფეხზე ერთდროულად.



ყვება კაუდალური მიმართულებით გადაადგილებულ ღუნდულებს.

16. წელის ქვედა არეში ფლექსიონისა და ექსტენზიონის აპპ

ს.მ. — ქუსლებზე ჯდომი, ხელები ზემოდან ეყრდნობა მუხლებს;

პაციენტი წელის ქვედა ნაწილის კიფოზირებითა და ღუნდულ კუნთების დაძაბვით სწევს მენჯს ზემოთ, ს.მ.-ში დაბრუნება წელის ქვედა ნაწილის ლორდოზირებით.

17. ხუნ-ის მბ და მბ პირ-ით ფლექსიონისა და მარცხენი ლატეროფლექსიონის მიმართულებით



2). ს.მ. — ზურგზე წოლა, ექიმი მუხლებით დგას ტახტის ბოლოს, პაციენტს ბარძაყები ექიმის ბარძაყებზე უდევს, მისი წვივები ფიქსირებულია ექიმის იდლიებში, ხოლო მუხლქვეშა ფოსოები ექიმის წინამხრებზეა;

ტანის უკან გადაწვეთ ექიმი მალა წევს პაციენტს, მარჯვნივ და მარცხნივ რხევითი მოძრაობით აღწევს პაციენტის მოდუნებას, რის შემდეგაც ხან უკან და ხან წინ გადახრით ახორციელებს ტრაქციას ხუნ-ის ლორდოზისა და კიფოზის შენაცვლებით.

15. ხუნ-ის ექსტენზიონის ტრაქცია პირ-ით

ს.მ. — მუცელზე წოლა, ხელები ტანის გასწვრივ, ექიმი დგას პაციენტის თავთან და დახრილია მისკენ, ორივე ნების ფუძეებს ათავსებს ორივე ღუნდულის კრანიალურ ნაწილებზე და აწვება მათ შესუნთქვის დროს დაძაბულობისწინა მდგომარეობამდე;

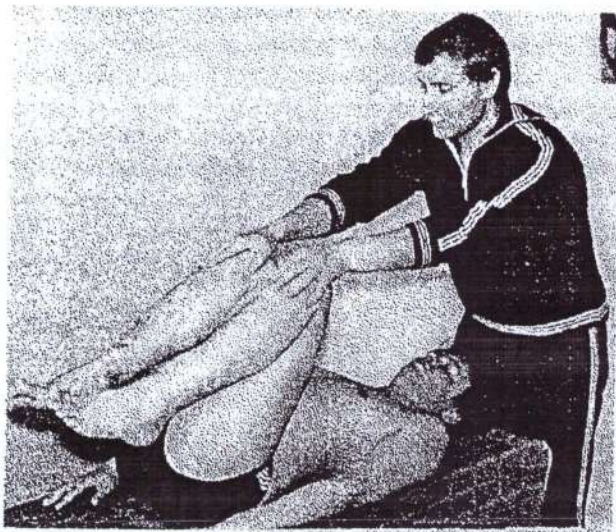
I ფაზა — ამოსუნთქვა, ექიმი ეწინააღმდეგება ხუნ-ის ექსტენზიონის სინკინეზიურ დაძაბვას, II ფაზა — შესუნთქვა (!), მოდუნება, ექიმის ხელები მიკ-

ს.მ. — მარცხენა (ჯანმრთელ) გვერდზე წოლა ტახტის ნაპირზე, წელის ქვეშ პატარა ბალიშია (მარცხნივ ლატეროფლექსიონისთვის), მარცხენა ფეხი ოდნავ მოხ-

რილია, მარჯვენა კი ჩამოშვებულია ტახტიდან (ფუნქციური ბლოკის და L_{IV}-L_V პროტრუზიის დროს მარჯვენა ფეხი მოხრილია მუხლის სახსარში, ტერფი დორსალური მხარით მარცხენა მუხლის ფოსოს ეყრდნობა, მარჯვენა მუხლი საყრდენს გარეთაა), მარჯვენა ხელი ზურგს უკან არის, მარცხენა — თავქვეშ, ექიმი მარჯვენა იდაყვით აფიქსირებს პაციენტის მარჯვენა მხარს, მარცხენა იდაყვითა და წინამხრით — მენჯის მარჯვენა ნაწილს, მარცხენა ცერი და საჩვენებელი თითებით — ბლოკირებული ზერზემლის მამოძრავებელი სეგმენტის (ბჰმს) წვეტიან მორჩებს, მარცხენა ბარძაყით კი — პაციენტის მარჯვენა მუხლსა და ბარძაყს;

ორივე იდაყვით ხორციელდება ტრაქცია ღერძის გასწვრივ მარცხნივ ლატეროფლექსიის გაძლიერებით: I ფაზა — შესუნთქვა, პაციენტი აქტიურად ცდილობს შეატრიალოს მენჯი მარჯვნივ და მარჯვენა მხარი — მარცხნივ, ექიმი კი უწევს ადეკვატურ წინააღმდეგობას (იღ 7 წამის განმავლობაში); II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ექიმი ხელებით თან მიჰყვება მენჯის გენტრალურად დაშვებას და ინარჩუნებს დაძაბულობისწინა მდგომარეობას და ა. შ. ბოლოს ტარდება მანიპულაცია (ჩვენების მიხედვით).

18. ხუნ-ის მასტანჯორების მგ პირ-ით

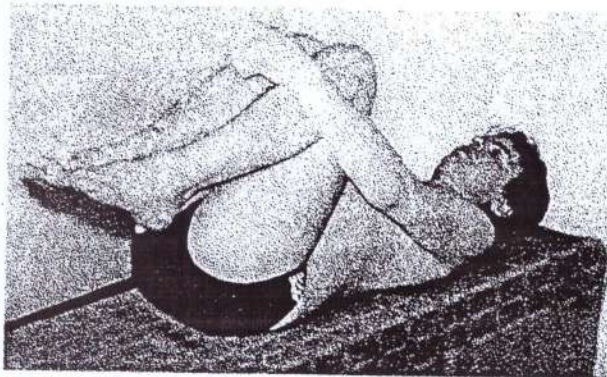


ს.შ. — ზურგზე წოლა, ფეხები მოხრილია მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში, ექიმი დგას თავთან, ორივე ხელისგულით იჭერს პაციენტის თანამოსახელე წვივებს პროქსიმულ ადგილებში და მათი მუცელთან მიახლოებით აღწევს დაძაბულობისწინა მდგომარეობას;

I ფაზა — შესუნთქვა, პაციენტი აწევა ექიმის ხელებს და მათი ადეკვატური წინააღმდეგობით ინარჩუნებს

ნებს იზომეტრიულ დაძაბვას; II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ექიმის ხელები მიჰყვება მოცულობაში მზარდ ფლექსიას დაძაბვამდე. ილეთი უკუნაჩვენებია ფესვური კომპრესიისა და დისკოს თიაქარისა და უკანა ბზარის დროს.

19. ხუნ-ის აპო პოსტიზომეტირული რელაქსაციით



ს.შ. — ზურგზე წოლა, ფეხები მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში მოხრილია, ხელები შემოჭდობილია წვივებზე პროქსიმალური მხრიდან და ფეხები მუცლისკენ არის მიზიდული; I ფაზა — შესუნთქვა, მუხლებით ზედა მიმართულებით ხელის მტევნებზე მიწოლა, — იღ; II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, მუხლების მუცელთან მიტანა.

20. ზურგის მასტანჯორების მგ პირ-ით გულგუარდის წალში გადასვლის არაუბი, მარცხენა მხრიდან

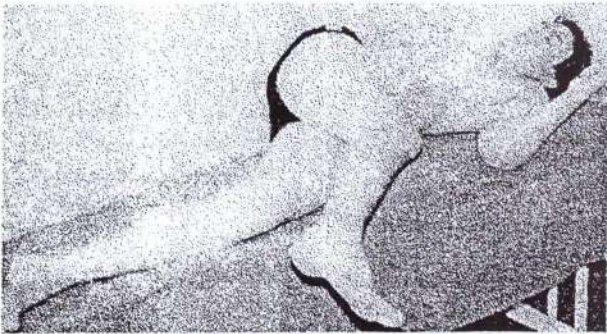


ს.მ. — ტახტზე ჯდომი განივად, ხელების თითები კე-
ფაზე გადაჭდობილი, ექიმი დგას უკან და მოხრილი
ფეხის მარჯვენა ბარძაყს პაციენტის მენჯის მარჯვენა
გვერდით ათავსებს, მარცხენა ხელის საჩვენებელი თი-
თი ზურგის ექსტენზორების ყველაზე უფრო დაძაბულ
ნაწილზე დევს, მარჯვენა ხელი პაციენტის მარჯვენა
მხრის ქვეშ გავლით მარცხენა მხარსა და წინამხარს
შორის წარმოქმნილ სამკუთხედში გადის, მტევანი
მარცხენა მხარეზეა ზემოდან; I ფაზა — შესუნთქვა,
მარცხნივ გახედვა კუნთის დაძაბვის შეგრძნებამდე; II
ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ექიმი ახორციელებს
ფლექსიას, როტაციას მარჯვნივ და ლატეროფლექსი-
ას მარცხნივ, ამასთანავე, პაციენტი სულ უფრო და
უფრო იხრება ექიმის მარჯვენა ბარძაყზე. მარცხენა
ხელის მტევანი აკონტროლებს მოდუნებასა და დაძაბ-
ვას.



I ფაზა — შესუნთქვა, პაციენტი ახორციელებს
მარცხნივ ლატეროფლექსიის ცდას, ექიმი კი ხელე-
ბით ადეკვატურ წინააღმდეგობას უწევს; II ფაზა —
ამოსუნთქვა, მოდუნება, ექიმის ხელები მიჰყვება მარ-
ჯვნივ მხარდ ლატეროფლექსიას.

21. **ჰედა სენ-ში ზურგის მასაჟის ტექნიკის ანგარიშ-
გება მხრიდან გრავიტაციული დაძაბვის გამოყი-
ნებით**



ს.მ. — მარცხენა გვერდზე წოლა ტახტის ნაპირას,
მარჯვენა ხელი ზურგს უკან ტახტის კიდეზე ეჭიდება,
მარცხენა ხელი თავქვეშაა ამოღებული, მარცხენა ფე-
ხი მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში ოდნავ
მოხრილი დევს ტახტზე, მარჯვენა კი გადმოშეებულია
ტახტიდან;

I ფაზა — შესუნთქვა, ფეხის აწევა (აბდუქცია) 2 სმ-
ზე, დაყოვნება; II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ფე-
ხის თავისუფლად დაშვება თავის მარჯვნივ მიბრუნე-
ბასთან ერთად.

ფაზები მეორდება 3-ჯერ, დღეში 2-3-ჯერ.

22. **სენ-ში მარჯვენა ლატეროფლექსიის მიმარ-
თულობით**

ს.მ. — მარცხენა გვერდზე წოლა, ფეხები მუხლისა და
მენჯ-ბარძაყის სახსრებში მოხრილია 90°-ით, ექიმი
დგას პაციენტის ვენტრალურ მხარეს სენ-თან, მარ-
ჯვენა ხელის მტევანი მის მარჯვენა მხრის სახსარზე
უდევს, მარცხენა კი — დუნდულაზე, ექიმის ხელები
მოხრილია იდაყვის სახსრებში 90-110°-ით;

23. **წელის მარცხენა კვადრატული კუნთის ანგარიშ-
გება მხრიდან გრავიტაციული დაძაბვის გამოყი-
ნებით**

ს.მ. — ზურგზე წოლა, ფეხები ოდნავ განივადაა, მუც-
ლის კუნთები დაძაბულია, წელი მჭიდროდაა ფიქსი-
რებული საყრდენზე, დანარჩენი კუნთები მოდუნებუ-
ლია;

მარცხენა ფეხის რაც შეიძლება მეტი გაჭიმვა მენ-
ჯის მარცხენა ნახევართან ერთად, ამასთან, მარჯვენა
ფეხი სინკინეზიურად ახორციელებს საწინააღმდეგო
მოძრაობას, წელის მარჯვენა დაძაბული კვადრატული
კუნთი იკუმშება და ზემოთ სწევს მენჯის მარჯვენა
მხარეს.

ციკლები მეორდება მანამ, სანამ წელის მარცხენა
კვადრატული კუნთი მოდუნდება.

24. **ანგარიშ-გება მხრიდან გრავიტაციული დაძაბვის
გამოყენებით**

ს.მ. — დგომი, ფეხები მხრების სიგანეზეა, ლატეროფ-
ლექსია მარჯვნივ, წელის მარცხენა კვადრატული
კუნთის დაძაბვამდე;

I ფაზა — წელი ღრმა შესუნთქვა, ზემოთ ახედვა,
ამ დროს ტანი ავტომატურად (სინკინეზიურად) იწევს
ზემოთ წელის მარცხენა კვადრატული კუნთის დაძაბ-
ვის გამო; II ფაზა — ამოსუნთქვა, ძირს დახედვა, ტანი
ავტომატურად იმაზე მეტად ეშვება მარჯვნივ, ვიდრე
ს.მ.-ში იყო, და წელის მარცხენა კვადრატული კუნთი
რაც უფრო მეტად ღუნდება, მით უფრო დაბლა დაეშ-
ვება ტანი.

ფაზები მეორდება 2-3-ჯერ, დღეში 2-3-ჯერ.



ექიმი მასაჟით (გაჭიმვით) კუნთოვან ბოჭკოებს
მალა გადაადგილებს, აღწევს მათ მოდუნებას, და
ერთდროულად იდაყვებით აწევა მხარსა და თეძოს
ძვლის ქედს, რითაც ახორციელებს მობილიზაციას
მარცხენი ლაჭიროვანი ძმის მიმართ.



სეგმენტებში შპ-ის შემთხვევაში — მუხლის ფოსოში, ქვედა ნაწილში შპ-ის შემთხვევაში — წვივის უკანა ზედაპირზე, ექიმი მარცხენა მუხლითა და ბარძაყით აფიქსირებს პაციენტის მარჯვენა მუხლს, მარცხენა წინამხრით — მენჯს, ცერა და საჩვენებელი თითებით კი — ბხმს-ის წვეტიან მორჩებს, მარჯვენა წინამხრის პროქსიმალურ ნაწილს ათავსებს მარჯვენა მხრის სახსრის წინა ზედაპირზე;

I ფაზა — შესუნთქვა, მარცხნივ გახედვა, II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, მარჯვნივ გახედვა, ექიმის ხელი თან მიჰყვება როტაციას.

თუ შპ არ ქრება ჩატარებენ მანიპულაციას და-ძაბვისწინა მდგომარეობამდე მიყვანის შემდგომი ბიძ-გით.

28. გულგუარდის წალსი გადსვლის ადგილის მკ და აპგ პარკინიზ როტაციის მიმართულებით თაქო-წა-ლის კუნთის პირ-ით

ს.მ. — მარცხენა გვერდზე წოლა, მარჯვენა მოდუნე-ბული ხელი ზურგს უკანაა განზიდული, მარცხენა ფე-ხი გამართულია, მარჯვენა მოხრილია და ტერფით მარცხენა მუხლქვეშა ფოსოს ეყრდნობა, ექიმი მარ-ცხენა ბარძაყის ლატერალური ზედაპირით ეყრდნობა პაციენტის მარჯვენა მუხლსა და ბარძაყს, პაციენტი აღწევს დაძაბულობისწინა მდგომარეობას მარჯვნივ როტაციის მიმართულებით და იხედება, რაც შეიძლე-ბა მარჯვნივ, რისთვისაც ერთდროულად აბრუნებს თავსა და ზედატანს, ამავე დროს მარჯვენა მუხლითა და ბარძაყით აწევა ექიმის ბარძაყს (ილ).

პაციენტი ნელა შეისუნთქავს და ამოსუნთქავს 3-ჯერ, ამასთან მუდმივად ინარჩუნებს დაძაბულობის-წინა მდგომარეობას. ექიმი წამში ერთხელ რიტმუ-ლად აძლიერებს ბარძაყით მიწოლას.

აუტომობილიზაციისთვის პაციენტი მუხლით რაი-მე ვერტიკალურ საყრდენს (კედელს, ავეჯის ნაწილს და სხვა) ან საკუთარ გამართულ მარცხენა ხელს ეყ-რდნობა.

29. წალსი ქვედა ნაწილში აპგ ფლაქსიის, აქსტანზი-ისა და როტაციის მიმართულებით



ს.მ. — მუხლებზე დგომი, ხელისგულები არცთუ მა-ღალ სადგარს ეყრდნობა; I ფაზა — შესუნთქვა, წელის ქვედა ნაწილის კიფოზირება; II ფაზა — ამოსუნთქვა, წელის ქვედა ნაწილის ექსტენზირება.

როტაციის მიმართულებით აუტომობილიზაციის-თვის — იდაყვში მოხრილი ხელის უკან წაღება როტა-ციის მხარეს.

სამოპილიზაციო-სამანიაულაციო ხარისხი მოდიფი-კაცია ხარისხის წალსი ნაწილში ლატერალური პროტრუზიის დროს

მანიპულაციის ჩატარებამდე ორი საათით ადრე ავად-მყოფი ლეზიონის მიდოკალამს 2-3 აბს მიორელაქსა-ციისთვის.

ს.მ. — ავადმყოფი წევს მუცელზე, ხელები ტანის გასწვრივ, თავი მობრუნებულია პროტრუზიის საწინა-აღმდეგო მხარეს;

რელაქსაციის მეთოდით სრულდება მასაჟი ზურგის, ღუნდულებისა და წელის არეში. ცერისა და საჩვენებელი თითის ბალიშებით ხორციელდება ძლიე-რი ზეწოლა (ასატანი ტკივილის შეგრძნებამდე) ბიო-ლოგიურად აქტიური წერტილის VB — 21 ზონაში ასეთი რიტმით: პირველი 5 წამი თანამიმდევრულად თანაბარზომიერი მზარდი ზეწოლა და დაყოვნება მაქ-სიმალურ დონეზე 5-7 წამით, შემდეგ ზეწოლის თანა-ბარზომიერი შესუსტება 5 წამის განმავლობაში და 5 წამიანი პაუზა. ციკლს იმეორებენ 3-5-ჯერ. ერთდრო-ულად პაციენტი ახორციელებს ზომიერი ტემპით იპ-

სილატერალური ქვედა კიდურის მოზრასა და გაშლას მუხლის სახსარში. მანიპულაციის წარმართველი მანუალისტი კი ცერის ბალიშს ათავსებს ბლოკირებული ხერხემლის მამოძრავებელი სეგმენტის ზედა მალის განივი მორჩის ქვეშ და მეორე ცერის დამძიმებით განაგრძობს შემდგომ ზეწოლას განივ მორჩზე კრანიული მიმართულებით 7 წამის განმავლობაში, მზარდი დოზირებით და ზეწოლის შემდგომი თანაბარზომიერი შემცირებით 5 წამის განმავლობაში, რასაც მოსდევს 5 წამიანი პაუზა. ციკლი მეორდება 3-5-ჯერ. ყოველ შემდგომ ციკლში ზეწოლის ინტენსივობა მატულობს. მანუალისტი ცერა თითის შეტრიალებით განაგრძობს ზეწოლას ბლოკირებული ხერხემლის მამოძრავებელი სეგმენტის ქვედა მალის განივი მორჩის ზედა ზედაპირზე კაუდალური მიმართულებით იმავე რიტმითა და დოზირებით. დასასრულს ექიმი ახორციელებს ლატერო-ლატერალურ სრესას განივ მორჩით შორის შუალედში.

პროცედურის დამთავრების შემდეგ პაციენტმა აუცილებლად უნდა დაისვენოს ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში, 1,5-2 საათით.

მენჯ-ბარძაყის სახსრის მანუალური თერაპიის სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ხერხები

1. მენჯ-ბარძაყის სახსარში აქტიური და პასიური მოძრაობისა და იზომეტრიული დატვირთვის გამოკვლევა - ფლექსია



ს.მ. - ზურგზე წოლა მაღალ ტახტზე, მის კიდესთან ახლოს, გამოსაკვლევი წვივი ტახტის გარეთაა დაშვებული, მუხლის სახსარი მოხრილია 120-140°-ით, მეორე ფეხი კი მოხრილია და ტერფით საყრდენს ეყრდნობა;

აქტიური მოძრაობა (აშ) - ექიმი დგას გამოსაკვლევი ფეხის მხარეს, პაციენტი აკეთებს ფლექსიას მენჯ-ბარძაყის სახსარში;

პასიური მოძრაობა (პშ) - ექიმი დგას გამოსაკვლევი ფეხის მხარეს, ერთი ხელით ზემოდან აფიქსირებს თეძოს ძვლის ფრთას, მეორე კი, რომელიც ბარძაყის ქვედა ზედაპირზეა, ახორციელებს პასიურ ფლექსიას;

იზომეტრიული დატვირთვა (იშ) - ექიმი დგას გამოსაკვლევი მხრიდან, ცალი ხელით ზემოდან აფიქსირებს თეძოს ძვლის ფრთას, მეორე ხელს ბარძაყის წინა ზედაპირზე ათავსებს და ადეკვატურ წინააღმდეგობას უწევს აქტიურ ფლექსიას.

2. მენჯ-ბარძაყის სახსარში აშ, აშ-ისა და იშ-ის გამოკვლევა - მესტენზია



ს.მ. - მუცელზე წოლა, ექიმი დგას გამოსაკვლევი მხარეს, ერთი ხელით ზემოდან ისე აფიქსირებს მენჯს, რომ ცერი ბარძაყის ძვლის დიდი ციბრუტის პროექციაზეა;

აშ - პაციენტი ახორციელებს აქტიურ მესტენზიას, ნორმალური მოცულობა - 10-15°;

პშ - ექიმი ახორციელებს პასიურ მესტენზიას მეორე ხელით, რომელიც ბარძაყის ქვედა მესამედის წინა ზედაპირზეა (იხ. სურათი);

იშ - ექიმი ადეკვატურ წინააღმდეგობას უწევს აქტიურ მესტენზიას მენჯ-ბარძაყის სახსარში.

3. მენჯ-ბარძაყის სახსარში აშ, აშ-ისა და იშ-ის გამოკვლევა - ადუქცია, აბდუქცია



ს.მ. — ზურგზე წოლა, გამოსაკვლევი ფეხი მოხრილია მუხლის სახსარში მართი კუთხით და განზიდულია ფრონტალურ სიბრტყეში დაახლოებით 30° -ით, მეორე ფეხი გამართულია და თავისუფლად დევს, ექიმი დგას გამოსაკვლევ მხარეს და ცალი ხელით აფიქსირებს თემოს ძელის ფრთას მეორე მხრიდან;

აბ — პაციენტი ასრულებს აქტიურ აღუქციას (აბ-დუქციას) მხოლოდ ფრონტალურ სიბრტყეში. ნორმალური მოცულობა — $30-40^{\circ}$;

პმ — ექიმი ახორციელებს პასიურ აღუქციას (აბ-დუქციას);

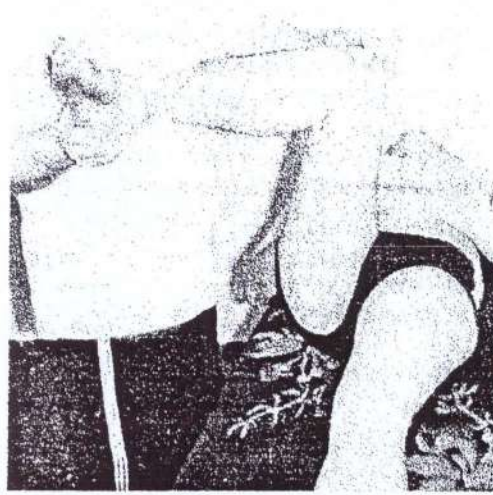
ილ — ექიმი ადეკვატურ წინააღმდეგობას უწევს მენჯ-ბარძაყის სახსარში აქტიურ აღუქციას (აბდუქციას).

4. მარჯვენა მენჯ-ბარძაყის სახსარში შიგნითა და გარეთა როტაციის აბ-ის, პმ-სა და ილ-ის გამოკვლევა

ს.მ. — ზურგზე წოლა, მარცხენა ფეხი გამართულია, მარჯვენა მოხრილია 90° -ით, ექიმი დგას პაციენტის მარჯვენა მხარეს მენჯთან, მარცხენა ხელით უფიქსირებს მუხლის სახსარს ისე, რომ ხელისგულის ფუძე ლატერალურადაა, თითები კი — მედიალურად;

აბ — მენჯ-ბარძაყის სახსარში გარეთა აქტიური როტაცია. ნორმალური მოცულობა — საშუალოდ 45° ($30-70^{\circ}$);

პმ — მარჯვენა ხელით ექიმი იჭერს პაციენტის ტერფსა და კოჭ-წვივის სახსარს და ახორციელებს



ბარძაყის შიგნითა პასიურ როტაციას და ბარძაყის გარეთა როტაციას;

ილ — ექიმი ადეკვატურ წინააღმდეგობას უწევს შიგნითა და გარეთა როტაციას.

5. მარცხენა მენჯ-ბარძაყის სახსრის მმ ბარძაყის კვლის ყელის ღერძის გასწვრივ ტრანსვიტით და პირ-ით



ს.მ. — ზურგზე წოლა ტახტის მარცხენა კიდესთან ახლოს, მარჯვენა ფეხი გამართულია, მარცხენა კი მოხრილია მენჯ-ბარძაყის სახსარში რამდენადმე განზიდულია, ექიმი ზის გვერდით დაბალ სკამზე, მენჯ-ბარძაყის სახსართან, პირისახით პაციენტის თავისკენ, მოხრილი მარცხენა ბარძაყი გადადებულია ექიმის მარცხენა ზედა მხარეზე, ექიმი ერთმანეთზე დადებული

ორივე ხელის მტევნით ისე იჭერს ბარძაყის პროქსიმულ ნაწილს, რომ ულნური მხარეები მჭიდროდაა მიდებული საზარდულის ნაკეცის არეზე, და ახორციელებს ტრაქციას კაუდალური და ლატერალური მიმართულებით დაძაბვამდე; I ფაზა — შესუნთქვა, პაციენტი შიგნით ეწევა ბარძაყს თავისი არათანაბოსახელო მხრის მიმართულებით, ექიმი კი ადეკვატურ წინააღმდეგობას უწევს (იღ); II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ექიმი ხელს გააყოლებს გაზრდილ დისტრაქციას. ფაზები მეორდება დისტრაქციის შედეგად მიღწეული საწყისი მდგომარეობიდან.

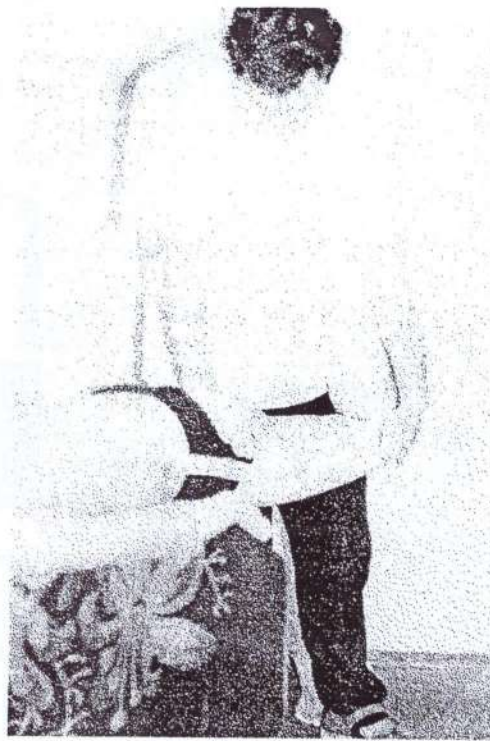
6. მარჯვენა ბარძაყის სახსრის მკ და მკ პირ-ითა და ბარძაყის ღერძის გასწვრივ ტრაქციით



ს.მ. — ზურგზე წოლა, ექიმი დგას ტახტის ბოლოს, ორივე გამართული ხელით იჭერს წვივს კოჭ-წვივის სახსარში და გამართულ ფეხს მენჯ-ბარძაყის სახსარში უმატებს მსუბუქ ფლექსიას, აბდუქციას და შიგნით როტაციას (დაახლოებით 10°-10°-ით);

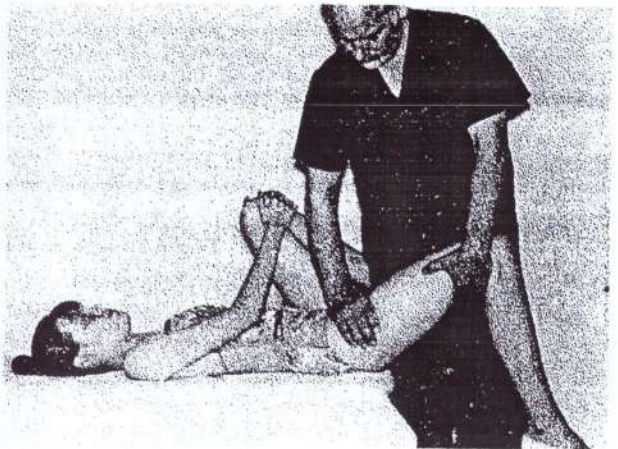
ექიმის ტანის უკან გადაწევიტ ზორციელდება მსუბუქი ტრაქცია დაძაბვამდე; I ფაზა — შესუნთქვა, შემოთ ახედვა, ექიმი დაძაბვის ზღვარს ინარჩუნებს; II ფაზა — ამოსუნთქვა, ძირს დახედვა, მოდუნება, ექიმი აძლიერებს ტრაქციას ახალ დაძაბვამდე. რამდენიმე განმეორების შემდეგ მეორე ფაზა შეიძლება დამთავრდეს სამანიპულაციო ბიძგიტ.

7. აჩქარებული რიტმით პასიური მოძრაობით მარცხენა მენჯ-ბარძაყის სახსრის მკ ბარძაყის პენტრალური გადაადგილებით



ს.მ. — მუცელზე წოლა მაღალი ტახტის კიდეზე, ოდნავ მოხრილი ორივე ფეხი თავისუფლადაა გადმოშვებული ტახტიდან, ექიმი დგას პაციენტის ფეხებს შორის პირისახით მარცხენა ბარძაყისკენ, მარცხენა ხელიტ სწევს მარცხენა ბარძაყს (მუხლის სახსარი მოხრილია 90°-ით), მარჯვენა ხელს ათავსებს ბარძაყის დორსალურ ზედაპირზე მენჯ-ბარძაყის სახსართან რაც შეიძლება ახლოს და ახორციელებს ბარძაყის დორსალურ-ვენტრალურ გადაადგილებას აჩქარებული რიტმით.

8. აჩქარებული რიტმით პასიური მოძრაობით მარჯვენა მენჯ-ბარძაყის სახსრის მკ ბარძაყის ღერძალური გადაადგილებით



ს.მ. — ზურგზე წოლა ისე, რომ მენჯი მაღალი ტახტის ბოლო ნაწილზეა, მარცხენა ფეხი ორივე ხელით გულმკერდთანაა მიტანილი, მარჯვენა ფეხი კი თავისუფლადაა ჩამოშვებული, ექიმი მარცხენა ხელით ქვემოდან იჭერს მარჯვენა ბარძაყს, მარჯვენა ხელს ზემოდან ათავსებს ბარძაყის პროქსიმულ ნაწილზე მენჯ-ბარძაყის სახსართან რაც შეიძლება ახლოს და ახორციელებს ბარძაყის ვენტრალურ-დორსალურ გადაადგილებას აჩქარებული რიტმით.

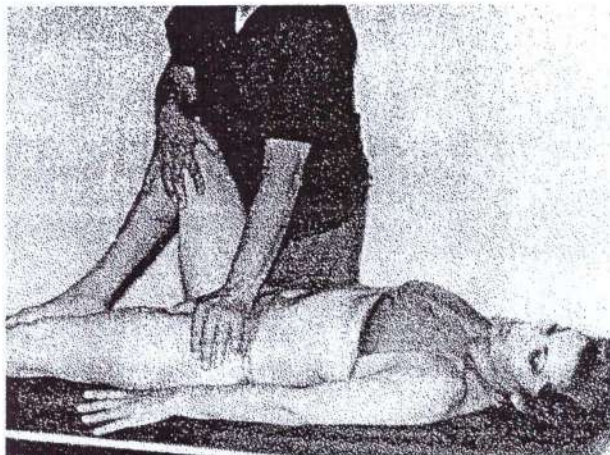
9. მარცხენა თეძო-სუკის კუნთის დამოკლებისა და მტკივნეული დაჰაბვის გამოკვლევა და აპოგრაფიკული დამოკლების გამოყენებით



ს.მ. — ზურგზე წოლა მაღალ ტახტზე ისე, რომ მენჯი მის ბოლო ნაწილს ეყრდნობა, მარჯვენა ფეხი ორივე ხელით მიტანილია მკერდთან, მარცხენა ფეხი კი თავისუფლადაა ჩამოშვებული ტახტიდან, ექიმი დგას ტახტის ბოლოს და: ა) თვალყურს ადევნებს მარცხენა ფეხის მდგომარეობას, — მენჯ-ბარძაყის სახსარში ფლექსიას, რწმუნდება თეძო-სუკის კუნთის შეკუმშვაში; ბ) მარცხენა ხელით მუხლზე ზემოდან ზეწოლით აძლიერებს ფლექსიას მარჯვენა მენჯ-ბარძაყის სახსარში, მარჯვენა ხელით კი მარცხენა მუხლის ზედაპირზე ზეწოლით აძლიერებს ექსტენზიას მარცხენა მენჯ-ბარძაყის სახსარში. თეძო-სუკის კუნთის დამოკლების დროს ძლიერდება ზამბარისებრი წინააღმდეგობა და ტკივილი კუნთში.

ამბ: I ფაზა — შესუნთქვა, პაციენტი დაშვებულ მარცხენა ბარძაყს მაღლა სწევს დაახლოებით 10 სმ-ით და იჭერს ამ მდგომარეობაში 20 წამის განმავლობაში; II ფაზა — ნელი ამოსუნთქვა, მოდუნება, ბარძაყის დაშვება — ექსტენზია.

10. მარჯვენა ბარძაყის აღუპტორების დამოკლებისა და მტკივნეული დაჰაბვის გამოკვლევა პატრიკის ხერხით და აპოგრაფიკული დამოკლების გამოყენებით

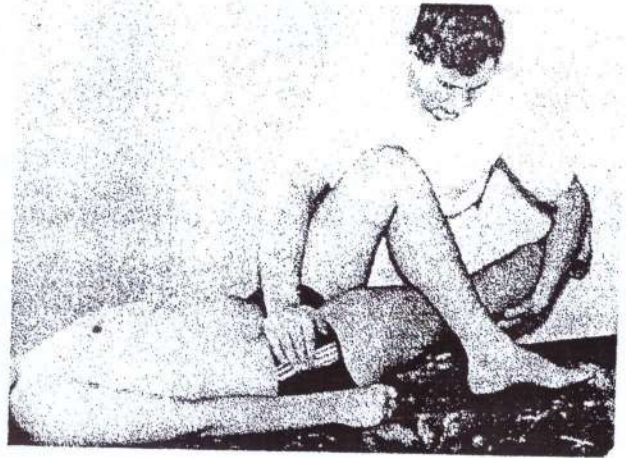
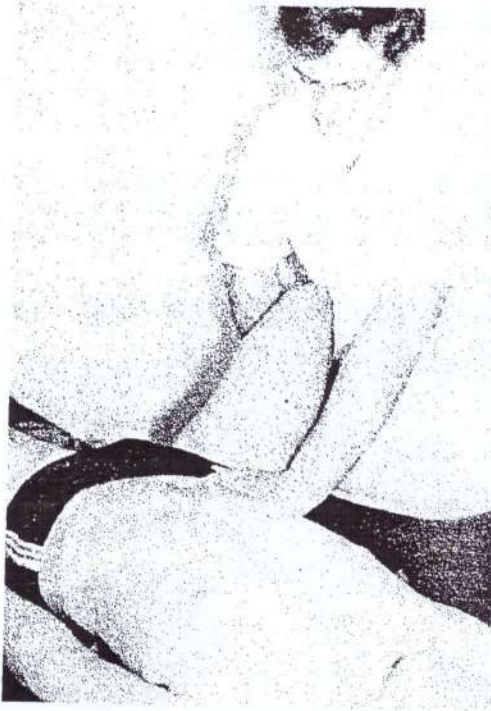


ს.მ. — ზურგზე წოლა, მარცხენა ფეხი გამართულია, მარჯვენა ფეხი კი მოხრილია და ისეა როტირებული გარეთ, რომ ტერფის გული მარცხენა მუხლის სახსრის მედიალურ ზედაპირს ეყრდნობა, ექიმი დგას მარჯვნივ, მარცხენა ხელით ზემოდან აფიქსირებს მენჯს, ხოლო მარჯვენა ხელით ამატებს ბარძაყის აბდუქციას და შეაფასებს მანძილს მარჯვენა მუხლსა და ტახტს შორის და აბდუქციის მტკივნეულობას პალპაციის დროს.

ამბ: პაციენტი ტახტის მარჯვენა კიდისკენ ისე გადაინაცვლებს, რომ აბდუქცირებული ბარძაყი ტახტის გარეთ იყოს; I ფაზა — შესუნთქვა, ბარძაყის მაღლა აწევა და მისი გაჩერება ამ მდგომარეობაში; II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ბარძაყის დაშვება (აბდუქცია). ფაზები მეორდება 3-5-ჯერ, დღეში რამდენჯერმე.

11. ბარძაყის აღუპტორების დამოკლებისა და მტკივნეული დაჰაბვის გამოკვლევა და აპოგრაფიკული დამოკლების გამოყენებით

ს.მ. — ზურგზე წოლა ტახტის მარჯვენა მხარეზე, ექიმი დგას მარჯვნივ, მარცხენა ხელით ზემოდან აფიქსირებს მენჯს, მარჯვენათი კი იჭერს მარჯვენა ბარძაყსა და წვივს მედიალური მხრიდან და ქვემოდან (წვივს — წინამხრით, ბარძაყს — ხელისგულით) და ასრულებს პასიურ აბდუქციას მენჯ-ბარძაყის სახსარში დამატებამდე გარეთა როტაციის გარეშე;



უწევს ადეკვატურ წინააღმდეგობას (იღ); II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ექიმში ასრულებს პასიურ ადუქციას.

13. მარჯვენა ბარძაყის აბდუქტორების აპო ბრავიტაციული დაპიძევის გამოყენებით

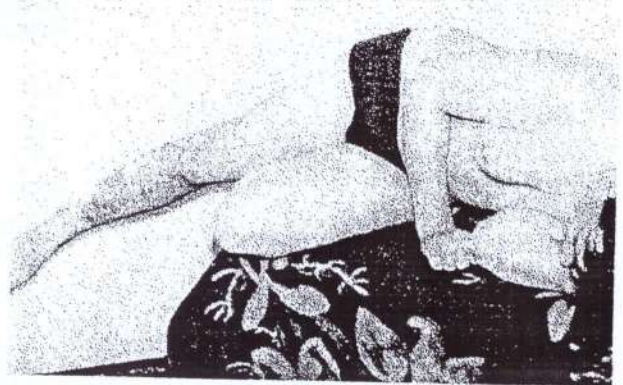
აბდუქციის მაქსიმალური მოცულობის მიღწევის შემდეგ ექიმში მართი კუთხით ზრის წვივს და ზრდის აბდუქციის მოცულობას. აბდუქციის შეზღუდულობა წვივის როგორც გაშლის, ისე მოხრის დროსაც, ადასტურებს უპირატესად ბარძაყის გრძელი და მოკლე აბდუქტორების, ქედის კუნთის დამოკლებას. აბდუქციის შეზღუდულობა წვივის გაშლის დროს და მისი მოცულობის გაზრდა წვივის მოხრის შემთხვევაში მიანიშნებს უპირატესად ნახევრად მყესოვანი და თითისტარა კუნთების დამოკლებას.

კუნთების მტკივნეული დაძაბვის ან დამოკლების შემთხვევაში ხორციელდება მბ: I ფაზა — შესუნთქვა, პაციენტი ახორციელებს აბდუქტორების იზომეტრიულ დაძაბვას ექიმის ხელით წინააღმდეგობის მეშვეობით; II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ექიმის ხელი ასრულებს პასიურ აბდუქციას.

12. მარჯვენა ბარძაყის აბდუქტორების მბ პირ-ით

ს.მ. — ზურგზე წოლა, მარჯვენა ფეხი გამართულია, მარცხენა ტერფი მარჯვენა მუხლზე გადადის და ტახტზე დევს მუხლთან ლატერალურად, ექიმში დგას მარცხნივ, მარცხენა ხელის წინამხრითა და მტევნით ქვემოდან და ლატერალური მხრიდან იჭერს წვივს და პასიურად ასრულებს აბდუქციას დაძაბვამდე, მარჯვენა ხელით აფიქსირებს მენჯს მარჯვენა მხრიდან ზემოდან;

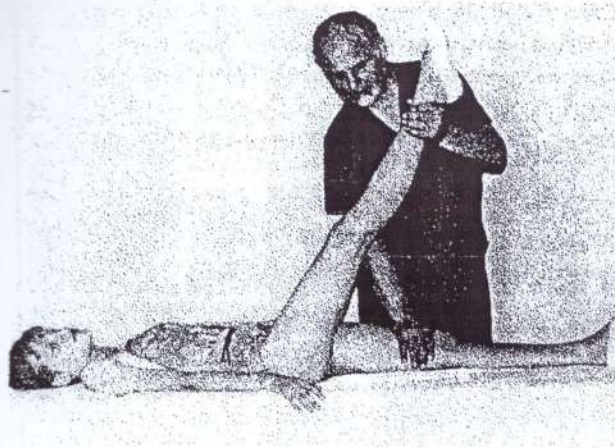
I ფაზა — შესუნთქვა, აქტიური აბდუქცია, ექიმში



ს.მ. — მარცხენა გვერდზე წოლა, მენჯი ეყრდნობა ტახტის კიდეზე, მარცხენა ფეხი მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში მოხრილია და ტახტზე დევს, მარჯვენა ფეხი გამართულია და თავისუფლად დაშვებული; I ფაზა — შესუნთქვა, პაციენტი მარჯვენა ფეხს ზემოთ სწევს 10 სმ-ზე აბდუქციის მიმართულებით და ამ მდგომარეობაში ინარჩუნებს 20 წამის განმავლობაში; II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ფეხი თავისუფლად ეშვება აბდუქციის მიმართულებით.

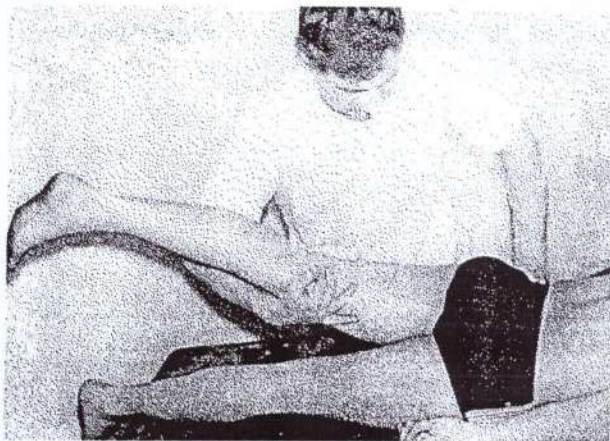
14. მარჯვენა იზომეტრიული კუნთების მბ პირ-ით დაპიძევის გამოყენებით

ს.მ. — ზურგზე წოლა, ფეხები გამართულია, ექიმში დგას მარცხენა მხარეს, ბარძაყებთან, მარჯვენა ხელით აფიქსირებს მარცხენა ბარძაყს, მარცხენა ხელით კი ახორციელებს ფლექსიას მარჯვენა მენჯ-ბარძაყის სახსარში (ლასკეის სიმპტომი);



მზ: I ფაზა — შესუნთქვა, პაციენტი აწეობს ექიმის ხელისგულს ბარძაყის ექსტენზიის მიმართულებით, — იდ; II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ექიმი ასრულებს ბარძაყის პასიურ ფლექსიას.

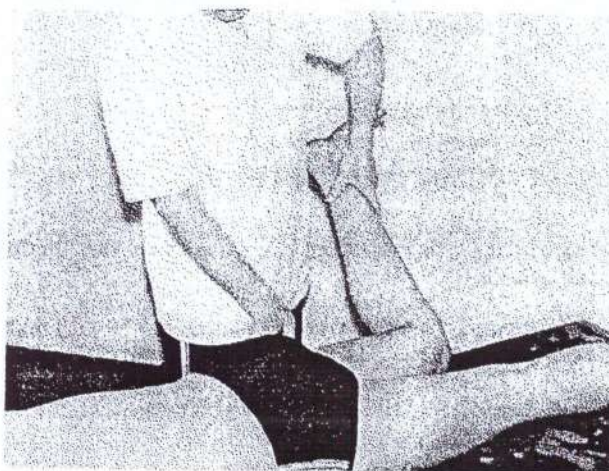
15. მარცხენა ბარძაყის განიერი ფასციის გაჭიმვაჰო კუნთის დამოკლები და მტკივნეული დაბაბვის გამოკვლევა და აბ პირ-ით



ს.მ. — მუცელზე წოლა, ფეხები გამართულია, ტერფების წინა ნაწილი ტახტის კიდეზე გარეთაა, ექიმი დგას მარცხენა მხარეს, მარცხენა ხელის მტკივნეულ მარცხენა თემოს ძელის ფრთაზე ათავსებს, ცერის წვერით კუნთს სინჯავს ფასციაში გადასვლის ადგილას, დიდი ციბრუტის მიდამოში, მარჯვენა ხელით იჭერს მუხლსა და წვივს ქვემოდას და ახორციელებს მცირე ექსტენზიასა და აღუქციას მენჯ-ბარძაყის სახსარში, აანალიზებს კუნთის მტკივნეულობასა და ზამბარისებრ წინააღმდეგობას.

მზ: I ფაზა — შესუნთქვა, მარჯვენა ბარძაყის აბ-დუქცია, ექიმი უწევს ადეკვატურ წინააღმდეგობას (იდ), II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ექიმი ასრულებს პასიურ აღუქციას.

16. მარჯვენა მსხლისპირი კუნთის დამოკლები და მტკივნეული დაბაბვის გამოკვლევა და აბ გრავიტაციული დაბიძგების გამოყენებით



ს.მ. — მუცელზე წოლა, მარჯვენა მუხლის სახსარი მოხრილია მართი კუთხით, ექიმი დგას მარჯვნივ პაციენტის ბარძაყთან, მარჯვენა ხელს ათავსებს მსხლისპირი კუნთის არეში, მარცხენა ხელს — მარჯვენა წვივის მედიალურ ზედაპირზე და ახორციელებს შიგნითა როტაციას მენჯ-ბარძაყის სახსარში მთლიანი მოცულობით, ერთდროულად მარჯვენა ხელით — მსხლისპირი კუნთის პალპაციას. კუნთის მტკივნეული დაბაბვის ან დამოკლების შემთხვევაში ხორციელდება აბ: I ფაზა — შესუნთქვა პაციენტი მაღლა სწევს წვივს 5-10 სმ-ით და აჩერებს ამ მდგომარეობაში დაახლოებით 20 წამის განმავლობაში; II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, წვივის თავისუფლად დაშვება გარეთ, ბარძაყის შიგნითა როტაციით.

მუხლის სახსრის მანუალური თერაპიის სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ხერხები

1. მუხლის სახსარში აქტიური ფლექსიის გამოკვლევა

ს.მ. — მუცელზე წოლა, ფეხების გამართვა, ხელები ტანის გასწვრივია, ექიმი დგას გვერდით; პაციენტი ახორციელებს აქტიურ ფლექსიას მუხლის სახსარში. ნორმალური მოცულობა — 120-150°.

2. მუხლის სახსარში აქტიური ექსტენზიის გამოკვლევა

ს.მ. — ზურგზე წოლა, წვივები ტახტის გარეთაა დაშ-

გებული, ექიმი დგას გვერდით; პაციენტი ასრულებს ექსტენზიას.

3. მუხლის სახსარში აქტიური გარეთა და შიგნითა როტაციის გამოკვლევა

ს.მ. — მუცელზე წოლა, ფეხი 90°-ით მოხრილია მუხლის სახსარში, ექიმი დგას გვერდით და ხელით ბარძაყს აფიქსირებს; პაციენტი ასრულებს გარეთა და შიგნითა როტაციას. ნორმალური მოცულობა — 20-30°.

4. მარჯვენა მუხლის სახსარში პასიური ფლექსიის გამოკვლევა

ს.მ. — მუცელზე წოლა, ფეხები გამართულია, ტერფები ტახტს გარეთაა, ხელები — ტანს გასწვრივ, ექიმი დგას მარჯვენა წვივის მხარეს, მარჯვენა მტევანს მუხლქვეშა ფოსოში ათავსებს, მარცხენა მტევანს — წვივის ქვედა მესამედის წინა ზედაპირზე და ახორციელებს პასიურ ფლექსიას.

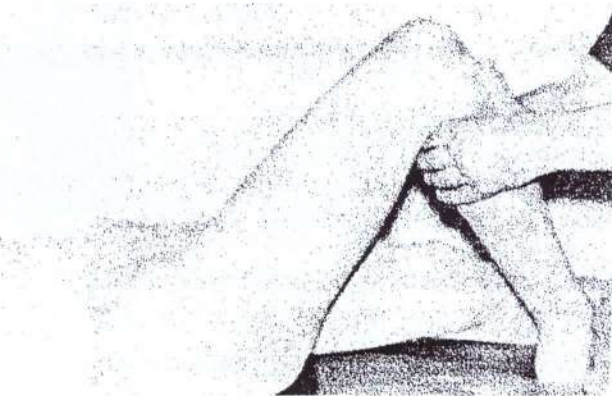
5. მარჯვენა მუხლის სახსარში პასიური ექსტენზიის გამოკვლევა

ს.მ. — ზურგზე წოლა, წვივები ტახტის გარეთაა დაშვებული, ექიმი დგას მარჯვენა ბარძაყთან, მარცხენა ხელით აფიქსირებს ბარძაყს ქვედა მესამედში, მარჯვენა ხელს ათავსებს წვივის ქვედა მესამედის უკანა ზედაპირზე და ახორციელებს პასიურ ექსტენზიას.

6. მუხლის სახსარში პასიური გარეთა და შიგნითა როტაციის გამოკვლევა

ს.მ. — მუცელზე წოლა, ფეხები 90°-ით მოხრილია მუხლის სახსარებში, ექიმი დგას ტახტის ბოლოს, I-II და დანარჩენი თითებით შექმნილი „ჩანგლით“ აფიქსირებს ორივე ფეხის ქუსლს და ახორციელებს პასიურ გარეთა და შიგნითა როტაციას, ამასთან, ადარებს მოძრაობის მოცულობას ორივე მხრიდან.

7. მარჯვენა დიდი წვივის ძვლის ღორსალურ-პენტრალური და პენტრალურ-ღორსალური გადაადგილების გამოკვლევა მუხლის სახსარში



ს.მ. — ზურგზე წოლა, მარჯვენა ფეხი ნახევრად მოხრილია, ტერფი ტახტზე დევს, მარცხენა ფეხი გამართულია, ექიმი ზის მარჯვენა ტერფთან, ორივე ხელით იჭერს დიდი წვივის ძვალს მუხლის სახსართან — ცერები წინიდან, დანარჩენი თითები — მუხლქვეშა ფოსოს მხარესაა;

ახორციელებს ვენტრალურ-ღორსალურ და ღორსალურ-ვენტრალურ გადაადგილებას.

8. მარჯვენა მუხლის სახსრის მბ ზღაპსიისა და პენტრალური მიმართულებით იზომებრიული შიკუპის მონაცვლიობით

ს.მ. — იგივე;

პაციენტი ფლექსიისა და ექსტენზიის მიმართულებით ახორციელებს იმ-ს მონაცვლეობით (სიარულის იმიტაციას), ექიმი თითებით ადეკვატურ წინააღმდეგობას უწევს. დაძაბვა მეორდება 5-10-ჯერ შპ-ის გაქრობამდე.

9. მარჯვენა მუხლის სახსარში დიდი წვივის ძვლის პენტრალურ-ღორსალური გადაადგილების გამოკვლევა

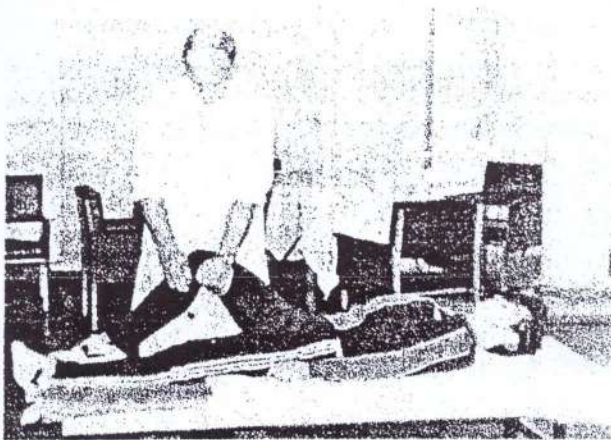


ს.მ. — ზურგზე წოლა, ფეხები გამართულია, მარჯვენა ფეხი ტახტის კიდეზეა, მისი ბარძაყის ქვეშ, მუხლის სახსართან ახლოს ბრტყელი ბალიში დევს, ექიმი დგას მარჯვენა მხარეს, მარცხენა ხელით შიგნითა იჭერს ბარძაყის ძვლის დისტალურ (სასახსრე) ნაწილს, მარჯვენა მტევანს ათავსებს წვივის ძვალზე;

ხორციელებს დიდი წვივის ძვლის ღორსალური გადაადგილება ფიქსირებული ბარძაყის ძვლის საწინააღმდეგოდ.

10. მარჯვენა მუხლის სახსრის მბ პენტრალურ-ღორსალური გადაადგილებით ზღაპსიის მიმართულებით

ს.მ. — ზურგზე წოლა, მარჯვენა ფეხი მოხრილია

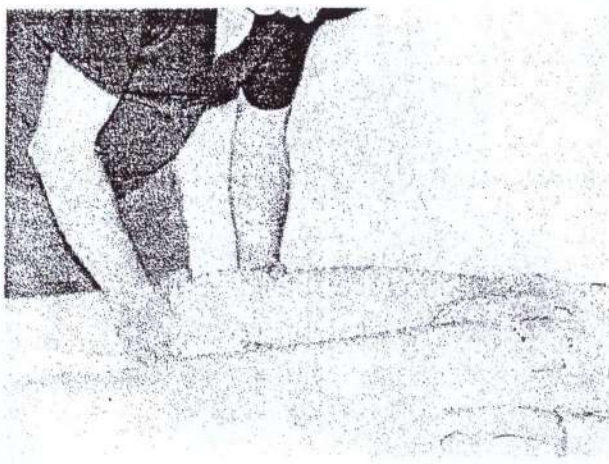


140⁰-ით, ექიმი დგას მარჯვენა მხარეს, მარცხენა მტევანს მუხლქვეშა ფოსოში ათავსებს, ხოლო მარჯვენა მტევანს — წვივზე, სახსართან ახლოს.

მარცხენა ხელით ხორციელდება ზეწოლა დორსალურ მხარეს, ფლექსიის მიმართულებით.

11. მარჯვენა მუხლის სახსარში ლატერო-ლატერალური გადაადგილების გამოკვლევა და მოზიდიზაცია

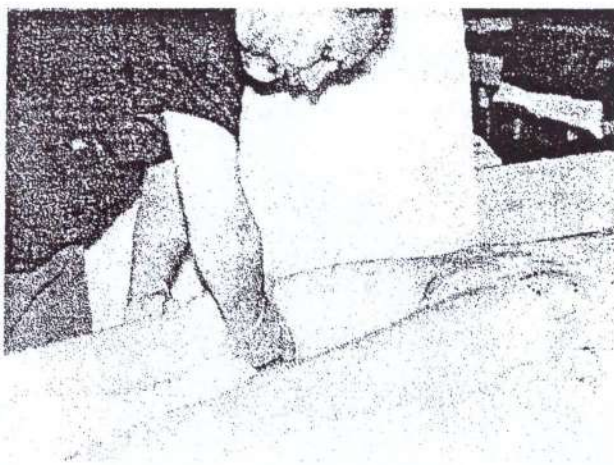
ს.მ. — ზურგზე წოლა, მარჯვენა მუხლის ქვეშ მუთაქა ამოღებული, ექიმი დგას მარჯვენა მხარეს, წვივთან;



1. მედიალურ-ლატერალური გადაადგილებისთვის მარცხენა ნების ფუძეს ათავსებს ბარძაყის ძვალზე, ცერი გარეთა ზედაოკზე, დანარჩენი თითები — მუხლქვეშა ფოსოს მხარეს, მარჯვენა მტევანის I-II თითით შექმნილი „ჩანგლით“ აფიქსირებს დიდი წვივის ძვლის მედიალურ როკს (ცერი დევს ზემოდან, დანარჩენი თითები — ქვემოდან);

ხორციელდება დიდი წვივის ძვლის გადაადგილება

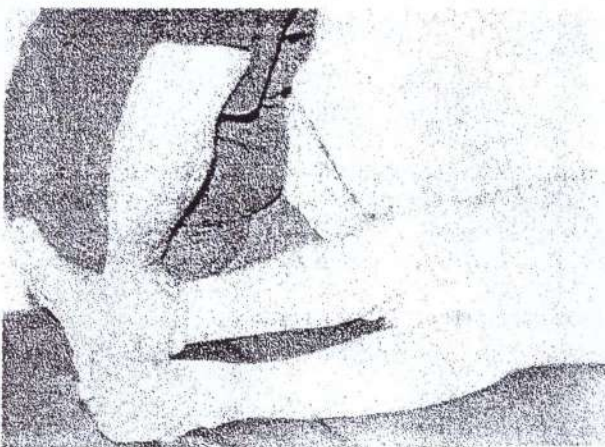
ლატერალური მიმართულებით ბარძაყის ძვლის საწინააღმდეგოდ.



2. ლატერალურ-მედიალური გადაადგილებისთვის — მარჯვენა მტევანი აფიქსირებს ბარძაყის ძვალს მედიალური როკის არეში, მარცხენა ხელი — დიდი წვივის ძვალს ლატერალური როკის არეში და გადაადგილებს მას მედიალური მიმართულებით.

უბ-ის შემთხვევაში ხორციელდება მბ აჩქარებული რიტმით პასიური მოძრაობით.

12. მარჯვენა მუხლის სახსარში მედიალური მოძრაობის გამოკვლევა

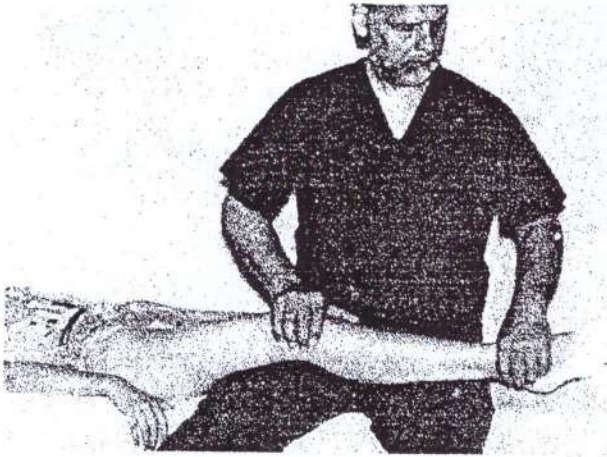


ს.მ. — ზურგზე წოლა, მარჯვენა მუხლის ქვეშ ბრტყელი ბალიშია (მუთაქა) ამოღებული, ექიმი ზის მარჯვენა წვივის დონეზე, მარჯვენა მტევანით ზემოდან იჭერს კოჭ-წვივის სახსარს — ნების ფუძე გარეთა კოჭზე, თითები შიგნითა კოჭზე, სუპინირებულ მარცხენა ნებს ათავსებს მუხლის სახსრის მიდამოში, თითებს — მუხლქვეშა ფოსოში და მარცხენა მხრის მოძრაობით ახორციელებენ მუხლის გადაადგილებას მუ-

დიალური მიმართულებით ფრონტალურ სიბრტყეში.

13. პარაჰენა მუხლის სახსარში ლატერალურად ზამბარისებრი მოძრაობის გამოკვლევა

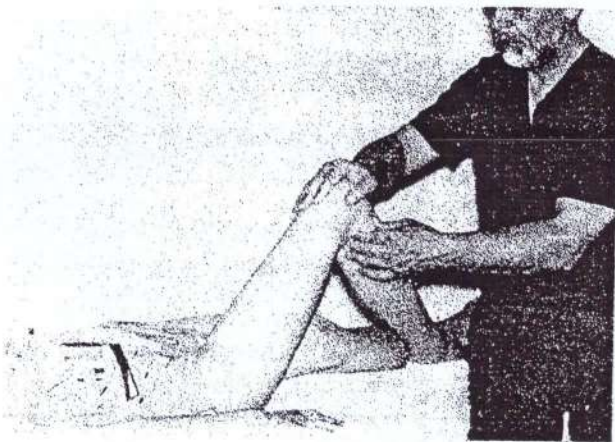
ს.მ. — ზურგზე წოლა ტახტის მარჯვენა კიდესთან,



მარჯვენა ფეხი განზიდულია, ექიმი ზის ტახტზე, პაციენტის წვივებს შორის, პირისახით მარჯვენა მუხლის სახსრის შიგნითა ზედაპირისკენ, მარცხენა მტევნით იჭერს კოჭების არეს (საჩვენებელი თითი ლატერალურ კოჭზე, ცერი — მედიალურ კოჭზე) და აფიქსირებს წვივს საკუთარ ტახტზე, მარჯვენა ნების ფუძე ბარძაყის ძელის მედიალურ როკზეა და დიდი წვივის ძელის მედიალურ როკზეა (მუხლი ფლექსირებულია 100-ით);

ექიმი ახორციელებს დრეკად მოძრაობას და შეაფასებს ზამბარისებრ წინააღმდეგობას.

14. პარაჰენა მცირე წვივის ძელის თავის პენტრალურ-დორსალური გადაადგილების გამოკვლევა და მპ



ს.მ. — ზურგზე წოლა, მარჯვენა ფეხი ნახევრად მოხრილია მუხლის სახსარში, ტერფი საყრდენზე დევს, ექიმი ზის მარჯვენა ტერფთან, მარჯვენა მტევანს ათავსებს მუხლზე, მარცხენა ხელის ცერით და საჩვენებელი თითით იჭერს მცირე წვივის ძელის თავს (ცერით — წინიდან, საჩვენებელი თითით — უკანა მხრიდან);

მცირე წვივის ძელის თავის მნიშვნელოვანი მტკივნეულობის შემთხვევაში საჩვენებელ თითს მუხლქვეშა ფოსოს ცენტრში ათავსებს და თავს სინჯავს კანჭის ტყუპი კუნთის „საფენიდან“. ექიმი მარცხენა ხელის მტევნით აკეთებს მოძრაობას ირიბ სიბრტყეში (დიაგონალურად) — გარედან-წინიდან, შიგნიდან-უკან.

შპ-ის შემთხვევაში ხორციელდება მპ: მარჯვენა ხელის ცერს ზემოდან აღებენ მარცხენა ხელის ცერს (დორსალური მიმართულებით უფრო დოზირებული შემოქმედებისთვის), ექიმი აღწევს დაძაბვის ზღვარს და მსუბუქად ატრიალებს მცირე წვივის ძელის თავს განმეორებითი მოძრაობით ძვრადობის აღდგენამდე.

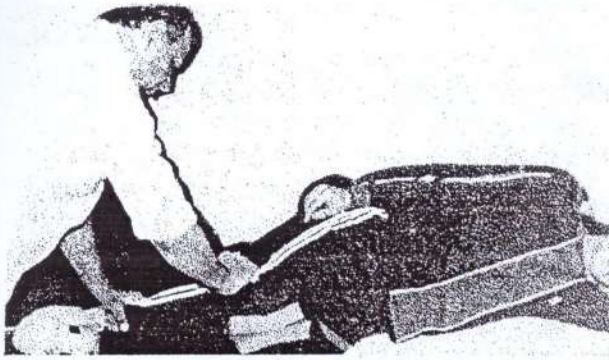
15. პარაჰენა მცირე წვივის ძელის მპ ან მპ პენტრალური მიმართულებით



ს.მ. — მარცხენა გვერდზე წოლა, მარჯვენა მუხლი მოხრილია მართი კუთხით და ტახტზე დევს, ტერფი მარცხენა ფეხის კანჭის ტყუპ კუნთზეა მოდებული, ექიმი დგას წინა მხარეს, მენჯ-ბარძაყის სახსრების ღონეზე, პირისახით ტერფისკენ, მარჯვენა მტევნით იჭერს მარჯვენა კოჭ-წვივის სახსარს — ცერი შიგნითა კოჭის მხარეს აქვს, დანარჩენი თითები — გარეკოჭის მხარეს, — ახორციელებს შიგნითა როტაციას მუხლის სახსარში და წვივს ამ მდგომარეობაში აფიქსირებს.

ხორებს, მარცხენა ნების ფუძეს მცირე წვივის ძელის თავის ღორსაღურ ზედაპირზე ათავსებს და მას დაძაბვამდე გადაადგილებს. ხორციელდება ბიძგი ან განმეორებითი პასიური მოძრაობა.

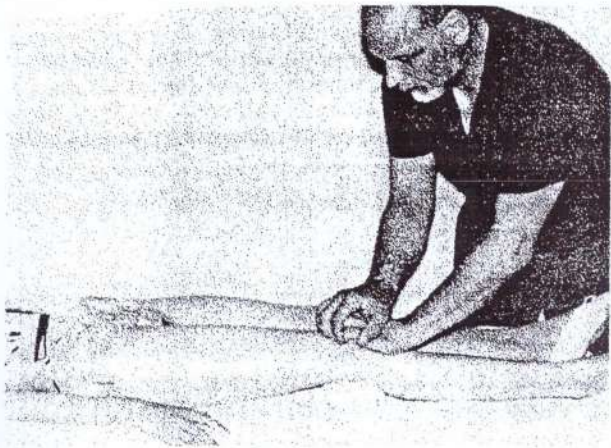
16. მარჯვენა მხარე წვივის ძელის თავის გზა და მღორსაღური მიმართულებით



ს.მ. — მარცხენა გვერდზე წოლა, ორივე ფეხი მოხრილია, მუხლის სახსრებს შორის ბალიშია ჩადებული, მარჯვენა ტერფი მარცხენა ქუსლს ეყრდნობა, წვივი გარეთ არის როტირებული;

ექიმი ღვას წინ და მარცხენა მტევნით აფიქსირებს ტერფსა და წვივს ამ მდგომარეობაში, მარჯვენა ნების ფუძეს ათავსებს მცირე წვივის ძელის თავზე წინა მხრიდან და მას ღორსაღურ-მედიალური მიმართულებით დაძაბვამდე გადაადგილებს, რის შემდეგაც ახორციელებს ბიძგს ან განმეორებით მსუბუქ პასიურ მოძრაობას.

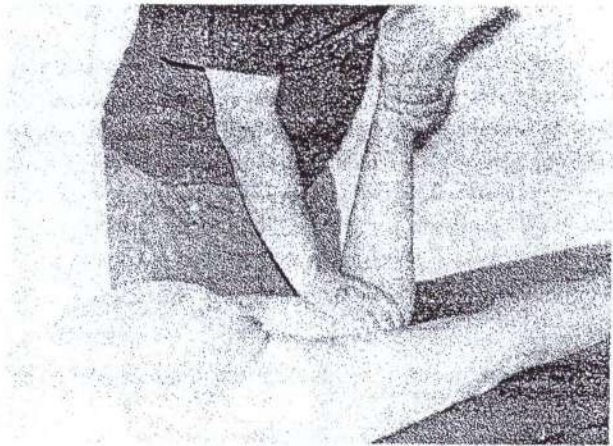
17. მარჯვენა კპირისტაპის გადაადგილების გამოკვლევა და გზა



ს.მ. — ზურგზე წოლა, მარჯვენა მუხლის ქვეშ ბრტყელი ბალიშია (მუთაქა) ამოღებული, ექიმი ღვას მარ-

ცხნივ, მარცხენა ხელის II-V თითების ბალიშებით ზემოდან და ნების ფუძით ქვემოდან მეორე ხელის მეშვეობით (ზემოდან დადებით) იჭერს კპირისტაპს და თანამიმდევრულად გადაადგილებს მას ზემოთ და ქვემოთ. განივი ტაცის შემდეგ ხორციელდება ლატერალურ-მედიალური და მედიალურ-ლატერალური გადაადგილება. მოძრაობის შეზღუდვის, დაბრკოლების ან ტკაცანის შემთხვევაში საჭიროა მბ კპირისტაპის წრიული (თითქოს გამხეხავი) გადაადგილებით.

18. მარჯვენა წვივის კუნთების იდ-ის გამოკვლევა



ს.მ. — მუცელზე წოლა, ფეხი მუხლის სახსარში ბოლომდე არ არის მოხრილი, ექიმი ღვას მარჯვენა მხარეს, მარჯვენა მტევნით აფიქსირებს ბარძაყს ქვედა მესამედში, ფლექსიის გამოკვლევის შემთხვევაში მარცხენა მტევანს წვივის ქვედა მესამედში ათავსებს აქილევსის მყესის მხრიდან, ხოლო ექსტენზიის გამოკვლევის დროს — წვივის წინა ზედაპირის მხრიდან და ადეკვატურ წინააღმდეგობას უწევს აქტიურ მოძრაობას ფლექსიის ან ექსტენზიის მიმართულებით.

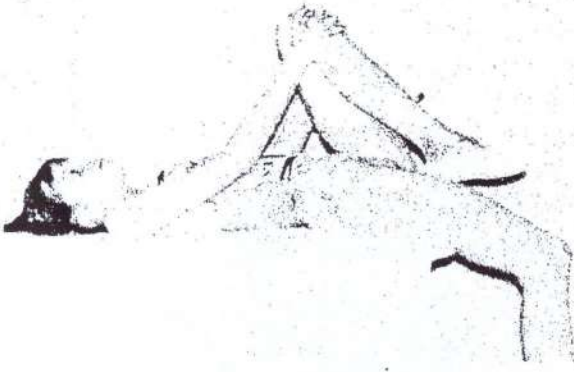
19. მარჯვენა ბარძაყის სწორი კუნთის მტკიცე დაძაბვისა და შეკუმშვის გამოკვლევა

ს.მ. — მუცელზე წოლა, მარჯვენა ფეხი მუხლის სახსარში მოხრილია, ექიმი ღვას გვერდიდან, აფიქსირებს მარჯვენა მენჯ-ბარძაყის სახსარს, იჭერს წვივის ქვედა მესამედს წინიდან და ქუსლი ღუნდულასთან მიაქვს, რაც არ ხერხდება ბარძაყის სწორი კუნთის შეკუმშვის ან დამოკლების დროს; ამასთან, მარჯვენა ღუნდულა არასწორად იწევა მაღლა.

20. ავბ მარჯვენა ბარძაყის სწორი კუნთის მტკიცე დაძაბვისა და გამოკვლევის დროს პირ-ისა და ბრავიტაციული დამამძიმების საშუალებით

ს.მ. — ზურგზე წოლა, ფეხები ბარძაყების შუა ნაწი-

კოჭ-წვივის სახსრისა და ტერ- ვის მანუალური თერაპიის სა- პურნალო-დიაგნოსტიკური ხერხები



1. ტერვისა და თითების აქტიური მოძრაობის გა- მოკვლევა

ს.მ. — ზურგზე წოლა, მუხლის ქვეშ ბალიშია ამოღე-
ბული, ექიმი დგას გვერდიდან, შეაფასებს აქტიურ
მოძრაობას (აშ) და მას მოცულობაში შეადარებს
მარჯვენა და მარცხენა მხარეს: ტერვის ფლექსია ($40-50^\circ$),
ექსტენზია (30°), სუპინაცია, აბდუქცია; თითების
ფლექსია და ექსტენზია.

2. წინააღმდეგობის საპირისპირო აშ-ის გამოკვლევა

ს.მ. — ზურგზე წოლა, ფეხები მუხლის სახსარში ოდ-
ნავ მოხრილია, ექიმი დგას გვერდიდან, ერთი მტევნით
აფიქსირებს მუხლს, მეორით კი ტერფი უჭირავს და
აღეკატურ წინააღმდეგობას უწევს: ექსტენზიას,
ფლექსიას, სუპინაციას, პრონაციას, აბდუქციას,
ადუქციას.

3. ტერვისა და თითების პასიური მოძრაობის (პა) გა- მოკვლევა

ს.მ. — ზურგზე წოლა, ფეხები მუხლებში მოხრილია
და ქუსლებით ტახტს ეყრდნობა, ექიმი ცერებით მედი-
ალური მხრიდან იჭერს ტერფების დორსალურ ზედა-
პირს, დანარჩენი თითები ლატერალური მხრიდანაა
და ახორციელებს პასიურ მოძრაობას ფლექსიის, სუ-
პინაციის, პრონაციის, აბდუქციისა და ადუქციის მი-
მართულებით. პასიური ექსტენზიის გამოკვლევისთვის
ექიმი ტერფს იჭერს პლანტარული ზედაპირიდან.

4. ტერფთა შორის სახსრებში კვრადლობის საორიენ- ტაციო გამოკვლევა

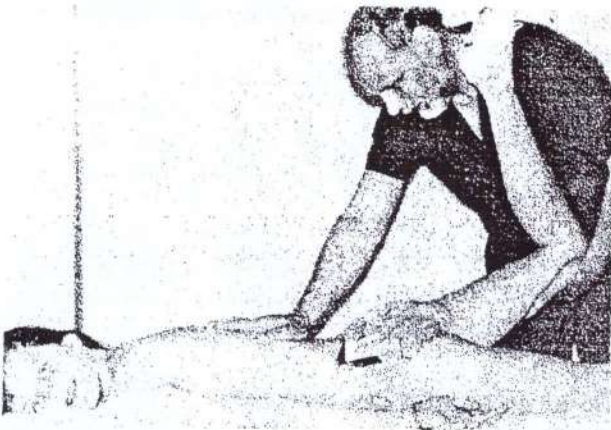
ს.მ. — ზურგზე წოლა, ექიმი ორივე მტევნით იჭერს
ტერფს 5-ვე ძეგლის თავების არეში, ცერები დორსა-
ლურადაა, დანარჩენი თითები კი — პლანტარულად,
თანამიმდევრულად ასრულებს ტერფის წინა ნაწილე-
ბის სუპინაციას, პრონაციას, აბდუქციას, ადუქციას,
შეაფასებს მოძრაობის მოცულობას და — წინააღმდე-
გობას.

5. სახსრის „თავაზის“ გამოკვლევა ფალანგთა შორის და წინააღმდეგობის სახსრებში, კე და მც

ს.მ. — ზურგზე წოლა, ექიმი აფიქსირებს პროქსიმულ
ფრაგმენტებს და მეორე მტევნით გადაადგილებს დის-

ლებიდან ტახტის გარეთაა, მარცხენა ბარძაყი პაცი-
ენტს წვივის ზედა მესამედზე ხელების შემოჭლომით
გულმკერდთან მიაქვს, მარჯვენა ფეხი მუხლში მოხ-
რილია და ტახტის გარეთაა დაშვებული; I ფაზა — ნე-
ლი შესუნთქვა, მარჯვენა ფეხის გაშლა და მისი დაჭე-
რა ამ მდგომარეობაში, II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუ-
ნება, ფეხის მუხლში მოხრა.

21. ბარძაყის მარჯვენა სწორი კუნთის მოგილიზა- ცია პირ-ით

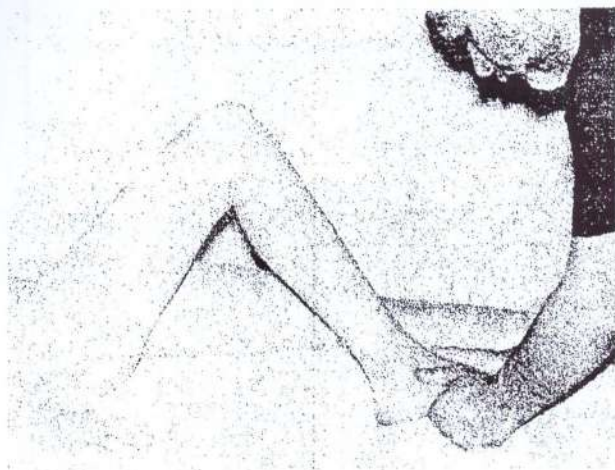


ს.მ. — მუცელზე წოლა, მარჯვენა ფეხი მუხლის სახ-
სარში მოხრილია, ექიმი დგას მარჯვენა გვერდზე, პი-
რისახით პაციენტის თავისაკენ, მარჯვენა მტევანს
დებს გულმკერდის წელში გადასვლის ადგილზე, პა-
ციენტის წვივი და ტერფი ექიმის მარცხენა მხარეზეა,
მარცხენა მტევანს ექიმი მედიალური მხრიდან ათავ-
სებს მარჯვენა ბარძაყის წინა ზედაპირზე და მენჯ-
ბარძაყის სახსარში შლის ფეხს დაძაბვამდე;

I ფაზა — შესუნთქვა, მარჯვენა ტერფითა და წვი-
ვით ექიმის მხარზე მიწოლა (იშ); II ფაზა — ამოსუნ-
თქვა, მოდუნება, ექიმი თავის წინ დახრით მიჰყვება
მოცულობაში გაზრდილ წვივის ფლექსიას.

ტერ ფრაგმენტის დისტრექციით: 1. ფალანგთაშორის სახსრებში – დორსალური, პლანტარული და ლატერო-ლატერალური გადაადგილების მიმართულებით; 2. წინატერფ-ფალანგთა სახსრებში – დორსალური, პლანტარული, ლატერო-ლატერალური გადაადგილების, შიგნითა და გარეთა როტაციის მიმართულებით.

6. წინა ტარფის გამოკვლევა და მდორსალური მაროსპერა დაჭიმვით



ს.მ. – ზურგზე წოლა, მუხლი ნახევრად მოხრილია, ქუსლი ტახტზე, ექიმი დგას ან ზის ტახტის ბოლოს, ორივე ხელით იჭერს წინატერფს მედიალური და ლატერალური მხრიდან – ცერები დორსალურადაა, დანარჩენი თითები – პლანტარულად, ცერებით ზორციელდება წინა ტერფის დაჭიმვა გვერდებზე. ანალიზებენ ელასტიკურობასა და ძვრადობას. მათი შემცირების შემთხვევაში ზორციელდება მბ: დამაბულობის შეგარძების შემდეგ ექიმი ინარჩუნებს მას მოდუნებამდე; ამის მერე იგივე მეორდება.

7. გადაადგილების გამოკვლევა, მბ და აპპ წინატარფის კვლევის თავიანთი სახსრებში დორსალური და პლანტარული მიმართულებით

ს.მ. – მუცელზე წოლა, ექიმი დგას ტახტის ბოლოს, საჩვენებელ თითსა და ცერს შორის იჭერს წინა ტერფის ძვლების თავების შესახსრებებს და რიგრიგობით გადაადგილებს ერთი ძვლის თავს მეორე ფიქსირებულ ძვალთან მიმართებით. მბ-ის დროს ზორციელდება მბ „მაკრატელის“ ხერხით, რისთვისაც ექიმი ერთმანეთზე დადებული ცერების ბოლო ფალანგებს ათავსებს ერთ-ერთ სამობილიზაციო ძვალზე, ხოლო ასევე ერთმანეთზე დადებულ საჩვენებელ თითებს – მეორე სამობილიზაციო ძვალზე და ძვლების თავებს გადაადგილებს ერთმანეთის შესახვედრად.

ანალოგიურად ზორციელდება აპპ ჯდომში: პაციენტი დაადებულ ფეხს სალი ფეხის ბარძაყზე დებს ტერფის გარეთა ზედაპირით.

8. სახსრის „თამაშის“ გამოკვლევა და მბ: ა) მარჯვენა I-III ტარფთაშორის სახსრებში, ბ) ნაპისპერ-სოლი-საბურ სახსარში დორსალური და პლანტარული გადაადგილებით

ს.მ. – ზურგზე წოლა, მარჯვენა ფეხი ნახევრად მოხრილია და ქუსლით მკერდზე ბალიშს ეყრდნობა, ექიმი მარცხენა გვერდით დგას პაციენტის მარჯვენა მხარეს, მარცხენა მუხლს ტახტზე დებს და პაციენტის წვივს ბარძაყზე იდებს, მარცხენა ხელის ცერსა (დორსალურად) და მოხრილ საჩვენებელ (პლანტარულად) თითებს შორის აფიქსირებს გამოსაკვლევი სახსრის შესაბამისად: ა) სოლისებრ ან ბ) ნავისებრ ძვალს, მარჯვენა ცერს ათავსებს გამოსაკვლევი წინატერფის ძვლის დორსალური ზედაპირის გასწვრივ, ხოლო მოხრილ საჩვენებელ თითს რადიალური მხრით – წინატერფის ძვლის ფუძესა და სოლისებრ ძვალზე.

ექიმი მარჯვენა ხელის მტევნით აკეთებს პარალელურ გადაადგილებას დორსალური და პლანტარული მიმართულებით. ამ დროს პაციენტი მთლიანად უნდა იყოს მოდუნებული.

II-III ტერფთაშორისი სახსრების გამოკვლევის დროს გადაადგილება საჭიროა განსაკუთრებით ფაქიზად, დამაბულობის ზღვარის მიღწევის გარეშე, რადგანაც აქ ადგილი აქვს მხოლოდ ზამპარისებრ წინააღმდეგობას. მბ ზორციელდება მსუბუქი განმეორებითი მოძრაობით. ნავისებრ-სოლისებური სახსრის მობილიზაციისთვის შეიძლება იქნას „მაკრატელის“ ხერხის გამოყენება.

9. III-V ტარფთაშორისი სახსრებში „თამაშის“ გამოკვლევა და მბ მარჯვენა მხრიდან დორსალური და პლანტარული გადაადგილებით

ს.მ. – ზურგზე წოლა, პაციენტი ოდნავ მიბრუნებულია მარცხნივ, მარჯვენა ფეხის მოხრილი მუხლი ისე ეყრდნობა მარცხენა ფეხის მუხლს, რომ მარჯვენა ტერფის ლატერალური მხარე ზემოდანაა, ექიმი დგას მარცხენა მხარეს, პირისახით ტერფისკენ, მარცხენა ხელის ცერსა (დორსალურად) და საჩვენებელ (პლანტარულად) თითებს შორის იჭერს მე-4 ან მე-5 ტერფის ძვლის ფუძეს, ხოლო მარჯვენა ხელის ცერით და საჩვენებელი თითით – კუბურ ძვალს; მარცხენა ხელით თანამიმდევრულად აზორციელებს წინატერფის დორსალურ და პლანტარულ გადაადგილებას.

მბ-ის გამოვლენის შემთხვევაში ზორციელდება მობილიზაცია.

10. სახსრის „თავაშის“ გამოკვლევა და მპარჯენა ლისფრანკის სახსარში პლანტარული გადაადგილებით

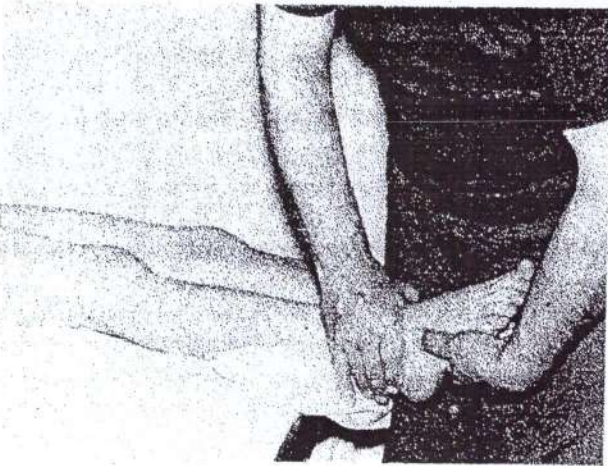
ს.მ. — ზურგზე წოლა, მარჯვენა ფეხი მოხრილია, ოდნავ ფლექსირებული ტერფი ქუსლით მკვრივ ბალიშს ეყრდნობა, ექიმი დგას მარჯვნივ, მისი მარცხენა მოხრილი მუხლი ტახტზე დევს და პაციენტის წვივი საგიტალურ სიბრტყეში მიდებული აქვს ბარძაყზე, მარცხენა ცერით დორსალურად, დანარჩენი თითებით კი პლანტარულად იჭერს ტერფს ლისფრანკის სახსრის ზემოთ და აფიქსირებს ამ სახსრის შექმნაში მონაწილე წინატერფის ძვლებს, მარჯვენა ხელის მტევანს ანალოგიურად ათავსებს დისტალურად, წინატერფის ძვლების ფუძეზე;

ექიმი მარჯვენა მტევნით ახორციელებს წინატერფის პლანტარულ გადაადგილებას. მპ-ის შემთხვევაში შესრულება მპ განმეორებითი მოძრაობით პლანტარული გადაადგილების მიმართულებით.

11. სახსრის „თავაშის“ გამოკვლევა მარჯვენა უკანატარფის ბანძ (შოკარტის) სახსარში დორსალური და პლანტარული გადაადგილების მიმართულებით

ს.მ. — ზურგზე წოლა, მარჯვენა ფეხი ნახევრად მოხრილია, ოდნავ ფლექსირებული ტერფი ქუსლით მკვრივ ბალიშს ეყრდნობა; კოჭ-ნაეისებრ სახსარში ძვრადობის გამოკვლევის შემთხვევაში ექიმი დგას პაციენტის მარჯვენა ტერფის ლატერალურად და იჭერს კოჭისა და ნაეისებრ ძვლებს ცერით (დორსალურად) და მოხრილ საჩვენებელ (პლანტარულად) თითებს შორის, ხოლო ქუსლ-კუბურ სახსარში ძვრადობის გამოკვლევის დროს ექიმი დგას მარცხნივ და ორივე ხელის ცერებსა და საჩვენებელ თითებს შორის იჭერს ქუსლსა და კუბურ ძვალს.

12. მარჯვენა უკანატარფის ბანძი (შოკარტის) სახსრის პანიკულაცია დორსალური ბიკით



ს.მ. — ზურგზე წოლა, მარჯვენა ტერფი ტახტის გარეთაა, ექიმი გვერდულად დგას ტერფის მედიალურ მხარესთან, მარჯვენა ხელის პირველი მეორე თითებით იჭერს კოჭის ძვალს უშუალოდ გოჯების წინა მხრიდან, მარცხენა ხელის საჩვენებელ თითს რადიალური მხრით განივად პლანტარული მხრიდან ათავსებს ნავისებურ და კუბურ ძვლებზე, ცერს კი — წინატერფის მე-5 ძვალზე დორსალურად; მარცხენა ხელით წინამხრის ღერძის გასწვრივ გადაადგილებს ნაეისებრ და კუბურ ძვლებს კრანიალური მიმართულებით.

13. სახსრის „თავაშის“ გამოკვლევა და მპ უკანატარფის ცალკეულ სახსარში

ს.მ. — ზურგზე წოლა, ექიმი დგას პაციენტის ფეხებთან, ორივე ხელით იჭერს გამოსაკვლევ ძვალთა შესახსრებას ცერა (დორსალურად) და მოხრილი საჩვენებელი (პლანტარულად) თითებით; ექიმი აფიქსირებს ერთ ძვალს და ახორციელებს მეორე ძვლის გადაადგილებას. მპ-ის შემთხვევაში ტარდება მპ „მეკრატელის“ ხერხით, რისთვისაც ერთმანეთზე დადებული ცერების ბოლო ფალანგებს დორსალური მხრიდან ათავსებს ერთერთ სამობილიზაციო ძვალზე, ხოლო ასევე ერთმანეთზე დადებული საჩვენებელ თითებს პლანტარული მხრიდან — მეორე ძვალზე; ხორციელდება ძვლების ურთიერთგადაადგილება დორსალური და პლანტარული მიმართულებით.

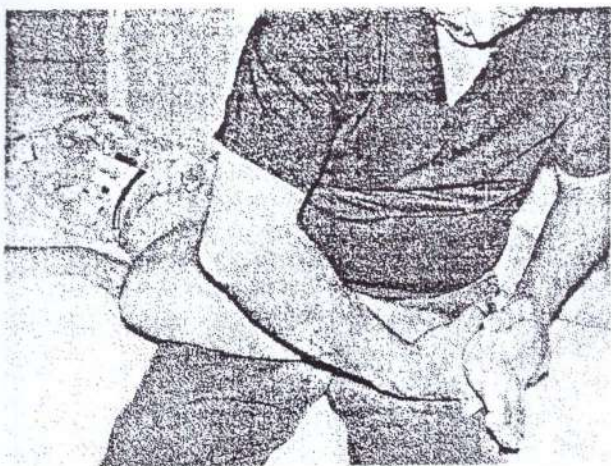
14. ტარფთაშორისი სახსრებისა და უკანატარფის ცალკეული ძვლის მპ დორსალური გადაადგილების მიმართულებით ტრაპიკისა და პასიური მოძრაობით, ანაპარაზული რიტმით

ს.მ. — მუცელზე წოლა, ტერფები ტახტის გარეთაა, ექიმი დგას პაციენტის ფეხებთან, ერთმანეთზე დადებულ ცერებს პლანტარული მხრიდან ათავსებს წინატერფის ბლოკირებულ ძვლის ფუძეზე ან უკანატერფის ბლოკირებულ ძვალზე, ორივე ხელის დანარჩენ თითებს კი — ორივე მხრიდან ტერფის წინა ნაწილის დორსალურ ზედაპირზე;

კონტაქტის ადგილიდან ხორციელდება ფლექსია დაძაბვამდე, ტერფის გრძელი ღერძის გასწვრივ ტრაპიცია და კონტაქტის ადგილზე ზეწოლა. ამ მდგომარეობიდან მიმდინარეობს აჩქარებულ რიტმით მცირე ამპლიტუდის პასიური მოძრაობა.

15. მარჯვენა კოჭ-ქუსლისა და კოჭ-ქუსლ-ნაეისებრი სახსრების გამოკვლევა და მპ სხვადასხვა მიმართულებით

ს.მ. — ზურგზე წოლა, მუხლის სახსარში მართი კუთხით მოხრილი მარჯვენა ფეხი განზიდულია და მენჯ-ბარძაყის სახსარში გარეთ არის როტირებული (ტერფის მედიალური მხარე ზემოთაა მიმართული),



ექიმი ზის ტახტის კიდეზე პირისახით პაციენტის ფეხებისკენ და მარცხენა ხელის ცერითა (მედიალურად) და საჩვენებელი (ლატერალურად) თითით შექმნილი „ჩანგლით“ ისე იჭერს ქუსლს, რომ თითებს შორის კანის ნაოჭი აქილევის მყესის მიმაგრების ადგილის ზემოდანაა, ტრაქციით იგი ნეიტრალურ მდგომარეობაში ათავსებს ტერფს წვივთან მიმართებით (სწორი კუთხით) და ასე აფიქსირებს მას, მარჯვენა მტევანს კი I-II თითების „ჩანგლით“ ისე ათავსებს ტერფის დორსალურ ზედაპირზე, რომ თითებს შორის კანის ნაოჭი კონტაქტშია ნაგისებრ და კუბურ ძვლებთან.

1). პლანტარული გადაადგილება: ა) ფიქსირებული ქუსლის ძვლის საწინააღმდეგო კოჭ-ქუსლის სახსარში ზორციელდება მარჯვენა მტევნით მსუბუქი ზეწოლა (დაძაბვამდე მიღწევის გარეშე); ბ) უკანა კოჭ-ქუსლის სახსარში — მარცხენა მტევნის I-II თითებით ქუსლზე მსუბუქი ზეწოლა ფიქსირებული წინატერფის საწინააღმდეგოდ;

2). მედიალური გადაადგილება კოჭ-ქუსლ-ნაგისებრ სახსარში ზორციელდება მარჯვენა ხელის II-V თითებით ტერფის ლატერალურ მხარეზე მიწოლით; ლატერალური გადაადგილება — ცერით ტერფის მედიალურ მხარეზე მიწოლით;

3). მარცხენა ხელის ცერით და საჩვენებელი თითით ზორციელდება სუპინაცია და პრონაცია ტერფის გრძელი ლერძის ირგვლივ, შიგნითა და გარეთა როტაცია წვივის გრძელი ლერძის ირგვლივ.

შპ-ის შემთხვევაში სრულდება მპ განმეორებითი პასიური მოძრაობით.

16. მარჯვენა ქუსლის კვლის მპ და მპ პლანტარული მიმართულების ტრაქციით

ს.მ. — ზურგზე წოლა, ტერფი და კოჭ-წვივის სახსრები ტახტის გარეთაა, ექიმი დგას პაციენტის ფეხებთან და მარცხენა ცერითა და საჩვენებელი თითით აფიქსირებს

რებს კოჭის ძვალს დორსალური მხრიდან, მარჯვენა მტევნით ქვემოდან იჭერს ქუსლს (ნების ფუძე და ცერი მედიალურ ზედაპირზეა, დანარჩენი თითების ბოლო მოხრილი ფალანგები კი — ლატერალურ ზედაპირზე) და ახორციელებს ტრაქციას პლანტარული მიმართულებით, თითების მხარეს დაძაბვამდე.

პაციენტი მინიმალური ძალით აწევს დაძაბვის ზღვარის საწინააღმდეგო მიმართულებით („ქუსლი ზემოთ“) 10 წამის განმავლობაში, შემდეგ მთლიანად აღუნებს სხეულს და ექიმი განმეორებით (მსუბუქად) უმატებს დაძაბვის ზღვარს ან ახორციელებს სამანიპულაციო ტრაქციას კოჭის ძვლის ფიქსირების დროს.

17. მარჯვენა კოჭ-წვივის სახსარში გადაადგილების ბამოკვლევა დორსალური მიმართულებით

ს.მ. — ზურგზე წოლა, მარჯვენა ფეხი მოხრილია ბლაგვი კუთხით და ტახტის ზედაპირს ეყრდნობა, ექიმი მარჯვენა გვერდიდან მარცხენა მუხლს ტახტზე დებს და პაციენტის წვივი საგიტალურ სიბრტყეში მიღებული აქვს ბარძაყზე, მარჯვენა ხელისგულს ტერფის ძირზე ათავსებს და მას წვივთან მიმართებით მართი კუთხით იჭერს, მარცხენა ხელისგულით იჭერს წვივს უშუალოდ გოჯების ზემოთ (ცერი გარეთა გოჯზეა, საჩვენებელი — შიგნითაზე) და გადაადგილებს წვივს მხოლოდ დორსალურად.

18. მარჯვენა ლატერალური კოჭის ბამოკვლევა და მპ

ს.მ. — ზურგზე წოლა, ტერფები თავისუფლად გადაშვებული ტახტიდან, ექიმი დგას პაციენტის ფეხებთან, სუპინირებული მარჯვენა მტევნით ქვემოდან იჭერს წვივს და აფიქსირებს მედიალურ კოჭს, მარცხენა მტევანს ცერით ზემოდან ათავსებს მცირე წვივის ძვლის დისტალურ ნაწილზე და ახორციელებს მსუბუქ მიწოლას გარეთა კოჭზე დორსალური მიმართულებით.

თუ მსუბუქ ზამბარისებრ წინააღმდეგობას არ შეიგრძნობენ, ეს მიუთითებს შპ-ის არსებობაზე. ასეთ შემთხვევაში ტარდება მობილიზაცია განმეორებითი გადაადგილებით.

19. კოჭ-წვივის სახსრის მპ და მპ ტრაქციით

ს.მ. — ზურგზე წოლა, ტერფები ტახტის გარეთაა, ექიმი დგას პაციენტის ფეხებთან ოდნავ მოშორებით, ორივე თენარს ტერფის ძირზე ათავსებს, დანარჩენი ერთმანეთზე გადაჭდობილი თითებით იჭერს ტერფის ზურგს, ამასთან, ნეკები კოჭის ძვლის ყელზეა, ექიმი ტერფს ხრის მართი კუთხით წვივთან მიმართებით;

ზედატანის უკან გადახრითა და ხელების ოდნავი მოხრით ექიმი აღწევს დაძაბვის ზღვარს და ახორციე-

ლებს ტერფის ტრაქციას წვივის ღერძის გასწვრივ, ამასთან, სასახსრე ზედაპირები ერთმანეთს სცილდება. ხორციელდება ზემოქმედება კოჭ-ქუსლისა და კოჭ-ქუსლ-ნავისებრ სახსრებზეც.

მხრის სახსრის მანუალური თერაპიის სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ხერხები

1. მხრის სახსარში აქტიური ფლექსიის გამოკვლევა

ს.მ. — ჯდომი, ხელები თავისუფლად ჩამოშვებული, ექიმი დგას გვერდით; წინმკლავი. მოძრაობის ნორმალური მოცულობა მხრის სახსარში — 90° , მხრის სარტყლის ყველა სახსრის მონაწილეობისას — 170° -მდე.

2. მხრის სახსარში აქტიური ექსტენზიის გამოკვლევა

ს.მ. — იგივე; ხელების უკან გატანა. მოძრაობის ნორმალური მოცულობა — 50° -მდე.

3. მხრის სახსარში აქტიური აბდუქციის გამოკვლევა

ს.მ. — ჯდომი, ექიმი დგას უკან; განმკლავი და გარერკალებით ზემკლავი. შეაფასებენ მოძრაობის მოცულობას, ყურადღებას აქცევენ 90° -მდე და მის ზემოთ თანმხლებ მოძრაობასა და ტკივილის შეგრძნებას; აანალიზებენ: ბეჭის მოძრაობას, თავის მდგომარეობას ორივე ხელის აწვევის დროს (მცირე შეზღუდვისას თავი შეზღუდულობის მხარეს იხრება), ხელის ყურს უკან გატანის შესაძლებლობას (ვერტიკალის მიღწევისას, თუ ხელის ყურს უკან გატანა შეუძლებელია, მოძრაობის მოცულობა მინიმალურად შეზღუდულია).

4. მხრის სახსარში გარეთ აქტიური როტაციის გამოკვლევა

1. ს.მ. — ჯდომი, განმკლავი, წინამხარი თავისუფლად ჩამოშვებული, იდაყვის სახსარში კუთხე 90° -ია, ექიმი დგას უკან;

პაციენტი აქტიურად მართავს წინამხარს ნებებით წინ. მოძრაობის მოცულობა აღწევს 90° -ს.

2. ს.მ. — ჯდომი, ხელები იდაყვებში მოხრილია წინ 90° -ით, ნებებით ზემოთ, იდაყვები ტანზეა მიჭერილი, ექიმი დგას უკან;

პაციენტი ახორციელებს მხრის სახსარში როტაციას გარეთ, წინამხრები ფრონტალურ სიბრტყეში გადააქვს (ამ მდგომარეობიდან გარეთა როტაციის მო-

ცულობა შეადგენს $45-75^{\circ}$ -ს). მარჯვნიდან (თუ პაციენტი შემარჯვენა), გარეთა როტაციის მოცულობა რამდენადმე ნაკლებია, მაგრამ ეს შეზღუდვად არ არის მიჩნეული.

5. მხრის სახსარში აქტიური შიგნითა როტაციის გამოკვლევა

ს.მ. — ჯდომი, ხელები დაშვებულია, ექიმი დგას უკან; პაციენტი ორივე ხელისგულებით გარეთ და თითუბით ზემოთ გაიტანს ზურგს უკან. ექიმი ადარებს ცერების მდგომარეობას ორივე მხრიდან. ნორმის პირობებში ისინი ბეჭების ღონეზე უნდა იყოს (კარგად განვითარებული კუნთებით არადაცავს ცერი რამდენადმე დაბლა ხვდება). შიგნითა როტაციის ნორმალური მოცულობა 15° -ია. თუ წინამხარი ჰორიზონტალურადაა, დეფიციტი 5° -ს შეადგენს; თუ ხელის მტევანი დუნდულამდე აღწევს, დეფიციტი 10° -ია, თუ მტევანი მხოლოდ ბარძაყამდე აღწევს (დგომის დროს), დეფიციტი 15° -ია.

6. ქმლზედა კუნთის იმ-ის გამოკვლევა აქტიური მოძრაობისთვის წინააღმდეგობის გაწევიით



ს.მ. — ჯდომი, მხრები ტანის გასწვრივაა, იდაყვებში მოხრილი წინამხრები წინაა მიმართული ხელისგულებით შიგნით, ექიმი დგას უკან, ხელისგულებით გარედან იჭერს პაციენტის იდაყვებს და ადეკვატურ წინააღმდეგობას უწევს ზომიერ აქტიურ მოძრაობას აბდუქციის მიმართულებით. პაციენტი არ უნდა ცდილობდეს აბდუქციის ნაცვლად გარეთა როტაციის შესრულებას.

7. **ქაღპაშა კუნთის იდ-ის გამოკვლევა ატბური მოძრაობისთვის წინააღმდეგობის გაწევით**

ს.მ. — ჯდომი, მხრები ტანის გასწვრივ, იდაყვებში მოხრილი წინამხრები წინა მიმართული ხელისგულებით შიგნით, ექიმი დგას უკან, ხელისგულებით იჭერს პაციენტის მაჯებს დორსალური მხრიდან და ადეკვატურ წინააღმდეგობას უწევს გარეთ როტაციას.

8. **გაქაშვა კუნთის იდ-ის გამოკვლევა ატბური მოძრაობისთვის წინააღმდეგობის გაწევით**

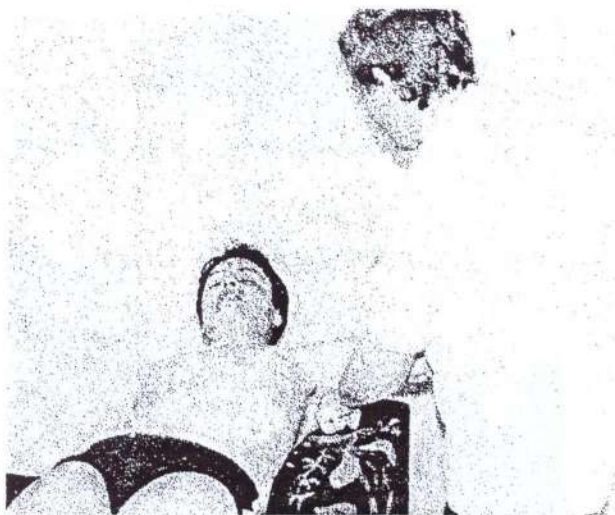
ს.მ. — ჯდომი, ხელები მოხრილია იდაყვებში, მხრები



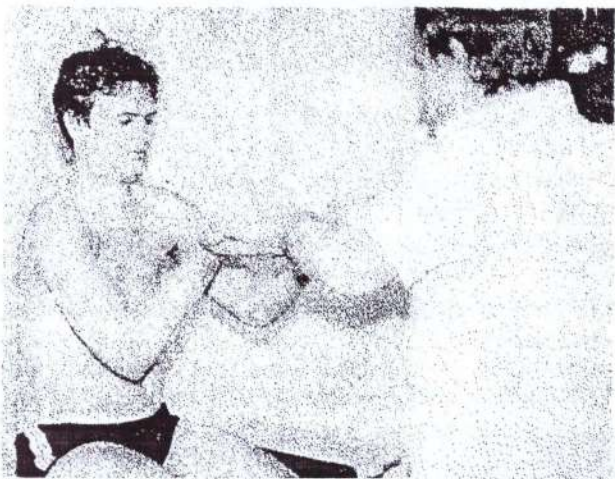
მიზიდულია ტანთან, წინამხრები ხელისგულებით შიგნით წინა მიმართული, ექიმი დგას უკან, ხელისგულებით იჭერს პაციენტის მაჯებს ხელისგულის მხრიდან და ადეკვატურ წინააღმდეგობას უწევს შიგნით როტაციას.

9. **გაქაშვა კუნთის პალპაცია**

ს.მ. — ზურგზე წოლა, ხელი რაც შეიძლება განზიდულია, ექიმი დგას გვერდით, პაციენტის თავთან, „გარეთა“ ხელით უკავია პაციენტის წინამხარი და ახორციელებს მის მსუბუქ დაჭიმვას გასწვრივი მიმართულებით, მეორე („შიგნითა“) ხელის თითებით კი აღწევს ბეჭის მედიალურ ზედაპირს, სინჯავს დაძაბულ და მტკივნეულ ბეჭის კუნთსა და მის ტრიგერულ ზონას.



10. **მხრის ორთავა კუნთის ბრძოლი თავის იდ-ის გამოკვლევა ატბური მოძრაობისთვის წინააღმდეგობის გაწევით**



ს.მ. — ჯდომი, ხელები ნახევრად მოხრილია იდაყვებში, წინამხრები სუპინირებულია, მტკივნეობი ოდნავ გაშლილია სხივ-მაჯის სახსრებში (ოფიციალური პოზიციის, როდესაც მას სინი მოაქვს), ექიმი დგას უკან ან წინ და ხელისგულებით დაბლა აწვებს პაციენტის ხელისგულებს მისი მხრის სახსარში (და არა იდაყვისა და სხივ-მაჯის სახსრებში) ფლექსიის მიმართულებით აქტიური მოძრაობის საწინააღმდეგოდ.

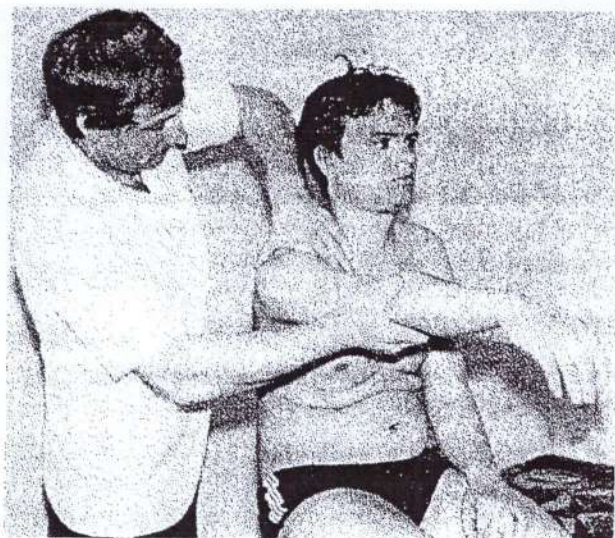
11. **მარჯვენა მკერდის დიდი კუნთის დამოკლების და მტკივნეული დაძაბვის გამოკვლევა**

ს.მ. — ზურგზე წოლა, ექიმი დგას მარჯვენა მხრიდან მენჯთან, მარჯვენა ხელით აფიქსირებს მკერდის ძვალსა და მკერდის დიდი კუნთის ზედა ნაწილს ლავიწთან ან მკერდის ძვალსა და XI-XII ნეკნების



ხრტილოვან ნაწილს, რომელსაც უმაგრდება მკერდის დიდი კუნთის ქვედა ნაწილი, მიმაგრების ადგილებში ხელის თითებით ერთდროულად აწვება ტრიკერულ ზონებს; მარცხენა ხელით პაციენტის მხარი გააქვს განზე და უკან (ზედა ნაწილის გამოკვლევის დროს) ან — ზემოთ (ქვედა ნაწილის გამოკვლევისას). ამით ის განსაზღვრავს მკერდის დიდი კუნთის კონების დაძაბვას, მტკივნეულობას.

12. მხრის სახსარში პასიური ფლექსიის გამოკვლევა



ს.მ. — ჯდომი, ხელები ჩამოშვებულია და მოდუნებული, ექიმი დგას გამოსაკვლევი მხარის მხრიდან, ერთი ხელის I-II თითებით აფიქსირებს ლავიწისა და ბეჭის ლატერალურ ბოლოებს, მეორე ხელით კი იკაავს მხრის უკანა ზედაპირს მის ქვედა მესამედში.

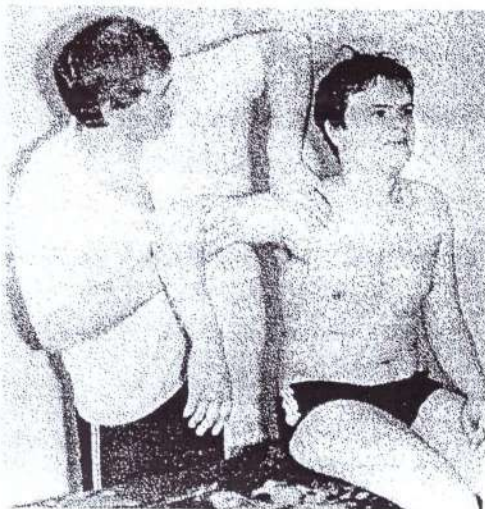
ხორციელდება პასიური ფლექსია 90°-მდე.

13. მხრის სახსარში პასიური ექსტენზიის გამოკვლევა



ს.მ. — ჯდომი, ხელები დაშვებულია და მოდუნებული, ექიმი დგას გამოსაკვლევი მხარეს, ერთი ხელის I-II თითებით აფიქსირებს ლავიწისა და ბეჭის ლატერალურ ბოლოებს, მეორე ხელით იკაავს მხრის წინა ზედაპირს მის ქვედა მესამედში. ხორციელდება პასიური ექსტენზია 50°-მდე.

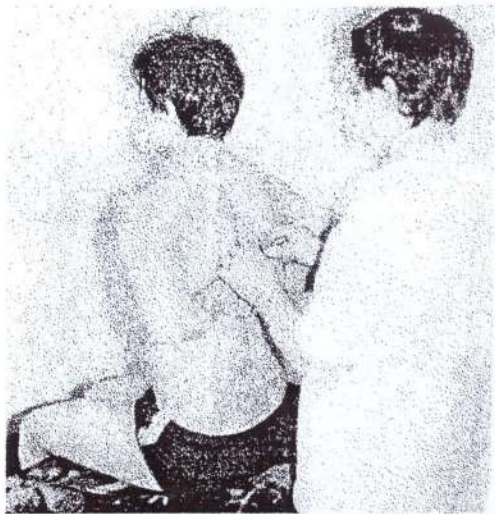
14. პარაჰენა მხრის სახსარში პასიური აბდუქციის გამოკვლევა



ს.მ. — ჯდომი, ხელი მოზიდულია და მოხრილი იდაყვის სახსარში, ექიმი დგას უკან მარჯვენა მხრიდან, მარცხენა ხელისგულით ისე აფიქსირებს მხარს ზემოდან, რომ ცერი ბეჭის ქედზეა, დანარჩენი თითები კი ლავიწზე, მარჯვენა ხელი იდაყვის ნაკეცშია;

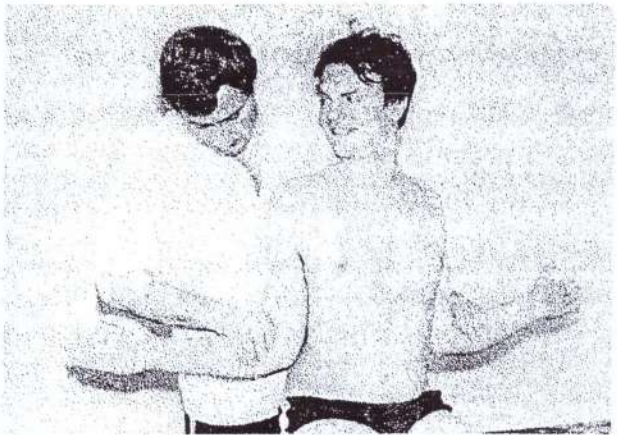
ხორციელდება პასიური აბლუქცია, რომელმაც შეიძლება 90⁰-110⁰-ს მიაღწიოს.

15. მხრის სახსარში პასიური შიგნითა როტაციის გამოკვლევა



ს.მ. — ჯდომი, ხელები ზურგს უკანაა ხელისგულებით გარეთ, ცერები ზემოთ არის მიმართული, ექიმი დგას უკან და აქტიური მოძრაობის ამოწურვის შემდეგ (ბეჭი მოძრაობაში მონაწილეობას არ ღებულობს) პაციენტის ცერებით მაღლა სწევს მის ხელებს და შეაფასებს, რამდენად მაღლა შეიძლება აწევა, და როგორია ზამბარისებრი წინააღმდეგობა მოძრაობის ბოლოს.

16. მხრის სახსარში პასიური გარეთა როტაციის გამოკვლევა



ს.მ. — ჯდომი, ხელები წინ მოხრილია იდაყვებში, მხრები მიზიდულია ტანთან, ექიმი დგას უკან და ხელებით წინიდან იჭერს პაციენტის ორივე წინამხარს იდაყვების ნაკეცებში, ცერები ლატერალურ როკებზეა; იდაყვების ტანზე მიჭერით ერთდროულად ხორციელდება ორივე მხრების პასიური როტაცია გარეთ. ზემოდან კარგად ჩანს მოძრაობის მოცულობა, რომელიც ნორმის პირობებში 90⁰-ს აღწევს.

17. მარჯვენა მხრის სახსარში „თაგავის“ გამოკვლევა (პაუდრალიზაცია)



ს.მ. — ჯდომი, ხელები მოხრილია იდაყვის სახსარში, ექიმი დგას უკან და მარჯვნივ, მარჯვენა ხელით იჭერს პაციენტის მხარს ქვედა მესამედში და ახორციელებს მხრის განზიდვას, ამასთან ინარჩუნებს მის კორიზონტალურ მდგომარეობას, მარცხენა ხელის I-II თითებს უშუალოდ აკრომიონის გვერდით მხრის ძელის თავზე ათავსებს და მას გადაადგილებს კაუდალურად. უნდა გამოვლინდეს ზამბარისებრი წინააღმდეგობა. სახსარში შეზღუდვის დროს იმავე მდგომარეობაში იქმნება დაძაბულობისწინა მდგომარეობა და ხორციელდება რიტმული მობილიზაცია.

18. ლავიწ-სამხრე მორჩის სახსარში პასიური მოძრაობისა და მტკივნეულობის გამოკვლევა

ს.მ. — ჯდომი ან დგომი, გამოსაკვლევი ხელი მოხრილია იდაყვში და წინამხრით საწინააღმდეგო მხარეზე დევს ზემოდან; ამ მდგომარეობიდან ექიმს პაციენტის იდაყვი საწინააღმდეგო მხრისკენ მიაქვს. აღგენენ მოძრაობის მოცულობას ორივე მხრიდან და მტკივნეულობას სახსრის არეში.



19. ლავიფ-აქრომიონის სახსარში კრანულ-კაუდალური გადაადგილების გამოკვლევა და მარჯვნივ მობილიზაციაზე გადასვლა



ს.მ. — ზურგზე წოლა, მარჯვენა ხელი მოხრილია იდაყვის სახსარში და გულმკერდზე დევს, ექიმი ზის ან დგას პაციენტის თავთან, უფრო მარჯვენა მხრიდან, მარჯვენა მტევნით იჭერს პაციენტის იდაყვს ქვემოდან და გარედან, მარცხენა ხელის თენარს ათავსებს ლავიწის ძვლის აკრომიულ ბოლოზე;

ორივე ხელის მტევნით ხორციელდება სინქრონული ზეწოლა ერთმანეთის შესახვედრად: მარჯვენა ხელით — კრანიალურად, მარცხენა ხელით კაუდალურად. იკვლევენ ზამბარისებრ წინააღმდეგობას; თუ ის არ გამოვლინდა, ახორციელებენ მობილიზაციას წაბი-

მალური ძალით რიტმული გადაადგილების განმეორებით წამში 1-2-ჯერ, 15-20-ჯერ. კრანულ-კაუდალური და ვენტრალურ-დორსალური მიმართულებით მბ (იხ. 20) ერთმანეთს ენაცვლება.

20. მარჯვენა ლავიფ-აქრომიონის სახსარში ვენტრალურ-დორსალური გადაადგილების გამოკვლევა, მობილიზაცია

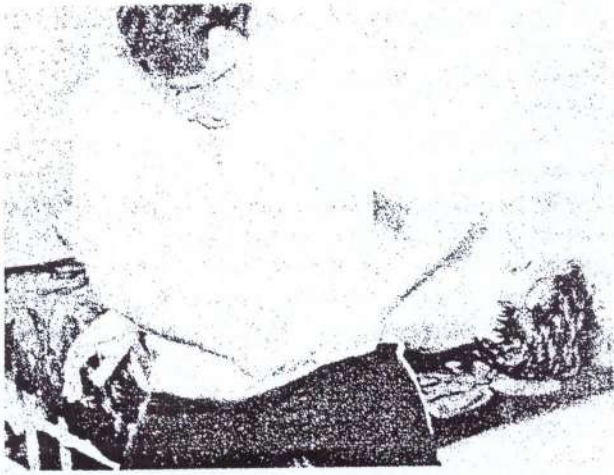


ს.მ. — ზურგზე წოლა, ექიმი დგას მარჯვენა გვერდიდან, მარცხენა ხელის მტევნით იჭერს პაციენტის მხრის სახსარს, II-V თითები დორსალურ მხარეზეა, მარჯვენა მტევნის II-V თითებით იჭერს ბეჭს დორსალური მხრიდან, ხოლო ცერს ათავსებს ლავიწის ლატერალურ ნაწილზე და ახორციელებს ვენტრალურ-დორსალურ გადაადგილებას, მისი გადაადგილების შეუძლებლობის შემთხვევაში წამში 1-2-ჯერ, 15-20-ჯერ მეორდება კრანიალურ-კაუდალური მიმართულებით მბ მინიმალური ძალის გამოყენებით (იხ. 19).

21. მკერდ-ლავიწის სახსარში დორსალურ-ვენტრალური გადაადგილების გამოკვლევა, მბ და აზბ

ს.მ. — ზურგზე წოლა, ექიმი ცერებით ქვემოდან, დანარჩენი თითებით კი ზემოდან იჭერს პაციენტის ლავიწის სახსართან ახლოს და გადაადგილებს დორსალურ-ვერტიკალურად (თავისკენ) და ვენტრალურ-კაუდალურად (დიაგონალურად). „სახსრის თამაშის“ შეზღუდვისას ხორციელდება რიტმული მბ ან იმავე მოძრაობით, ან უფრო მსუბუქი კონტაქტით, — თენარით, რომელსაც ლავიწზე მკერდის ძვლის გვერდზე ათავსებენ. ზეწოლა მსუბუქი უნდა იყოს. იმავე ილეთით განახორციელებენ აუტომობილიზაციასაც.

22. მხრის სახსრის მბ ტრაქციით პირ-ის გაშლენ-
გით



I. ს.მ. - ზურგზე წოლა, ექიმი პაციენტისკენ ზურგით
ზის ტახტზე მტკივნეული ხელის მხარეს, პაციენტის
მხარს ქვედა მესამედში იჭერს ხელებით;

I ფაზა - პაციენტი შესუნთქვის დროს თავისკენ
წევს მხარს, ექიმი ადეკვატურ წინააღმდეგობას უწევს
10 წამის განმავლობაში; II ფაზა - ამოსუნთქვა, მო-
დუნება, ექიმი ნაზად ასრულებს მხრის სახსრის ტრაქ-
ციას დაძაბვამდე. ციკლები მეორდება ყოველი მიღწე-
ული მდგომარეობიდან.

2. ს.მ. - ჯდომი შემადგენელ სკამზე (ტახტზე),
ექიმი ზურგით ზის პაციენტისკენ მტკივნეული ხელის
მხარეს უფრო დაბალ სკამზე და ბეჭით პაციენტის
მკერდს ეყრდნობა, პაციენტის გამართული ხელი ექი-
მის მხარზე გადაკიდებული და იდაყვითა და წინამ-
ხრით ეყრდნობა ექიმის გულმკერდს;

I ფაზა - ექიმი მინიმალური ძალით წინ ეწევა პა-
ციენტის ხელს დაძაბვამდე, რის შემდეგაც პაციენტი
შესუნთქვით თავისკენ წევს ხელს (იღ) და იჭერს მას
ამ მდგომარეობაში 10 წამის განმავლობაში; II ფაზა
- ამოსუნთქვა, მოდუნება, ექიმის ხელები მიჰყვება
მოდუნებას და ასრულებს მსუბუქ ტრაქციას, რომე-
ლსაც შემდეგ ოდნავ ასუსტებს, რათა არ გამოიწვიოს
ტკივილი. მიღწეული მდგომარეობიდან ფაზა კვლავ
მეორდება და ა. შ.

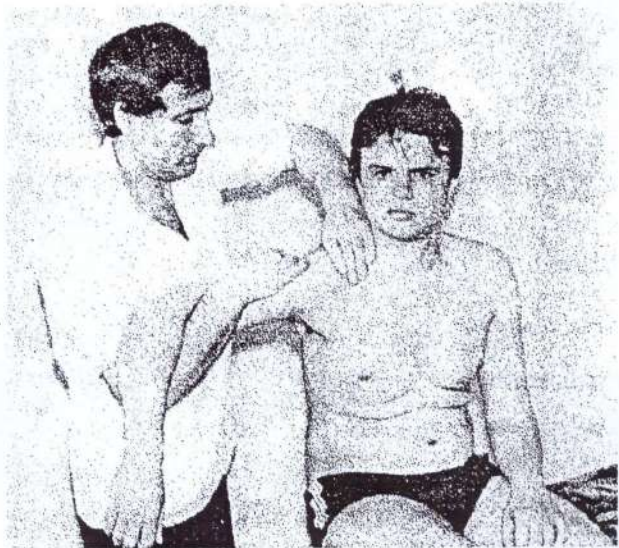
23. მხრის სახსრის მბ გაქის ლატერალური კუთხით
(პინტრალური პიპართულიზით) გადაადგილებით
მხრის თავის საპირისპიროდ

ს.მ. - მუცელზე წოლა ტახტის კიდესთან ახლოს,
ექიმი დგას საწინააღმდეგო მხარეს პაციენტის წელ-
თან და მის მხრის თავს თანამოსახეულ ხელისგულში
ითაცხებს, ხოლო მხარს - წინამხარზე, პაციენტის
წინამხარი თავისუფლად, ექიმი მეორე ხელით
იჭერს პაციენტის მხრის სახსარს ზემოდან;



ზეწოლის შედეგად ბეჭის სახსრზე ნაწილი წინ
(ვენტრალურად) გადაადგილდება მხრის თავის საწი-
ნააღმდეგოდ. აუცილებლობის შემთხვევაში ახორციე-
ლებენ მხრის როტაციას გარეთ ან შიგნით.

24. მარჯვენა ლავიწ-აქრომიონის სახსრის მბ ტრაქცი-
ით



ს.მ. - ჯდომი, ექიმი დგას უკან და მარჯვნივ, მარჯვე-
ნა წინამხრით ქვემოდან იჭერს პაციენტის მხარს ქვე-
და მესამედში, მარცხენა ხელის მტევანი II თითის
ნებ-ფლანგის სახსრის რადიალური მხარით მჭიდ-
როდ დევს აკრომიულ ბოლოზე;

სინქრონულად ხორციელდება ზეწოლა ლავიწის
აქრომიულ ნაწილზე ხელის განზიდვით ჰორიზონტა-
ლამდე, მისი ტრაქცია ერთდროულად ნელი მოძრაო-
ბით უკან და რამდენადმე ზემოთ. არცთუ იშვიათად ამ
დროს აღინიშნება ტკაცანი და ტკივილის გაქრობა
სახსარში.

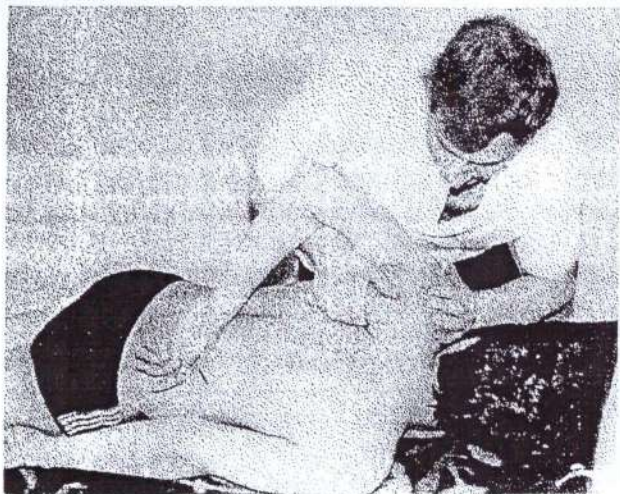
25. მარჯვენა მკერდ-ლაპის სახსრის მკ და მკ



ს.მ. — ზურგზე წოლა, მარჯვენა ხელი განზიდულია, ექიმი დგას მარჯვენა მხარეს, ხელსა და ტანს შორის, მარცხენა მტევნით იჭერს იდაყვს ქვემოდან, მაჯა კი ფიქსირდება ექიმის მხარსა და სხეულს შორის, მარჯვენა ხელის თენარს დებს ლავიწის მედიალურ ბოლოზე;

ექიმი ასრულებს ხელის ტრაქციას და ერთდროულად რიტმულად აწვება ლავიწს დორსალურ-კრანიალური მიმართულებით დაძაბვამდე. შეიძლება სამანიპულაციო ბიძგის შესრულება, თუ არის ამის ჩვენება.

26. ბაჟის მობილიზაცია

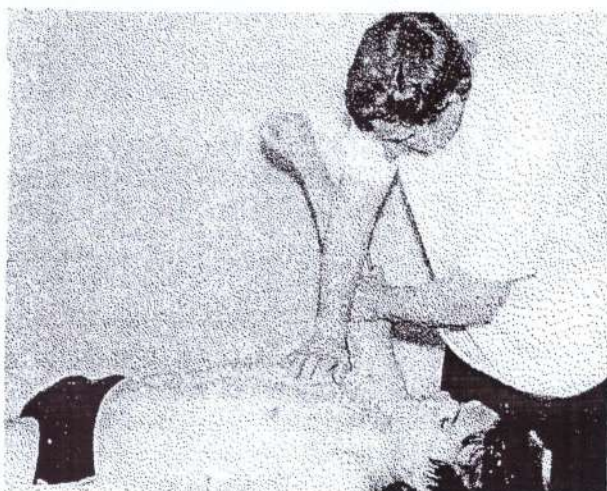


1. ს.მ. — მუცელზე წოლა, ექიმი დგას სამობილიზაციო ბეჭის მხარეს გვერდიდან, თანამოსახელე ხელით ქვემოდან იჭერს პაციენტის მხრის თავს, ხოლო იდაყვში მოხრილი ხელი საკუთარ წინამხარზე გადატანით ზურგს უკან გააქვს, იჭერს ბეჭის მედიალურ კიდე და წევს მას მაღლა;

ორივე ხელით სინქრონულად ხორციელდება წრიული მოძრაობა, რასაც ტანის მოძრაობა აადვილებს, ხელების თითების წვერებით შეიძლება ბეჭის მოცილება ნეკნებიდან და ამით მობილიზაციის გაძლიერება.

2. ს.მ. — სად გვერდზე წოლა, თავი დევს მოხრილ ხელზე, სამობილიზაციო ხელი მოხრილია იდაყვის სახსარში და მაქსიმალურადაა გატანილი ზურგს უკან, ექიმი დგას ვენტრალური მხრიდან პაციენტის თავთან, თანამოსახელე ხელით იჭერს მხრის სახსარს წინიდან და აწვება მას წინიდან და გვერდიდან, რითაც ბეჭს გადაადგილებს მედიალურად, მეორე ხელით სწევს ბეჭის მედიალურ კიდე და ასრულებს წრიულ მოძრაობას.

27. მკერდის ღიდი კუნთის მობილიზაცია პირით



ს.მ. — ზურგზე წოლა მტკივნეული მხარით ტახტის კიდეზე ახლოს, ექიმი დგას გვერდით, თანამოსახელე ხელის თითებით აფიქსირებს მკერდის ღიდი კუნთის იმ ნაწილის მიმაგრების ადგილს, რომლის მოდუნებაც საჭიროა, მეორე ხელით განზიდავს მტკივნეულ ხელს დაძაბვამდე; I ფაზა — ნელი შესუნთქვა, ავადმყოფი ცდილობს ხელის ადუქციას, ექიმის ხელი უწევს ადეკვატურ წინააღმდეგობას (იღ); II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ექიმის ხელი მიჰყვება ხელის განზიდვას. შემდეგი ციკლები მეორდება ყოველი მიღწეული მდგომარეობიდან, 3-ჯერ.

28. მკერდის დიდი კუნთის ბოჭკოთა გარკვეულ ჯგუფზე მიჯანმეარბილი ჯამოქმედა პირით

ს.მ. — ზურგზე წოლა მტკივნეული მხარით ტახტის კიდესთან ახლოს, ექიმი დგას პაციენტის თავთან, ხელის თითებით უსინჯავს კუნთოვანი კონების მკერდის ძვალსა და ნეკნებზე მიმაგრების მტკივნეულ ადგილებს და აფიქსირებს მათ, მეორე ხელით პაციენტის ხელი გააქვს, რითაც აღწევს კუნთოვანი კონების დაჭიმვას; I ფაზა — ნელი შესუნთქვა და მისი შეკავება, ავადმყოფი ცდილობს განახორციელოს აღუქცია, ექიმი უწევს ადეკვატურ წინააღმდეგობას (იღ); II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, კუნთის გაწელება ხელის პასიური განზიდვით დაძაბვამდე. ციკლები მეორდება კუნთის სრულ მოდუნებამდე.

29. მხრის ორთავა კუნთის გრძელი თავის პირ და აპო

ს.მ. — ჯდომი, მტკივნეული ხელი ზურგს უკანაა გატანილი ირიბად ქვემოთ, საპირისპირო დუნდულის მიმართულებით, ექიმი დგას უკან, სხივ-მაჯის სახსარში იჭერს პაციენტის ხელს და მსუბუქად ეწევა მას აღნიშნული მიმართულებით, თან პრონაციასაც ახორციელებს დაძაბულობამდე; I ფაზა — პაციენტი მცირე წინააღმდეგობას უწევს ექიმის ხელს სუპინაციის მიმართულებით 10 წამის განმავლობაში; II ფაზა — მოდუნება, ექიმის ხელი მიჰყვება პასიურ პრონაციას ქვემოთ. მიღწეული მდგომარეობიდან ციკლი ხელახლა მეორდება. ამბ-ს პაციენტი ანალოგიურად ახორციელებს ჯანსაღი ხელის მტკივნეულ ხელზე მოკიდებით.

30. მხრის შიგნითა როტატორების (გაქმევა და დიდი მრგვალი კუნთების) მკ პირით

ს.მ. — ჯდომი, ხელი მოხრილია იდაყვის სახსარში მართი კუთხით და ტანთანაა მიზიდული, ხელისგული მედიალურადაა, ექიმი დგას უკან, თანამოსახელე ხელით უფიქსირებს წინამხარსა და სხივ-მაჯის სახსრის არეს და აბრუნებს პაციენტის ხელს გარეთ დაძაბულობამდე; I ფაზა — პაციენტი ცდილობს შიგნით როტაციის შესრულებას, ექიმი უწევს ადეკვატურ წინააღმდეგობას, II ფაზა — მოდუნება, ექიმის ხელი მიჰყვება მოდუნებას და როტაციას გარეთ დაძაბვამდე. ამგვარად იგი აძლიერებს გარეთა როტაციას.

31. მხრის სახსრის აპო ტრეპიციტი პირ-ის გამოყენებით

ს.მ. — სკამის ზურგისკენ გვერდულად ჯდომი, საზურგეზე მიდებულია ბალიში, მტკივნეული ხელი მასზე გადმოშვებული საზურგედან, რომელსაც პაციენტი იღლით ეყრდნობა;

I ფაზა — ნელი შესუნთქვა და მისი შეკავება,



მხრის მიწევა თავისკენ, II ფაზა — ნელი ამოსუნთქვა, მოდუნება, ამ დროს ხელი დაბლა ეშვება საკუთარი წონის ზეგავლენით. ფაზები მეორდება ყოველი მიღწეული მდგომარეობიდან.

32. აპო ქაღალა კუნთის დაკაპვის დროს



ს.მ. — ჯდომი, პაციენტი ხელის მტკენით იჭერს

მტკივნეულ ხელს იდაყვში ქვემოდან და მოზიდავს შუა ხაზისკენ დაძაბულობამდე; I ფაზა — შესუნთქვა და მისი შეკავება 10 წამის განმავლობაში, იდაყვით მინიმალური მიწოლა მტკივანზე აბლუქციის მიმართულებით; II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ხალი ხელი მიჰყვება მოდუნებულ ხელს. მიღწეული მდგომარეობიდან ფაზები მეორდება.

33. გაქჟვეზა კუნთის აზვ ბრავიტაციული დამოქვეპის გაყოენაპით

ს.მ. — ზურგზე წოლა ტახტის კიდეშთან, ბეჭის ქვეშ თხელი ბალიშია ამოდებული, ხელი განზეა გატანილი, იდაყვი მოხრილია (ტახტის კიდეშ სცილდება), წინამხარი კრანიალურადაა მიმართული, ე. ი. ხელი როტირებულია გარეთ; I ფაზა — წინამხრის აწევა ზემოთ დაახლოებით 2-5 სმ-ზე და მისი ასე გაჩერება 30 წამით; II ფაზა — მოდუნება, ხელის დაშვება. ფაზები მეორდება ყოველი მიღწეული მდგომარეობიდან.

იდაყვის სახსრის განუალური თერაპიის სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ხერხები

1. იდაყვის სახსარში აქტიური ფლექსიისა და ექსტენზიის გამოკვლევა

1). ს.მ. — ჯდომი ან დგომი დაშვებული მოდუნებული ხელებით, მტკივანი სუპინირებულია, ექიმს დგას გვერდით; პაციენტი ახორციელებს წინამხრის ფლექსიას.

2). ს.მ. — ჯდომი ან დგომი, ხელი მოხრილია იდაყვის სახსარში, ექიმს დგას გვერდით; პაციენტი ახორციელებს გაშლას. ექსტენზიის ნორმალური მოცულობა — 180°.

2. იდაყვის სახსარში აქტიური პრონაციისა და სუპინაციის გამოკვლევა

ს.მ. — ხელები ტანთან არის მიზიდული და მოხრილია იდაყვის სახსრებში, მტკივანი პრონაციასა და სუპინაციას შორის შუალედურ მდგომარეობაში, ექიმს დგას; პაციენტი ახორციელებს პრონაციას. მოძრაობის ნორმალური მოცულობა — 90°. შემდეგ სრულდება სუპინაცია. მოძრაობის ნორმალური მოცულობა — 90°.

3. პრონატორებისა და სუპინატორების იზომეტრიული დაჰაპვის გამოკვლევა

ს.მ. — ჯდომი, ხელი მოხრილია სუპინაციასა და პრონაციას შორის შუალედურ მდგომარეობაში, ექიმს დგას გვერდით, გამოსაკვლევი ხელის მხარეს, ცალი



ხელით აფიქსირებს იდაყვის სახსარს, მეორე ხელს ათავსებს წინამხრის ქვედა მესამედზე ისე, რომ ცერი დორსალურ ზედაპირზე (სუპინატორის აქტიური მოძრაობის გამოკვლევის შემთხვევაში — ვენტრალურ ზედაპირზე); ექიმს ადეკვატურ წინააღმდეგობას უწევს პაციენტის აქტიურ მოძრაობას პრონაციის, სუპინაციის მიმართულებით.

4. იდაყვის სახსრის გაშუქლების იდ-ის გამოკვლევა

ს.მ. — ჯდომი, ხელები ტანთან არის მიზიდული და მოხრილია იდაყვის სახსრებში, მტკივანი სუპინირებულია, ექიმს დგას პაციენტის წინ, ხელისგულებს პაციენტის წინამხრის ქვედა მესამედის დორსალურ ზედაპირზე ათავსებს და წინააღმდეგობას უწევს წინამხრის გაშლას.

5. მხრის ორთავა კუნთის იზომეტრიული დაჰაპვის გამოკვლევა

ს.მ. — ჯდომი, ხელები ტანზეა მიკრული და მართი კუთხით მოხრილია იდაყვის სახსრებში, წინამხრები სუპინირებულია, ექიმს დგას პაციენტის წინ, ხელისგულები პაციენტის წინამხრის ქვედა მესამედის ვენტრალურ ზედაპირზე უდევს და ადეკვატურ წინააღმდეგობას უწევს წინამხრის ფლექსიას.

6. მხარ-სხივის კუნთის იდ-ის გამოკვლევა

ს.მ. — ჯდომი, ხელები ტანზეა მიკრული და მართი კუთხით მოხრილია იდაყვის სახსრებში, წინამხარები შუალედურ მდგომარეობაშია, ექიმს ხელისგულებს წინამხრის ზედა მესამედზე დებს და ადეკვატურ წინააღმდეგობას უწევს იდაყვის სახსარში მოხრას.

7. იდაყვის სახსარში პასიური მოძრაობის გამოკვლევა

1). ფლექსია: ს.მ. — ჯდომი, ხელები დაშვებულია და მოდუნებული, მტევანი სუპინირებულია, ექიმი დგას გამოსაკვლევ იდაყვის მხარეს გვერდიდან, ერთი ხელით აფიქსირებს მხარს ქვედა მესამედში ქვემოდან, მეორე ხელით, რომელიც წინამხრის დორსალურ ზედაპირს იჭერს, ასრულებს პასიურ ფლექსიას. პასიური ფლექსიის მოცულობა — 160°.

2). ექსტენზია: ს.მ. — ჯდომი, ხელი ოდნავ მოხრილია, ექიმი დგას გვერდით, გამოსაკვლევ მხარეს, ერთი ხელით აფიქსირებს მხარს ქვედა მესამედში, მეორე ხელით ახორციელებს ექსტენზიას.

3). პრონაცია: ს.მ. — ჯდომი, ხელი მართი კუთხით მოხრილია და სუპინირებული, ექიმი დგას პაციენტის გვერდით, გამოსაკვლევ ხელის მხარეს, ერთი ხელით აფიქსირებს იდაყვის სახსარს, მეორე ხელით, რომლითაც ქვედა მესამედი უჭირავს, ახორციელებს პრონაციას.

4). სუპინაცია: ს.მ. — ჯდომი, ხელი ტანზეა მიკრული და მართი კუთხით მოხრილია, მაჯა პრონირებულია, ექიმი დგას გვერდით, გამოსაკვლევ მხარეს, ერთი ხელით აფიქსირებს იდაყვის სახსარს, მეორე ხელით, რომლითაც წინამხრის ქვედა მესამედს იჭერს, ვენტრალური მხრიდან, ახორციელებს პასიურ სუპინაციას.

8. იდაყვის სახსრის მბ ფლექსიისა და ექსტენზიის მიმართულებით იზომებადი უკუშვების მოცულობით



ს.მ. — ჯდომი მაღალ ტახტზე, ხელი ოდნავ მოხრილია იდაყვის სახსარში და ხელისგულით იჭერს წინა მდგომი ექიმის მარჯვენა მხარს, შიგნითა მხრიდან, შუა მესამედში (ცერი ვენტრალურადაა, დანარჩენი თითები — დორსალურად), ექიმი აფიქსირებს პაციენტის ხელს თავის ტანზე, ხოლო მის იდაყვის სახსარს ისე იჭერს ორივე ხელით, რომ ცერები ერთმანეთზე გადაჯვარედინებული იდაყვის ნაკეცის ვენტრალურ ზედაპირზე, დანარჩენი თითები იდაყვის დორსალურ ზედაპირზეა;

ექიმის თითები ადეკვატურ წინააღმდეგობას უწევს პაციენტის აქტიური ფლექსიისა და ექსტენზიის ცდას. ფლექსია და ექსტენზია მონაცვლეობს სიარულის რიტმით. მოძრაობები მეორდება 5-10-ჯერ ბლოკის გაქრობამდე.

9. მარჯვენა იდაყვის სახსრის მბ ტრეპციით



ს.მ. — ზურგზე წოლა, იდაყვის სახსარში მოხრილი მარჯვენა წინამხარი ეყრდნობა ექიმის მარცხენა ზედაპირს, იდაყვის ნაკეცი ისე ფიქსირდება, რომ მარცხენა ხელის ცერი მჭიდროდ ეკვრის ქვემოთ მდებარე მარჯვენა ხელის ნეკს;

ექიმი ახორციელებს ტრეპციას, რომელსაც აძლიერებს წინამხრის პასიური მოხრით.

10. მარჯვენა იდაყვის სახსრის მბ ულწურ-რადიალური მიმართულებით პასიური მოძრაობით აჩქარებული რიტმით

ს.მ. — ჯდომი, ხელი გამართულია იდაყვის სახსარში

და მტევნით მაგიდის ნაპირს ეყრდნობა, ცერი განზიდულია (ტაცი ქვემოდან), ექიმი დგას მარჯვენა მხარეს, თანამოსახელე ხელით ულნური მხრიდან იჭერს წინამხარს, მეორე ხელით აფიქსირებს მხარს ქვედა მესამედში, და ახორციელებს პასიურ მოძრაობას აჩქარებული რიტმით ულნურ-რადიალური მიმართულებით.

11. მარჯვენა სუპინატორის მტკივნეული დაჰაპვის გამოკვლევა და მპ პირ-ით

ს.მ. — ჯდომი ან ზურგზე წოლა, მარჯვენა ხელი მოზიდულია და პრონაციასა და სუპინაციას შორის შუალედურ მდგომარეობაში მართი კუთხით მოხრილია იდაყვის სახსარში, ექიმი დგას პაციენტის წინ, მარცხენა ხელით აფიქსირებს იდაყვს პაციენტის ტანზე, მარჯვენა ხელით იჭერს მაჯას და ამოძრავებს მას პრონაციის მიმართულებით რაც შეიძლება უმტკივნეულოდ და წინააღმდეგობის გარეშე, ადგენს პრონაციის მოცულობის შეზღუდულობის ხარისხს; I ფაზა — პაციენტი ცდილობს სუპინაციის შესრულებას, ექიმი უწევს ადეკვატურ წინააღმდეგობას (იღ) 10 წამის განმავლობაში; II ფაზა — მოდუნება, ექიმი პრონაციას თან აყოლებს ხელს დაძაბვამდე. შემდეგი ფაზები მეორდება მიღწეული მდგომარეობიდან.

12. სუპინატორის მტკივნეული დაჰაპვის აპ

ს.მ. — ჯდომი, ხელი პრონაციასა და სუპინაციას შორის შუალედურ მდგომარეობაში მართი კუთხით მოხრილია იდაყვში და ამ უკანასკნელით ტანზეა მიგრული, მაჯაზე მოთავსებული მეორე ხელით პაციენტი ახორციელებს მტკივნეული ხელის მაქსიმალურ პრონაციას; I ფაზა — 10 წამის განმავლობაში იზომეტირული დაძაბვა სუპინაციის მიმართულებით, II ფაზა — მოდუნება და პასიური პრონაცია.

13. მარჯვენა მტკივნეული და თითების ექსტენზორების მტკივნეული დაჰაპვის გამოკვლევა და მპ პირ-ით

ს.მ. — ჯდომი, სუპინირებული ხელი მოხრილია იდაყვში, ექიმი პაციენტის წინ დგას, მარცხენა ხელით ქვემოდან აფიქსირებს მოხრილ იდაყვს, მარჯვენა ხელით კი მტევნის სახსრებსა და თითებს მოხრის რაც შეიძლება უმტკივნეულოდ, წინააღმდეგობის გარეშე, ამასთან, განსაზღვრავს მის მოცულობას, რომლის შემცირების შემთხვევაში მპ ხორციელდება: I ფაზა — პაციენტი მინიმალური ძალით ცდილობს შეასრულოს ექსტენზია, — იღ 10 წამის განმავლობაში; II ფაზა — მოდუნება, ექიმი ხელს აყოლებს მოცულობაში მზარდ მოხრას. ფაზები მეორდება ფლექსიის მოცულობის სრულ აღდგენამდე.

14. მტკივნეული და თითების გაშლულობის აპ

ს.მ. — ჯდომი, მტკივნეული ხელი სუპინაციის მდგომარეობაში მოხრილია იდაყვსა და სხივ-მაჯის სახსარში, II-V თითები მოხრილია, ცერი განზიდულია, მეორე ხელი დევს მტკივნეულ მტევანზე — ხელისგულის ფუძე თითებზეა, ხოლო თითები მტევნის ზურგზე, ცერი მტკივნეული ხელის ცერს ებჯინება; პაციენტი საღი ხელით შეძლებისდაგვარად ხრის მტკივნეულ მტევანს. I ფაზა — მტკივნეული მტევნით საღ მტევანზე მიწოლა ექსტენზიის მიმართულებით 10 წამის განმავლობაში. II ფაზა — მოდუნება, პასიური მოხრა.

15. მარჯვენა მხრის ორთავა კუნთის მტკივნეული დაჰაპვის დროს მპ პირ-ით



ს.მ. — სკამზე მჯდომი, ექიმი ზის მაღალ ტახტზე პაციენტის მარჯვენა ხელის პირდაპირ, პაციენტის სუპინირებული ხელი ექიმის ბარძაყებზე მოთავსებულ ბალიშზე დევს, ექიმი მარჯვენა ხელით ქვემოდან ისე იჭერს იდაყვს, რომ მისი წინამხარი პაციენტის წინამხარზე დევს, მარცხენა ხელით კი აფიქსირებს მხრის სახსარს წინიდან;

I ფაზა — 10 წამის განმავლობაში პაციენტი მცირე ძალით ცდილობს ფლექსიის შესრულებას — იღ; II ფაზა — მოდუნება. ფაზები მეორდება.

16. აპ მარჯვენა მხრის ორთავა კუნთის მტკივნეული დაჰაპვის დროს

ს.მ. — ჯდომი, მარჯვენა ფეხი მარცხენაზეა გადაღე-

ბული და მის ბარძაყზე დევს სუპინირებული მარჯვენა წინამხარი, მარცხენა ხელის თითები მარცხენა ნების ფუტეზე; I ფაზა - 10 წამის განმავლობაში იმ ფლექსიის მიმართულებით; II ფაზა - მოდუნება, პასიური ექსტენზია.

17. სახსრის „თამაშის“ გამოკვლევა და მარჯვენა სხივის კვლის თავის მხ პენტრალურ-დორსალური მიმართულებით



ს.მ. - ჯდომი მაღალ სკამსა ან ტახტზე, ექიმი დგას პაციენტის წინ და იდაყვის სახსარში მოხრილ მის მარჯვენა ხელს იჭერს საკუთარ მარცხენა იდაყვსა და ტანს შორის (მტკივანი შუალედურ მდგომარეობაში), მარჯვენა მტკივნით აფიქსირებს იდაყვის სახსარს მედიალური (ულნური) მხრიდან, მარცხენა ხელის ცერი და საჩვენებელი თითები იჭერს სხივის ძვლის თავს და გადაადგილებს მას წინა-უკანა მიმართულებით (ვენტრალურ-დორსალურად). შეიგრძნობს და შეაფასებს ზამბარისებრ წინააღმდეგობას. გადაადგილების შეზღუდვის შემთხვევაში ამავე მდგომარეობიდან ხორციელდება მპ. თუ სხივის ძვლის თავის არეში ტკივილი შეიგრძნობა, რეკომენდებულია მხრის ორთავა კუნთის პირ.

18. სახსრის „თამაშის“ გამოკვლევა და მპ ულნური და რადიალური მიმართულებით მარჯვენა მხრიდან

ს.მ. - ჯდომი, ექიმი დგას პაციენტის მარჯვენა მხარეს, იჭერს მის სხივ-მაჯის სახსარს საკუთარ იდაყვსა და ტანს შორის, ორივე ხელით მედიალური და ლატერალური მხრიდან ისე იჭერს იდაყვის სახსარს, რომ ცერები იდაყვის სახსრის ნაკეცზეა, დანარჩენი თითები

ბი კი ფართოდ გაშლილია დისტალურ ზედაპირზე;

იდაყვის სახსარი გადაადგილდება ულნურად და რადიალურად ექიმის ტანის ბრუნვების საშუალებით. ზამბარისებრი წინააღმდეგობა ულნური მიმართულებით უფრო მსუბუქია, ვიდრე რადიალური. არგადადგილების ან მისი შეზღუდვის შემთხვევაში ამავე მდგომარეობიდან ხორციელდება მობილიზაცია სახსრის „თამაშით“.

19. იდაყვის სახსრის მპ დორსალურ-ვენტრალური მიმართულებით პასიური მოძრაობით აჩქარებული რიტმით

ს.მ. - ჯდომი ან ზურგზე წოლა, სუპინირებული მტკივანი ხელი დაშვებულია და მოდუნებული, ექიმი ზის მტკივნეული ხელის მხრიდან და აფიქსირებს მას საკუთარ თანამოსახელე მხარსა და ტანს შორის, ხელისგულებით ისე იჭერს წინამხარს იდაყვის სახსართან ახლოს, რომ ცერები ვენტრალურ ზედაპირზეა, დანარჩენი თითები კი - დორსალურზე;

პასიური მოძრაობით აჩქარებულ რიტმში ხორციელდება სახსრის მობილიზაცია დორსალურ-ვენტრალური მიმართულებით.

20. იდაყვის სახსრის „თამაშის“ გამოკვლევა, მპ და მპ ულნურ-რადიალური და რადიალურ-ულნური მიმართულებით, მარჯვნიდან

ს.მ. - ჯდომი ან დგომი, მარჯვენა ხელი ოდნავ მოხრილია მხრისა და იდაყვის სახსრებში, წინამხარი შუალედურ მდგომარეობაშია, ექიმი დგას წინიდან მარჯვნივ, მარცხენა ხელისგულით აფიქსირებს პაციენტის სხივ-მაჯის სახსარს (ხელისგული წინამხრის დორსალურ მხარეზეა, ცერი სხივის ძვალზე), მარჯვენა ხელით - იდაყვის სახსარს (ცერი ულნური მხრიდანაა) და ახორციელებს სუპინაციას დაძაბვამდე, შემდეგ კი ნაზ ფორსირებული მოძრაობით შეიგრძნობს ზამბარისებურ წინააღმდეგობას. პრონაციის მიმართულებით სახსრის „თამაშის“ გამოკვლევისათვის ექიმი ცვლის ხელის მდებარეობას.

სახსრის „თამაშის“ დარღვევისას სათანადო მდგომარეობიდან ხორციელდება მობილიზაცია ან მანიპულაცია.

მტევნისა და სხივ-მაჯის სახსრის მანუალური თერაპიის სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ხერხები

1. სხივ-მაჯისა და მტევნის სახსრებში აქტიური მოძრაობისა და იზომეტრიული დატვირთვის გამოკვლევა

ს.მ. — ჯდომი, პრონირებული წინამხარი საყრდენზე დევს, მტევანი საყრდენის გარეთაა, ექიმი აკვირდება და აფასებს აქტიურ მოძრაობას: 1) სხივ-მაჯის სახსარში — ფლექსიას (80° - 90°), ექსტენზიას (80° - 90°), ადუქციას (40°) და აბდუქციას (20°); 2) ნებ-ფალანგის სახსრებში — ყველა თითისა და თითოეულ მათგანში — ფლექსიასა და ექსტენზიას (საერთო მოცულობა — 90° - 100°), გამართული თითების აბდუქციიდან ადუქციამდე (45° - 50°); 3) ფალანგთაშორის სახსრებში — ფლექსიასა და ექსტენზიას, ცერების ნებ-ფალანგის სახსარში — ფლექსიას (120°), აბდუქციას (45° - 60°), ადუქციას (35° - 40°), ოპოზიციას; 4) ცერების ფალანგთაშორის სახსარში — ფლექსიას (90°), ექსტენზიას — 0° .

2. სხივ-მაჯის სახსრებში იმ-ის გამოკვლევა

ს.მ. — ჯდომი, პრონირებული წინამხარი საყრდენზეა, მტევანი საყრდენს გარეთაა, ექიმი დგას ან ზის პაციენტის გვერდით ან წინ, ერთ-ერთ ხელისგულს პაციენტის მტევანზე ათავსებს და ადეკვატურ წინააღმდეგობას უწევს პაციენტის აქტიურ ფლექსიას, აბდუქციასა და ადუქციას. აქტიური ექსტენზიის საწინააღმდეგოდ ექიმი ხელისგულს მაჯის ღორსაღურ მხარეს ათავსებს.

3. ნებ-ფალანგებისა და ფალანგთაშორის სახსრებში იმ-ის გამოკვლევა

ს.მ. — ჯდომი, პრონირებული წინამხარი საყრდენზეა, მტევანი საყრდენის გარეთაა; წინააღმდეგობის გაწევით ექიმი ამოწმებს იმ-ის ძალას.

4. სხივ-მაჯის სახსარში პასიური მოძრაობის გამოკვლევა

ს.მ. — ჯდომი, ორივე წინამხარი საყრდენზეა, პრონირებული მტევნები საყრდენის გარეთაა, ექიმი დგას ან ზის პაციენტის წინ, I-II თითებით იჭერს პაციენტის მაჯებს ულნური მხრიდან (ცერი ღორსაღურ მხარესაა, დანარჩენი თითები — მტევნის პალმარულ ზედაპირზე) და ახორციელებს პასიურ მოძრაობას ორივე მხრიდან: ფლექსიას, აბდუქციას, ადუქციას სხივ-მაჯის სახსარში. პასიური ექსტენზიის გამოსაკვლევად ექიმი ცვლის თითების მდგომარეობას — ცერები პალ-

მარულ ზედაპირზეა, დანარჩენი თითები — ღორსაღურ ზედაპირზე.

5. ნებ-ფალანგებისა და ფალანგთაშორის სახსრებში პასიური მოძრაობის გამოკვლევა

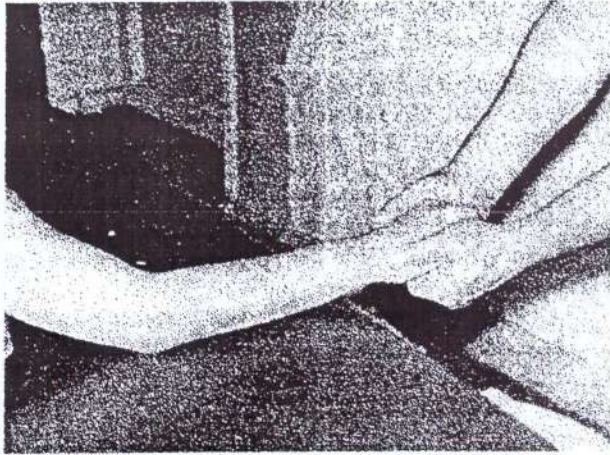


ს.მ. — ჯდომი, წინამხარი საყრდენზეა, გამართული მტევანი საყრდენს სცილდება, ექიმი ერთი ხელით აფიქსირებს გამოსაკვლევ სახსრის პროქსიმულ ნაწილს, ხოლო მეორე ხელის თითებით იჭერს დისტალურ ნაწილს და ახორციელებს პასიურ მოძრაობას: ფლექსიას, ექსტენზიას, ადუქციას, აბდუქციას ნებ-ფალანგების სახსრებში და ფლექსიასა და ექსტენზიას ფალანგთაშორის სახსრებში.

6. ძირის მაჯა-ნების სახსარში პასიური მოძრაობის გამოკვლევა

ს.მ. — ჯდომი, წინამხარი საყრდენზეა, გამართული პრონირებული მტევანი საყრდენს სცილდება, ექიმი დგას ან ზის გამოსაკვლევ ხელის გვერდით, ერთი მტევნით აფიქსირებს სხივ-მაჯის სახსარს, ხოლო მეორე ხელის I-II თითებით იჭერს I ნების ძვალს (ცერით — ღორსაღური მხრიდან, მოხრილი საჩვენებელი თითით კი — პალმარული მხრიდან) და ახორციელებს პასიურ მოძრაობას ცერის მაჯა-ნების სახსარში — ფლექსიას, ექსტენზიას, ოპოზიციას. პასიური ადუქციისა და აბდუქციის გამოსაკვლევად ექიმი პაციენტის ცერს იჭერს რადიალური და ულნური მხრიდან ნებ-ფალანგის სახსართან.

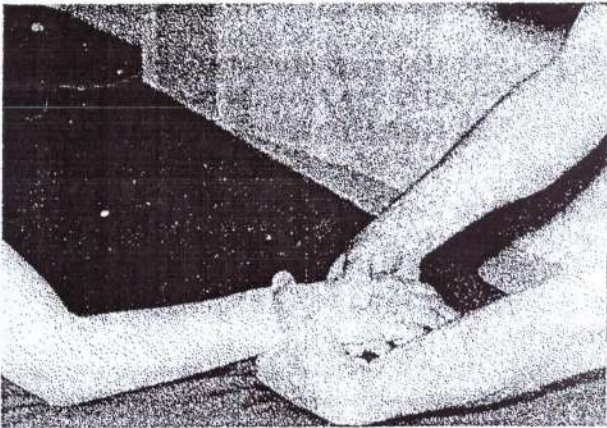
7. II-V თითების ნაბთაშორის სახსრებში კვრადობის გამოკვლევა და მპარაოსებრი გავლენით



ს.მ. — ჯდომი, წინამხარი საყრდენზე, მტევანი მოდუნებულია და პრონირებულ მდგომარეობაში საყრდენს გარეთაა, ექიმი დგას პაციენტის წინ, ორივე მტევნით ისე იჭერს გამოსაკვლევ ნებს ულნური და რადიალური მხრიდან, რომ კრანიალურად მიმართული ცერები II-V ნების ძვლების დორსალურ ზედაპირზეა, დანარჩენი თითები კი — პალმარულ მხარეს, და იკვლევს ზამბარისებრ წინააღმდეგობას პალმარული მიმართულებით ნების მარაოსებრი გავლენის დროს; შემდეგ ექიმი ცერებს ნებს განივად ათავსებს, დისტალურ ნაწილთან ახლოს, ხოლო დანარჩენ თითებს — მაჯა-ნების სახსრების არეში და იკვლევს ძვრადობას დორსალური მიმართულებით ნების ძვლების ერთმანეთთან მიახლოების დროს.

ნაკლები ძვრადობისა და მკვრივი წინააღმდეგობის შემთხვევაში ხორციელდება მპ ნელი განმეორებითი პასიური მოძრაობით.

8. სახსრის „თამაშის“ გამოკვლევა ფალანგთაშორის, ნაბ-ფალანგისა და მაჯა-ნების სახსრებში, მპ და მპ



ს.მ. — ჯდომი ან წოლა, პრონირებული წინამხარი საყრდენზე დევს ან ფიქსირებულია ექიმის ტანზე, მტევანი მოდუნებულია, ექიმი დგას ან ზის გვერდით, ერთი ხელის ცერით და მოხრილი საჩვენებელი თითით აფიქსირებს გამოსაკვლევ სახსრის პროქსიმულ ნაწილს, ხოლო მეორე ხელის ცერით და საჩვენებელი თითით იჭერს სახსრის დისტალურ ნაწილს.

ხორციელდება დისტრაქცია გრძელი ღერძის მიმართულებით სახსრის ოდნავი ფიქსირების დროს. ხდება გადაადგილება: I. ფალანგთაშორის სახსრებში დორსალურ-პალმარულ და პალმარულ-დორსალური მიმართულებით გასწვრივი ღერძის პერპენდიკულარულად; ლატერო-ლატერალური მიმართულებით; 2. ნებ-ფალანგის სახსრებში — დორსალურ-პალმარული და პალმარულ-დორსალური მიმართულებით; 3. მაჯა-ნების სახსარში.

მპ-ის გამოვლენის შემთხვევაში საჭიროა მპ პასიური მოძრაობით ან მანიპულაცია ბიძგით.

9. II-V ნების ძვლების სახსრის „თამაშის“ გამოკვლევა და მპ

ს.მ. — ჯდომი ან წოლა, პრონირებული წინამხარი საყრდენზე ან ფიქსირებულია ექიმის ტანზე, ექიმი იჭერს მეზობელი ნების ძვლების თავებს ცერსა (დორსალურად) და საჩვენებელ (პალმარულად) თითებს შორის, ერთი თავი ფიქსირებულია, მეორეს კი ექიმი გადაადგილებს დორსალური და პალმარული მიმართულებით. მპ-ის გამოვლენის დროს ხორციელდება მპ „მაკრატლის“ ზერხით: ერთმანეთზე დადებულ ცერებს ათავსებენ ნების ძვლის თავზე, ასევე ერთმანეთზე დადებულ საჩვენებელ თითებს კი — მეზობელი ნების ძვლის თავზე. ექიმი ახორციელებს შემხვედრ მოძრაობას.

10. მარჯვენა ცერის მაჯა-ნების სახსრის გამოკვლევა და მოძიწობა ტრამციით

ს.მ. — ჯდომი, წინამხარი და მტევანი პრონირებულია, ექიმი მარცხენა მტევნით აფიქსირებს ტრაპეციულ ძვალს ცერსა (დორსალურად) და მოხრილ საჩვენებელ (პალმარულად) თითებს შორის, მარჯვენა მტევნით კი იჭერს I ნების ძვალს და ახორციელებს ტრაქციას გასწვრივი ღერძის მიმართულებით, ამასთან, ზემოქმედებს ტრაპეციასა და ნავისებრ ძვალს შორის შეერთებაზეც. მპ-ის შემთხვევაში ხორციელდება პირი: I ფაზა — შესუნთქვა, სუნთქვის შეკავება, პაციენტი ცდილობს თითის შეწევას, II ფაზა — ამოსუნთქვა, მოდუნება, ტრაქციის მომატება. ანალოგიურად ჩატარება მპ.

11. მარჯვენა ცერის მაჯა-ნების სახსარში დორსალური და პალმარული მიმართულებით გადაადგილების გამოკვლევა და მანიპულაცია



ს.მ. — ჯდომი, მარჯვენა მტევანი პრონირებულია და ფიქსირებული ულნური მხრით გვერდზე მდგომი ექიმის ტანზე, მე-2-5 თითები ნახევრად მოხრილია, ცერი ოდნავ მოხრილი და განზიდულია ინდივიდუალურად შერჩეული კუთხით, ექიმი მარცხენა მტევნით იჭერს პაციენტის მარჯვენა მტევნის ტრაპეციას ცერსა (დორსალურად) და საჩვენებელ (პალმარულად) თითებს შორის, მარჯვენა მტევნით კი — პაციენტის I ნების ძვლის ფუძეს ცერსა (დორსალურად) და მოხრილ საჩვენებელ (პალმარულად) თითებს შორის. მარჯვენა ხელის საჩვენებელი თითით ხორციელდება გადაადგილება ირიბ დორსალურად, ცერით კი ირიბ პალმარულად.

შპ-ის შემთხვევაში ასრულებენ მანიპულაციას: 1) დორსალური მიმართულებით — მტევანი პრონირებული რჩება, ექიმის მარჯვენა ხელის ცერი გადაადგილება I ნების ძვალზე რამდენადმე დისტალურად და მაგრად აფიქსირებს მას, საჩვენებელი თითი ახორციელებს I ნების ძვლის გადაადგილებას ირიბად, დორსალურად მარცხენა თითებით კარგად ფიქსირებული ტრაპეციის საპირისპიროდ დაძაბვამდე, რის შემდეგაც კეთდება სამანიპულაციო ბიძგი იმავე მიმართულებით; 2) პალმარული მიმართულებით — პაციენტის მარჯვენა მტევანი სუპინირებულია და რადიალური მხრით ფიქსირებულია გვერდით მდგომი ექიმის ტანზე. ექიმი მარჯვენა ხელით იჭერს ტრაპეციას ცერსა (პალმარულად) და საჩვენებელ (დორსალურად) თითებს შორის, ხოლო მარცხენა ხელის ცერს ათავსებს ნების I ძვალზე, უფრო მის დისტალურ ნაწილზე, პალმარულად, საჩვენებელ თითს ძირითადი

ფალანგის რადიალური მხრით — ნების I ძვლის ფუძეზე და მის ირიბი პალმარული გადაადგილებით აღწევს დაძაბვის ზღვარს და ახორციელებს სამანიპულაციო ბიძგს იმავე მიმართულებით.

12. მარჯვენა ტრაპეციულ და ნახისპირა კვლავს შორის შესახსრების პალმარული და დორსალური კპრადოზის გამოკვლევა და მპ

ს.მ. — ჯდომი, მე-2-5 თითები მოხრილია, ცერი — გამართული; 1) პალმარული ძვრადობა — პაციენტის მაჯა პრონირებულია, ექიმი მარცხენა საჩვენებელი თითითა (პალმარულად) და ცერით (დორსალურად) აფიქსირებს ნაგისებრ ძვალს, მარჯვენა მოხრილი საჩვენებელი თითითა (პალმარულად) და ცერით (დორსალურად) იჭერს ტრაპეციულ ძვალს; ცერით ხორციელდება გადაადგილება პალმარული მიმართულებით.

2). დორსალური ძვრადობა — პაციენტის მაჯა სუპინირებულია, ექიმი ცერითა და საჩვენებელი თითებით აფიქსირებს ნაგისებრ ძვალს; გადაადგილება სრულდება ექიმის მარცხენა ცერით დორსალური მიმართულებით.

შპ-ის შემთხვევაში ხორციელდება პასიური მოძრაობით მობილიზაცია დაძაბვისწინა მდგომარეობის მიღწევის შემდეგ.

13. ტრაპეციის მპ ტრაპეციისა და აჩაპარავული რიტმით პასიური მოძრაობის საშუალებით

ს.მ. — ჯდომი, ზურგით სკამის საზურგეზე დაყრდნობით, ხელი წინმკლავშია, ექიმი ზის (დგას) პაციენტის წინ.

ხორციელდება ცერა თითის ტრაქცია, ერთდროულად პასიური მოძრაობა ტრაპეციაზე ზემოქმედებით აჩქარებული რიტმით. მოძრაობა უნდა იყოს მსუბუქი და უმტკივნეულო.

14. მაჯის კვალთაშორის სახსრებში დორსალური და პინტრალური გადაადგილებით სახსრის „თავაშის“ გამოკვლევა, მპ და აპპ

ს.მ. — ნებისმიერი, მტევანი პრონირებულია, ექიმი ორივე ხელის ცერებისა და მოხრილი საჩვენებელი თითების დისტალურ ნაწილებს შორის იჭერს მაჯის მომიჯნავე ძვლებს გამოსაკვლევ შესახსრებაში, აფიქსირებს ერთ-ერთ მათგანს და მინიმალური ძალით გადაადგილებს მეორე ძვალს დორსალურად და პალმარულად.

გამოკვლევა მიმდინარეობს მაჯის ულნური მხრიდან (სადაც მეტია ძვრადობა და იშვიათადაა შპ) რადიალურისკენ.

შპ-ის გამოვლენის შემთხვევაში ექიმი ბლოკირებული შესახსრების მეზობელ ძვლებზე დებს ერთმა-

ნეთზე მოთავსებულ ცერებს დორსალური მხრიდან, ზოლო საჩვენებელ თითებს — ვენტრალური მხრიდან და ახორციელებს სამოხილიზაციო შესახსრებაში ურთიერთგადაადგილებას („მაკრატელას“ ხერხი).

ამბ-სათვის პაციენტი საკუთარ ტანზე რადიალური მხრით აფიქსირებს პრონირებულ მტევანს მოხრილი თითებით, მეორე ხელის ცერს ათავსებს ერთ-ერთ სამოხილიზაციო ძვალზე დორსალური მხრიდან, ზოლო საჩვენებელ თითს მეორე ძვალზე ვენტრალური მხრიდან და ახორციელებს მათ ურთიერთგადაადგილებას.

15. მაჯის კპალთაშორის სახსრებში პალმარული გადაადგილებით სახსრის „თავაშის“ გამოკვლევა, მბ

ს.მ. — ჯდომი ან ზურგზე წოლა, გამართული ხელი განზიდულია მხრის სახსარში და პრონირებული წინამხრით თავსდება ან გვერდით მჯდომი ექიმის მუხლზე ანდა მკერდზე ბალიშზე, მტევანი საყრდენს გარეთაა, თითები ოდნავ მოხრილია, ექიმი ერთი ხელით იჭერს წინამხარსა და მაჯის პროქსიმულ ძვლებს და აფიქსირებს მათ საყრდენზე, მეორე ხელით იჭერს მაჯის დისტალურ ძვლებს ორივე ხელის ცერებით (დორსალურად) და საჩვენებელი (ვენტრალურად) თითებით;

ხორციელდება გადაადგილება პალმარული მიმართულებით. დაძაბვამდე მიღწევის შემდეგ მოსინჯავენ ძვრადობასა და ზამბარისებრ წინააღმდეგობას. შბ-ის გამოვლენის შემთხვევაში ახორციელებენ მოხილიზაციას ზეწოლით ან მანიპულაციას მსუბუქი ბიძგით.

16. მაჯის კპალთაშორის სახსრის რადიალური ნაწილის სახსრის „თავაშის“ გამოკვლევა და მბ პალმარული გადაადგილებით

ს.მ. — ჯდომი ან წოლა, მხრის სახსარში განზიდული გამართული ხელი დევს მკერდზე ბალიშზე, ნახევრად პრონირებული მტევანი საყრდენს სცილდება, ექიმი დგას პაციენტის გვერდით, ცალი ხელის ცერით (დორსალურად) და დანარჩენი თითებით რადიალური მხრიდან იჭერს სხივ-მაჯის სახსარს მაჯის პროქსიმული ძვლების ჩათვლით და აფიქსირებს მათ საყრდენის კიდეზე, მეორე ხელის ცერს და საჩვენებელ თითებს ათავსებს მაჯის დისტალური რიგის ძვლებზე რადიალური მხრიდან;

ხორციელდება გადაადგილება პალმარული მიმართულებით. შბ-ის შემთხვევაში სრულდება მბ და მც ბიძგებით.

17. მაჯის კპალთაშორის სახსრებში შბ-ის დროს ექსტენზიის, აბდუქციისა ან კალმარული გადაადგილების მიმართულებით მბ და მც



ს.მ. — ჯდომი სკამის საზურგეზე მიყრდნობითა და გადაწოლით, ხელის მტევანი პრონირებული და მოდუნებულია, ექიმი დგას პაციენტის წინ და ორივე ხელით აფიქსირებს ერთმანეთზე მოთავსებულ ცერსა (დორსალურად) და საჩვენებელ (ვენტრალურად) თითებს შორის მოქცეულ თავდიდა ძვალს, — ექსტენზიის მიმართულებით შბ-ის დროს აფიქსირებს დიდი მრავალკუთხა ან მცირე მრავალკუთხა ძვალს; აბდუქციის მიმართულებით შბ-ის დროს სრულდება მბ წინამხრის ღერძის გასწვრივ ტრაქციის ხარჯზე, უკან გადაწევი, და პასიური მოძრაობით აჩქარებული რიტმით. მც-ს ექიმი ასრულებს დაძაბვამდე პასიური ექსტენზიის შემდეგ ტრაქციული ბიძგით დისტალური მიმართულებით.

18. სხივ-მაჯის სახსრის „თავაშის“ გამოკვლევა და მბ დორსალური გადაადგილებით (მბ გამოყენებულია ფლექსიის მიმართულებით უზნატიური გლოის დროსაც)

ს.მ. — წოლა (ჯდომი), გამართული ხელი განზიდულია მხრის სახსარში, წინამხარი და მტევანი სუპინირებულია, ექიმი ზის პაციენტის გვერდით, ცალი ხელით პალმარული მხრიდან იჭერს წინამხარს სხივ-მაჯის სახსარში და აფიქსირებს მას საკუთარ მოხრილ მუხლზე, მეორე ხელით იჭერს მაჯას და გადაადგილებს დორსალურად დაძაბვამდე, ამასთან, ანალიზებს ძვრადობასა და ზამბარისებრ წინააღმდეგობას. შბ-ის გამოვლენის შემთხვევაში სრულდება სამოხილიზაციო ბიძგი.

19. სამწახნაპრის კპლის დორსალური გადაადგილებით მბ იდაყვის კპლის საპირისპიროდ

ს.მ. — ნებისმიერი, პაციენტის ხელი იდაყვით საყრდენს ეყრდნობა და აწეულია, თითები ზემოთაა, ხე-

ლისგული ექიმისკენ მიმართული, ექიმი დგას ან ზის პაციენტის წინ, ერთმანეთზე მოთავსებული ცერების ბოლო ფალანგებს დებს ცერცვისებრ ძეაღზე პალმარული მხრიდან, ხოლო საჩვენებელ თითებს — იდაყვის ძელის დისტალურ ბოლოზე დორსალური მხრიდან.

ხორციელდება ზეწოლითი მოძრაობა ორივე ხელით ერთმანეთის შესახვედრად („მაკრატელი“).

20. მაჯის პროქსიმული რიგის კვლევის დორსალური გადაადგილების გამოკვლევა და მხრის კვლის საპირისპიროდ

ს.მ. — ნებისმიერი, მტევანი პრონირებულია, ექიმი დგას ან ზის პაციენტის წინ, ორივე ხელით ისე იჭერს მტევანს, რომ მისი ორივე ცერი დორსალური მხრიდან თავსდება იდაყვისა და სხივის ძელების დისტალურ ბოლოებზე და აფიქსირებს მათ, მოხრილი საჩვენებელი თითები რადიალური მხრით თავსდება ნავესებრი, სამწახნაგოვანი და ცერცვისებრი ძელების ქვეშ პალმარული მხრიდან;

ცერებით ხორციელდება ირიბად და პროქსიმალურად ზეწოლა, საჩვენებელი თითებით კი — ირიბად და დისტალურად დორსალური მიმართულებით ზეწოლა, რითაც მიიღწევა გადაადგილება და მცირე დისტრაქცია.

შპ-ის დროს სრულდება მპ მცირე ძალის ზეწოლით.

21. მაჯის დორსალური გადაადგილებით მანიპულაცია სხივის კვალთან მიმართებით

ს.მ. — ჯდომი, იდაყვის დაყრდნობით წინამხარი მიმართულია ვერტიკალურად, ექიმი დგას პაციენტის წინ, ერთმანეთზე გადაჭდობილი თითებით ისე იჭერს სხივ-მაჯის სახსარსა და წინამხარის ქვედა მესამედს რადიალური მხრიდან, რომ ერთი ხელის თენარი თავსდება წინამხრის ძელებზე დორსალური მხრიდან, ხოლო მეორე ხელის თენარი — მაჯის პროქსიმული რიგის ძელებზე პალმარული მხრიდან (წინამხრის ძელებზე მოთავსებული თენარი მეორე თენარზე დაბლა უნდა იყოს 2 სმ-ით);

ორივე ხელით ერთმანეთის შემხვედრი ერთდროული ზეწოლით მიიღწევა დაძაბვა, რის შემდეგაც ხორციელდება ბიძგი ტრაქციით.

22. სხივ-მაჯის სახსრის მპ რადიალური მიმართულებით

ს.მ. — ჯდომი ან წოლა, გამართული ხელი განზიდულია მხრის სახსარში, მტევანი პრონირებულია, ექიმი დგას პაციენტის მტევნის რადიალურ მხარესთან, ერთი პრონირებული მტევნის I-II თითებით რადიალური მხრიდან იჭერს სადგისისებრ მორჩს, ცერი პალმარულადაა, დანარჩენი თითები — დორსალურად, ექიმი

მეორე სუპინირებული ხელის მტევნით ულნური მხრიდან იჭერს მაჯას სამწახნაგოვან ძეალთან კონტაქტით (ცერი დორსალურადაა, დანარჩენი თითები — პალმარულად), ექიმის იდაყვები ერთმანეთის პარალელურად განზეა;

ექიმი მაჯაზე მოთავსებული ხელით ახორციელებს მცირე აღუქციას დაძაბვამდე, შემდეგ კი — მობილიზაციას რადიალური მიმართულებით.

სახის კუნთების მანუალური თერაპიის სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ხერხები

1. სახის კუნთების ზედაპირული პალპაცია

ს.მ. — ჯდომი ან წოლა, ექიმი II-III თითების მცოცავი მოძრაობით სინჯავს სახის ქსოვილებს, შეაფასებს ტურგორს, ელასტიკურობას, ტროფიკას, მექანიკურ აგზნებადობას, მტკივნეულობასა და გამკერძებას.

2. სახის კუნთების ღრმა პალპაცია

ს.მ. — ჯდომი ან წოლა, ექიმი თითებით სინჯავს სახის კუნთებს სტერილური ხელსახოცის ან რეზინის ხელთათმანის გამოყენებით: მეორე თითით პირის ღრუდან, ცერით კი — სახის კანის მხრიდან. შეიგრძნობა პირისირგვლივი, ყვრიმალის ღიდი და მცირე, საღეჭი, პირის კუთხის ამწევი და დამწევი კუნთები.

3. ყვრიმალისა და პირის კუთხის აფხვი კუნთების პირ

პროცედურის წინ უკეთესი კონტაქტისათვის სახე უნდა გაიწმინდონ სპირტით და პირის კუთხეზე დაიწებონ ლეიკოსალბუნის პატარა ნაჭერი.

ს.მ. — ჯდომი, ექიმი პაციენტის წინ დგას, საჩვენებელი თითი უდევს ლეიკოსალბუნის ნაჭერზე; ხორციელდება პირის კუთხის მსუბუქი დაწევა დაბლა, მედიალურად და აფიქსირებს ქვედა კბილებზე;

I ფაზა — პაციენტი კბილებს კრიჭავს, ექიმი უწევს ადეკვატურ წინააღმდეგობას 7 წამის განმავლობაში; II ფაზა — პირის კუთხის დაწევა ძირს და მედიალურად, ფაზები მეორდება 5-6-ჯერ.

4. ლოყისა და ღიმილის კუნთების პირ

ს.მ. — ჯდომი ან წოლა, ექიმი ცერს ათავსებს პაციენტის პირის ღრუში ჰიპერტონული კუნთის ქვეშ; ლოყას ოდნავ გაუწევს და ცერის ბალიშით ლოყის კუნთს უჭიმავს, ავადმყოფი ლოყით თითს აწევა 7 წამის განმავლობაში, შემდეგ აღუნებს ლოყას და ექიმი კუნთის დაჭიმვას განაგრძობს.

დადებითი ეფექტი — მტკივნეულობისა და ჰიპერტონიის გაქრობა.

5. თვალისირგვლივი კუნთის პირ

ს.მ. — ჯდომი ან წოლა, ექიმი დგას პაციენტის წინ, I-II თითებით უჭიმავს თვალისირგვლივ კუნთს დამბვამდე და უფიქსირებს მას სახის ძეგლებზე მიჭერით: I ფაზა — ავადმყოფი 7 წამის განმავლობაში ცდილობს თვლების დანუჭვას, ექიმი უწევს ადეკვატურ წინააღმდეგობას; II ფაზა — მოდუნება, რომლის დროს ექიმი განაგრძობს კუნთის შემდგომ დაჭიმვას.

დადებითი ეფექტი — თვალის ტრილის გაფართოება, თვალის ირგვლივ დაჭიმვის შეგრძნების გაქრობა.

6. ქალასარკველის კუნთის შუბლის ნაწილის პირ

ს.მ. — ჯდომი ან წოლა, ექიმი დგას პაციენტის წინ, პაციენტი ხუჭავს თვალებს და ექიმი I-II თითებით იჭერს მის წარბს, გადაადგილებს ქვემოთკენ დაჭიმვამდე და უფიქსირებს წარბზედა რკალის ქვედა მხარეზე: I ფაზა — წარბის აწევა, ექიმის თითი უწევს ადეკვატურ წინააღმდეგობას; II ფაზა — მოდუნება, ექიმი უფრო დაბლა უწევს წარბს.

7. ნიკაპისა და პირის კუთხის დამწვავი კუნთების პირ

ს.მ. — ჯდომი ან წოლა, ექიმი დგას პაციენტის წინ, I-ლი, მე-2-3 თითებით ქვედა ტუჩს უწევს და კბილებზე უფიქსირებს;

I ფაზა — პაციენტი ცდილობს ქვედა ტუჩის დაწევას, ექიმი უწევს ადეკვატურ წინააღმდეგობას; II ფაზა — მოდუნება, რომლის დროს ექიმი ქვედა ტუჩს უფრო მაღლა აუწევს.

8. პირისირგვლივი კუნთის პირ

ს.მ. — ჯდომი ან წოლა, პაციენტს პირის კუთხეებზე დაწებებული აქვს ლეიკოსალბუნი, ექიმი პაციენტის წინ დგას, I-ლი და მე-4 თითებით პირის კუთხეებს განზე გაუწევს მაქსიმალურად და დაუფიქსირებს კბილებზე მიჭერით; I ფაზა — ავადმყოფი კუმშავს პირისირგვლივ კუნთს, — „ტუჩებს თავს უყრის“; II ფაზა — მოდუნება, ექიმი უფრო უჭიმავს პირისირგვლივ კუნთს.

დადებითი ეფექტი — პირის დაჭიმვის შეგრძნების გაქრობა.

II. წერტილოვანი მასაჟი (აკუპრესურა)

შესავალი

წერტილოვანი მასაჟი (აკუპრესურა, თითით ჩეენი, თითით ზეწოლა, აკუპუნქტურა ნემსების გარეშე) ბიოლოგიურად აქტიურ წერტილებზე დოზირებული მექანიკური ზემოქმედების მეთოდია, რომელიც ხორციელდება თითებით (თითით ჩეენი, თითით ზეწოლა), მრგვალი წვერის ნემსით, ლითონის ბურთულით (ტუპოთერაპია ან ბურთულოთერაპია) ან სხვა ტექნიკური საშუალებებით ჯანმრთელი ან ავადმყოფი ორგანიზმის ფუნქციური მდგომარეობის რეგულირების მიზნით.

ძველი აღმოსავლეთის ავტორებს მიაჩნიათ, რომ ადამიანის ტანზე არსებობს წერტილები (მათი ტერმინოლოგიით — „სულის ფორები“), რომლებიც შეერთებული არიან ერთმანეთთან მილებით უცნაურ ქსელში და გარსეხვევიან მთლიანად ტანს. მათი შეხედულებით, ამ მილებში ცირკულირებს ადამიანის შინაგანი ენერგია — „ჩი“, რომელიც შეიძლება გადანაწილდეს წერტილებზე ზემოქმედებისას. ასეთი აზრს არ გვაკმაყოფილებს, ამიტომ არ ქრება მეცნიერთა დებატები აკუპრესურის ან რეფლექსოთერაპიის სხვა მეთოდების ზემოქმედების ფიზიოლოგიური მექანიზმების შესახებ.

ქსოვილური თეორიის მიხედვით, უნდა დავეყრდნოთ მიკროკორმონებისა და ცილების დაშლის იმ პროდუქტების ზეგავლენას, რომლებიც წარმოიქმნებიან ქსოვილთა ტრავმირებისას წერტილებზე ზემოქმედების დროს.

კაპილარული თეორია რეფლექსოთერაპიის მოქმედებას ხსნის კაპილარული სისხლის მიმოქცევის ნორმალიზაციით, რომელიც, თავის მხრივ, დევნის პათოლოგიას ამა თუ იმ ორგანოდან.

„მცირე ატომური აფეთქების“ თეორიის შესაბამისად, თითქოს წერტილის გაღიზიანება იწვევს ქსოვილებისა და მოლეკულების დაშლას მომდევნო მიკროჯაჭვური რეაქციით.

ჰისტამინური თეორია გულისხმობს, რომ ბიოლოგიურად აქტიურ წერტილებზე ზემოქმედება (ზურგის ტვინის შესაბამისი სეგმენტებით და სიმპათიკური ნერვული სისტემის საშუალებით) არეგულირებს ჰისტამინის შემცველობას პათოლოგიურად შეცვლილ ქსოვილებსა და ორგანოებში, რაც, თავის მხრივ, იწვევს კაპილარული სისხლისმიმოქცევისა და ნივთიერებათა ცვლის ნორმალიზაციას.

ელექტრული თეორია წარმოგვიდგენს შემდეგ ვარიანტებს: ნემსით ჩხვლეტის დროს ელექტრული ძაბვის წარმოქმნას; ადგილობრივი ელექტრომუხტის შეცვლას; ორგანიზმის ენერგეტიკული ცვლის შეცვლას კოსმოსური სხივების შთანთქმით; ბიოელექტრულ, ინფორმაციულ-ენერგეტიკულ და სხვა თეორიებს.

რეფლექსური თეორია ასახულია როგორც დასახელებებში, ისე რეფლექსოთერაპიის მეთოდის განვითარებაში. ბიოლოგიურად აქტიური წერტილების არეში რეცეპტორების გაღიზიანებისას ვითარდება ადგილობრივი და ზოგადი რეფლექსური რეაქციები და ქსოვილთა ტროფიკაზე გამოსატული ზეგავლენით იცვლება ცენტრალური, პერიფერიული და ავტონომიური ნერვული სისტემების ფუნქციური მდგომარეობა.

ამჟამად მეცნიერთა უმეტესი ნაწილი დარწმუნებულია, რომ რეფლექსოთერაპიის ეფექტი ხორციელდება კეპტატიური ნერვული სისტემის საშუალებებით.

რეცეპტორების ანატომიური განლაგების და ტიპის მიხედვით გამოყოფენ ხუთი ტიპის წერტილებს: 1) წერტილებს კუნთების არეში (რეცეპტორები — კუნთოვანი უჯრედები); 2) წერტილებს კუნთების მყესებში გადასვლის ადგილებში (რეცეპტორები — მყესოვანი ორგანოები); 3) წერტილებს მყესებთან (რეცეპტორები — ფირფიტოვანი სხეულები); 4) წერტილებს სასახსრე ჩანთის ახლოს (რეცეპტორების ტიპი დაუდგენელია); 5) წერტილებს თავის თმთან ნაწილსა და სხვა

ადგილებში (რეცეპტორები — თავისუფალი ნერვული დაბლობები).

აკუპუნქტურის წერტილების მოკლე ფიზიოლოგიური დახასიათება:

- ტემპერატურა მომატებულია;
- ელექტრული წინააღმდეგობა დაქვეითებულია და აღინიშნება მაღალი ელექტროოტენციალი;
- გაზრდილია ჟანგბადის შთანთქმა;
- განვითარებულია ნერვ-სისხლძარღვოვანი და რეცეპტორული ქსელი;
- აღინიშნება მტკივნეულობა პალპაციის დროს;
- ზოგჯერ წერტილის ადგილას შეიგრძნობა „კვანძი“, ან ზემოთ თითს გადაეცემა სპეციფიკური შეგრძნება — „უძირო ორმო“.

წერტილების დიამეტრი ცვალებადია, ორგანიზმის ფუნქციური მდგომარეობიდან გამომდინარე: მოსვენებულ მდგომარეობაში შეადგენს 1-5 მმ-ს, აგზნების დროს იზრდება 10 მმ-მდე. აღინიშნება აგრეთვე აკუპუნქტურის წერტილების დიამეტრისა და აქტიურობის ცვალებადობა დღე-ღამის, კვირის, თვეებისა და წლების განმავლობაში.

ბიოლოგიურად აქტიურ წერტილებზე ზემოქმედებისას ცდილობენ მიადწიონ ეგრეთ წოდებულ წინასწარ განსაზღვრულ შეგრძნებებს, როგორიცაა: ტკივილი, ტენიის შეგრძნება, სასიამოვნო შეგრძნება, სასიამოვნო სითბო.

ბიოლოგიურად აქტიურ წერტილებზე ზემოქმედების მეთოდიკიდან გამომდინარე, აგზნებითა თუ შეკავების, შეიძლება სხვადასხვა კლინიკურ-ფიზიოლოგიური რეაქციების და შედეგების მიღება. მაგალითად, აკუპრესურის შეკავებითი მეთოდიკა იწვევს: ჰიპოთენიას ან ანალგეზიას; კუნთების მოღუნებას; მიგრაცირეულაციის გაუმჯობესებას კაპილარების გაფართოების ხარჯზე (მათ შორის თავის ტვინშიც); მაღალი არტერიული წნევის დაკლებას; კანისა და ლორწოვანი გარსის სხვადასხვა ფაქტორისადმი მომატებული მგრძნობელობის შესუსტებას, სედაციას და სხვ.

აკუპრესურის აგზნებითი მეთოდიკით ჩატარებისას ცდილობენ მიადწიონ: სისხლში ლიპიდების მაღალი კონცენტრაციის შემცირებას, დეპრესიის გაქრობას (გუნება-განწყობილების გაუმჯობესებას), ჰორმონების გამოყოფის სტიმულაციას, იმუნური რეაქციების გაძლიერებას და სხვ. აღსანიშნავია აკუპრესურის პროცედურის ფსიქოთერაპიული ეფექტიც.

იმის მიხედვით, როგორ მიმდინარეობს ესა თუ ის დაავადება — ჰიპო- თუ ჰიპერფუნქციით, ირჩევენ აკუპრესურის მეთოდიკას — შეკავებითს, აგზნებითს თუ ჰარმონიზებულს.

მოკლედ დავახასიათებთ თითოეულ მათგანს. შეკავებითი მეთოდიკის დროს ბიოლოგიურად აქტიურ წერტილებზე ზემოქმედება ძლიერია, ღრმა და საკმა-

ოდ ხანგრძლივი წინასწარ განსაზღვრული შეგრძნებების მიღებით.

ერთ პროცედურაში ირჩევენ არაუმეტეს 4 წერტილს. ეს ეხება აკუპუნქტურას, ხოლო აკუპრესურის პროცედურაში შეიძლება იხმაროთ მეტიც. ზეწოლა ერთი, ორი ან სამი თითის (ცერი, საჩვენებელი, შუა) წვერით უნდა შევასრულოთ ზეწოლის თანდათანობითი მატებით (უბრალო ზეწოლის ან ჩახრახნის სახით) და სიღრმეში ზეწოლა დავაფიქსიროთ არანაკლები ერთი წუთისა, შემდეგ თითის აუღებლად წერტილიდან ვბრუნდებით საწყის მდგომარეობაში 5 წამის განმავლობაში. იღეთი მეორდება 2-3-ჯერ.

აგზნებითი მეთოდიკა გამოყენებულია იმ შემთხვევაში, როცა საჭიროა მატონიზებელი, მასტიმულირებელი, შენჯღრევებისა და აგზნებითი მოქმედება. ზეწოლა ძლიერ სწრაფია და ხანმოკლე, ყოველი იღეთის შემდეგ საჭიროა თითის მკვეთრი ალება. ერთ პროცედურაში აგზნებითი მეთოდიკა გამოყენებულია ორ-სამ წერტილზე (გულისხმობენ აკუპუნქტურის პროცედურას), ხოლო აკუპრესურის პროცედურაში შეიძლება იხმარონ მეტიც.

აკუპრესურის ჰარმონიზებულ მეთოდიკას შუალედური ადგილი უკავია. ხშირ შემთხვევაში მას უპირატესობას ანიჭებენ. მოცემულ სახელმძღვანელოში აღწერილია ი. კონიაშვილის სახელობის კურორტოლოგიისა და ფიზიოთერაპიის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტში შემუშავებული წერტილოვანი მასაჟის პროცედურები სხვადასხვა დაავადების დროს, სადაც წერტილებზე ზემოქმედების ჰარმონიზებულ დოზირებაა გამოყენებული.

წერტილოვანი მასაჟის პროცედურის ჩატარებისას ვითვალისწინებთ კლასიკური მასაჟის იღეთების (ხელსმის, სრესის, თელვის, რხევის, დარტყმითი იღეთების), აგრეთვე კინეზოთერაპიისა და მანუალური თერაპიის ელემენტებისა და კომბინაციების გამოყენებასაც.

ხშირად წერტილების მასაჟს აკეთებენ ერთი, ორი ან სამი თითის წვერებით, მოხრილი თითებით, ნების ფუძით ან ხელისგულის გვერდითი ზედაპირით. ბიოლოგიურად აქტიურ წერტილებზე ზემოქმედების გარდა აკუპრესურაში გამოყენებულია ზემოქმედება მერიდიანებზე, ე. წ. ხაზოვანი მასაჟი.

აკუპრესურის ხშირ შემთხვევაში ვლევულობთ ისეთსავე ეფექტს, როგორსაც ნემსით ზემოქმედებისას, ამასთან რეფლექსოთერაპიის სხვა საშუალებებთან შედარებით მას უნდა მიენიჭოს უპირატესობები, მაგალითად: 1) ტექნიკური იღეთების უბრალოება და მისაწვდომობა, რაც არ იწვევს მეთოდის ეფექტურობის შემცირებას; 2) გართულებების არარსებობა (კანი არ ზიანდება, ინფიცირებისა და ტკივილოვანი შოკის წარმოქმნის საშიშროება არ არის; 3) ასაკობრივი

შეზღუდვა არ არის; 4) იაფი მეთოდია (არ საჭიროებს ხელსაწყო-იარაღების, აპარატურის, მედიკამენტების გამოყენებას); 5) მაღალი ეკონომიურობა, ერთი ექიმის ხელმძღვანელობით შეიძლება ერთდროულად იმუშაოს რამდენიმე მომზადებულმა მასაჟისტმა; 6) შესაძლებელია თვითმასაჟი და ურთიერთმასაჟი; 7) აკუპრესურის გამოყენება, როგორც სასწრაფო დახმარების ერთ-ერთი მეთოდი; 8) ტანსაცმლის ზემოდან აკუპრესურის ჩატარების შესაძლებლობა.

ბიოლოგიურად აქტიური წერტილების რაოდენობა უამრავია (1500-ზე მეტი). პრაქტიკულ რეფლექსოთერაპიაში უფრო ხშირად გამოყენებულია 100-150 წერტილი, მათ შორის არსებობს სპეციფიური, ზოგადი და ლოკალური მოქმედების წერტილები. ერთი და იმავე დაავადების დროს შეიძლება ზემოქმედება სხვადასხვა წერტილზე, ამავე დროს შეიძლება ერთი და იმავე წერტილის გამოყენება სხვადასხვა დაავადების მკურნალობისას.

სადღეისოდ მიღებულია თანამედროვე ევროპული წერტილების ასობრივ-ციფრობრივი აღნიშვნა, რომელშიც ასო მიუთითებს მერიდიანზე, ციფრი — ამ მერიდიანზე წერტილის რიგით ნომერზე. წერტილების ჩინური დასახელება არ არის ინფორმაციული, მისი გამოყენება შეიძლება მხოლოდ მეხსიერების გავარჯიშების მიზნით. გავითვალისწინეთ, რომ ზოგიერთ სახელმძღვანელოში მოცემულია წერტილების მხოლოდ ჩინური დასახელება და წინამდებარე პროცედურების კონსპექტებში ბიოლოგიურად აქტიური წერტილები აღვნიშნეთ ორივე დასახელებით: GI4 (ხე-გუ), E36 (ცხუ-სან-ლი), VB30 (ხუან-ტაო), VB34 (სან-ლინ-ციუნი), V60 (კუნ-ლუნი), MC6 (ნეი-გუანი) და ა. შ.

წერტილოვანი მასაჟის მეთოდიკის შედგენისას უნდა ვიხელმძღვანელოთ საყოველთაოდ მიღებული ჩინური თეორიით მერიდიანების შესახებ.

კლასიკური მერიდიანების რაოდენობა 14-ია, აქედან 12 წვეილია, 2 — კენტი. გამოყოფენ კიდევ 8 „სასწაულებრივ“ მერიდიანს, რომლებიც იწყებენ ფუნქციონირებას ქრონიკული დაავადების დროს, ისინი შედგებიან კლასიკური წერტილებისგან, მხოლოდ სხვა მიმართულება აქვთ. არსებობს კიდევ 12 კუნთ-მყესოვანი მერიდიანი, რომლებიც იმეორებენ კლასიკური მერიდიანების სვლას, განსხვავდებიან მათგან უფრო ფართო და ზედაპირული სვლით. მერიდიანზე წერტილების რაოდენობა სხვადასხვაა, — 9-დან — 67-მდე, მაგრამ ყველა მერიდიანზეა „სტანდარტული პუნქტი“:

1. ამგზნები (მატონიზებელი) წერტილი
2. შეკავებითი (სედატიური) წერტილი
3. წერტილი — წყარო („დამხმარე“)
4. განმამტკიცებელი წერტილი (ლო-პუნქტი)
5. „თანხმობის“ ან „თანაგრძნობის“ წერტილი
6. „მაუწყებელი“ წერტილი ან „განგაშის“ წერტილი

ლი

7. „მოღენისა“ და „განდენის“ წერტილები.

წერტილების შერჩევის მეთოდები

ხშირად გამოიყენებენ ჩუ-ლიანის მეთოდებს.

1. სიმეტრიული წერტილების შერჩევა.

მაგალითად, კუჭის დაავადების დროს — E36 (ცხუ-სან-ლი), კბილების ტკივილის დროს — GI4 (ხე-გუ).

2. წერტილების შერჩევა ზედა და ქვედა კიდურებზე.

მაგალითად, ხველების დროს — GI4 (ხე-გუ) და E36 (ცხუ-სან-ლი), ტეტანის დროს — GI4 (ხე-გუ) და F3 (ტაი-ჩუნი).

3. წერტილების შერჩევა წინა და უკანა მხარეებზე, ღრმა და ზედაპირული გაღიზიანებით. გამოყენებულია როგორც ერთი, ისე ერთდროულად რამდენიმე დაავადების მკურნალობის დროს.

მაგალითად, იშიაზისა და შინაგანი ორგანოების დაავადებების შერწყმის შემთხვევაში მკურნალობისთვის იყენებენ — VB30 (ხუან-ტაო) და E36 (ცხუ-სან-ლი) წერტილებს; კბილის ტკივილისა და ნევრალგიის დროს — GI11 (ციუი-ჩი) და GI4 (ხე-გუ) წერტილებს.

4. წერტილების შერჩევა ორ ხაზზე წინა და უკანა მხარეებზე, იყენებენ ერთი ან ორი დაავადების მკურნალობისას.

მაგალითად, მუხლის სახსრისა და შარდსაწვეთი სისტემის დაავადებების მკურნალობისას იყენებენ VB34 (იან-ლინ-ციუნი) და RP9 (ინ-ლინ-ციუანი) წერტილებს.

5. პირდაპირი და ირიბი გაღიზიანების შერჩევა. ერთდროულად ირჩევენ ადგილობრივ და შორეულ წერტილებს.

მაგალითად, ცხვირის დაავადებების დროს იყენებენ წერტილებს: GI20 (ინ-სიანი) და GI19 (ხე-ლიაო) ან ირჩევენ წერტილებს ხელებზე: GI4 (ხე-გუ) ან GI11 (ციუი-ჩი).

6. ცენტრალურ ნერვულ სისტემასთან ახლოს მდებარე და შორსმდებარე წერტილების შერჩევა.

მაგალითად, მაღიარის მკურნალობისას იყენებენ წერტილებს: T14 (და-ჩუი) და MC5 (ცზიან-ში). პირველი წერტილი მდებარეობს კისრისა და ზურგის არეში, მეორე — წინამხარზე.

7. რამდენიმე სიმპტომური წერტილის ერთდროული შერჩევა.

მაგალითად, კუჭის ტკივილისა და ფაღარათის შემთხვევაში შეიძლება გამოიყენოთ წერტილები: J12 (ჩუენ-ვანი) და E25 (ტიან-შუ) ან R17 (ხუან-შუ) და MC6 (ნეი-გუანი).

8. ზოგადგამაჯანსაღებელი და სიმპტომური წერტილების შერჩევა.

ამ მიზნისთვის ხშირად იყენებენ შემდეგ წერტილებს: V43 (გაო-ხუანი), TR5 (ვაი-გუანი), V11 (და-ჩეუ), T4 (მინ-მენი), GI11 (ციუი-ჩი), E36 (ცზუ-სან-ლი), VB39 (სიუიან-ჩეუნი), J4 (გუან-იუანი), V26 (გუან-იუან-შუ) და სხვა.

9. წერტილების შერჩევა დაზიანებული ორგანოს არეში.

მაგალითად, ყურის დაავადების დროს შეიძლება გამოიყენონ შემდეგი წერტილები: TR21 (ერ-მენი), VB6 (სიუიან-ლი), VB11 (ტოუ-ციაო-ინი) და ა. შ.

10. წერტილების ორმხრივი და გადაჯვარედინებული შერჩევა.

ძველად დიდ ყურადღებას აქცევდნენ შემდეგ მომენტებს: თუ დაზიანების კერა მდებარეობდა ტანის ზედა ნაწილში, წერტილებს ირჩევდნენ ქვედა ტანზე და პირიქით; თუ დაზიანების კერა მდებარეობდა სხეულის მარჯვენა ნაწილში, წერტილებს ირჩევდნენ მარცხენა ნაწილში და პირიქით. მაგალითად, კბილის ტკივილის დროს მარჯვნივ, გარდა წერტილებისა E7 (სიან-გუანი) და E6 (ცზია-ჩე), უნდა გამოიყენონ წერტილი GI4 (ხე-გუ) მარცხნივ.

ქვემოთ მოგვყავს წერტილოვანი მასაჟის პროცედურები სხვადასხვა დაავადების შემთხვევაში.

ხერხეალის ოსტეოპონდროზის აკურნა- ლოა შიაცუს მეთოდით

შიაცუს (ში - ცერი, აცუს - დაჭერა) განეკუთვნება ბიოლოგიურად აქტიურ წერტილებზე დოზირებული მექანიკური ზემოქმედების მეთოდებს, რომლებიც ხორციელდება თითების საშუალებით ადამიანის ჯანმრთელი ან ავადმყოფი ორგანიზმის ფუნქციური მდგომარეობის მართვის მიზნით. თითების ზეწოლის ყველა ზერხი და მეთოდი გაერთიანებულია წერტილოვანი მასაჟის ცნებაში.

იაპონიაში „შიაცუს“ შექმნას თავშესაქცევი ისტორია აქვს, რომელსაც მოკლედ აღვწერთ: შიაცუს თერაპიის ორგანიზატორია ტოკუჯირო ნამიკოში. იგი დაიბადა 1905 წელს კუნძულ შიკოკუზე, კოგავას პრეფექტურაში; როცა ტოკუჯიროს 7 წელი შეუსრულდა მისი ოჯახი საცხოვრებლად გადავიდა კუნძულ ჰოკაიდოზე, სადაც მკაცრი ჰავაა. მომქანცველმა მგზავრობამ და ნესტიანმა ჰავამ უარყოფითად იმოქმედა ტოკუჯიროს დედის ჯანმრთელობაზე — იგი დაავადდა სახსრების რევმატიზმით. დრო გადიოდა და დედას მუხლსა და სხვა სახსრებში ტკივილი უფრო და უფრო უძლიერდებოდა. სოფელში, სადაც ნამიკოშის ოჯახი ცხოვრობდა, ექიმი არ იყო, იქაურებმა არ იცოდნენ,

რა იყო წამალი. შვილებს არ შეეძლოთ გულხელდაკრეფილი ექპირათ დედის ტანჯვისთვის და ერთადერთი, რაც მოიფიქრეს, იყო მუშტებით ზეწოლა იმ ადგილებში, სადაც დედა ტკივილს გრძნობდა. ბავშვების მონდომება იმდენად ძლიერი აღმოჩნდა, რომ ტკივილმა, მართლაც, იკლო, დედა ხშირად ეუბნებოდა ტოკუჯიროს: „შენი ხელები უკეთ გრძნობს“-ო და შვილიც, რომელსაც წარმოდგენა არ ჰქონდა ადამიანის ანატომიაზე, დედის სხეულის უფრო მტკივნეულ და ცივ ადგილებს 20-80-ჯერ აჭერდა მუშტებს. დედას მდგომარეობა გაუმჯობესდა. ხერხეალის სვეტზე ორივე მხრიდან ზეწოლით ტოკუჯირო უნებურად სტიმულს აძლევდა თირკმელზედა ჯირკვლებიდან კორტიზონის გამოყოფას, რომელიც კურნავს რევმატიზმს, ტკივილის მიყენებით ტკივილის ლიკვიდირების ეს პირველი ცდები დაედო საფუძვლად „შიაცუს“ სისტემას.

მრავალწლოვანი პრაქტიკისა და სწავლის შემდეგ, 1925 წელს, ტოკუჯირომ კუნძულ ჰოკაიდოზე გახსნა „შიაცუს“ თერაპიის დაწესებულება. გადიოდა დრო და ადამიანები, რომლებიც მასთან სამკურნალოდ დადიოდნენ, მისი მოწაფეები ხდებოდნენ. 1933 წელს ტოკუჯირომ სცადა ინსტიტუტის გახსნა ტოკიოში. ეს რთული საქმე დასრულდა 1940 წელს, მაგრამ მხოლოდ 1957 წელს გახდა „შიაცუს“ იაპონური სკოლა ლეგალური, იგი ჯანმრთელობის სამინისტრომ ოფიციალურად აღიარა.

ნოვოკუზნეცკის ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტის ნერვულ დაავადებათა კათედრაზე შეიმუშავეს შიაცუს გამოყენების მეთოდიკა ხერხეალის ოსტეოპონდროზის ნევროლოგიური გამოვლინებების დროს (ბ. პეტროვი). საზემოქმედო წერტილზე თითით ზეწოლა საშუალოდ 6 კგ-ის უდრის. ზეწოლა შეიძლება ცერის ბალიშით, ერთმანეთზე მდებარე ორი თითით, ერთმანეთის გვერდით მდებარე ორი თითით, ხელისველის ფუძით და ა. შ.

გამღიზიანებული (ამგზნები) მეთოდი დამოკიდებულია დოზირებაზე, თანაბარზომიერ ან სწრაფ ზეწოლაზე და შემდეგ ამ ზეწოლის მოხსნაზე. განსახილველ შემთხვევაში ამგზნები ზემოქმედება მიიღწევა წერტილზე სამ წამიანი ზეწოლით, შემდგომში თითის სწრაფი მოცილებით; ციკლი მეორდება 3-5-ჯერ. შემკავებელი (ტკივილგამაყუჩებელი, დამამშვიდებელი) ეფექტი მიიღწევა თითის თანაბარზომიერი ნელ ჩაფლობით ქსოვილში და ბიოლოგიურად აქტიურ წერტილზე 7-წამიანი ზემოქმედებით, რის შემდეგაც თითი ასევე ნელა, თანდათანობით სცილდება ქსოვილს. განმეორების რაოდენობა — 3-5. ასევე აღიარებულია აკუპრესურის მაჰარმონიზებული მეთოდი, რომელიც შუალედური პოზიციაა ამგზნებ და შემკავებელ მეთოდებს შორის და ბევრ შემთხვევაში მათ ჯობია.

ხერხემლის ოსტეოქონდროზის კლინიკური გამოვლინებების დროს შიაცუს ახორციელებენ კუნთებზე. ზეწოლის დოზირება განისაზღვრება ტკივილის შეგრძნებით. დოზირება — 7 წამი. 9 — წამიანი უწყვეტი დაწოლის შემდეგ მოსალოდნელია აგზნება, შემდეგ კი რამდენიმე წამში — ისევ შეკავება. ამიტომ რეკომენდებულია, შიაცუს ტკივილგამაყუჩებელი დოზირება იყოს 7 წამი. ხერხემლის თითოეული რგოლისთვის განკუთვნილია სხვადასხვა ზემოქმედება, რაც დამოკიდებულია მიოსტატიკურ ან მიოდისტონიურ გამოვლინებებზე (შემკავებელი და ამგზნები მეთოდების შესაბამისად). ოსტეოფიბროზის ადგილებში (სადაც შეშუპებაა) რეკომენდებულია აუპრესურის ჩატარება შემკავებელი (ტკივილგამაყუჩებელი) მეთოდით.

შიაცუს საშუალებით შეიძლება კუნთების პოსტურული დისბალანსის კორექცია. მაგალითად, მუცლის კუნთების გაძაგრება საჭიროა სატანვარჯიშო ვარჯიშებით, ხოლო ღუნდულების მოღუნება — ნამიკოშის მიხედვით.

შიაცუს მიხედვით ზეწოლის ადგილი შერჩეული უნდა იყოს კუნთების პოლუსზე (ნერვის კუნთში შესვლის ადგილას) ან მყესების მიმაგრების ადგილას. ბარძაყზე 9 წერტილია, მხარზე — 6, კანკზე — 6, კისერზე კი — 4.

ნამიკოშის მიხედვით წერტილოვანი მასაჟის ერთი პროცედურის დოზირება 20-დან 30 წუთამდეა (ერთი ავადმყოფისთვის), ერთი პროცედურის ეფექტის ხანგრძლივობაა 6-9 საათი (მთ-ის გარეშე). მკურნალობის კურსი 8-12 პროცედურისგან შედგება.

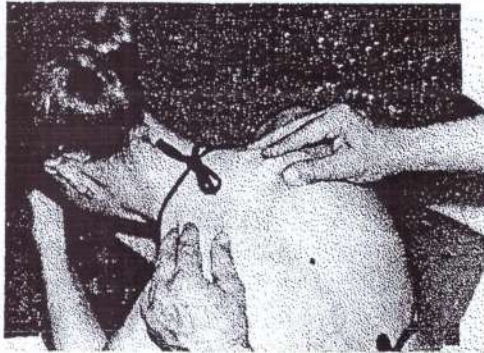
ხერხემლის დისკოების გადაადგილების მკურნალობისას ავადმყოფმა უნდა მიუთითოს ექიმს, სადა გრძნობს ტკივილს. საჭიროა იმის გარკვევა, თუ ხერხემლის რომელი მხარეა დაზიანებული. დაუშვავთ, ტკივილი წელის მეოთხე მალის მარცხენა მხარესაა. მკვეთრი ზეწოლის გარეშე საჭიროა ამ მალის მარცხენა მხარეს კუნთების შებოჭილობის გაქრობა ცერებით უწყვეტი ზეწოლით. შემდეგ შუა თითის ბალიშით რბილად აწვებიან შეზნეპილ ნაწილს წელის მეოთხე და მეხუთე მალეების წვეტიან მორჩებს შორის. თუ ავადმყოფი იგრძნობს მწვავე ტკივილს, მაშასადამე, ეს ადგილია დაზიანებული. ზეწოლა საჭიროა მსუბუქად ერთი წამის განმავლობაში, 5-ჯერ განმეორებით. ამის შემდეგ ავადმყოფი ზურგზე უნდა გადააბრუნონ და ხელისგულით დააწვენ მუცლის არეში. ამ დროს ყურადღებას აქცევენ ფოსოს კუჭის არეში. ზეწოლა ხორციელდება ჭიპის მარცხენა მხარეს რბილად, მაგრამ ღრმად. ავადმყოფს ტკივილი ექნება წელის არეში. ამ წერტილზე ხელისგულით ზეწოლა საჭიროა 10-ჯერ სამ-სამი წამით. ავადმყოფი გაუნძრევლად უნდა იწვეს რამდენიმე ხანი და რამდენიმე დღის

განმავლობაში ერიდოს მკვეთრ დახრასა და გადახრას.

წერტილოვანი მასაჟი კისრის ოსტეოქონდროზის დროს

I. პროცედურის მოსამზადებელი ნაწილი

I. ს.მ. — მუცელზე წოლა;



კისრის კუნთებისა და მხრის ზედა არის კლასიკური მასაჟი, 3 წუთი.

II. პროცედურის ძირითადი ნაწილი

2. ს.მ. — ზურგზე წოლა;



GI4 (ზე-გუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს მტევნის I და II ნების ძელებს შორის, უფრო II ძეგლთან ახლოს.

3-ჯერ, 15-15 წამი, 5 წამიანი ინტერვალით.

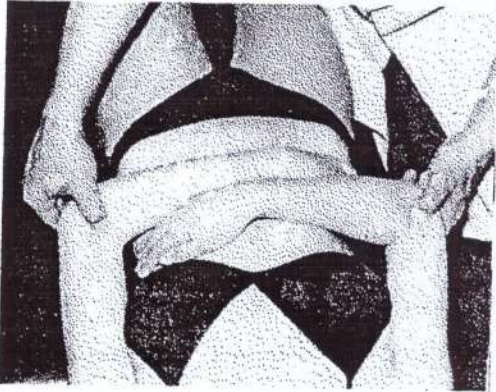
3. ს.მ. — ზურგზე წოლა;



TR5 (ვაი-გუანი) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს სხივ-მაჯის სახსრების ზემოთ ორი თითის განივად დადებაზე, წინამხრის ღორსალური ზედაპირის შუა ხაზზე.

3-ჯერ, 15-15 წამი, 5-წმ-იანი ინტერვალით.

4. ს.მ. — ზურგზე წოლა;



GI 11 (ციუი-ჩი) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს იდაყვის მოხრის დროს წარმოქმნილი ნაკეცის გარეთა მხარეს.

3-ჯერ, 15-15 წამი, 5 წამიანი ინტერვალით.

5. ს.მ. — ზურგზე წოლა;



GI15 (ცზუიან-იუი) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს ბეჭის აკრომიონსა და მხრის ძელის დიდ ბორცვს შორის, მხრის განზე (პორიზონტალურ დონემდე) გაწევის დროს წარმოქმნილ ჩაღრმავებაში.

3-ჯერ, 15-15 წამი, 5 წამიანი ინტერვალით.

6. ს.მ. — ზურგზე წოლა;



E12 (ციუე-პენი) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი აღინიშნება ლავიწზედა ორმოს ცენტრში.

3-ჯერ, 15-15 წამი, 5 წამიანი ინტერვალით.

7. ს.მ. — ზურგზე წოლა;

VB20 (ფენ-ჩი) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია; წერტილები მდებარეობს ჰეკრდ-ლავიწ-დვრილი-სებრი და ტრაპეციული კუნთების მიმაგრების ადგილას, რომელსაც თითებით მოსინჯავენ კეფის არეში არსებულ ჩაღრმავებაში.

3-ჯერ, 15-15 წამი, 5 წამიანი ინტერვალით.

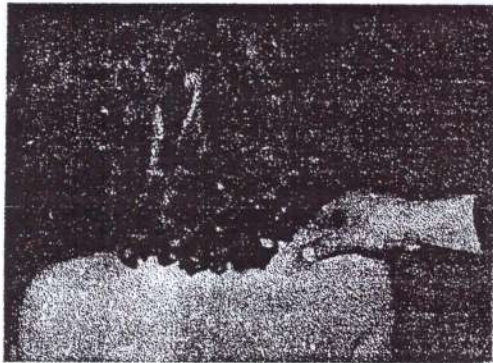
8. ს.მ. — პირქვე წოლა;



V10 (ტიან-ჩუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს თმის ძირის უკანა საზღვრის ზემოთ 2 სმ-ით ტრაპეციული კუნთის მიმაგრების ადგილის გარეთა მხარეს.

3-ჯერ, 15-15 წამი, 5 წამიანი ინტერვალით;

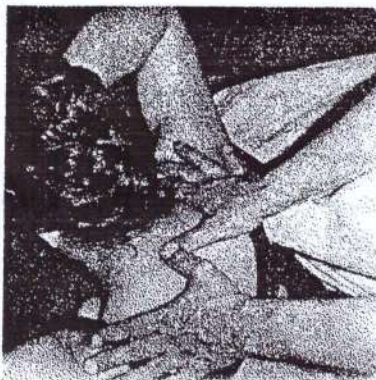
9. ს.მ. — პირქვე წოლა;



VB21 (ცზიან-ცზინი) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს იმ ხაზის შუაში, რომელიც კისრის VII ძალას ბეჭის ძვლის სამხრეთ მორჩთან აერთებს.

3-ჯერ, 15-15 წამი, 5 წამიანი ინტერვალით.

10. ს.მ. — პირქვე წოლა შუბლის ხელებზე დაყრდნობით;

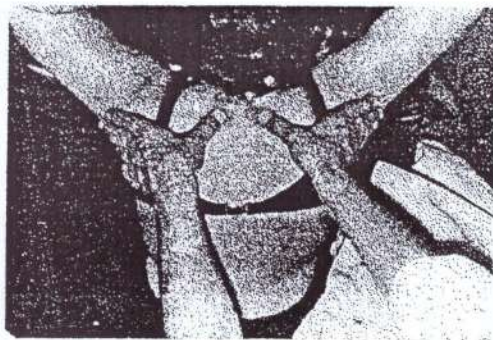


T14 (და-ჩუი) წერტილის პრესაცია. წერტილი მდებარეობს კისრის VII და გულმკერდის I ძალების წვეტიან მორჩებს შორის შუალედში.

3-ჯერ 15-15 წამი, 5 წამიანი ინტერვალით.

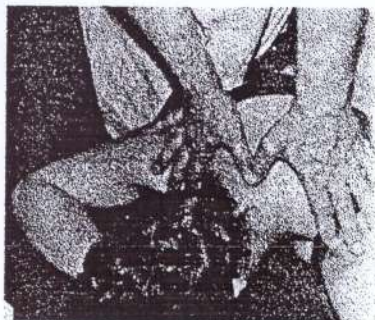
11. ს.მ. — მუცელზე წოლა, თავის გვერდზე მოსახერხებლად მიბრუნება;

V11 (და-ჩუი) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს I პარავერტებრულ ხაზზე, გულმკერდის I და II ძალების წვეტიან მორჩებს შორის შუალედში.



3-ჯერ, 15-15 წამი, 5 წამიანი ინტერვალით.

12. ს.მ. — პირქვე წოლა და ხელის მტევნებზე შუბლის დაყრდნობა;



ცერის ბოლო ფალანგის ბალიშით დაზიანებული სეგმენტის წვეტიან მორჩზე ან მის გვერდით ზედაპირზე ზამბარისებრი ზეწოლა შესაბამისად უკანა-წინა ან განივი მიმართულებით, ტკივილის მხარეს.

წამში 2-ჯერ, 20 წამის განმავლობაში.

III. პროცედურის დასკვნითი ნაწილი

13. ს.მ. — ზურგზე წოლა, თავი მკურნალს უჭირავს;

კისრის კუნთების იზომეტრიული ვარჯიშები: მოხრა, გაშლა, ლატეროფლექსია და როტაცია.

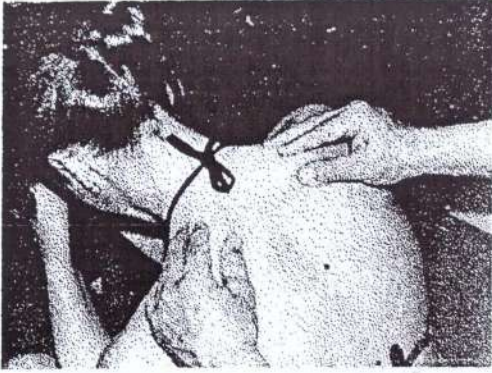
7-10 წამი, თითო განმეორებით.

წერტილოვანი მასაჟი მხრის სახსრის ართროზის დროს

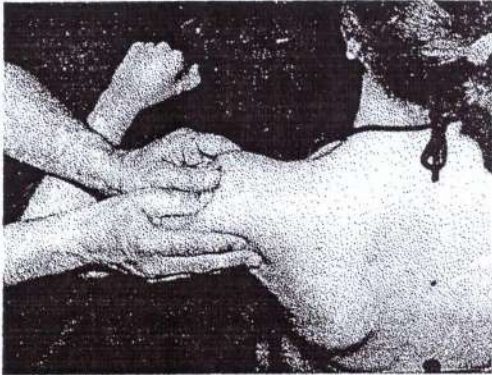
I. პროცედურის მოსამზადებელი ნაწილი

I. ს.მ. — ჯდომი, შუბლის მუშტებზე დაყრდნობით; „საყელოს“ ზონის ხელსმა (5%), სრესა (35%), თელვა (60%).

2 წუთი.



2. ს.მ. — ჯდომი. იდაყვი საყრდენზე დევს, გულ-
მკერდის ღონეზე;



მხრის სახსრის არეში ხელსმის სრესასთან (20%)
და თელვასთან (70%) შეხამება სედაციური მეთოდი-
კით.

2 წუთი

II. პროცედურის ძირითადი ნაწილი

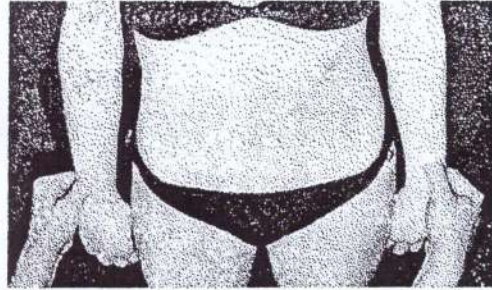
3. ს.მ. — ჯდომი, იდაყვი საყრდენზე დევს, გულ-
მკერდის ღონეზე;



ხელის მტევნის I და II ნების ძეგლებს შორის შუა-
ლედში მდებარე ბიოლოგიურად აქტიური წერტილის
Gl4 (ხე-გუ) პრესაცია.

3-ჯერ, 15-15 წამი, 5 წამიანი პაუზით.

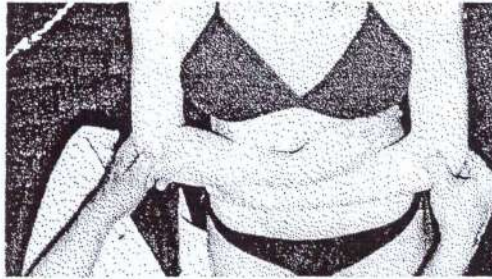
4. ს.მ. — იგივე;



წინამხრის დორსალურ ზედაპირზე, სხივ-მაჯის
სახსრის ზემოთ ორი თითის განივად დადებაზე, შუა
ხაზზე მდებარე TR5 (ვაი-გუანი) წერტილის პრესაცია.

3-ჯერ, 15-15 წამი, 5 წამიანი პაუზით.

5. ს.მ. — იგივე;



იდაყვის სახსარში მოხრისას წარმოქმნილი ნაკე-
ცის გარეთა ბოლოზე მდებარე ბიოლოგიურად აქტიუ-
რი წერტილის Gl11 (ციუი-ჩი) პრესაცია.

დოზირება იგივე.

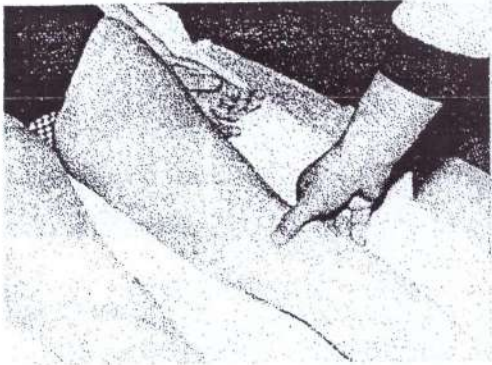
6. ს.მ. — ჯდომი, იდაყვი საყრდენზე დევს, გულ-
მკერდის ღონეზე;



ცია. წერტილი მდებარეობს კანჭის უკანა ზედაპირის ცენტრში, შიგნითა კოჭის ზედა მხარესა და მუხლქვეშა ნაკეც შორის მანძილის შუაში.

3-ჯერ, 15-15 წამი, 5 წამიანი ინტერვალით.

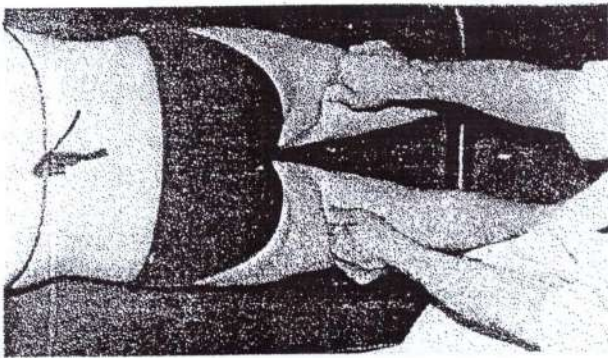
8. ს.მ. — იგივე;



V40 (ვეი-ჩუნი) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს მუხლქვეშა ფოსოს ცენტრში.

იგივე დოზირება.

9. ს.მ. — იგივე;



V37 (ინ-შენი) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს ბარძაყის უკანა ზედაპირის ცენტრში. იგივე დოზირება.

10. ს.მ. — იგივე;



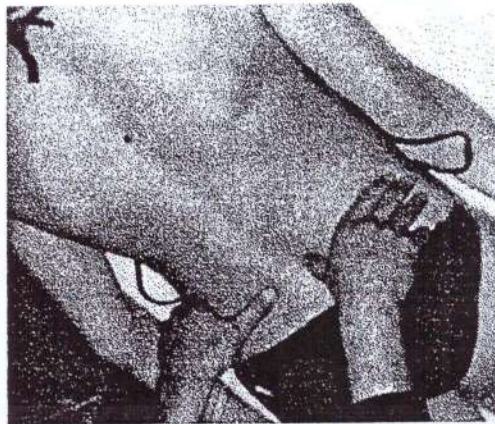
V36 (ჩენ-ფუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს დუნდულის ქვეშა ნაკეცის ცენტრში. იგივე დოზირება.

11. ს.მ. — იგივე;



VB30 (ხუან-ტიაო) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს დუნდულაზე, მენჯ-ბარძაყის სახსრის უკან. იგივე დოზირება.

12. ს.მ. — იგივე;



წელის II და III მალეების წვეტიან მორჩებს შორის მდებარე T4 (მინ-მენი) წერტილის პრესაცია. იგივე დოზირება.

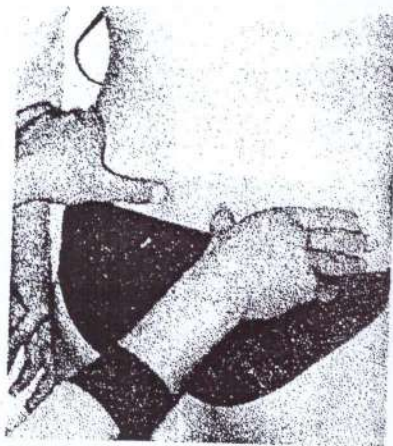
13. ს.მ. — იგივე;

V23 (შენ-შუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია; წერტილი მდებარეობს I პარავერტებრულ ხაზზე, წელის II და III მალეების წვეტიან მორჩებს შორის შუალედში. იგივე დოზირება.

14. ს.მ. — იგივე;

V24 (ცი-ხაი-შუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს I პარავერტებრულ ხაზზე, წელის III და IV მალეების წვეტიან მორჩებს შორის შუალედში. იგივე დოზირება.

15. ს.მ. — იგივე;



V25 (და-ჩან-შუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს I პარავერტებრულ ხაზზე, წელის IV და V მალეების წვეტიან მორჩებს შორის შუალედში. იგივე დოზირება.

16. ს.მ. — იგივე;

T3 (იან-იან-გუანი) წერტილის პრესაცია. წერტილი მდებარეობს წელის IV და V მალეების წვეტიან მორჩებს შორის.

3-ჯერ, 15-15 წამი, 5 წამიანი ინტერვალით.

17. ს.მ. — იგივე;

V31 (შან-ლიაო) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი შეესაბამება გავის ძვლის I უკანა ხერხელს. იგივე დოზირება.

18. ს.მ. — იგივე;

V32 (ცი-ლიაო) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი შეესაბამება გავის ძვლის II უკანა ხერხელს. იგივე დოზირება.

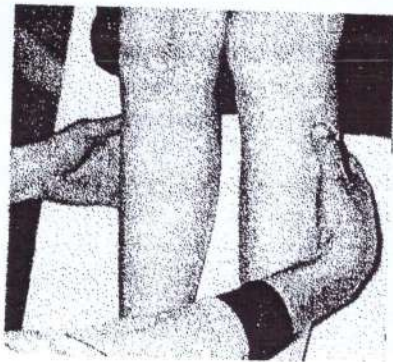
19. ს.მ. — იგივე;

V33 (ჩუუნ-ლიაო) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია, რომლებიც შეესაბამებიან გავის ძვლის III უკანა ხერხელს. იგივე დოზირება.

20. ს.მ. — იგივე;

გავის ძვლის მეოთხე უკანა ხერხელის შესაბამისი V34 (სია-ლიაო) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. იგივე დოზირება.

21. ს.მ. — იგივე;



VB34 (იან-ლინ-ციუანი) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს მცირე წვივის ძვლის თავის წინა-ქვედა მხარეს ჩაღრმავებაში. იგივე დოზირება.

22. ს.მ. — ზურგზე წოლა;

აწ 40 („ხერხემლის წელის მიდამო“) პრესაცია. 1,5 წუთი.



III პროცედურის დასკვნითი ნაწილი

23. წელის არეში მანუალური ან აპარატით ლაბილური ვიბრაცია და აუტორელაქსაცია (შესაბამისად 15 წამი და I წუთი).

მეთოდური შენიშვნა: სხვადასხვა პროცედურებში შეიძლება შევანაცვლოთ წელისა და გავას არეში მდებარე წერტილები.

წერტილოვანი მასაჟი კოქსარ-თროშის დროს

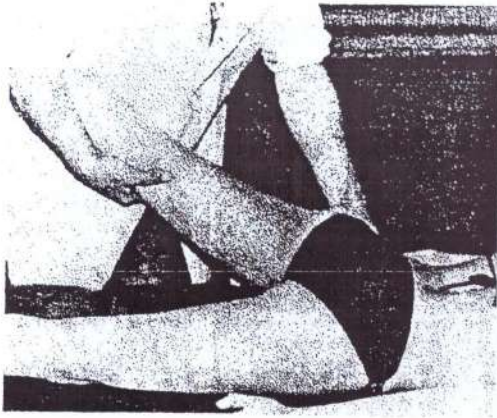
I. პროცედურის მოსამზადებელი ნაწილი

I. ს.მ. — პირქვე წოლა (მუცლის ქვეშ ბალიშია ამოღებული წელის ღორღოზის შემცირებისათვის, ხოლო წვივის ქვედა მესამედის ქვეშ — მუთაქა) ფეხი მუხლის სახსარში 15°-ითაა მოხრილი;

დუნდულა კუნთების იზომეტრიული შეკუმშვა. 7-10 წამი, 4-ჯერ.

2. ს.მ. — იგივე;

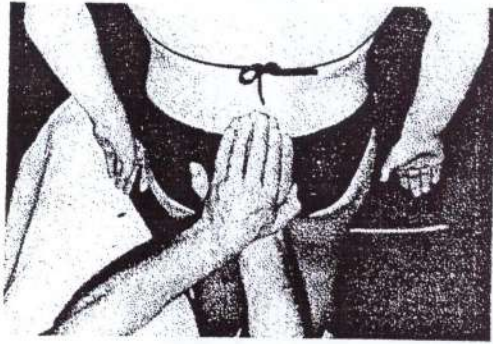
ექიმი დგას დაზიანებული კიდურის გვერდით, ერთი ხელი ჩაჭიდებული აქვს დაზიანებული ფეხის კან-



ჭისა და მუხლის სახსრის არეზე, ხოლო მეორე — მენჯ-ბარძაყის სახსრის უკანა-გვერდით მხარეს;

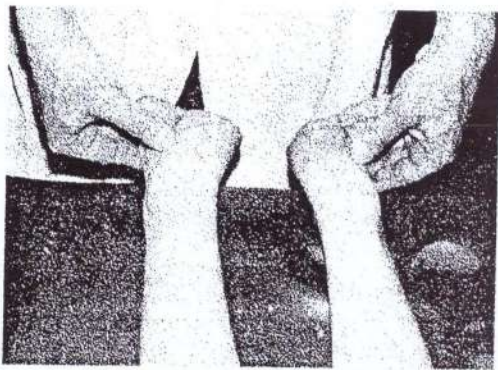
ახორციელებს ზამბარისებურ პასიურ გაშლას მენჯ-ბარძაყის სახსარში სამობილიზაციო მეთოდით. 8-16-ჯერ.

3. ს.მ. — იგივე;



ფასციების ხელსმა (5%), სრესა (60%) და წელ-გავის კუნთებისა და ღუნდულა კუნთების თელვა (35%). 5 წუთი.

4. ს.მ. — იგივე;

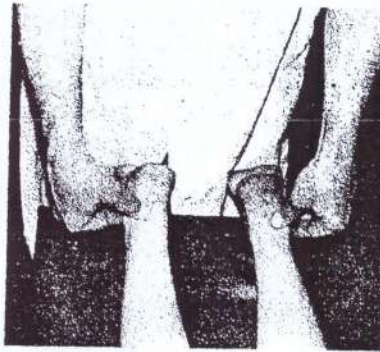


ბიოლოგიურად აქტიური წერტილის V62 (შენ-მე-ნი) პრესაცია. წერტილი მდებარეობს გარეთა კოჭის-

ქვეშა ჩაღრმავებაში, ტერფის გარეთა და ფეხისგულის ზედაპირების საზღვარზე.

3-ჯერ, 15-15 წამი, 5 წამიანი ინტერვალით.

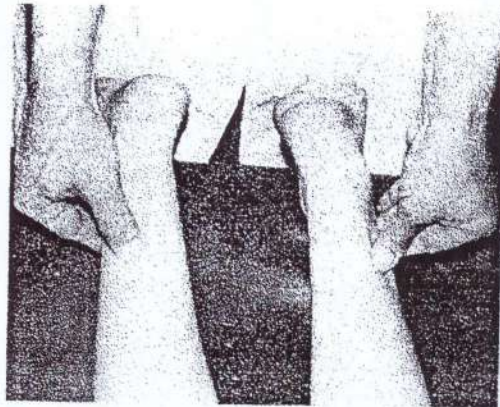
5. ს.მ. — იგივე;



ბიოლოგიურად აქტიური წერტილის V60 (კუნ-ლუნი) პრესაცია დაზიანებულ კიდურზე. წერტილი მდებარეობს გარეთა კოჭსა და აქილევსის მყესს შორის, კოჭის ცენტრის დონეზე.

3-ჯერ, 15-15 წამი, 5 წამიანი პაუზით.

6. ს.მ. — იგივე;



დაზიანებულ კიდურზე ბიოლოგიურად აქტიური წერტილის V59 (ფუ-იანი) პრესაცია. წერტილი მდებარეობს აქილევსის მყესის გარეთა მხარეს, გარეთა კოჭის ცენტრის ზემოთ საში თითის დადებზე.

დოზირება იგივე.

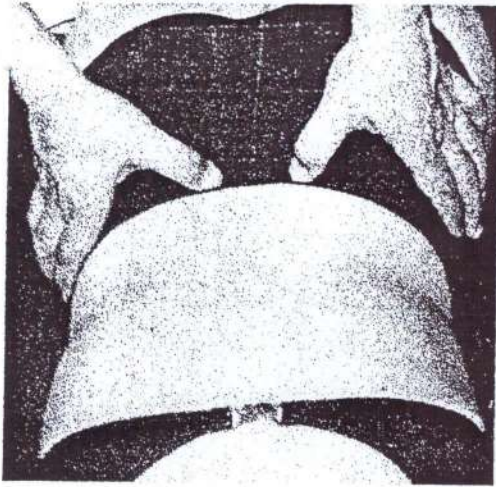
II. პროცედურის ძირითადი ნაწილი

7. ს.მ. — იგივე;

I პარავერტებრულ ხაზზე, წელის IV და V მალე-ბის წვეტიან მორჩებს შორის შუალედში მდებარე ბიოლოგიურად აქტიური წერტილის V25 (და-ჩან-შუ) პრესაცია.

იგივე დოზირება.

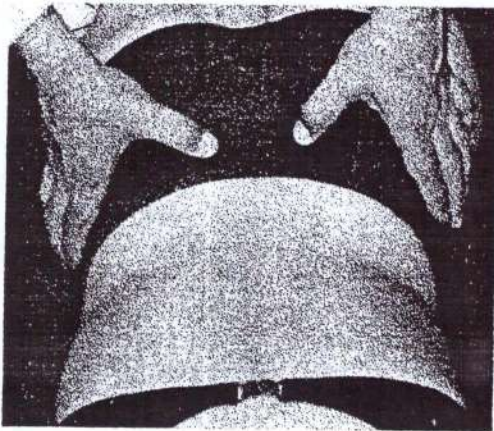
8. ს.მ. — იგივე;



I პარავერტებრულ ხაზზე, გავის I და II მალეების წვეტიან მორჩებს შორის შუალედში მდებარე ბიოლოგიურად აქტიური წერტილის V27 (სიაო-ჩან-შუ) პრესაცია.

3-ჯერ, 15-15 წამი, 5 წამიანი პაუზით.

9. ს.მ. — იგივე;



I პარავერტებრულ ხაზზე გავის II და III მალეების წვეტიან მორჩებს შორის შუალედში მდებარე ბიოლოგიურად აქტიური წერტილის V28 (პან-გუან-შუ) პრესაცია.

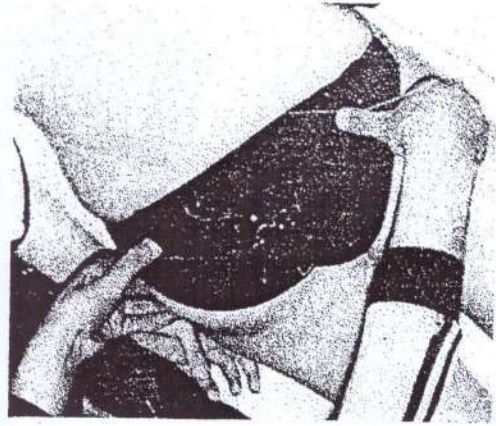
დოზირება იგივე.

10. ს.მ. — იგივე;

გავის ძელის I უკანა ხერხელის პროექციაში, V27 წერტილის მარცხნივ მდებარე ბიოლოგიურად აქტიური წერტილის V31 (შან-ლიაო) პრესაცია.

იგივე დოზირება.

11. ს.მ. — იგივე;



დაზიანებული კიდურის დუნდულაზე, მენჯ-ბარძაყის სახსრის უკან მდებარე ბიოლოგიურად აქტიური წერტილის VB30 (ხუან-ტიაო) პრესაცია.

იგივე დოზირება.

12. ს.მ. — იგივე;

დაზიანებულ კიდურზე ბიოლოგიურად აქტიური წერტილის VB31 (ფენ-ში) პრესაცია. წერტილი მდებარეობს დუნდულას ნაკეცის შუა ადგილას.

იგივე დოზირება.

13. ს.მ. — ხალ (დაუზიანებელ) გვერდზე წოლა, ორმხრივი დაზიანების შემთხვევაში კი — ზურგზე წოლა, ფეხები ნახევრად მოხრილია და მათ შორი ბალიშით ჩადებული (ს.მ.-ის პირველი ვარიანტის შემთხვევაში);



ბიოლოგიურად აქტიური წერტილის VB34 (იან-ლინ-ციუანი) პრესაცია დაზიანებულ კიდურზე. წერტილი მდებარეობს მცირე წვივის ძელის თავის დაბლა ერთი განივი თითის დადებზე, მცირე წვივის გრძელ

ქნთსა და თითების საერთო გამშლელს შორის ჩაღრმავებაში.

იგივე დოზირება.

III. პროცედურის დასკვნითი ნაწილი

14. ს.მ. - საღ გვერდზე წოლა (ან მუცელზე წოლა ორმხრივი დაზიანების შემთხვევაში), ფეხები ნახევრად მოხრილია და მათ შორის ბალიშია ჩადებული (ს.მ.-ის პირველი ვარიანტის შემთხვევაში);

მენჯ-ბარძაყის არეში ვიბრაციული მასაჟი, ხელით ან აპარატით.

2-3 წუთი (ხელით ვიბრაციის დროს 7-10 წამი, 3-ჯერ).

15. ს.მ. - ზურგზე წოლა, მუხლის ქვეშ მუთაქაა ამოღებული;



აწ 58 („მენჯ-ბარძაყის სახსარი“) პრესაცია. აურიკულური ზონა მდებარეობს წინაჭკველის ზედა ფეხის შუა ადგილის დაბლა და ლატერალურად, წინაჭკველის ორივე ფეხის შვერთების ადგილთან ახლოს. 1,5 წუთი.

წერტილოვანი მასაჟი გონართროზის დროს

I. პროცედურის ძირითადი ნაწილი

I. ს.მ. - ზურგზე წოლა;

ბარძაყის ოთხთავა კუნთის იზომეტრიული შეკუმშვა.

7-10 წამი, 4-8-ჯერ, 3-5 წამიანი ინტერვალით.

2. ს.მ. - იგივე;

კოჭ-წვივის სახსარში ბრუნვითი მოძრაობა თითოეულ მხარეს.

8-12-ჯერ ზომიერი ტემპით.

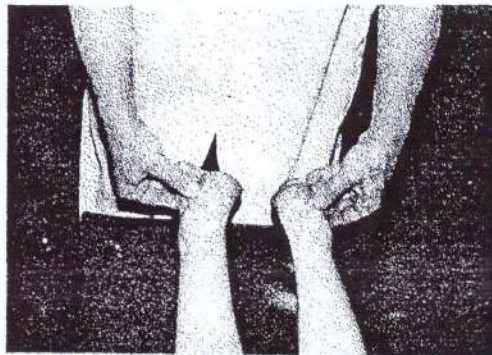
3. ს.მ. - ზურგზე წოლა;



გამართული ფეხის აწევა ზემოთ 90°-ით, შემდეგ კი გამართული ცერითა და დაძაბვით ნელა დაშვება (აუცილებლობის შემთხვევაში შესრულდეს აქტიურ-პასიურად).

6-8-ჯერ.

4. ს.მ. - იგივე;



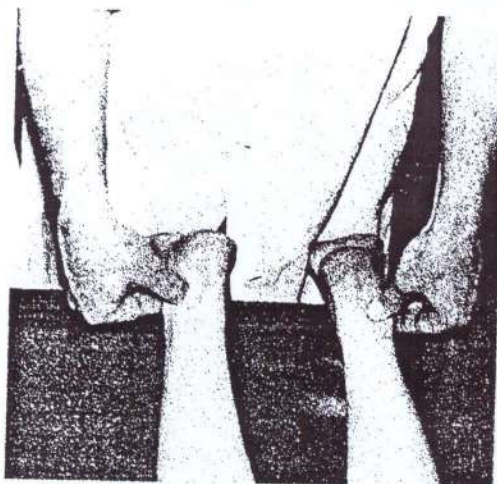
ბიოლოგიურად აქტიური წერტილის V62 (შენ-მენი) პრესაცია დაზიანებულ კიდურზე. წერტილი მდებარეობს გარეთა კოჭის ქვეშ, ჩაღრმავებაში, ტერფის გარეთა და ფეხისგულის ზედაპირების საზღვარზე.

3-ჯერ, 15-15 წამი, 5 წამიანი პაუზით.

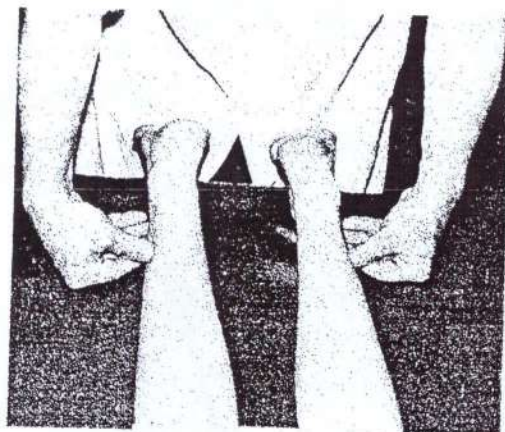
5. ს.მ. - იგივე;

ბიოლოგიურად აქტიური წერტილის V60 (კუნ-ლუნი) პრესაცია დაზიანებულ კიდურზე. წერტილი მდებარეობს გარეთა კოჭსა და აქილევის მყესს შორის, გარეთა კოჭის ცენტრის ღონეზე.

იგივე დოზირება.



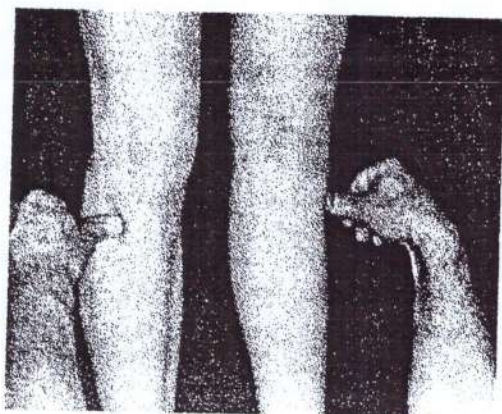
6. ს.მ. – იგივე;



ბიოლოგიურად აქტიური წერტილის V59 (ფუ-იანი) პრესაცია დაზიანებულ კიდურზე. წერტილი მდებარეობს აქილევის მყესის გარეთა მხარეს, გარეთა კოჭის ცენტრის ზემოთ სამი განივი თითის დადებზე.

იგივე დოზირება;

7. ს.მ. – იგივე;



დიდი წვივის ბორცვის დაბლა, მისი ქედის გარეთა მხარეს წინა დიდი კუნთის არეში მდებარე E36 (ცხუ-სან-ლი) წერტილის პრესაცია.

იგივე დოზირება.

II. პროცედურის ძირითადი ნაწილი

8. ს.მ. – მუცელზე წოლა;

გავა-წელის არეში ხელსმა (5%), სრესა (55%) და თულვა (40%).

3 წუთი.

9. ს.მ. – იგივე;

V26 (გუან-იუან-შუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს I პარავერტებრულ ხაზზე, წელის V და გავის I მალეების წვეტიან მორჩებს შორის შუალედში.

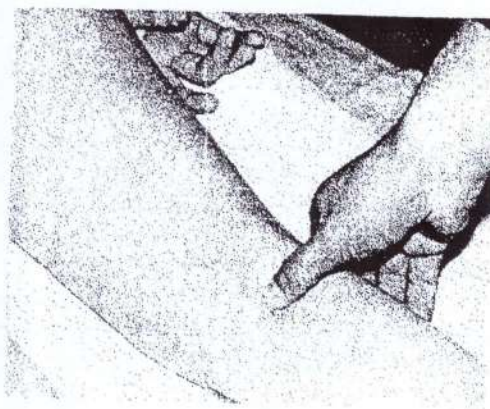
3-ჯერ, 15-15 წამი, 5 წამიანი პაუზით.

10. ს.მ. – იგივე;

V28 (პან-გუან-შუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს I პარავერტებრულ ხაზზე, გავის II და III მალეების წვეტიან მორჩებს შორის შუალედში.

იგივე დოზირება.

11. ს.მ. – იგივე;



V40 (ვეი-ჩუნი) წერტილის პრესაცია დაზიანებულ კიდურზე. წერტილი მდებარეობს მუხლქვეშა ფოსოს ცენტრში.

იგივე დოზირება.

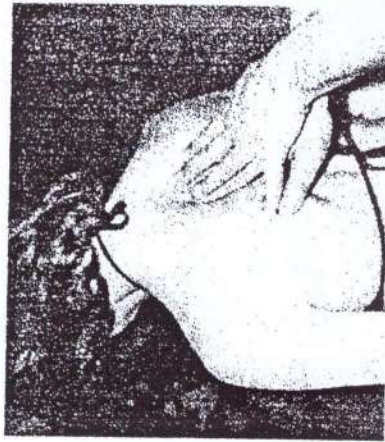
12. ს.მ. – ზურგზე წოლა, მუხლის ქვეშ ამოღებულა ბალიში;

მუხლის სახსრის კონცენტრული ხელსმა. 8-12-ჯერ.

13. ს.მ. – იგივე;

ცერების ბალიშებით კვირისტავის საკუთრივ იოგისა და ბარდაყის სწორი კუნთის მყესების სპირალიზებული სრესა, ხოლო მე-2-4 თითების ბალიშებით მუხლის სახსრის ლატერალური და მედიალური არეების

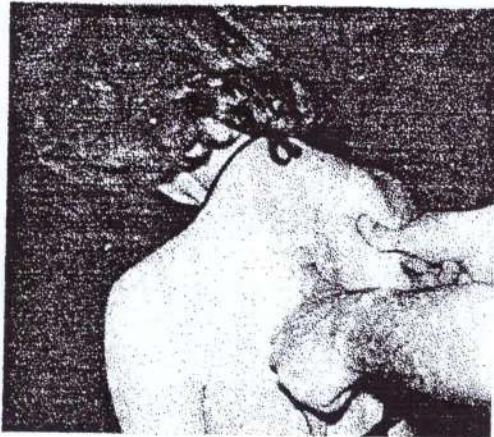
პარავერტებრული ზონების სრესა შემდეგი თანმიმდევრობით:



1.1. ზურგის სამი ვერტიკალური ხაზის სრესა, ორმაგი გრიფით, სწორხაზოვანი ზემოდან ქვემოთ (III თითით წვეტიანი მოჩების გასწვრივ, ხოლო II და IV თითებით I პარავერტებრულ ხაზზე).

8-ჯერ ზომიერ ჰიპერემიამდე.

1.2. II პარავერტებრული ხაზის გასწვრივ სწორ-ხაზოვანი სრესა დიდი თითების ბალიშებით.



8-ჯერ ზომიერ ჰიპერემიამდე.

II. პირითადი ნაწილი

2. ს.მ. — პირქვე წოლა;

საყელის ზონის ხელსმა, სრესა და თელვა სეგმენტური მასაჟის მეთოდით.

2 წთ.

3. ს.მ. — მუცელზე წოლა;

დიდი თითის ბალიშით T20 (ბაი-ხუეი) წერტილის პრესაცია. წერტილი მდებარეობს საგიტალური ხაზი-



სა და ყურების ნიჟარების ზედა კიდეების შემაერთებელი ხაზის გადაკვეთის ადგილზე (წერტილი შეესაბამება თხემის ფოსოს).

ჰარმონიზებული დოზირება.

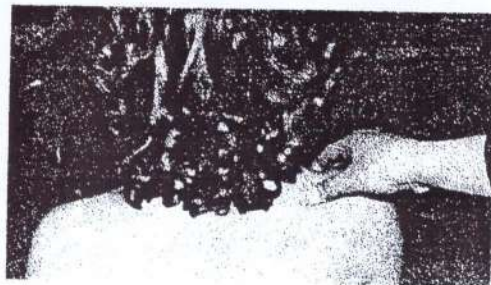
4. ს.მ. — იგივე, შუბლი ეყრდნობა ხელებს;



ცერა თითების ბალიშებით VB 20 (ფენ-ჩი) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია, — მდებარეობს კეფის ფოსოს ცენტრში, მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი და ტრაპეციული კუნთების მიმაგრების ადგილას.

ჰარმონიზებული დოზირება.

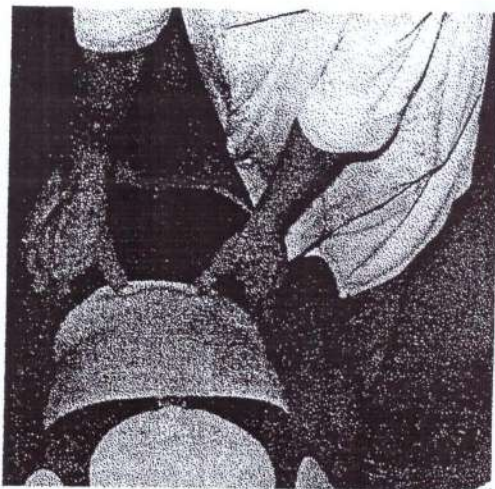
5. ს.მ. — იგივე;



ცერა თითების ბალიშებით VB 21 (ცზიან-ცზინი) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია, — რომლებიც მდებარეობს ქედზედა ფოსოს ცენტრში, კიხრის VII მალის ბეჭის სამხრეთ მორჩთან შემაერთებელი ხაზის შუაში.

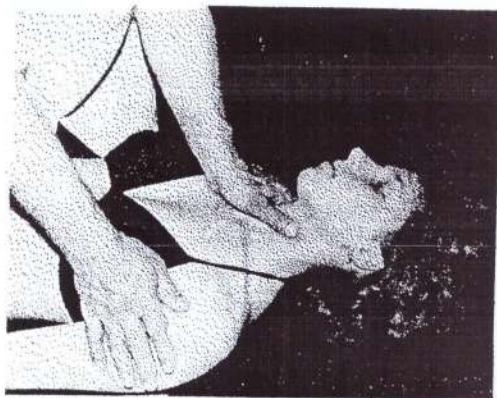
დოზირება იგივე.

6. ს.მ. — მუცელზე წოლა, თავი დევს მოხერხებულად;



V 25 (და-ჩან-შუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია, რომლებიც მდებარეობს I პარავერტებრულ ხაზზე, წელის IV და V მალეების წვეტიან მორჩებს შორის დონეზე.

7. ს.მ. — ზურგზე წოლა;



მარჯვენა ხელის ცერა თითის ბალიშით სწორხაზოვანი სრესა საძილე არტერიის გასწვრივ, ზემოდან ქვემოთ. იგივე მეორე მხარეს მარცხენა თითით.

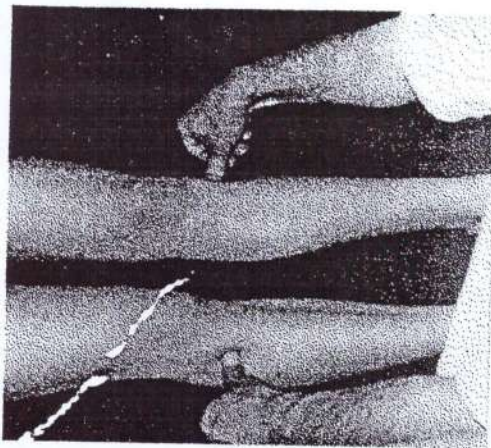
2-4-ჯერ თითოეულ მხარეს.

8. ს.მ. — ზურგზე წოლა; ხელები იდაყვის სახსარში ნახევრად მოხრილია, ხელისგულები მუცელზეა მიდებული;

GI11 (ციუი-ჩი) სიმეტრიული წერტილების წრიული სრესა ცერა თითების ბალიშებით, რომლებიც მდებარეობს იდაყვის ნაკეცის ლატერალურ ბოლოზე. თანდათანობით გაეზარდოს მასაჟის ფართობი.

12-ჯერ საშუალო ტემპში.

9. ს.მ. — ზურგზე წოლა; ხელები ტანს გასწვრივ, ფეხები მოდუნებულია და ოდნავ მოხრილია მუხლის სახსარში (10-15°), მუთაქის მეშვეობით;



ცერა თითების ბალიშებით E 36 სიმეტრიული წერტილების პრესაცია, — რომლებიც მდებარეობს დიდი წვივის წინა კუნთის მიდამოში, დიდი წვივის ძვლის ბორცვის ქვემოთ, ამ ძვლის ქედის გარეთა მხარეს. მარჯვენა ხელისგულის მარცხენა ფეხის მუხლის სახსარზე დადებისას III თითი პირდაპირ მიუთითებს აღნიშნულ წერტილზე.

პარმონიზებული დოზირება.

10. ს.მ. — ზურგზე ნახევრადწოლა, ხელები ტანს გასწვრივ;



აურიკულური წერტილის 55 პრესაცია 1 მილიმეტრიანი დიამეტრის მქონე ბუნიკით. წერტილი მდებარეობს

ბარეობს წინაჰაველის ფეხებით წარმოქმნილ სამ-
კუთხა ორმოს კუთხეში, ზედა ფეხთან ახლოს.

1,5 წთ.

11. ს.მ. — იგივე;

აწ 59 პრესაცია. წერტილი მდებარეობს სამკუთხა
ორმოში, ყურის ჰაველისა და წინაჰაველის ზედა ფეხის
გადაკვეთის ადგილას.

III პროცედურის დასკვნითი ნაწილი

12. აუტორელაქსაცია:

— მე დამშვიდებული ვარ, სავსებით დამშვიდებუ-
ლი ვარ;

— ჩემი სხეული მთლიანად მოდუნებულია;

— მე ვისვენებ;

— მე კარგად ვარ;

— მე ჯანმრთელი ვარ.

წერტილოვანი მასაჟი კარდი- ალგიის დროს

I. მოსამზადებელი ნაწილი

1. ს.მ. — მუცელზე წოლა;

ზურგის სამი კერტიკალური ხაზის სრესა ორმაგი
გრიფით, სწორხაზოვანი.

ვიმეორებთ 8-ჯერ, საშუალო ჰიპერემიამდე.

2. ს.მ. — იგივე;

სრესა ცერა თითის ბალიშებით მეორე პარავერ-
ტებრული ხაზების გასწვრივ.

8-ჯერ, საშუალო ჰიპერემიამდე.

3. ს.მ. — იგივე.

კისრის, მხრების, ბეჭზედა მიდამოების, ნეკნთაშო-
რისი შუალედების კუნთების კლასიკური მასაჟი.

2-3 წუთი.

II. ძირითადი ნაწილი

4. ს.მ. — იგივე;

V 14 და V 15 ბიოლოგიურად აქტიური წერტილე-
ბის (ბაწ-ის) პრესაცია, რომლებიც შესაბამისად მდე-
ბარეობენ I პარავერტებრულ ხაზზე IV-V და V-VI
გულმკერდის მალეების წვეტიანი მორჩების დონეზე.

პარმონიზებული მეთოდიკა (5 წამი — თანდათა-
ნობითი ზეწოლა, 5 წამი — მაქსიმალური ზეწოლა, 5
წამი — ზეწოლის თანდათანობითი მოდუნება, 5 წამი
— პაუზა).

ვიმეორებთ 3-ჯერ.

5. ს.მ. — ზურგზე წოლა;

მკერდის კუნთების კლასიკური მასაჟი: ხელსმა,

მკერდის კუნთების მიმდებარე ადგილების სრესა თი-
თების ბალიშებით სპირალისებური; ამავე კუნთების
ორმაგი წრიული თელვა; გორება.

2-3 წუთი;

6. ს.მ. — იგივე;

VC17 პრესაცია; წერტილი მდებარეობს მკერდის
ძვალზე შუაში, IV ნეკნის დონეზე.

პარმონიზებული დოზირება.

7. ს.მ. — იგივე;

პრესაცია სიმეტრიული MC6 ბაწ-ის, რომელიც
მდებარეობს წინამხრის წინა ზედაპირის შუა ხაზზე,
სხივ-მაჯის სახსრიდან 2 განივი თითით ზემოთ.

პარმონიზებული დოზირება.

8. ს.მ. — იგივე;

პრესაცია სიმეტრიული MC4 ბაწ-ის, მდებარეობს
წინამხრის წინა ზედაპირის შუა ხაზზე, 5 ცუნით ზე-
მოთ სხივ-მაჯის ნაჭდევიდან.

პარმონიზებული დოზირება.

9. ს.მ. — იგივე;

პრესაცია სიმეტრიული C7 ბაწ-ის, — მდებარეობს
სხივ-მაჯის ნაჭდევის იდაყვის კიდეშთან, ცერცვისებ-
რი ძვლის ქვეშ.

პარმონიზებული დოზირება.

10. ს.მ. — იგივე;

პრესაცია სიმეტრიული RP4 ბაწ-ის, — მდებარე-
ობს ტერფის მედიალურ ზედაპირზე, ტერფის I ძვლის
ჩაღრმავებაში, I თითის ტერფ-ფალანგის სახსრის
უკან 1 ცუნით.

პარმონიზებული დოზირება.

11. ს.მ. — იგივე;

გულმკერდის შემხვედრი (წინა-უკანა მიმართუ-
ლებით) სტაბილური ვიბრაცია.

15 წამი.

III. დასკვნითი ნაწილი

12. ს.მ. — იგივე;

აუტორელაქსაცია.

მეთოდური შენიშვნა: ბიოლოგიურად აქტიური
წერტილების სამაგალითო შენაცვლება პრო-
ცედურაში:

I დღე — VC17; MC6; C7.

II დღე — MC6; P4; MC4.

წერტილოვანი მასაჟი ბრონქო- ლი ასთმის დროს

I. პროცედურის მოსამზადებელი ნაწილი

1. ს.მ. — ჯდომი, ხელები მოხრილია იდაყვის სახ-
სრებში და აწყვია სამასაჟო მაგიდაზე, შუბლით ვეფ-
რდნობით მუშტს;

ზურგის ხუთი ხაზის სრესა ტრადიციული აღმოსავლური მასაჟის მეთოდით.

8-ჯერ ზომიერ ჰიპერემიამდე.

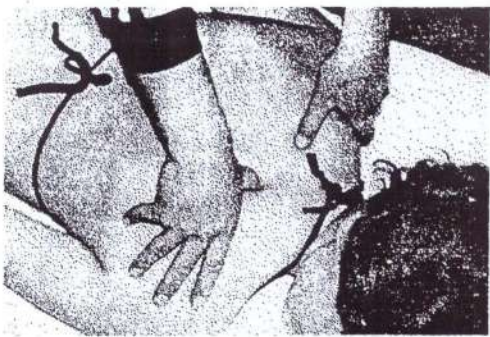
2. ს.მ. — ჯდომი, თავი დადებულია ხელებზე;

„საყელის ზონის“ ხელსმა, სრესა და თელვა, სეგმენტური მასაჟის მეთოდით;

2 წუთი.

II. პროცედურის ძირითადი ნაწილი

3. ს.მ. — იგივე;



ჰარმონიზებული მეთოდით.

6. ს.მ. — იგივე;

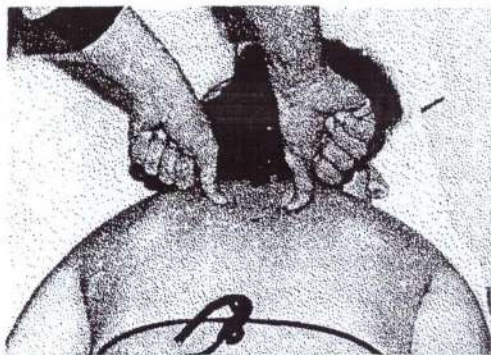


V12 (ფენ-მენი) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია, რომელიც მდებარეობს I პარავერტებრულ ხაზზე, გულმკერდის II და III მალეების წვეტიან მორჩებს შორის.

3-ჯერ, 15-15 წამი. 15 წამიანი ინტერვალებით.

ჰარმონიზებული მეთოდით.

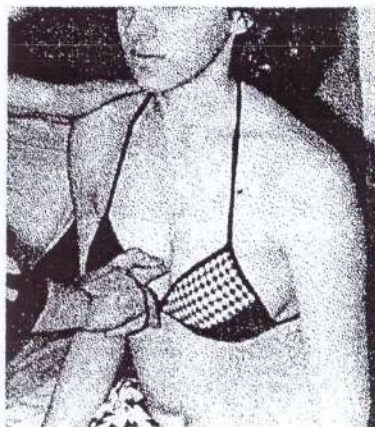
4. ს.მ. — იგივე;



E13 (ცი-ხუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია, რომელიც მდებარეობს ლავიწის ქვეშ დერილის ხაზზე.

დოზირება იგივე.

7. ს.მ. — იგივე;



V13 (ფეი-შუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია, რომელიც მდებარეობს I პარავერტებრულ ხაზზე, გულმკერდის III და IV მალეების წვეტიან მორჩებს შორის.

ჰარმონიზებული მეთოდით.

5. ს.მ. — სკამზე ჯდომი;

J22 (ტიან-ტუ) წერტილების პრესაცია, რომელიც მდებარეობს მკერდის ძელის საუღლე ნაჭდევის ცენტრში.

J17 (ტან-ჩუნი) წერტილების პრესაცია, რომელიც მდებარეობს მკერდის ძვალზე, IV ნეკნთაშორის დონეზე.

3-ჯერ. 15-15 წმ, 5 წამიანი ინტერვალით.

8. ს.მ. — ჯდომი, ხელები ნახევრად მოხრილი იდაყვის სახსრებში აწევია სამასაჟო მაგიდაზე;

G14 (ხე-გუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია, რომელიც მდებარეობს ხელის მტევნის I და II ძვლების შორის, უფრო სხივის მხარეს (მოზიდული ცერა თითის დროს წერტილი მდებარეობს წარმოქმნილ შემაღლებაზე).

პარმონიზებული დოზირება.

9. ს.მ. — სამასაჟო მაგიდაზე ჯდომი;

E36 (ცხუ-სან-ლი) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია, რომელიც მდებარეობს დიდი წვივის ძელის ბორცვის გარეთა მხარისკენ. (მარჯვენა ხელისგულის მარცხენა მუხლზე დადების დროს III თითი მიუთითებს აღნიშნულ წერტილზე).

პარმონიზებული დოზირება.

10. ს.მ. — სკამზე ჯდომი;



სიმპატიკური ნერვული სისტემის აურიკულური წერტილის (აწ)51 პრესაცია, რომელიც მდებარეობს ჭავლისა და წინა ჭავლის ქვედა ფეხის გადაკვეთის ადგილზე, წერტილი ოდნავ დაფარულია ჭავლით.

1,5 წთ.

11. ს.მ. — იგივე;

ასთმის აურიკულური წერტილის (აწ)31 პრესაცია, რომელიც მდებარეობს უკანა სახურის მწვერვალის 2 მმ-ით ქვემოთ.

1,5 წთ.

12. ს.მ. — ჯდომი, ხელები მოხრილია იდაყვის სახსარში და აწევია სამასაჟო მაგიდაზე, შუბლი ეყრდნობა მარჯვენა მუშტს, რომელიც მარცხენა ხელის მტევანზე დევს; ზურგის, კისრისა და გულმკერდის ზედაპირის ხელსმა, სრესა და მანუალური ვიბრაცია, სეგმენტური მასაჟის მეთოდით.

3 წთ.

წერტილოვანი მასაჟი ქრონიკული გასტრიტის დროს

I. პროცედურის მოსამზადებელი ნაწილი

1. ს.მ. — მუცელზე წოლა;

ზურგის 5 ხაზის სრესა ტრადიციული აღმოსავლური მასაჟის მეთოდით.

ვიმეორებთ 8-ჯერ ზომიერ ჰიპერემიამდე.

II. ძირითადი ნაწილი

2. ს.მ. — მუცელზე წოლა;



V20 (ჰი-შუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია, — მდებარეობს I პარავერტებრულ ხაზზე XI და XII გულმკერდის ძვლების წვეთაშორისი მორჩებსშორის დონეზე.

15-15 წამი 3-ჯერ 5 წამიანი პაუზებით (პარმონიზებული მეთოდით).

3. ს.მ. — იგივე;

V21 (ვეი-შუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია, — მდებარეობს I პარავერტებრულ ხაზზე, გულმკერდის XII და წელის I ძვლების წვეთაშორისი მორჩებსშორის დონეზე.

პარმონიზებული მეთოდით.

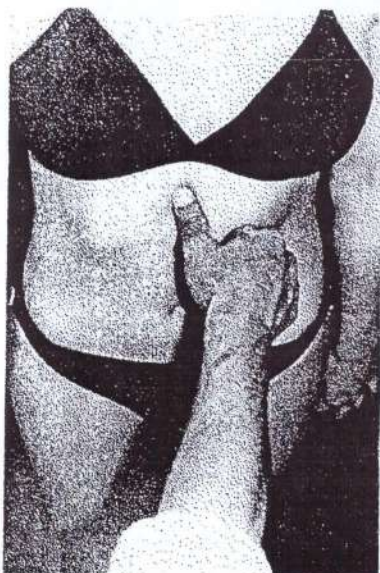
4. ს.მ. — ზურგზე წოლა;



J12 (ჩუენ-ვანი) წერტილების პრესაცია, — მდებარეობს მუცლის შუა ხაზზე, ჭიპის ზემოთ ოთხი განივი თითის დადებაზე.

ჰარმონიზებული მეთოდით.

5. ს.მ. — იგივე;



დროს წერტილი მდებარეობს შემაღლების მაღალ ადგილზე).

ჰარმონიზებული მეთოდით.

7. ს.მ. — ზურგზე წოლა, ფეხები მოხრილია მუხლის სახსრებში ამოღებული მუთაქის საშუალებით;

E36 (ცზუ-სან-ლი) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია, — მდებარეობენ დიდი წვივის ძვლის ბორცვის ქვემოთ მის გარეთა კიდესთან, დიდი წვივის წინა კუნთის მიდამოში.

ჰარმონიზებული მეთოდით 3-ჯერ.

8. ს.მ. — იგივე;



J15 (ცზიუ-ვეი) წერტილის პრესაცია, მდებარეობს ჭიპის ზემოთ 7 განივი თითის დადებაზე.

ჰარმონიზებული მეთოდით.

6. ს.მ. — იგივე;



RP6 (სან-ინ-ცზიუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია, — მდებარეობენ 3 განივი თითით მაღლა შიდა გოჯიდან.

ჰარმონიზებული მეთოდით 3-ჯერ.

9. ს.მ. — ზურგზე, ნახევრად მწოლიარე მდგომარეობაში, ხელები ტანის გასწვრივა;



GI4 (ხე-გუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია, — მდებარეობს I და II ნების ძვლებს შორის, ახლოს II ძვლის სხივის კიდესთან (მიზიდული ცერა თითის

აწ 87 (კუჭის აურიკულური წერტილის) პრესაცია 1 მილიმეტრიანი დიამეტრის მქონე ბუნიკით. წერტილი მდებარეობს ჭავლის ფეხის ყურის ნიჟარის ღრუს ფსკერში გადასვლის ადგილას.

1,5 წუთი

10. ს.მ. — იგივე;

აურიკულური წერტილის აწ 55 პრესაცია, რომელიც მდებარეობს წინაჭავლის ფეხებით შექმნილ სამკუთხა ორმოს კუთხეში, ზედა ფეხთან ახლოს.

1,5 წუთი

III. დასკვნითი ნაწილი

ავტორელაქსაცია: „მე მშვიდად ვარ“, ჩემი სხეული სრულიად მოდუნებულია, „მე ვისვენებ“, „მე კარგად ვარ“, „ჯანმრთელად ვარ“.

წერტილოვანი მასაჟი ნაღვლის სადინარების დისკინეზიისა და არაკალკულოზური ქოლეცისტიტის დროს

I. პროცედურის მოსამზადებელი ნაწილი

1-2. ს.მ. — ზურგზე წოლა;

ზურგის ხუთი ხაზის სრესა კლასიკური მეთოდით

II. პროცედურის ძირითადი ნაწილი

3. ს.მ. — მუცელზე წოლა;



V17 (გე-შუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია ცერა თითების ბალიშებით. წერტილი მდებარეობს I პარავერტებრულ ხაზზე, გულმკერდის VII და VIII მალეების წვეტიან მორჩებსშორის დონეზე.

პარმონიზებული მეთოდიკა.

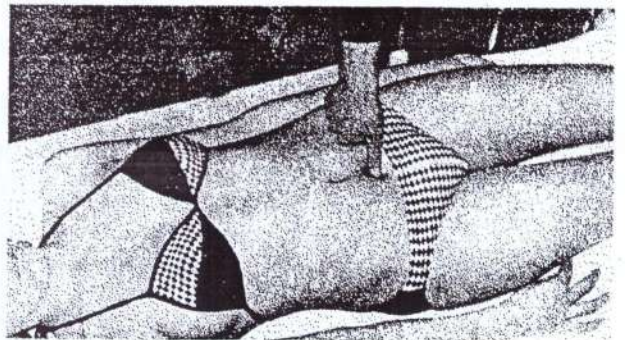
4. ს.მ. — მუცელზე წოლა;



V19 (დან-შუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს I პარავერტებრულ ხაზზე, გულმკერდის IX და X მალეების წვეტიან მორჩებსშორის დონეზე.

პარმონიზებული მეთოდიკა.

5. ს.მ. — ზურგზე წოლა;



J3 (ჩუენ-ცზი) წერტილის პრესაცია, რომელიც მდებარეობს მუცლის შუა ხაზზე, ჭიპის ქვემოთ სამი პროპორციული მონაკვეთით.

დოზირება იგივე.

6. ს.მ. — ზურგზე წოლა;

J4 (გუან-იუანი) წერტილის პრესაცია, რომელიც მდებარეობს მუცლის შუა ხაზზე, ჭიპის ქვემოთ 4 პროპორციული მონაკვეთით.

დოზირება იგივე.

7. ს.მ. — ზურგზე წოლა;



VB34 (იან-ლინ-ციუანი) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს მცირე წვივის ძვლის თავის ქვეშ I განივი თითის დადებზე, მცირე წვივის გრძელ კუნთსა და თითების საერთო გამშლელის შორის ჩაღრმავებაში.

დოზირება იგივე.

8. ს.მ. — ზურგზე წოლა;



F3 (ტაი-ჩუნი) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს ტერფის I და II ძვლებს შორის არსებულ ყველაზე ვიწრო შუალედში.

ჰარმონიზებული მეთოდიკა.

9. ს.მ. — ნახევრადწოლიარე მდგომარეობა;

აურიკულური წერტილი 55-ის პრესაცია I მილიმეტრიანი დიამეტრის მქონე ბუნიკით. წერტილი მდებარეობს წინაჭავლის ფეხებით შექმნილ სამკუთხეორმოს კუთხეში, ზედა ფეხთან ახლოს.

1,5 წთ.

10. ს.მ. — ნახევრადწოლიარე მდგომარეობა;

აწ 96 („ნაღვლის ბუშტი“) პრესაცია, რომელიც მდებარეობს მარჯვენა ყურის ნიჟარის ზედა ნაწილის ზონაში, წინაჭავლის ქვედა ფეხის ქვეშ.

1,5 წთ.

III. პროცედურის დასკვნითი ნაწილი

11. აუტორელაქსაცია:

- მე დამშვიდებული ვარ, სავსებით დამშვიდებული ვარ,
- ჩემი სხეული მთლიანად მოდუნებულია,
- მე ვისვენებ, — მე კარგად ვარ, — ჯანმრთელად ვარ.

წერტილოვანი მასაჟი შაქრიანი დიაბეტის დროს

კომპლექსი № I

I. პროცედურის მოსამზადებელი ნაწილი

I. ს.მ. — მუცელზე წოლა;



ზურგის ხელსმა და სრესა ორი ხელით. 4-4 განმეორება



2. ს.მ. — იგივე;



ზურგის უგანიერესი, პარავერტებრული, ტრაპეციული და წელის კუნთების თელვა.
4-4 განმეორება.



3. ს.მ. — იგივე;



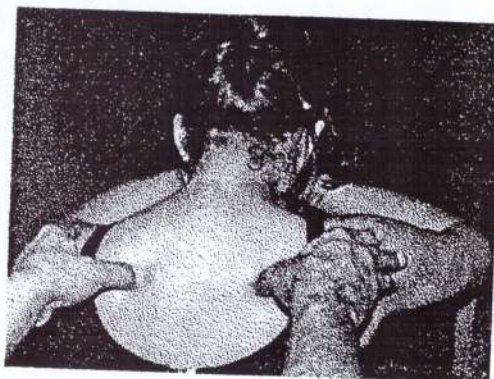
ზურგის 5 ვერტიკალური ხაზის სწორხაზოვანი სრესა ტრადიციული აღმოსავლური მასაჟის მეთოდით.



8-ჯერ ზომიერ პიპერემიამდე.

II. პროცედურის ძირითადი ნაწილი

4. ს.მ. — პირქვე წოლა;



V43 (გაო-ხუანი) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს II პარავერტებრულ ხაზზე გულმკერდის IV და V მალეების წვეტიან მორჩებშორის დონეზე.

3-ჯერ, 15-15 წამი, 5 წამიანი ინტერვალით.

5. ს.მ. — იგივე;



V20 (პი-შუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია.

წერტილი მდებარეობს I პარავერტებრულ ხაზზე გულმკერდის XI და XII მალეების წვეტიან მორჩებს შორის დონეზე.

იგივე დოზირება.

6. ს.მ. — იგივე;

V23 (შენ-შუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს I პარავერტებრულ ხაზზე წელის II და III მალეების წვეტიან მორჩებს შორის დონეზე.

იგივე დოზირება.

7. ს.მ. — იგივე;

V31 (შან-ლიაო) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს გაეის ძელის მედიალური ქედის დაბლა (I ხერხელის დონეზე).

დოზირება იგივე.

8. ს.მ. — ზურგზე წოლა;

GI4 (ხე-გუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია; წერტილი მდებარეობს I და II ნების ძვლებს შორის.

იგივე დოზირება.

9. ს.მ. — იგივე;



RP6 (სან-ინ-ცზიაო) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს მედიალური კოჭის ძელის ზემოთ სამი განივი თითის დადებაზე, შუა ხაზზე.

იგივე დოზირება.

10. ს.მ. — ზურგზე წოლა;



აწ 96 (ოკუჰქეშა ჯირკვალი) პრესაცია. წერტილი მდებარეობს მარცხენა ყურის ნიჟარის ზედა ნაწილის ზონაში, წინაჭავლის ქვედა ფეხის ქვეშ.

1,5 წუთი.

III. პროცედურის დასკვნითი ნაწილი

11. აუტორელაქსაცია: „მე მშველის პროცედურა“, „მე კარგად ვარ“ და ა. შ.

კომპლექსი № 2

I. პროცედურის მოსამზადებელი ნაწილი

1. ს.მ. — პირქვე წოლა;

ზურგის ხელსმა და სრესა ორი ხელით. 4-4 განმეორება.

2. ს.მ. — იგივე;

ზურგის უგანიერესი, პარავერტებრული, ტრაპეციული და წელის კუნთების თელვა. 4-4 განმეორება.

3. ს.მ. — იგივე;

ზურგის 5 ვერტიკალური ხაზის სწორხაზოვანი სრესა ტრადიციული აღმოსავლური მასაჟის მეთოდით. 8-ჯერ ზომიერ ჰიპერემიამდე.

II. პროცედურის ძირითადი ნაწილი

4. ს.მ. — იგივე;



V17 (გე-შუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია, რომლებიც მდებარეობენ I პარავერტებრულ ხაზზე გულმკერდის VII და VIII მალეების წვეტიან მორჩებს შორის დონეზე.

3-ჯერ, 15-15 წამი, 5 წამიანი ინტერვალით.

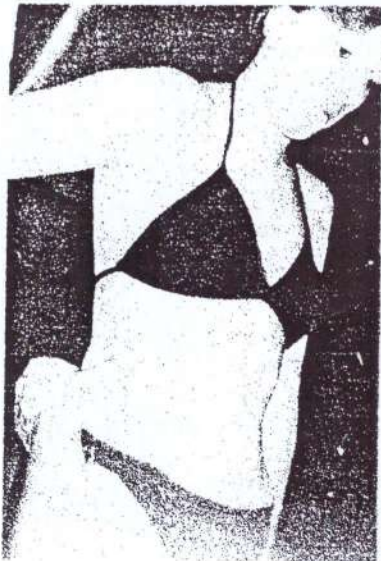
5 ს.მ. — იგივე;

V20 (პი-შუ) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს I პარავერტებრულ ხაზზე გულმკერდის XI და XII მალეების წვეტიან მორჩებს შორის დონეზე.

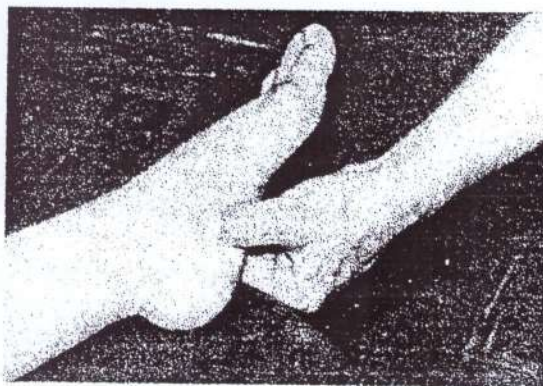
იგივე დოზირება.

6. ს.მ. — ზურგზე წოლა;

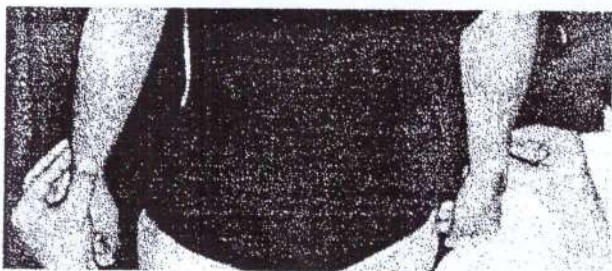
F13 (ჩუან-მენი) წერტილის პრესაცია მარცხენა მხრიდან, რომელიც მდებარეობს XI ნეკნის თავისუ-



RP4 (გუნ-სუნი) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს ტერფის მედიალურ მხარეს, ტერფის I ძვლის ჩაღრმავებაში.
იგივე დოზირება.
9. ს.მ. — იგივე;



ფალი ბოლოს ქვედა მხარეს.
იგივე დოზირება.
7. ს.მ. — იგივე;



R6 (ჩეაო-ხაი) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს მედიალური გოჯის ქვემოთ ჩაღრმავებაში, ტერფისძირისა და ტერფისზურგის საზღვარზე.
იგივე დოზირება.
10. ს.მ. — იგივე;



P7 (ლე-ციუე) სიმეტრიული წერტილების პრესაცია. წერტილი მდებარეობს წინამხრის სხივის ძვლის მხარეს სადგისებრი მორჩის ზემოთ ჩაღრმავებაში.
იგივე დოზირება.
8. ს.მ. — იგივე;



აწ 22 („შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლები“) პრესაცია, რომელიც მდებარეობს სახურთაშორისი ნაჭდევის ფუძეზე, მის შიგნითა ნაწილზე, აწ 96 („კუჭკეშა ჯირკვალი“) პრესაციასთან მონაცვლეობით.
2,5 წუთი.

III. პროცედურის დასკვნითი ნაწილი

11. აუტორელაქსაცია (იხ. კომპლექსი № 1).

ემღვნება ჩემი მახწავლელის,
საქართველოში განთქმული მასაჟისტის,
ა ლ ვ ი ნ ა გ ე ბ ე ლ ი ხ
ნათელ სსოვნას.

ავტორი

III. სამკურნალო და ჰიგიენური კლასიკური მასაჟი

მ ა ს ა ჟ ი — ქსოვილებზე, ორგანოებზე, ტანის ნაწილებზე ზემოქმედების ბიოლოგიურ-მექანიკური მეთოდია, რომელიც ხორციელდება ხელებით ან ტექნიკური საშუალებებით ადამიანის ფუნქციური მდგომარეობის მართვის მიზნით

მასაჟის ისტორიის მიმოხილვა

მასაჟს ძველთაგანვე იყენებდნენ დაავადებათა არამედიკამენტური პროფილაქტიკისა და მკურნალობის მიზნით.

„პირველყოფილი ადამიანები თავისი უსუსურობისა და სნეულებათა გამო ბუნებრივ იარაღს — ხელებს მიმართავდნენ“ (ი. ზაბლუდოვსკი, 1882). პირველყოფილი თემური წყობილების ეტაპზე მკურნალობის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული მეთოდი იყო მასაჟისებრი რიტუალები. ძველ ინდურ ტრაქტატში „აიურვედა“ (სიბრძნის წიგნი), რომელიც ჩვენს წელთაღრიცხვამდე 1800 წლის წინ შეიქმნა, მითითებულია მასაჟის გამოყენებაზე მღვდელმსახურების მიერ სხვადასხვაგვარი ხერხების სახით. ინდოეთსა და ჩინეთში მასაჟს აკეთებდნენ ან მღვდელმსახურები ტაძრებში ანდა ისინი, ვისაც მასაჟისა და ტანვარჯიშის სკოლა ჰქონდა გავლილი. ხალხური მედიცინის წიაღში მასაჟის არსი იყო მისტიკურ-რიტუალური, მას გამოყენებითი მნიშვნელობა არ ჰქონდა. ძველ სამყაროში მასაჟმა მაღალ განვითარებას მიაღწია ანტიკურ ელადასა და რომში. ჩვენს წელთაღრიცხვამდე IX-X საუკუნეებში ბერძნებმა ეგვიპტელებისგან გადმოიღეს მალამოებისა და დაზელების გამოყენება. მასაჟს იყენებდნენ მკურნალობისას ტაძრებში, რომლებსაც ეწოდებოდა ასკლოპეიონები და რომლებიც აგებუ-

ლი იყო მკურნალობის ღმერთის ესკულაპის სახელზე. „როგორც ბერძენთა ასევე რომაელთა მიერ მასაჟის გამოყენების დასაწყისი ემთხვევა აბანოების გახსნას...“ ა. ბუნი აღნიშნავს (1900), რომ ბერძნებმა პირველებმა გამოიყენეს მასაჟი სამკურნალო მიზნით. ჰიპოკრატეს (ჩვ. წელთაღრიცხვამდე 460-377 წ.წ.) ეკუთვნის სიტყვები: „ექიმი ბევრ რამეში უნდა იყოს გამოცდილი, მათ შორის მასაჟშიც“.

ძველი ელადის აღორძინების პერიოდში მასაჟის ხელოვნების დაუფლება მომზადების აუცილებელი პირობა იყო ბერძენი მეომრებისა და ათლეტებისთვის, რომლებიც პალესტრებსა და გიმნაზიებში სწავლობდნენ მასაჟს. საბერძნეთს ეკუთვნის სრული პრიორიტეტი მასაჟის ყველა ძირითადი სახის: ჰიგიენური, სპორტული და სამკურნალო მასაჟის გამოყენებაში. თვითონ სიტყვა „მასაჟი“ ბერძნულიდან წარმოსდგება.

რომაელთა მიერ მასაჟის დაუფლების ამოცანები სხვა მიმართულების იყო. საბერძნეთში მასაჟის გამოყენებას აიგივებდნენ მეომრის ფიზიკურ მომზადებასთან, რომში კი მას იყენებდნენ გლადიატორთა მოსამზადებლად და აბანოებისთვის მონა-მასაჟისტების გამოსაწვრთნელად. „რომაელებს აბანოს შემდეგ მონები სხეულს უზელავდნენ სურნელოვანი მალამოებით, უთელავდნენ სხეულის ნაწილებს, რათა სახსრები მაგარი და მოქნილი ჰქონოდათ“ (ი. ზაბლუდოვსკი, 1882).

შუა საუკუნეებში, „როდესაც ადამიანის აზრი შებოროტი იყო ქრისტიანობის ჯაჭვით, ხოლო, ეკლესიის სწავლების მიხედვით, სიცოცხლის იდეალად ასკეტიზმი იყო აღიარებული, სხეულის კულტურა და მასთან ერთად მასაჟი შეაჩვენეს, ინკვიზიცია სდევნიდა რჯულგანდგომილთ, მათ კოცონზე დაწვით ემუქრებოდა“ (სარკიზოვ-სერაზინი, 1935). მიუხედავად ამისა, მასაჟი არ დაივიწყეს, ის შემოინახეს აღმოსავ-

ლეთის ხალხებმა, რადგან მუსულმანობა არ ეწინააღმდეგებოდა ამ კეთილშობილურ, სამკურნალო მეთოდსა და ჩვევას. აღმოსავლეთში მასაჟის სამკურნალო გამოყენება დაკავშირებულია არ-რეზისა (866-926) და ავიცენას (980-1037) სახელებთან. XVIII-XIX საუკუნეებში აზიის ქვეყნებში ფართოდ გავრცელდა ჰიგიენური მასაჟი, რომელსაც მოხეტიალე მასაჟისტები ასრულებდნენ. ამ პროფესიის ადამიანებს არ ჰქონდათ მუდმივი საცხოვრებელი ადგილი, ქუჩა-ქუჩა დახეტიალობდნენ და მოსახლეობას თავისი მოსვლის შესახებ ამცნობდნენ განსაკუთრებული ჯაჭვის მიბრახუნებითა და თავისი ხელსაწყო-იარაღების აუღარუნებით.

წყაროთა უმეტესობა მასაჟის აღორძინებისა და მისი მეცნიერული აღიარების პიონერად მიიჩნევს ამბროუზ პარეს, რომელიც ფრანგული ქირურგიის ფუძემდებელია (1526).

XVIII საუკუნის ისტორია დაკავშირებულია სამი დიდი ავტორიტეტის: ფრიდრიხ ჰოფმანის (გერმანია), ფრანსის ფულერის (ინგლისი) და იოზეფ ტისოს (საფრანგეთი) სახელებთან.

1863 წელს მასაჟის მეცნიერების დოქტორის მოსაპოვებლად ესტრალდერის მიერ წარმოდგენილი იყო მასაჟის პერიოდიზაცია. იგი მასაჟის ისტორიას ჰყოფს 3 პერიოდად: I - „შესავალი“, როდესაც მასაჟი პრაქტიკულ საწყისს შეიცავდა და განაზოგადებდა ძველ ხალხთა საექიმო ხელოვნებას; XVI საუკუნიდან იწყება II პერიოდი - „აღორძინების“ პერიოდი, როდესაც მასაჟი შეივსო ცვლილებებით, რომელშიც გათვალისწინებული იყო ბერძნების, რომაელების, ეგვიპტელების გამოცდილება; III პერიოდი - „სრულყოფის“ პერიოდი შეიცავს მასაჟით გამოწვეული მოვლენების ანატომიურ-ფიზიოლოგიური მიზეზების ძიებას.

ოლეგ კორშუნოვმა წარმოადგინა (1992) მასაჟის ქრონოლოგიის ასეთი პერიოდიზაცია: ადრეული პერიოდი, რომელიც შეიცავს ქვემოთჩამოთვლილ სახესხვაობას: 1) მასაჟის პირველდაწყებითი ფორმები; 2) ძველ ცივილიზაციათა (ინდოეთი, ასურეთი, ეგვიპტე, საბერძნეთი, რომი) მასაჟი; 3) მასაჟის თვითმყოფადი მეცნიერებადგელი ფორმები (ფინური მასაჟი, ძველსლავური შვიტით ტყეპა, აღმოსავლური მასაჟი).

მასაჟის განვითარების (ადრეულ მასაჟსა და თანამედროვე მასაჟს შორის შუალედურ ზონად შეიძლება მივიჩნიოთ აღორძინების პერიოდი) თ ა ნ ა მ ე დ - რ ო ვ ე ე ტ ა პ ი დაკავშირებულია ლინგის (შვეიცია) სკოლასთან, რომელმაც მასაჟი შეიმუშავა და მას იყენებდა სამკურნალო მეთოდად დამბლების, ნევრალგიის, შესასხრებათა მწვავე ანთების შემთხვევებში. სპეციალისტები მეტწილ შემთხვევაში მასაჟით მკურნალობას უხამებდნენ პასიურ ტანვარჯიშს. იმავდროულად საფრანგეთში მასაჟი გამოყენებული იყო ყაბზობისა და მუცლის ღრუს ორგანოების სხვა გადახრების დროს.

ჰოლანდიელმა ქირურგმა ი. მეცგერმა (1839-1901), რომელიც ეყრდნობოდა თავის მეცნიერულ გამოკვლევებსა და საექიმო გამოცდილებას, და კლინიკაში მასაჟს იყენებდა, თავისი შედეგებით გააოცა მთლიანად მეცნიერული მედიცინა და გახდა ევროპის ერთ-ერთი ავტორიტეტული ექიმი, მასაჟის ჰეგმონიკი რეფორმატორი. ი. მეცგერის (იგი სამკურნალო მასაჟს დაეუფლა ლინგის მოწაფესთან ბრანტინგთან) მოწაფე ნორსტრემი, რომელიც ეროვნებით შვედი იყო და საფრანგეთში ცხოვრობდა, ასე ახასიათებს თავის მასწავლებელს: „მან შექმნა სკოლა, სახელი გაითქვა მთელს ევროპაში, მაგრამ მის ამ დიდებაში ყველაზე უჩვეულო იყო ყოველგვარი მოჩვენებითობის, თუნდაც მეცნიერული მოჩვენებითობის არარსებობა; მის სახელს იხსენიებდნენ მეცნიერულ სხდომებზე; იგი თითქმის არაფერს წერდა; მასთან ავადმყოფები მიდიოდნენ იმიტომ, რომ იგი მათ კურნავდა, მოწაფეები კი იმისთვის, რომ მისგან ესწავლათ მისებრ მკურნალობა“. 1876 წელს მეცგერის მოწაფემ ფ. მოზენგეილმა გამოაქვეყნა ბოცვერებზე ჩატარებული პირველი ფიზიოლოგიური ექსპერიმენტები, რომლებმაც გამოავლინეს მასაჟის ზეგავლენა ბოცვერების მუხლების სახსრებში ინიცირებული ტუმის ლიმფურ ძარღვებში გადაადგილებაზე.

ამრიგად, მასაჟის შვეიცური სკოლა ფაქტიურად გადაიქცა ჰოლანდიურ, უფრო ზუსტად ევროპულ სკოლად, ხოლო ამ პერიოდის მასაჟის მეთოდოკამ მიიღო კლასიკური მასაჟის სახელწოდება.

რუსეთში მასაჟის განვითარება დაკავშირებულია ი. ზაბლუდოვსკისთან, კ. შულცთან, ი. გოპაძესთან (1886). ამ უკანასკნელს ეკუთვნის დისერტაცია „მასაჟის გავლენა აზოტოვან ცვლასა და საკვების აზოტოვანი ნაწილების აცილებაზე“. XX საუკუნის დასაწყისში მასაჟის თემაზე ფუნდამენტური ნაშრომი „მასაჟის ტექნიკა“ გამოაქვეყნა (1902) ი. ზაბლუდოვსკიმ. შემდგომ იგი ემიგრაციით გერმანიაში ჩავიდა და ბერლინში შექმნა მასაჟის შემსწავლელი პირველი სახელმწიფო სკოლა. გამოქვეყნებულ ნაშრომთაგან აღსანიშნავია ა. ჰოფის წიგნის „მასაჟის ტექნიკა“ რუსულ ენაზე თარგმანი (1889), ე. ზალესოვას „მასაჟისა და შვედური ტანვარჯიშის სახელმძღვანელო“ (1889, 1910), ნ. სვეტოვის „მასაჟისა და საექიმო ტანვარჯიშის კურსი“ (1897, 1928), ვ. კრამარენკო და ა. ანოხინის ნაშრომი „მასაჟისა და საექიმო ტანვარჯიშის სახელმძღვანელო“ (1911), ი. სარკიზოვ-სერაზინის ნაშრომი სპორტულ მასაჟზე (1887-1964), ა. ვერბოვის „სამკურნალო მასაჟის საფუძვლები“ (1966), ნ. ბელაიას „სამკურნალო მასაჟის სახელმძღვანელო“ (1974, 1983), ა. ბირიუკოვის „სპორტული მასაჟი“ (1985) და სხვ.

საქართველოს სამკურნალო-პროფილაქტიკურ და

პიგიენურ დაწესებულებებში მასაჟის დანერგვაში დიდი ღვაწლი მიუძღვით გ. მღებრიშვილს, ვ. კუნჭულიას, ა. ზოიძეს, ვ. მეძმარიაშვილს, შ. ნუცუბიძეს, მ. სულხანიშვილს, ზ. თელიას, ა. რობაქიძეს, რ. სვანიშვილს, დ. წვერავას, ნ. გურგენიძეს, ნ. ხატიაშვილს, რ. ჩილაჩავას, თ. ჟორჟოლაძეს, ვ. ამირიძეს, ჟ. კუზნეცოვას და სხვ.

მასაჟისტთა კადრების მომზადებისთვის სასარგებლო მუშაობა გასწია ნიკოლოზ ავალიანმა, რომელმაც განაზოგადა ცნობილი მასაჟისტის ალვინა გებელის გამოცდილება.

მასაჟის ილეთების კლასიფიკაცია

მასაჟისტის მოქმედება არ შემოიფარგლება მხოლოდ პაციენტის ჯანმრთელ ორგანიზმზე ზემოქმედებით, იგი მოიცავს მასაჟის გამოყენების შესაძლებლობას რეაბილიტაციური დანიშნულებითაც, რაც საჭიროებს სამკურნალო მასაჟის დარგში ღრმა ცოდნას. ამან განაპირობა წარმოდგენილი მასაჟის ილეთების კომპლექსური კლასიფიკაციის და მეთოდური რეკომენდაციების მიზანშეწონილობა. კლასიკური მასაჟის ძირითად ილეთად უნდა მივიჩნიოთ ხელსმა, სრესა, თელვა, დარტყმითი ილეთები (შეიცავს ტყეპას, ტყაპუნსა და ჩეხვას), რხევა (აერთიანებს ძირითად ილეთებს შერხვეის, ბერტყვისა და ვიბრაციის სახით).

მასაჟის ილეთების მოცემულ ნაირსახეობებში დასახელებულია და აღწერილია რამდენიმე კომბინირებული და რთული ილეთი. ისინი ლიტერატურაში არ გვხვდება, მაგრამ უკვე 35 წელია აპრობირებული და ფართოდ გამოყენებულია სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებებისა და ჩვენი რესპუბლიკის უმაღლესი სპორტული დაოსტატების სკოლების მასაჟისტთა მუშაობის პრაქტიკაში.

ხელსმა

I. ილეთის სახეები

1. ხელისგულის ზედაპირით
 - ა) შეერთებული თითებით
 - ბ) გაშლილი თითებით
 - გ) განზიდული თითებით
 - დ) ხელისგულით (ნებით)
 - ე) ხელისგულის (ნების) ფუძით
 - საყრდენი ზედაპირით
 - სხივური მხარით
 - იდაყვის მხარით
 - ვ) თითების ფუძით

- ზ) თითებით
 - ბოლო ფალანგებით
 - ფალანგებით
 - ცერა თითით (ბოლო ფალანგით, მთლიანი ზედაპირით)

2. ხელის მტკვნის ზურგით
 - ა) უთოობა (თითების ზურგით)
 - ბ) თითების მუხლებით
3. ორი ხელით
 - ა) ერთდროული
 - ბ) შენაცვლებით
 - გ) კომბინირებული (შეხამებული)
4. ხელისგულის შემოხვევით და სრესა თითების ბალიშებით
 5. ზედაპირული ვიბრაციით
 - ა) ხელით
 - ბ) აპარატით

II. ილეთების შესრულების მიმართულებანი

1. სწორხაზოვანი
 - ა) გასწვრივი
 - ბ) განივი
2. ზიგზაგისებრი
3. წრიული („კონცენტრიკული“)
4. სპირალისებრი
5. აღმავალი და დაღმავალი

ხელსმის გამოყენების მაგალითები

ხელსმა ხელისგულის ზედაპირით შეერთებული თითებით ტარდება, მაგალითად, მუხლის სახსრის წინა ზედაპირზე კონცენტრიკული (წრიული) ხელსმის სახით.

ხელსმა ხელისგულის ზედაპირით გაშლილი თითებით ტარდება, მაგალითად, ზურგზე ორი ხელით ერთდროულად ან შენაცვლებით.

ხელსმა ხელისგულის ზედაპირით განზიდული ცერა თითით ტარდება, მაგალითად, მხრისა და ბარძაყის, როგორც წინა, ისე უკანა ზედაპირებზე.

ხელსმა ნებით ტარდება კიდურთა სახსრების ზედაპირებზე.

ხელსმა ნების საყრდენი ზედაპირით (ნების ფუძით) ტარდება, მაგალითად, მუხლის სახსრის მედიალურ და ლატერალურ ზედაპირებზე, ან ცოტა მის ზემოთ.

ხელსმა ნების ფუძის სხივური მხარით ტარდება, მაგალითად, კვირისტავის გვერდით კიდებზე ან დელტისებრი კუნთის წინა ბოჭკოს მიდამოში.

ხელსმა ნების ფუძის იდაყვის მხარით ტარდება, მაგალითად, ბარძაყზე, ხელსმის შემსრულებელი ხელის უკან დაბრუნებისას დისტალური მიმართულებით ნეკის გარეთა ზედაპირის ერთდროული შეხებით.

ხელსმა თითების ფუძით ტარდება, მაგალითად, ბეჭის ზედაპირზე ან ტრაპეციული კუნთის ზემო ნაწილის გასწვრივ.

ხელსმა ბოლო ფალანგებით ტარდება, მაგალითად, სახეზე (შეერთებული ან გაშლილი ფალანგებით) ან თითების მთელი ზედაპირის (ზემოთა, გვერდითი და ქვემო) ხელსმის დროს.

ხელსმა ფალანგებით ტარდება, მაგალითად, ნების ზურგზე (შეერთებული თითებით) ან იდაყვის სახსრის ზედაპირზე (გაშლილი თითებით).

ხელსმა ცერა თითის ბოლო ფალანგით ტარდება, მაგალითად, ცხვირის მიდამოში, ან — თითების პირველ ფალანგებზე ფრჩხილის მიმართულებით;

ცერა თითის მთელი ზედაპირით ხელსმა სრულდება, მაგალითად, მაჯის დორსალური ზედაპირის გარეთა ნახევარზე ან მყესების მიმაგრების ადგილებზე.

ხელსმა თითების ზურგით (უთოობა) შეიძლება ჩატარდეს კანზე, მაგალითად, პარავერტებრალური კუნთების ზემოთ მდებარე კანზე.

ხელსმა თითების მუხლებით შეიძლება ჩატარდეს ფეხის გულზე (ტერფის ქვედა ზედაპირზე).

ხელსმა ორი ხელით ერთდროული ტარდება ბარძაყზე, ზურგზე (ხერხემლის ორივე მხარეს), თავისა და კისრის უკანა გვერდით მიდამოში.

ხელსმა ორი ხელით შენაცვლებით ტარდება ბარძაყის უკანა ზედაპირზე აღმავალი მიმართულებით, ხელების განივი მდგომარეობით, აგრეთვე — ზურგისა (უგანიერეს კუნთზე) და გულმკერდის დიდი კუნთის ზემოთმდებარე კანზე.

ხელსმა კომბინირებული (შეხამებული) შეიძლება ჩატარდეს, მაგალითად, წვივის უკანა მიდამოში (კანჭის ტყუპი კუნთის ზემოთ მდებარე კანზე), როცა მარცხენა ხელი მარცხენა წვივზე განივად ნეკით წინსვლით სწორხაზოვნად აღმავალი მიმართულებით ცურავს, მას მოჰყვება მარჯვენა ხელი ცერით წინსვლით, რომელიც ასრულებს ზიგზაგისებურ ხელსმას.

ხელსმა ხელისგულის შემოხვევით და სრესა თითების ბოლო ფალანგებით აღწერილია განაყოფში „მასაჟის რთული ილუტები“ (იხ. გვ. 161).

ხელსმა ვიბრაციული, ხელით ან აპარატით შეიძლება ჩატარდეს ტანის სხვადასხვა ნაწილებზე.

სრესა

I. ილუტის სახეები

1. ხელისგულის ზედაპირით
 - ა) ხელისგულით (ნებით)
 - ბ) თითების ბალიშებით
- საჩვენებელი თითით
- ორი, სამი, ოთხი თითით
- ყველა (ხუთივე) თითით

— ცერა თითით

გ) ფალანგებით

დ) მაშისებრი („მაშები“)

ე) ცერა თითის ბორცვით

ვ) ბორცვითა და მთლიანად ცერა თითით

ზ) ხელისგულის (ნების) ფუძით

თ) საყრდენი ზედაპირით

ი) იდაყვის მხარით

2. მტევნის ზურგით

ა) მუშტით

ბ) თითების მუხლებით (თხემით)

გ) მეორე ფალანგების ზურგით

დ) მესამე ფალანგების ზურგით

3. ორი ხელით

ა) ერთდროული ერთი მიმართულებით

ბ) შენაცვლებით (თანამიმდევრული)

გ) ხერხვა

დ) ცერა თითის ბორცვზე ზედაწოლით

ე) სახსარზე ხელის შემოვლებით

4. კომბინირებული (შეხამებული)

— „ცოცვა“

— სრესა ვიბრაციით

— სრესა თელვით

II. ილუტების შესრულების მიმართულებანი

1. სწორხაზოვანი

ა) გასწვრივი

ბ) განივი

2. ზიგზაგისებური

3. წრიული

4. სპირალისებური

5. ცერით წინსვლით

6. ნეკით წინსვლით

სრესის გამოყენების აბაღლითაბი

სრესა ნებით წრიული მიმართულებით ტარდება, მაგალითად, წელის მიდამოში.

სრესა საჩვენებელი თითის ბალიშით გამოიყენება წერტილოვანი მასაჟის დროს ტანის სხვადასხვა ნაწილებზე, აგრეთვე სახის კოსმეტიკური მასაჟის დროს.

სრესა ორი, სამი, ოთხი, ხუთივე თითების ბალიშებით ტარდება, მაგალითად, თითების, მტევნის, ტერფის წინა ნაწილისა და აქილევსის მყესის მასაჟის დროს.

სრესა ცერა თითის ბალიშით ტარდება, მაგალითად, თითით დაწოლისას (წერტილოვანი მასაჟის ელემენტი), მალთაშორის, აგრეთვე კუნთების მიმაგრებების სრესის დროს.

სრესა ფალანგებით ტარდება, მაგალითად, იდაყვის სახსრის, დუნდულა კუნთების, კუჭის ნაწილის, კისრის და ა.შ. მასაჟის დროს.

სრესა მამისებრი ტარდება წინამხრის, წვივისა და თითების არეში მასაჟის დროს.

სრესა ნების ფუძით ტარდება წელის, ღუნდულა კუნთების მიმაგრების ადგილებში და მენჯ-ბარძაყის სახსრის მასაჟის დროს.

სრესა ცერა თითის ბორცვითა და მთლიანად ცერა თითით ტარდება, მაგალითად, ხერხემლის გასწვრივ ნაპირებში, წინამხრის მედიალური კუნთების პროქსიმულ ნაწილში მიმაგრების ადგილებზე.

სრესა ცერა თითის ბორცვით ტარდება კუნთების გავის ძვალზე მიმაგრების ადგილებზე, სხივ-მაჯისა და კოჭ-წვივის სახსრების ზედაპირებზე, მცირე წვივის კუნთების ზემო მესამედში და სხვ.

სრესა ნების იდაყვის მხარით ტარდება, მაგალითად, მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრის ლატერალურ ნაწილებზე.

სრესა მუშტითა და თითების „მუხლებით“ (თხემით) ტარდება გავის მიდამოსა და ფეხის გულის არეში.

სრესა მეორე და მესამე ფаланგების ზურგით ტარდება, მაგალითად, წარბებზედა რკალზე, მტევნის ძვლებს შორის (ზურგითი მხრიდან), ხელისა და ფეხის გულებზე და მცირე წვივის კუნთის გასწვრივ.

სრესა ორი ხელით ერთდროული ტარდება, მაგალითად, ზურგის მიდამოში ხერხემლის ორივე მხარეს, აგრეთვე დელტისებრი კუნთის წინა და უკანა ბოჭკოებზე და სხვ.

სრესა ორი ხელით თანმიმდევრული (შენაცვლებითი) ტარდება, მაგალითად, ზურგზე (სპირალიზებული მიმართულებით).

ხერხეა ტარდება წელისა და გავის მიდამოში.

სრესა ცერა თითის ბორცვზე ზედაწოლით ტარდება იმ შემთხვევაში, როცა ცდილობენ მიადწიონ ღრმად მდებარე ფენებს და დაამუშაონ გამაგრებული ქსოვილები, მაგალითად, ღუნდულა და ბარძაყის ოთხთავა კუნთებზე და სხვ.

სრესა სახსარზე ხელის შემოვლებით ტარდება, მაგალითად, მუხლის სახსარზე.

სრესა „ცოცვით“ ტარდება ზურგზე (იხ. გვ. 162).

სრესა ვიბრაციით ტარდება აპარატით, რომელსაც შეუძლია ღრმად განლაგებული ქსოვილების სპირალური და წრიული სრესისას არ შეასუსტოს ვიბრაცია (ვიბრაცია არ დემფირირებს).

სრესა თელვით ტარდება ორივე ხელით ბარძაყსა და ზედა კიდურებზე.

თემა 3

1. ორდინარული

- ა) თითებით კუნთის გასწვრივ
- ბ) ნებითა და თითებით კუნთის გასწვრივ

- გ) თითებით კუნთზე განივად
- დ) ნებით და თითებით კუნთზე განივად
- ე) თითების ბალიშებით
- ვ) ნების ფუძის გადაგორებით (მუხლუხისებურად)
- ზ) ნების ფუძით წრიულად
- თ) ნების გარეთა კიდი (იდაყვის მხარით)
- ი) მოხრილი ფალანგებით
- კ) მუშტის მუხლებით (თხემით)
- ლ) წინამხრით
- მ) გორება
- ნ) ცერა თითით
- ო) გამოწევა (ჩქმეტა ბზრიალისებურად)
- პ) ჰოფას ილეთი

2. ორი ხელით

- ა) ორმაგი ორდინარული
- ბ) ორმაგი წრიული
- გ) ორმაგი გრიფი
- დ) სხვადასხვა მიმართულების („გაჭიმვა“)
- ე) თითებით გადასინჯვა
- ვ) დაწოლა („ტეკანა“)
- ზ) გორება
- თ) ამოწურვა შემოვლებითა და დაგრებით
- ი) თელვა სრესით
- კ) „ტალღისებრი გამოწურვა“ (ნეკა თითიდან ცერისაკენ)

თელვის გამოყენების მაგალითები

თელვა თითებით კუნთის გასწვრივ ტარდება ზურგის უგანირეს კუნთზე, იშვიათად მუცლის კუნთებზე, როცა მათი ტონუსი მნიშვნელოვნად დაქვეითებულია (დუნე კუნთები).

თელვა ნებითა და თითებით კუნთის გასწვრივ გამოიყენება პარავერტებრალური კუნთების მასაჟისას (ერთდროული გორებით) ან ორმაგი ორდინალური თელვისას, როცა მასაჟისტის ხელისგული იკავებს გასწვრივ საწყის მდგომარეობას.

თელვა თითებით კუნთზე განივად ტარდება პარავერტებრალურ, წინამხრის უკანა ნაწილის, მცირე წვივის, ტრაპეციულ და სხვა კუნთებზე.

თელვა ნებითა და თითებით კუნთზე განივად გამოიყენება ღუნდულა, ბარძაყის უკანა, კანჭისა და სხვა კუნთების მასაჟის დროს.

თელვა ნების ფუძის გადაგორებით (მუხლუხისებურად) ტარდება, მაგალითად, ბარძაყის განიერ ფასციაზე და პარავერტებრალურ კუნთებზე.

თელვა ნების ფუძით წრიულად შეიძლება ჩატარდეს ზედაწოლით ბარძაყის, ღუნდულებისა და წელის ძლიერ, მკვრივ კუნთებზე.

თელვა ნების გარეთა კიდი (იდაყვის მხარით) ტარდება, მაგალითად, ბარძაყის ოთხთავა კუნთის გვერდით თავეზე მუხლის სახსართან და სხვ.

თელვა თითების ბალიშებით გამოიყენება სახისა და თითების კუნთებზე.

თელვა მონათლი ფალანგებით ტარდება ზედაწოლით ღრმად განლაგებულ მკვრივ ჰიპერტროფიული კუნთების ბოჭკოებზე, მაგალითად, ღუნდულა და ბარძაყის კუნთების თელვისას.

თელვა წინამხრით გამოიყენება მაშინ, როცა მასაჟს უკეთებენ ჰიპერტროფიული ტიპის ადამიანებს, ხშირად უროს მტყორცნელებს, მძიმე წონის მოჭიდევებსა და ძალოსნებს, ან სიმსუქნით დაავადებულებს.

თელვა მუშტის მუხლებით (თხემით) გამოიყენება, მაგალითად, ტერფის ქვედა ზედაპირის კუნთებზე.

გორება თან ახლავს თელვის ბევრ ილეთს; კუნთს ძრავს თავისი ადგილიდან, ამასთან გამოიყენება თელვის გარეშე, მაგალითად, წინამხრის კუნთების გორება ცერა და შუა თითით (საჩვენებელი ზემოდან) ან ბარძაყის სწორი კუნთების გორება ორი ხელით.

თელვა ცერა თითით ტარდება წვივის წინა ზედაპირის კუნთებზე, დელტისებრი კუნთის ცალკეულ ბოჭკოებზე და სხვა.

გამოწევა (ჩქევა ბზრალისებურად) გამოიყენება როგორც ადგილობრივი, ისე საერთო აგზნების გამომწვევის მიზნით, როგორც კანისა და კანქვეშა უჯრედების ისე კუნთების, ხშირად ზურგის სხვადასხვა არეში.

თელვა ორმაგი ორდინარული ტარდება კანჭის, ბარძაყის, მხრის კუნთებზე ხელების ხშირი თანმიმდევრული მოძრაობით.

„ორმაგი გრიფი“ ტარდება ღუნდულა და ბარძაყის კუნთებზე.

თელვა ორმაგი წრიული ტარდება ბარძაყის ოთხთავა, მხრის ორთავა, სამთავა და ზურგის უგანიერეს კუნთებზე.

თელვა სხვადასხვა მიმართულებით („გაჭიმვა“) ტარდება გრძელ კუნთებზე: მხრის ორთავა და სამთავა, მკერდ-ლაღვიწ-ღვრილისებრ და სხვა კუნთებზე.

თითებით გადახინჯვა ტარდება კუნთებზე მტკივნეული ადგილების, სიმკვრივეების მოძებნის მიზნით.

ტკპა აღწერილია განაყოფში „მასაჟის რთული ილეთები“ (იხ. გვ. 162)

მოგორება ხმარობენ ზურგის და მუცლის კუნთებზე.

ამოწერვა შემოვლებითა და დაგრებით გამოიყენება წინამხრის კუნთებზე.

თელვა ხრებით ტარდება ორი ხელით ბარძაყე და ხელზე აღმავალი მიმართულებით.

„ტალისებრი“ გამოწერვა (ნეკა თითიდან ცერისაკენ) ხშირად ტარდება ორივე ხელით ნებსა და ტერფზე.

რჩევა

1. შერხევა
 - ა) ერთი ხელით
 - ბ) ორი ხელით
2. ბერტყვა
 - ა) ერთი ხელით
 - ბ) ორი ხელით
3. ვიბრაცია
 - ა) ხელით
 - თითებით (სტაბილური, ლაბილური)
 - ხელისგულით (სტაბილური, ლაბილური)
 - მუშტით
 - ბ) ორი ხელით
 - შემხვედრი სტაბილური
 - სხვადასხვა მიმართულების
 - გ) აპარატით
 - დაბალი სიხშირის (მცირე და დიდი ამპლიტუდის)
 - მაღალი სიხშირის (30 ჰერცი და მეტი)
 - ერთი ვიბრატორით
 - ორი ვიბრატორით
4. ვიბრაცია გაერცელებით (ირადირებული)
5. ვიბრაცია თითების ბალიშებით აწვეითა და დაძვრით
6. რხევა (შერხევა) ფრიქციით (ზიგზაგისებრი სრესა დაწოლით)

რჩევის გამოყენების მაგალითები

შერხევა ერთი ან ორი ხელით გამოიყენება ზემო და ქვემო კიდურების კუნთებზე ზემოქმედებისას.

ბერტყვა სრულდება მთელი ზედა ან ქვედა კიდურის, აგრეთვე კანჭისა და წინამხრის კუნთებზე.

ვიბრაცია თითებით სტაბილური ტარდება, მაგალითად, მენჯზე, როდესაც მიზნად ისახავენ მიაღწიონ ღრმად მდებარე მტკივნეულ წერტილებს, როგორიცაა, მაგალითად, მტკივნეული წერტილები საჯდომი ნერვის პროექციაზე. აგრეთვე ტარდება წერტილოვანი მასაჟისათვის განკუთვნილ წერტილებსა და კუნთებზე იმ ადგილებში, სადაც ადგილი აქვს გამკვრივებებს (სხვა ილეთებით დამუშავების შემდეგ).

ვიბრაცია თითებით ლაბილური ტარდება ნერვის გასწვრივ, მაგალითად, იდაყვის ან საჯდომი ნერვის, ასევე იგი ტარდება ზურგზე დამამშვიდებელი ამოცანების გადასაწყვეტად.

ვიბრაცია ხელისგულით (ნებით) სტაბილური ტარდება ხერხემლის, კისრის ან წელის ნაწილებზე, მენჯზე და სხვ.

ვიბრაცია ხელისგულით (ნებით) ლაბილური ტარდება კანჭის კუნთებზე, აგრეთვე მხრის ორთავა და სამთავა კუნთების გასწვრივ და ა. შ.

ვიბრაცია მუშტით ტარდება სწორი ნაწლავისა და ღუნდულა კუნთების არეში.

ვიბრაცია შემხვედრი ხტაბიური შეიძლება ჩატარდეს შემდეგი საწყისი მდგომარეობიდან: მარცხენა ხელის საჩვენებელი და შუა თითის ბოლო ფალანგები დელტისებრი კუნთის წინა მხარეზეა, ხოლო მარჯვენა ხელის თითები — იგივე მდგომარეობაში უკანა მხარეზე.

ვიბრაცია ორი ხელით სხვადასხვა მიმართულების შეიძლება ჩატარდეს ზურგის უგანიერეს, გულმკერდის კუნთებსა და ქვედა კიდურებზე საწყისი მდგომარეობით — ორივე ხელით ტერფის დაჭერა.

ვიბრაცია აპარატით დაბალი ხისშირისა და მცირე ამპლიტუდის ტარდება მცირე და საშუალო განივი კვეთისა და ბრტყელ კუნთებზე, მაგალითად, წინამხრის, ზურგისა და გულმკერდის კუნთებზე.

ვიბრაცია დიდი ამპლიტუდით გამოიყენება ჰიპერტროფიულ კუნთებზე, მაგალითად, ბარძაყისა და ღუნდულა კუნთებზე.

მაღალი ხისშირის ვიბრაცია ხშირად გამოიყენება სახეზე (კოსმეტიკური მასაჟი) და რადიკულიტის დროს წელისა და საყელს ზონის არეში.

ვიბრაცია ორი ვიბრატორით გამოიყენება სპორტსმენზე საერთო აღდგენითი მასაჟის დროს.

ვიბრაცია ირადირებული (გავრცელებითი) ტარდება, მაგალითად, შემდეგ საწყის მდგომარეობაში: ხელის მოკიდება (როგორც ხელის ჩამორთმევისას); წინასწარ ჩავატაროთ ხელის დაბერტყვა (შერხვევა) მცირე ამპლიტუდით და დარწმუნებულნი იმასში, რომ კიდური სრულიად მოდუნებულია, შევასრულოთ ხელის ვიბრაცია ისე, რომ იგი კი არ დარჩეს შეხების ადგილზე, არამედ გავრცელდეს მხრის სახსრამდე.

ვიბრაცია თითების ბალიშებით აწვეითა და დაძვრით ტარდება იმ მიზნით, რათა გავაფართოვოთ კუნთთაშორისი სივრცეები; მაგალითად, წინამხრის კუნთებზე (მოტეხილობის ან ქირურგიული ჩარევის შემდეგ გართულება) ან გამოვყოთ კანი კანქვეშა ქსოვილებისაგან (შეხორცებისა და ნაწიბურების დროს).

რხევა ფრიქციით ტარდება ფალანგების შიდა ზედაპირით ხერხემლის გასწვრივ ზემოდან ქვემოთ.

დარტყმითი ილეთები

1. ტყეპვა
 - ა) ერთი ხელით
 - ბ) ორი ხელით
 - გ) ჩაქუჩით
2. ტყაპუნი
 - ა) ერთი ხელით
 - ბ) ორი ხელით
 - გ) მუშტით

3. ჩეხვა (კაფვა)
 - ა) ერთი ხელით
 - ბ) ორი ხელით
4. კაკუნი, „თითების შხაპი“
5. წკეპლვა

დარტყმითი ილეთების გამოყენების მაგალითები

ტყეპვა ერთი ხელით ტარდება ხელზე, როცა იგი დაჭერილია მასაჟისტის მეორე ხელით.

ტყეპვა ორი ხელით ტარდება ზურგსა და ქვედა კიდურებზე იმ ადგილებში, სადაც კანის ქვეშ კუნთები.

ტყაპუნი ტარდება ბარძაყის კუნთებზე, ზურგზე და სხვ.

მუშტით ტყაპუნი ტარდება წელის მიდამოში თვითმასაჟის დროს, და აგრეთვე, მუხლის სახსრის მასაჟისას (ტყაპუნი ორი მუშტით).

ჩეხვა (კაფვა) ტარდება ძლიერ, მკერძ კუნთებზე (ღუნდულა და ბარძაყის კკ.).

„თითების შხაპი“ ტარდება თავზე, სახეზე, კანჭის კუნთებზე (საწყისი მდგომარეობა — ზურგზე წოლა, ფეხი მოხრილია მუხლის სახსარში).

წკეპლვა ტარდება ზურგზე, თირკმელთა პროექციის გამოტოვებით, მუცელზე და სხვ.

მოძრაობები

1. აქტიური
 - ა) თავისუფალი
 - ბ) წინააღმდეგობით
2. პასიური
3. აქტიურ-პასიური (პასიურ-აქტიური)
4. სტიმულაცია
5. რეფლუკაცია
6. მოძრაობების მიმართულებანი
 - ა) პირდაპირი — მოხრა, გაშლა — განზიდვა, მოზიდვა
 - ბ) დიაგონალური
 - გ) წრიული
 - დ) როტაციული
 - ე) სუპინაცია
 - ვ) პრონაცია
 - ზ) კომბინირებული

მასაჟის რთული ილეთები

ხ ე ლ ს მ ა ს რ ე ს ი თ წარმოადგენს ერთ-ერთ რთულ ილეთს, რამდენადაც მასაჟისტის ხელისგული

მიემართება რა კუნთების გასწვრივ სწორხაზოვნად (ხშირად ცერა თითის განზიდვით) ერთდოულად ასრულებს ორ მანიპულაციას: ხელსმა მთელი მტევნით კანის ზედაპირზე და თითების ბალიშებით კუნთებშორის სივრცეების სრესა, სადაც განლაგებულია ვენები და ლიმფური სადინარები. ასეთი ილეთები სრულდება ზედა და ქვედა კიდურებზე, ასევე ღუნდულა და პარაპერტებრალური კუნთების ადგილებში.

ზედაპირული ხელსმა ვიბრაციით ხორციელდება მსუბუქად მტევნის შეხებით (ერთი ან ორი ხელით) ვიბრაციის მაქსიმალური სიხშირით (8-12 ჰერცი). ასეთი ვიბრაციული ხელსმა შეიძლება იყოს სხვადასხვა მიმართულების (სწორხაზოვანი, — როგორც აღმავალი, ასევე დაღმავალი; წრიული და სპირალისებრი). თუ ხელსმა ვიბრაციით კეთდება ვიბრატორით, მაშინ ვიბრაციული აპარატის სიხშირე აღემატება ხელით შესრულებული ვიბრაციის სიხშირეს (20 და მეტი ჰერცი).

სრესის რთულ შეთანხმებულ ილეთად ითვლება სპირალისებრი სრესა ხელის თითების ბალიშებით და ამავე დროს სრესა თითებისა და მტევნის ფუძეებით სწორხაზოვნად გასწვრივი აღმავალი მიმართულებით. ასეთ რთულ ხერხს ხატოვნად ვუწოდებთ „სრესას ცოცვით“.

ამ ილეთის შესრულების დროს თითების გადანაცვლება შეიძლება სწორხაზოვნადაც. მოცემულ ილეთს ადვილად ითვისებენ ის მასაჟისტები, რომლებსაც ნებფალანგის სახსრები მოქნილი აქვთ, „სრესა ცოცვით“ იხმარება ზურგის ზედაპირისა და კიდურების მასაჟის დროს.

თელვა სრესით წარმოადგენს მასაჟის რთულ მანიპულაციას, რომლის შესრულებისას თელვა შეუძლებელია სრესასთან. ამ რთული კომბინაციის კომპონენტებია: ნებისა და ფალანგების ხელისგულის ზედაპირით ერთდოულად გორება აწურვით (თელვის ორი ილეთი) და სრესა ბოლო ფალანგების ბალიშებით სპირალისებრი აღმავალი მიმართულებით. ასე ცოცვით ხდება ხელის უწყვეტი მოძრაობა აღმავალი მიმართულებით.

როგორც გამოცდილებამ გვიჩვენა, მასაჟისტები, რომლებიც დაეუფლენ ამ რთულ ხერხს, პაციენტის ზემო კიდურის დამუშავებისას ხშირად იყენებენ მას ძირითად ილეთად მასაჟის პროცედურაში.

„ტალღისებრი“ გამოწერვა (ნეკა თითიდან ცერისაკენ) — ასე ვეძახით რთულ თელვას, რომელიც ე. ზალესოვას შემდგენიარად აქვს განმარტებული: „გადაგორება ნახევარწრიულად განივ მდგომარეობაში მყოფი ორი ხელით“, ანუ ა. ვერბოვის აღწერით — „მასაჟის მოძრაობა, რომელიც გვაგონებს რეზინის მილიდან შიგთავსის გამოწურვას“, ან ბ. ციპკინის თქმით — „ცერა თითისა და დანარჩენი ოთხ

თითს შორის გამოწურვა მსგავსად იმისა, როგორც წყალი იწურება საბანაო ღრუბელიდან“.

სრესა სახსარზე ხელის შემოვლებით სრულდება სახსრის მიდამოზე მთელი ხელისგულით (-ებით), სტაბილურად (ე. ი. ხელის (-ების) გადანაცვლების გარეშე), ღრმა ქსოვილების ძერით ზევითა მიმართულებით.

„ტკეპნა“ სრულდება პაციენტის ზურგზე, წელსა და ქვედა კიდურებზე გულმკერდზე წოლით მაქსიმალურად მოდუნებულ მდგომარეობაში და წარმოადგენს ნელ, თანამიმდევრულ რითმულ დაწოლას ორივე ხელისგულით. „ტკეპნა“ იწყება ბეჭებისა და ნეკნების არეში, შემდეგ ვეშვებით ხერხემლის გასწვრივ (თირკმელთა პროექციის გამორიცხვით), და გაენაგრძობთ ამ რთული ილეთის შესრულებას წელისა და ღუნდულების არეში, ბარძაყისა და წვივის შუა ხაზის ზედაპირზე და უკუთანამიმდევრობით ვუბრუნდებით საწყის მდგომარეობას. „ტკეპნის“ ასეთივე ციკლი სრულდება მეორე ქვედა კიდურზე და ასე მეორდება რამოდენიმეჯერ. „ტკეპნა“ ტექნიკურად სწორად იქნება შესრულებული, თუ ყოველი ზედაწოლა მასაჟისტის ხელისგულის ყველა წერტილიდან ინტენსიობის მხრივ თანაბრად იქნება განაწილებული, და მთლიანად გამორიცხავს ბიძგისებრი ზედაწოლის მომენტებს, რომელიც სუბიექტურად არასასიამოვნოა აღამიანისათვის და ზოგჯერ ტკივილის შეგრძნებას იწვევს, ამით ის შეიძლება მოდუნებული მდგომარეობიდან გადავიდეს დაჭიმულ მდგომარეობაში.

აღნიშნული ილეთი შეიძლება გამოყენებული იქნეს აღდგენითი მასაჟის პროცედურაში (სეანსში), რადგანაც ეფექტურად მოქმედებს ვენური სისხლისა და ლიმფის დინებაზე მალთაშორისი სახსრების ყიებში, ნეკნთაშორის არეებში, ხერხემალ-ნეკნთა შეერთებებში, ასევე ქვედა კიდურების მაგისტრალურ ვენურ სისხლძარღვებსა და ლიმფურ სადინარებში.

ილეთი „ტკეპნა“ შეიძლება გამოყენებული იქნეს საწვრთნელი მასაჟის დროსაც, როდესაც პროცედურის მიზანს შეადგენს სპორტსმენის მოქნილობის განვითარება, ხერხემლის გულმკერდის ნაწილში მოძრაობის ამპლიტუდის გაზრდა, და ისეთ დროს, როცა საჭიროა მოვადუნოთ და დავამშვიდოთ სპორტსმენი მოსამზადებელი მასაჟების დროს.

სამკურნალო მასაჟის პროცედურაში „ტკეპნის“ ილეთით სარგებლობენ კიფოზის, სკოლიოზის, სპონდილოზისა და სხვა შემთხვევებში.

ჰიგიენურ მასაჟში „ტკეპნა“ ფართოდ გამოიყენება გამოწურვასა და სრესასთან ერთად თბილისის გოგირდის აბანოებში. მექისეები ასრულებენ ჩამოთვლილ ილეთებს გასაჰნულ და სველ სხეულზე, მანიპულირებენ როგორც ხელებით, ასევე ფეხებითაც.

სტიმულაცია წარმოადგენს მყესებისა და

კუნთების პასიური გაწევისა და შეკუმშვის სწრაფ განმეორებას. პასიური — სრულდება კუნთების შეკუმშვის მიმართულებით ნაზი პასიური მოძრაობებით ვიბრაციის თანხლებით.

რეკლუკაცია მიმართულია ნერვ-კუნთოვანი მოქმედების აღდგენისაკენ, რომელშიც აუცილებლად მონაწილეობს თავის ტვინის ქერქი, ე.ი. ავადმყოფი აქტიურად ცდილობს მოცემული მოძრაობის შესრულებას წინასწარი ტაქტილური გაღიზიანებისა, მხედველობითი აღქმისა და მოძრაობის სიტყვიერი აღწერის შედეგად.

მასაჟის ამოცანები და ილეთები სისხლის მიმოქცევისა და ლიმფურ სისტემაზე ზემოქმედებისას

ამოცანა № 1. ცვლის საბოლოო პროდუქტების გადასვლის დაჩქარება ორგანოებიდან და ქსოვილებიდან სისხლის მიმოქცევის საერთო წრეში და დაღლილობის მოხსნა.

ილეთები: „ტკეპნა“. სრესა ცერითა და მისი ბორცვით. გორება ორი ხელით. თელვა სრესით (რთული ილეთი). ორმაგი ორდინარული თელვა. ორმაგი წრიული თელვა. აღმავალი ხელსმა. გამოწურვა შემოხვევითა და დაგრებით: ხელსმა; შერხევა; ვიბრაცია.

ამოცანა № 2. ჟანგბადითა და საკვები ნივთიერებებით ქსოვილთა მომარაგების გაუმჯობესება.

ილეთები: განწოვითი მასაჟის შემდეგ ხანმოკლე დარტყმითი ილეთები ზომიერ და ჩქარ რიტმში. აქტიური მოძრაობები სუნთქვით ვარჯიშებთან ერთად.

ამოცანა № 3. შეგუბებითი პროცესების ლიკვიდირება, ინფილტრატებისა და სისხლჩაქცევების განწოვის ხელშეწყობა.

ილეთები: განწოვითი მასაჟი შეგუბებების (ინფილტრატის და სხვ). ადგილის ზემო მიდამოში. წრიული და სპირალისებრი სრესა თითების ბალიშებით. „ცოცვა“. „ტალღისებრი“ გამოწურვა. აღმავალი ხელსმა. მცირე ამპლიტუდის ვიბრაცია.

ამოცანა № 4. გულის მუშაობის შემსუბუქება.

ილეთები: მსხვილი ვენური სისხლძარღვებისა და ლიმფური სადინარების სრესა (ბირიუკოვის მიხედვით გამოწურვა). მსხვილი კუნთების გორება ორი ხელით. ორმაგი ორდინარული და ორმაგი წრიული თელვა. მოგორება. მასაჟის ილეთების შესრულება ღრმა შესუნთქვასთან და პასიურ მოძრაობებთან ერთად.

ამოცანა № 5. ვენური სისხლძარღვების ტონუსის ნორმალიზაციის ხელშეწყობა.

ილეთები: აღმავალი სრესა, ხელსმა; ვენური სისხლძარღვების გასწვრივ აღმავალი მიმართულებით თანმიმდევრული კაკუნი ოთხი ფალანგით. იგივე ილეთები წელის ქვეშ (გრძელი მარილიანი აბაზანა შაბით). შერხევა. ხელსმა ვენორუტონით, ჰეპარინული ან სხვა ანტიკოაგულაციური მალამოთი. პასიური მოძრაობები. კუნთების სტატიკური შეკუმშვები (5-5 წამი).

ამოცანა № 6. სომატურ ქსოვილებში, არტერიული ქსელის გაფართოების ხარჯზე. სისხლის მიმოქცევის დიდი წრის არტერიებში წინააღმდეგობის შემცირებით გულის მუშაობის შემსუბუქება.

ილეთები: მასაჟის დროს აქცენტი კიდურების დისტალურ ნაწილებზე ინტენსიური დოზირებით. მასაჟის შეხამება აქტიურ და პასიურ მოძრაობებთან ჩქარ ტემპში. ხელსმა და სრესა სისხლძარღვების გაფართოებელი მალამოთი. კისრის ზონის მასაჟი შჩერბაკის მიხედვით.

ამოცანა № 7. ლიმფური კვანძები მუშაობის გააქტიურება.

ილეთები: მასაჟის შეხამება სახსრებში პასიურ მოძრაობებთან ნელ ტემპში. სახსრის სტაბილური ვიბრაცია ორი ხელით. სრესა სახსრის შემოხვევით. კონცენტრირებული ხელსმა.

მასაჟის ამოცანები და ილეთები კანზე ზემოქმედებისას

ამოცანა № 1. ვენური და ლიმფური შეგუბებების (სტამი) ლიკვიდირება; ლიმფური მიმოქცევის გაძლიერება.

ილეთები: სპირალისებრი სრესა თითების ბალიშებითა და ნებით; სწორხაზოვანი კანის ვენების აღმავალი მიმართულებით გასწვრივი და განივი ხელსმა ნებითა და შეერთებული ფალანგებით; ზედაპირული ხელსმა ვიბრაციით. ხელსმა ვენორუტონით (ზირუდოვით, ჰეპაროვით).

ამოცანა № 2. კანის არტერიათა სანათურის გაფართოება; არტერიალიზაციის დაჩქარება ფუნქციური კაპილარების გახსნის ხარჯზე (კანი უნდა გახდეს ვარდისფერი).

ილეთები: ხელსმა სხვადასხვა მიმართულებით ჩქარ ტემპში; კანის ჩქმევა; წკეპლვა; ხერხვა. ხელსმა გამახურებელი მალამოთი.

ამოცანა № 3. ეპიდერმისის აქერცლილი უჯრედების მოშორება.

ილეთები: შტრიხისებრი ხელსმა თითებითა და თითების ფუძით; წრიული ხელსმა ნებით. სხვადასხვა მიმართულების ხელსმა ქაფურის სპირტით, მკვებავი მალამოთი.

ამოცანა № 4. კანის ნერვებისა და რეცეპტორების

ფუნქციური მობილურობისა და გამტარობის გაუმჯობესება.

ილეთები: ზედაპირული ვიბრაციული ხელსმა. უთოობა. ხელსმა სპორტოვით (ან წყალში განზავებული სპირტით). სრესა თოვლით (მოყინვის ნიშნების დროს). დაორთქლილი შალის ნაჭრის შემოხვევა (ჩსსრ).

ამოცანა № 5. ნაწიბურის დარბილება და გაელასტიკურება; შეზორცებული კანის მოცილება მის ქვეშ მდებარე ქსოვილებიდან.

ილეთები: სრესა ცერა და საჩვენებელი (ან სამი) თითის ბალიშებით ნაწიბურის მიმართულებით. იგივე – დამარბილებელი ან მკვებავი მალამოთი. შემაერთებული ქსოვილის ნაწიბურის მალამოთი (ზეითუნის ზეთში განზავებული თაფლის სანთელი) წრიული ხელსმა ცერით ან საჩვენებელი თითის ბალიშით. სტაბილური ვიბრაცია (მცირე ამპლიტუდის). ვიბრაციის შემთხვევით ვიბრაციული ხელსმა თითების ბალიშებით. ვიბრაცია თითების ბალიშების აწევითა და დაძვრით.

ამოცანა № 6. კანის კვების, ელასტიკურობის, ტონუსის, სიმკვრივის გაუმჯობესება. კანის დაცვა გამოფიტვისგან.

ილეთები: „თითების შხაპი“; ტყაპუნი. მცირე ამპლიტუდის ვიბრაციული ხელსმა თითების ბალიშებით ვიბრატორზე ხელისგულის შემოხვევით. ხელსმა მკვებავი კოსმეტიკური მალამოთი და კაკუნი (პუნქტირება) საჩვენებელი, შუა და უსახელო თითების ხელისგულის ზედაპირით.

ამოცანა № 7. ორგანიზმიდან ნივთიერებათა ცვლის პროდუქტების განდევნის ხელშეწყობა კანის სუნთქვის გაუმჯობესების ხარჯზე. თავზე თმის სიმაგრისა და ზრდის გაუმჯობესება.

ილეთები: მასაჟი საუნის შემდეგ, აბანოში (ცოცხით, „ქისით“). მასაჟი სპორტოვით. სპეციალური ხსნარების შეხელა თმის გამაგრებისა და ზრდისთვის.

მასაჟის ამოცანები და ილეთები კუნთოვან სისტემაზე ჯემოქმედებისას

ამოცანა № 1. კუნთის მოდუნება, კუნთის დაძაბულობის (ჰიპერტონუსის) მოხსნა.

ილეთები: რხევის ილეთები: შერხევა, ბერტყვა, ვიბრაცია (ხელით და აპარატით). სპასტიკური (რიგიდული) კუნთის პასიური გაჭიმვა, მისი ერთდროული სრესითა და თელვით. პასიური მოძრაობები ნელ ტემპში ან დრეკადისებრი პასიური მოძრაობები.

ამოცანა № 2. მიოგენური კონტრაქტურისა და ნა-

წიბურთა ცვლილებების აცილება ან მათი გამოვლენის შემცირება.

ილეთები: ზიგზაგისებრი გაჭიმვა; სწორხაზოვანი გასწვრივი სრესა ოთხი თითის ბალიშით, ცერის ბორცვითა და მთლიანად ცერით. სრესა ცერის ბორცვის ზეწოლით. წრიული სრესა ცერის ბალიშით მყესის მიმაგრების ადგილში. სპირალისებრი სრესა თითების ბალიშებით. გამოწვევა ან წკეპლვა (შეზორცების დროს). პასიური მოძრაობები გაჭიმვაზე.

ამოცანა № 3. დარღვეული ფუნქციის აღდგენა: პოსტათოლოგიური წარმონაქმნების (სხვადასხვა ფორმისა და ზომის გამკვრივებების) განწოვა. რეგენერაციული პროცესების დაჩქარება, ტროფიკის მოწესრიგება.

ილეთები: კუნთის განივად გორება და მოგორება. გამკვრივების მიმართულებით სრესა და თელვა ორივე ხელის ბოლო და ყველა ფალანგით. სრესა ვიბრაციით. მაშისებრი სრესა. შერხევა ფრიქციით. სწორხაზოვანი და წრიული სრესა ცერებით.

ამოცანა № 4. ნივთიერებათა ცვლის პროდუქტების გამოდევნა და მუშაობის უნარიანობის აღდგენა.

ილეთები: „ტკეპნა“. ზურგზე მაგისტრალური ვენებისა და ლიმფური სადინარების აღმავალი მიმართულებით სწორხაზოვანი გამწოვი სრესა. სპირალისებრი სრესა თითების ბალიშებით, ფუძითა და ნებით ერთი და იმავე და სხვადასხვა მიმართულებით. ბარძაყისა და წვივის კუნთების ორმაგი ორდინარული და ორმაგი წრიული თელვა. წვივის წინა კუნთების სპირალისებრი სრესა თითების ბალიშებით. პლანტარული კუნთების „ტალღისებრი“ გამოწოვა. „ცოცვა“ (გორება „ტალღისებრი“ გამოწოვითა და ერთდროული სპირალისებრი სრესა ორივე ხელით – რთული ილეთი) ზედა კიდურებზე. წრიული თელვა ნების ფუძით. მაშისებრი სრესა. შერხევა. ვიბრაცია. ხელსმა.

ამოცანა № 5. როგორც ნორმალური, ისე ჰიპერტროფიული კუნთების ბიოელექტრული აქტივობის, ტონუსის, ძალისა და მათი შეკუმშვუნარიანობის ამაღლება.

ილეთები: რხევა, შერხევა ფრიქციით (ზიგზაგისებრი სრესა ზეწოლით); გამოწვევა (ზრიალისებრი ჩქმეტა); თელვა მუშტის მუხლებით იერხევა. დარტყმითი ილეთები (ტყეპვა ი. სხვ.). ვიბრაცია (8-25 ჰერცი).

ამოცანა № 6. სისხლისა და ლიმფური მიმოქცევის გაუმჯობესება მთლიანად კუნთსა და მის ცალკეულ ნაწილებში (მყესებში, მიმაგრების ადგილებზე) და ამით კუნთებში ჟანგვა-აღდგენის პროცესების გაუმჯობესება.

ილეთები: კუნთისა და მისი ცალკეული ნაწილების თელვა. ტყეპვა, ჰიპერემიის გამომწვევი სრესა. დინამიკური ვარჯიშები წინააღმდეგობაზე.

ამოცანა № 7. ტკივილის შეგრძნების შემცირება ან მოხსნა.

ილეთები: ზედაპირული ხელსმა ვიბრაციით. მაღალი სიხშირის ვიბრაცია (100 და მეტი ჰერცი). ხელსმა ტკივილგამაყუჩებელი ძალამოთი.

მასაჟის ამოცანები და ილეთები შუამართავლ ქსოვილზე ზამოქმედებისას

ამოცანა № 1. კანქვეშა შემაერთებელ ქსოვილში, ფასციაში, სახსრებსა და სხვა შემაერთებელ-ქსოვილოვან წარმონაქმნებში ღიმფის დინების დაჩქარება; ნივთიერებათა ცვლის პროდუქტების განწოვის გაუმჯობესება; შეგუებითი მოვლენების ლიკვიდირება.

ილეთები: ტერფისა და ნების მასაჟი ღიმფური კვანძების მიმართულებით (ზედა სეგმენტებიდან დაწყებული კიდურებში პროქსიმალური მიმართულებით). ხელსმა, სრესა, გამოწერვა, რხევა.

ამოცანა № 2. სახსრებში ექსუდატის, ინფილტრატის, სისხლჩაქცევის, შეშუპებისა და მის ირგვლივ მდებარე პერიარტიკულური წარმონაქმნების შესიების განწოვის გაუმჯობესება; პათოლოგიური მოვლენების თავიდან აცილება, სახსრების, იოგებისა და მყესების ნორმალური ფუნქციის აღდგენისათვის ხელშეწყობა.

ილეთები: წინასწარი გამწოვი მასაჟი შეშუპებული ქსოვილების ზემოთ: ხელსმა, სრესა, ორმაგი ორდინარული თელვა; სპირალისებრი სრესა თითების ბალიშებით; შეშუპებული ადგილების ზემოთა და გვერდითი მყესების სრესა გორებით; ხელსმა, ვიბრაცია ორივე ხელის სახსარზე შემოხვევით.

ამოცანა № 3. მყარი ართროგენული (ფიბროზული) კონტრაქტურების წარმოქმნის ხელშეწყობა. ტკივილის, შებოჭილობის შემცირებისა და (მტკივნეული კონტრაქტურების დროს) სახსრებში ნორმალური ამპლიტუდის მოძრაობების აღდგენისათვის ხელშეწყობა.

ილეთები: ცენტრიფუგური მასაჟი სახსრების მიდამოში მყესების მიმაგრების ადგილებზე (სრესა და გორება), ვიბრაციული პასიური მოძრაობები; ზამბარისებრი პასიური და აქტიური მოძრაობები;

კონტრაქტურა საწინააღმდეგო, დაჭიმულ მდგომარეობაში არსებული სახსრის, სრესა ცხიმოვანი ძალამოთი; მუშტებით ტყაპუნი; ვიბრაცია აპარატით (12-25 ჰერცი); რედრესაცია.

ამოცანა № 4. ლორწოვან ჩანთაში მარილების დაგროვებისადმი ხელშეშლა.

ილეთები: მყესებისა და იოგების მიმაგრების ადგილებში არაგამახურებელი სრესა და თელვა (გორება); მოძრაობები აქტიური და პასიური ვიბრაციით.

ამოცანა № 5. დაზიანებული სახსრის ზონებში სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესება და სინოვიური სითხის წარმოქმნის გაძლიერება.

ილეთები: წრიული („კონცენტრირებული“) ხელსმა; სრესა სპირალისებრი და ხელის შემოხვევით.

ამოცანა № 6. ქსოვილების ელასტიკურობის გაზრდა და დახმარება ზღვრული ამპლიტუდით ვარჯიშების შესრულებაში.

ილეთები: „ტყეპვა“. სრესა ხელისგულის ზედაპირით (მშრალი და ძალამოთი). მასაჟი წყლის ქვეშ ან საუნის შემდეგ. დრეკადისებრი და რხევადი მოძრაობები (აქტიური და პასიური) გაჭიმვით.

ამოცანა № 7. ამოვარდნილობის შემდეგ სახსრების გამაგრების ხელშეწყობა; მოტეხილობის დროს ძვლის კოჟრის წარმოქმნის დაჩქარება.

ილეთები: სასახსრე ჩანთის სრესა; მცირე ამპლიტუდის მოძრაობები წინააღმდეგობებით; აბაზანები. მოტეხილობის არეში კაკუნი შუა თითით ან ჩაქჩი-ვიბრატორით.

მასაჟის ამოცანები და ილეთები ნერვულ სისტემაზე ზამოქმედებისას

ამოცანა № 1. ძირითადი ნერვული პროცესების დინამიკის გააქტიურება.

ილეთები: საერთო საწვრთნელი მასაჟი.

ამოცანა № 2. ნერვული სისტემის აგზნებადობისა და ნერვების გამტარობა.

ილეთები: მოკლე დაბალი სიხშირის ვიბრაცია. შალის ქსოვილის (გამთბარი ორთქლით) შემოხვევა. სტიმულაცია და რეფლუკაცია. დარტყმითი ილეთები; წკეპლვა.

ამოცანა № 3. ნერვული სისტემის აგზნებადობის დაქვეითება (გამაყუჩებელი და დამამშვიდებელი ზემოქმედება).

ილეთები: მაღალი სიხშირის ვიბრაცია (50 ჰერცი და მეტი). ვიბრაციული ხელსმა; ხელსმა ტკივილგამაყუჩებელი ხსნარით ან საცხით; პასიური მოძრაობები. სპასტიკის დროს რიგიდული კუნთების გაჭიმულ მდგომარეობაში თელვა და სრესა მოდუნებამდე.

ამოცანა № 4. პერიფერიულ ნერვსა და სპინალურ განგლიებში რეგენერაციის პროცესის დაჩქარება.

ილეთები: სრესისა და თელვის („ტალღისებრი“ გამოწერვა, „ცოცვა“ და სხვ.) რთული ილეთები შეს-

რულების უწყვეტი ტექნიკითა და საშუალო ინტენსივობის დაჭერით. სრესა და ხელსმა გამთბარი ზეთებით. მასაჟი შალის ტანსაცმლის შემოდან. სეგმენტური მასაჟი ნ. ბელაიას მიხედვით.

ამოცანა № 5. თავის ტვინის ქერქის ბიოელექტრული აქტივობის გაუმჯობესება.

ილეთები: სტაბილური შემხვედრი ვიბრაცია (კეფიდან თვალზედა წერტილამდე); ვიბრაცია კეფაზე; თვითმასაჟი კრასნოსელსკის მიხედვით. რეგულაცია.

ამოცანა № 6. ვეგეტატიური ნერვული სისტემის გააქტიურება.

ილეთები: ვიბრაცია. წერტილოვანი მასაჟი: ცდომილ ნერვზე ზეწოლა (აშნერის რეფლექსი); სეგმენტური მასაჟი ზახარინ-გედას ზონებში გლეზერის, დალიხოს, აგრეთვე შჩერბაკის მეთოდით.

მასაჟის ამოცანები და ილეთები შინაგან ორგანოებზე ჯანმრთელობის დროს

ამოცანა № 1. სუნთქვით ფუნქციაზე დადებითი ზემოქმედება (ღრმა, მშვიდი და იშვიათი სუნთქვა).
ილეთები: ზურგისა და გულმკერდის მასაჟი; დარტყმითი ილეთები, ნეკნათშორისი კუნთების სრესა. ზურგის კუნთების თელვა. წერტილოვანი მასაჟი.

ამოცანა № 2. ჯირკვლოვანი ორგანოების სეკრეტორული მოქმედების მარეგულირებელი ნერვების გააქტიურება.

ილეთები: ვიბრაცია შესაბამისი ორგანოს არეში: კუჭის არეში — კუჭის წვენი გამოყოფის გაძლიერების მიზნით; ღვიძლის არეში — ნაღვლის გამოყოფის გაძლიერების მიზნით და ა.შ. წერტილოვანი მასაჟი.

ამოცანა № 3. ცდომილი ნერვის ტოტებზე რეფლექტორული ზემოქმედებით გულის მუშაობის შენელება და დამშვიდება.

ილეთები: გულმკერდზე მსუბუქი ტყეპვა; ვიბრაცია გულის ზედა არეში. აშნერის რეფლექსის გამოწვევა.

ამოცანა № 4. ატონური შეკრულობის დროს კუჭ-ნაწლავის გლუვი კუნთოვანი ბოჭკოების პერისტალტიკის გაძლიერება.

ილეთები: მუცლის მასაჟი: ხელსმა, წერტილოვანი და სპირალისებრი სრესა; ვიბრაცია.

ამოცანა № 5. შარდის გამოყოფის გაძლიერება (აზოტური ნივთიერების გამოყოფის გაზრდით).

ილეთები: საერთო ენერგიული მასაჟი. სეგმენტური მასაჟი გლეზერისა და დალიხოს მეთოდის მიხედვით.

ამოცანა № 6. საერთო ცვლის პროცესების გააქტიურება ოფლის გამოყოფის მომატებითა და ორგანული მუშაობის, ფოსფატებისა და სულფატების თირკმელებიდან გამოყოფის გაძლიერების გზით.

ილეთები: საერთო მასაჟი, მოძრაობითი რეჟიმის გააქტიურება ფიზიკურ ვარჯიშებთან შეთანხმებით; მასაჟი თბილი პროცედურის შემდეგ (აბა-ნოსა და სხვა პირობებში).

ამოცანა № 7. მუშავა-ტუტოვანი წონასწორობის შენარჩუნების ხელშეწყობა.

ილეთები: დეპლეტორული (აღდგენითი) მასაჟი დიდი ფიზიკური მუშაობის (წერტინის) შემდეგ.

მასაჟის ამოცანები და ილეთები პათოლოგიური ადამიანის ორგანიზმზე ჯანმრთელობისას

ამოცანა № 1. ორგანიზმის გაკაჟება და გაჯანმრთელება.

ამოცანა № 2. გულის კუნთის მუშაობის შემსუბუქება და მთლიანად სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესება.

ამოცანა № 3. მუშაობისუნარიანობის აღდგენა ან გაძლიერება.

ამოცანა № 4. შებოჭილობის შესუსტება, დაღლილობის მოხსნა, მხნე განწყობის შექმნა, თვითშეგრძნების გაუმჯობესება.

ამოცანა № 5. კანში, კუნთებში, სახსრებსა და სხვა ქსოვილებში პათოლოგიური გამოვლინებების შემცირება, ე. ი. ცნს-ში იმპულსაციის დაკლება.

ამოცანა № 6. პარაბიოზის გამოვლენის თავიდან აცილება (ან შემცირება), ქერქის, ქერქქვეშა და ნერვული სისტემის ქვემოთ მდებარე განყოფილებებს შორის დარღვეული ურთიერთკავშირის აღდგენა.

ამოცანა № 7. ორგანიზმის რეაქტიულობისა და მისი შემგუებლობითი ფუნქციების გაძლიერება.

ილეთები: საერთო მასაჟი შესაბამისი ამოცანების მეთოდით. ადგილობრივი მასაჟი (საერთო მასაჟის პროცედურაში) მე-5 ამოცანის შესაბამისად.

მეთოდური პითითეანი

როგორც ცნობილია, მასაჟის ძირითადი გავლენა ადამიანის ორგანოსა და ორგანიზმზე ხორციელდება ნერვულ-რეფლექსური მექანიზმით. მაგრამ სხეულის ამა თუ იმ ნაწილზე მასაჟის ზემოქმედების რომელი

პარამეტრები იწვევს ისეთ გაღიზიანებას, რომელზეც მიიღება სასურველი შედეგი? ამ კითხვას არ შეიძლება ერთმნიშვნელოვანი პასუხი გავცეთ, რადგან მგრძნობიარე რეცეპტორები სხვადასხვა ქსოვილში თავს უყრის გაღიზიანებას და აგზნების იმპულსებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემას გადასცემს სხვადასხვა რიტმით. ისმის კითხვა — როგორია ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციური მდგომარეობა ამ დროს? როგორ უპასუხებს ის იმპულსების სხვადასხვა რიტმს? ამ კითხვებზე ზუსტი პასუხი ჯერჯერობით არ არსებობს. სპორტული მასაჟის გამოყენებისას ფსიქოლოგიური მაჩვენებლის ცვლილებებზე სპეციალურად ჩატარებული გამოკვლევების შედეგად ა. ბირიუკოვი და ნ. პეისახოვი მიდიან იმ დასკვნამდე, რომ მასაჟის ცალკეული ილეთის მოქმედების შედეგად ტვინის ფუნქციური მდგომარეობა იცვლება „ფართო ღიაპიზონით“ და დამოკიდებულია ზემოქმედების დაწყებამდე არსებულ საწყის დონეზე...

ქვემოთ მოყვანილია ზოგიერთი მეთოდური მითითება, რომელებიც დაფუძნებულია მეცნიერულ გამოკვლევებსა და ემპირიულ გამოცდილებაზე.

აღამიანის ორგანიზმის გაწონასწორებული ფუნქციური მდგომარეობის დროს გაღიზიანება მოქმედებს პფლიუგერ-არნდტის კანონის მიხედვით, ე. ი. სუსტი გაღიზიანება აღაგზნებს ნერვების მოქმედებას, ხოლო ძლიერმა გაღიზიანებამ შეიძლება შეასუსტოს ან შეწყვიტოს მათი მოქმედება. ეს კანონი ცხადი ხდება ბარძაყის სწორი კუნთის ძლიერი სრესის მაგალითზე, რომლის დროსაც (ე. ი. სრესისას) ის უცებ წყვეტს წინააღმდეგობას და დუნდება.

მასაჟის დამოუკიდებელი ნაწილია წერტილოვანი მასაჟი, რომელიც ზემოქმედების სისტემაა სამკურნალო დანიშნულებითა და ზუსტად დამუშავებული მეთოდით.

ზურგის ტვინის წინა რქოვანი მოძრავი უჯრედების აგზნებადობის გასაძლიერებლად ჩეხი სპეციალისტები გვთავაზობენ სტიმულაციის მეთოდებს, რომელიც გულისხმობს ხელით ვიბრაციას და გამოყენებულია პასიური მოძრაობების დროს პარეზული კუნთების შეკუმშვის მიმართულებით. სტიმულაციის მეთოდის დროს ლაპარაკია კუნთებისა და მყესების პროპრიოცეპტორების გაღიზიანებაზე. ამით მიიღწევა მრავალი აფერენტული იმპულსის გაგზავნა უკანა რქოვან ნაწილში, იქიდან კი ზურგის ტვინის წინა მოძრავ რქოვან უჯრედებში, რაც, თავის მხრივ, იწვევს მათი აგზნებადობის გაძლიერებას (სტიმულაცია), აცოცხლებს შესაბამის ზურგის რეფლექსებს და გვევლინება დაზიანებული კუნთების მოძრავი ფუნქციის აღდგენის ერთ-ერთ ძირითად საშუალებად. სტიმულაციის დროს მოძრაობების მოცულობა ისე უნდა იყოს შერჩეული, რომ არ გამოიწვიოს ტკივილი. მოძრაობე-

ბი უნდა გავაძლიეროთ თანდათანობით. იმისათვის, რომ სტიმულაციამ უფრო მეტი თერაპიული ეფექტი მოგვცეს, ის აუცილებლად უნდა ჩატარდეს უშუალოდ ცხელი შეფუთვის შემდეგ, რითაც მივაღწევთ კუნთებში სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებას. საჭიროა 70-80⁰-მდე ორთქლით გაცხელებული შალის ქსოვილის კომპრესები.

ა. ბირიუკოვის მიხედვით, მასაჟის მატონიზებელი ილეთებია: დარტყმითი ილეთები, გამოწურვა, თელვა და ზოგჯერ სრესა. ავტორის აზრით, სრესა დამამშვიდებელი ილეთიც არის. ა. ბირიუკოვს დამამშვიდებელი ილეთებად მიაჩნია ხელსმა, შერხევა და ბერტყვა. როგორც ვხედავთ, ვიბრაციას ავტორი არაფერს ამბობს, ალბათ იმიტომ, რომ იგი საჭიროებს შემდგომ შესწავლას.

ვიბრაციის, როგორც ილეთისა და პროცედურის, ინტენსივობას ნ. ბელაია აღნიშნავს ხარისხობრივი კრიტერიუმებით: „ნაზი“, „მსუბუქი“, „სუსტი“ და ა.შ., მაგრამ რა სიძლიერის ზეწოლით, რიტმით (სიხშირითა და ამპლიტუდით) და რა რაოდენობით ვიბრაცია ახდენს ნაზ, მსუბუქ, სუსტ და დამცველ ზემოქმედებას? როგორი პარამეტრები იწვევს არანაზ, ძლიერ, დიდ ზემოქმედებას?

ცნობილი მასაჟისტებისა და პირადი გამოცდილების, აგრეთვე სპეციალური ლიტერატურის შესწავლის საფუძველზე მოგვყავს ვიბრაციული მასაჟის გამოყენების მეთოდიკა.

1. ხელით ვიბრაციის ყველა სახეს — სტაბილურს (ე.ი. სხეულის ზედაპირზე ხელის გადანაცვლების გარეშე) ერთი ან ორი ხელით ან ლაბილურს (ე.ი. ერთდროული ხელსმით ან სხვა ილეთებთან ერთად) აქვს სიხშირე 6-დან 12 ჰერცამდე, ამპლიტუდა 2,5 მმ-ს ფარგლებში.

2. ხელით რხევა, რომლის სიხშირე 6 ჰერცზე ნაკლებია, მიზანშეწონილია მისი შესრულების ტექნიკის მიხედვით მივაკუთვნოთ ბერტყვას, შერხევას ან დარტყმით ილეთებს.

3. ხელით ვიბრაცია, როგორც დამოუკიდებელი პროცედურა, შეიძლება გამოვიყენოთ ბოლო ფალანგების შეხებით ტანზე, თავსა და კიდურებზე. ეს პროცედურა მოსახერხებელი შესასრულებელია ხელისგულის შემოხვევით ვიბრატორის თავზე. ვიბრაციის პარამეტრები, რომლებიც გადადის ვიბრატორის თავიდან შემოხვეულ ხელზე, გადაეცემა ზემოქმედების ადგილს და ამგვარად მასაჟისტი არ იღლებს. პროცედურა გრძელდება 3-5 წუთს.

4. მრავალსიხშირიანი ვიბრაცია აპარატით (30 ჰერცზე ზემოთ), ჩვეულებრივ, მცირე ამპლიტუდისაა (1,5 — 1,15 მმ-ის ფარგლებში), მისი გამოყენება მიზანშეწონილია ტკივილგამაყუჩებელი და მოღუწების მიზნით. 2,5 მმ-მდე ამპლიტუდის მცირესიხშირიანი

ვიბრაცია (6-25 ჰერცი) აღაგზნებს ნერვულ სისტემას და უფრო ეფექტურად აღადგენს დაღლილი კუნთების მუშაობუნარიანობას. ასეთი პარამეტრების ვიბრაციის აპარატები გამოყენებული იყო ბრეიტმანის მოღვაწეობის დროს. უკანასკნელ წლებში მას უშვებენ სპორტულ მასაჟში გამოსაყენებლად (ЭМА - 2M, „სპორტი“).

5. ხელით ვიბრაცია, როგორც მასაჟის ილეთი, ჩვეულებრივ, გამოყენებულია პროცედურის დასაწყისში ან მის ბოლოს. აპარატი ვიბრაციის გამოყენება შეიძლება ხელით მასაჟის პროცედურის ბოლოს.

ამასთან უნდა აღვნიშნოთ, რომ ვიბრაციული მასაჟის გავლენა ნერვულ სისტემაზე მეცნიერულად ჯერ კიდევ არ არის ბოლომდე შესწავლილი; საყურადღებოა ვიბრაციული მასაჟის დიფერენციული მეთოდების ოპტიმალური შერწყმა სხვა ილეთებთან და პროცედურებთან ორგანიზმის ფუნქციური მდგომარეობისა და ამა თუ იმ დაავადების კლინიკური ფორმის შესაბამისად.

როგორც ცნობილია, მასაჟის ერთ-ერთი მთავარი ამოცანაა ცხოველყოფილობის შედეგად წარმოქმნილი პროდუქტების განდევნა ორგანიზმიდან გულისაკენ. ეს ამოცანა ხორციელდება მასაჟის შედარებით ეფექტური მანიპულაციებით, რომლებიც გავლენას ახდენენ ვენური სისხლის მიმოქცევისა და ლიმფის დინებაზე.

ვენური სისხლის მიმოქცევაზე ზემოქმედების ლოკალიზაციის მიხედვით მასაჟის ტექნიკური ილეთები, მათი მიმართულება, ძალა და ჩატარების თანმიმდევრობა ბევრად იქნება განსხვავებული ერთმანეთისაგან, რადგანაც ისინი უნდა შეეფარდებოდნენ სისხლძარღვებისა და ლიმფური ძარღვების ტოპოგრაფიულ ანატომიურ და ფიზიოლოგიურ თავისებურებებს. ზედაპირულად მდებარე ექსტრაორგანულ ვენებსა და ლიმფურ სადინარებში სისხლის ცირკულაციის დაჩქარების მიზნით (კანსა და უშუალოდ კანქვეშა ფენებში) მასაჟის ილეთად გამოყენებულია ხელსმა პროქსიმული მიმართულებით. ამავე ამოცანის დროს ვენური სისხლისა და ლიმფის გამტარ სისხლძარღვებზე ზემოქმედებისას ძირითად ილეთებად გამოყენებულია სრესა პროქსიმული მიმართულებით სისხლძარღვების პროექციაზე და თელვა განივი გორებით; ამასთან, სრესის ძალა ისეთი უნდა იყოს, რომ არ დააზიანოს ვენის კედელი და ილეთის დროს ზეწოლამ არ გაჭყლიტოს არტერია იმდენად, რომ მასში შეწყდეს არტერიული სისხლის მიმოქცევა. უნდა აღვნიშნოთ სრესის გამოყენების უპირატესობა ვენური სისხლძარღვებისა და ლიმფურ სადინარებზე ზემოქმედებისას, რომლებიც განლაგებულია საშუალო კუნთთა შორის

ფენებში, იშვიათად კი — ღრმა ფენებში (იქ, სადაც ძელამდე კუნთის ფენის სისქე უმნიშვნელოა).

განივი თელვა გორებითა და გადაგორებით ისე უნდა შეესაზღვროს, რომ ვენური სისხლძარღვები და ლიმფური კოლექტორები დროდადრო ვსრისოთ კუნთებს შორის ან კუნთებსა და ძვლებს შორის. ეს იწვევს ვენური სისხლის მიმოქცევის დაჩქარებასა და ლიმფის დინებას პროქსიმული მიმართულებით, რადგანაც კედლის შიგნითა სარქველები თავისუფალი მხარით მიმართულია გულისკენ. ამიტომ სარქველები ხელს არ უშლის სისხლის მიმოქცევას ამ მიმართულებით. ამრიგად, მთელი კუნთის თელვით მიიღწევა გამოწერვის ეფექტი, რომელიც აჩქარებს ვენური სისხლისა და ლიმფის ცირკულაციას.

ზეწოლის ძალა თელვა-გორებისა და გამოწერვის დროს უნდა იყოს ისეთი, რომ არ დააზიანოს არტერიული სისხლძარღვთა სანათური, არ გამოიწვიოს დამზიანებელი ზემოქმედება ვენის კედლებზე, რომლებიც არტერიის კედლებზე უფრო თხელია, რადგან მათში ნაკლებია ელასტიკური და კუნთური ქსოვილი, განსაკუთრებით თხელია ვენური არხების საწყისი მონაკვეთები, რომლებიც ფორმირდებიან კაპილარული ქსელებიდან და ქმნიან ვენების ფესვებს. ეს უკანასკნელნი განლაგებულია კუნთების შიგნით მდებარე სისხლძარღვებზე და განიცდის თელვისა და გამოწერვის ერთდროულ ზემოქმედებას.

კანქვეშა ვენები და ლიმფური სადინარები ძირითად სისხლძარღვებთან შეერთებამდე ერთმანეთში ქმნის მრავალ ანასტომოზს, რომლებიდანაც წარმოიქმნება სხვადასხვაგვარად განლაგებული ვენური წნულები და ლიმფური კვანძები. ეს წნულები და კვანძები ადამიანებს ეარიბელური აქვთ აგებულების მიხედვით, ამიტომ კუნთებიდან და შემაერთებული ქსოვილიდან ვენური სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევის დაჩქარების მიზნით გამართლებულია სხვადასხვა მიმართულებით მასაჟის ილეთების გამოყენება (წრიული, ნახევრად წრიული, სპირალისებრი). და, პირიქით, ასეთ შემთხვევაში გაუმართლებლად უნდა მივიჩნიოთ კუნთების გამოწერვა ერთი მიმართულებით (გასწვრივ), რადგან კონკრეტულ შემთხვევაში ილეთმა შეიძლება გამოიწვიოს არა გამოწერვითი ეფექტი, არამედ შეავიწროოს ვენულებისა და ლიმფური სადინარების სანათურები, რომლებიც სამოქმედო ობიექტის მიმართ განლაგებულია განივად, დიაგონალურად ან სხვა მიმართულებით, და ამგვარად შემცირდეს მასაჟის განწოვითი ეფექტი.

ამრიგად, კანქვეშა მაგისტრალური სისხლძარღვები იცლება სწორხაზოვანი პროქსიმული მიმართულებით ხელსმის დროს, ღრმა ვენები — სრესითა და თელვა გორებით, ხოლო ქსოვილებში მყოფი სისხლძარღვები მათი სხვადასხვა მიმართულების განლა-

გების მიხედვით იცლება სპირალისებრი ნახევარწრიული და წრიული სრესით, აგრეთვე თელვითა და გამოწურვით.

დეპლეტორული (განწოვითი) მასაჟის მეთოდიაში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს სახსრებთან ახლოს შესრულებული ილეთების ტექნიკასა და ინტენსივობას. მხედველობაში მისაღება მასაჟისათვის უკუნაჩვენები გარემოებაც, როცა ლიმფურმა კვანძებმა შეიძლება შეაკავოს ლიმფის საშუალებით მოტანილი უცხო სხეულები (ბაქტერიები, ნაწილაკები, შესიებული უჯრედები და სხვ.), რომლებიც არ შეიძლება გავრცელდეს ორგანიზმში. ცნობილია, რომ კვანძების დიდი ჯგუფი კონცენტრირებულია ქვედა კიდურებზე — მუხლქვეშა ფოსოთა და საზარდულის არეში, ზედა კიდურებზე — იდაყვის სახსრის ახლოს და იდლიის ფოსოში, ზოლო ტანზე — წელის არესა და კისერზე, ე. ი. ხერხემლის უფრო მოძრავ ნაწილებთან ახლოს.

ლიმფის დინების აუცილებელი ოპტიმუმი კვანძებზე გავლისას მიიღწევა შესაბამის სახსრებში პასიური და აქტიური მოძრაობებით. რეგიონული ლიმფური კვანძების ტოპოგრაფიული განლაგების შესწავლის შემდეგ შეიძლება და აუცილებელიც არის ზემოქმედების ილეთები სახსრის ჩანთაზე. იოგებსა და ფასციებზე ისე, რომ მასაჟმა არ გამოიწვიოს არასასურველი გავლენა. პირველ რიგში ასეთ ილეთებად უნდა მივიჩნიოთ სრესა და ვიბრაცია ნებით ან მარტო ფალანგებით, აგრეთვე კუნთების მყესოვანი დაბოლოების თელვა სრესითა და გორებით.

საზარდულის კვანძები რომ არ გადაიტვიროთ, მიზანშეწონილია გავითვალისწინოთ მასაჟის თანმიმდევრობის შემდეგი მეთოდური თავისებურება: იმასთან დაკავშირებით, რომ საზარდულის არეში განლაგებული კვანძების დიდი ჯგუფი აგროვებს ლიმფას მთელი ქვედა კიდურებიდან, მუცლის წინა კედლიდან, ღუნდულების არიდან, გარეთა და ნაწილობრივ შიგნითა (საშვილოსნო) სასქესო ორგანოებიდან, ამიტომ არ არის რეკომენდებული ყველა ჩამოთვლილი სეგმენტის ერთდროული უწყვეტი მასაჟი, უკეთესია მისი ჩატარება ინტერვალებით, ზოლო ინტერვალები უნდა შეივსოს იმ სეგმენტების მასაჟით, რომლებიც არ არიან დაკავშირებული საზარდულის არეში ლიმფის მოდენასთან.

სწორედ და პროფესიონალურად შესრულებულმა კისრისა და თავის მარჯვენა და მარცხენა საუღლე ვენებისა და ლიმფური ღეროების დეპლეტორულმა ხელსმამ და სრესამ არ შეიძლება გამოიწვიოს დამზიანებელი ზემოქმედება ლიმფურ კვანძებზე, რომლებიც თავმოყრილია თავზე და თავის არესა და კისრის მოსაზღვრე ხაზის გასწვრივ. მასაჟისტს უნდა ახსოვდეს, რომ თავის ლიმფური კვანძების ძირითადი ჯგუფი განლაგებულია: 1. კეფის არეში (მათში ლიმფური

ძარღვები ზედება საფეთქლის, თხემისა და კეფის უკანა გარეთა ნაწილებიდან); 2. ყურის უკანა არეში, სადაც ლიმფა გროვდება ზემოჩამოთვლილი არეებიდან, ასევე ყურის ნიჟარის უკანა ზედაპირიდან, გარეთა სასმენი გასასვლელიდან და დაფის აპკიდან; 3. ყურის წინა არეში; 4. ყბისქვეშა; 5. ნიკაპქვეშა; 6. კისრისა და 8. საყლაპავი მილის არეში.

ყველა ჩამოთვლილი კვანძიდან ლიმფა მიედინება კისრის კვანძებისაკენ, რომლებიც იყოფა ორ ჯგუფად: ზედაპირული (წინა და ლატერალური) და ღრმა, ისინი განლაგებულია ჯაჭვისებურად შიგნითა საუღლე ვენების, აგრეთვე ზურგის ტვინისა და კისრის განივი არტერიის გასწვრივ.

ჩვენ დაწვრილებით შეგვირდით კისრის არეში განლაგებული ვენური ძარღვებისა და ლიმფური კვანძების ტოპოგრაფიულანატომიურ აღწერაზე იმიტომ, რომ მასაჟისტმა შეგნებულად განახორციელოს მანიპულაციები ამ არეში. ხელსმისა და სრესის გზით საუღლე ვენების არეში ვენური სისხლის მიმოქცევის დაჩქარებისათვის ილეთების შესრულება საჭიროა კისრის გვერდითი ზედაპირების გასწვრივ, რადგან ტრაპეციული კუნთის ზედა ნაწილზე და მის ქვეშ არ გადის ზედა ღრუ ვენაში ჩამავალი მაგისტრალური ვენური სისხლძარღვები და ლიმფური სადინრები.

ამრიგად, კისრის უკანა ნაწილზე ხელსმის, სრესისა და სხვა ილეთების შესრულების დროს შეიძლება დასახული იყოს სხვა ამოცანაც: სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესება კანში, კუნთებში (ტრაპეციული და მის ქვეშ მდებარე სხვა კუნთებში), რეცეპტორული აპარატის გაღიზიანება ა. შერბაკის მიხედვით საყელის ზონის მასაჟის მეთოდით და ა.შ.

საერთო მასაჟის მეთოდია

(ილეთების შესრულების ტექნიკა, დოზირება და თანამიმდევრობა)

საერთო აღდგენითი მასაჟი იწყება ზურგიდან. საწყისი მდგომარეობა — მუცელზე წოლა, ხელები ტანის გასწვრივ, თავი დევს მოსახერხებლად, ფეხები მოხრილია მუხლის სახსარში (10⁰-15⁰-ით) მასაჟის ტახტის ასაწვეი ნაწილის საშუალებით ან მუთაქის ამოღებით წვივის ქვედა მესამედისა და ტერფის ქვეშ, მასაჟისტი დგას მარცხნიდან (თუ მისი მარჯვენა ხელია წამყვანი), მარცხენა ფეხი წინაა;

ზურგზე ხელსმა ზორციელდება ხელისგულის ზედაპირებით, წელიდან ზევით, იდლიებისკენ; ს.ძ.-ს უბრუნდებიან ხელისგულის კიდის კანზე შეხებით. ილეთი მეორდება 4-ჯერ, ნელი ტემპით. თითების გამლით

მოიცავენ ზურგის მთლიან ზედაპირს, ხელსმა სრულდება ყველა თითით ან ნეკებით წინ აღმავალი მიმართულებით.

ტექნიკა

ამ ილეთის შესრულების დროს თანამიმდევრულად აწევიან ხელისგულის ზედაპირით ბეჭებისა და ნეკების არეს; თირკმელების დონეზე ზეწოლა არ ხორციელდება; ჩამოყვებიან სერხმალს; გავისა და მენჯის არეში ტკეპნის ზონა ფართოვდება.

ზეწოლა სრულდება ნელი ტემპით, რიტმულად, კერტიკალურად; ზეწოლის ძალა თანაბრად ნაწილდება ნებისა და თითების ზედაპირზე; ბიძგები დაუშვებელია.

ილეთს იმეორებენ 2-ჯერ.

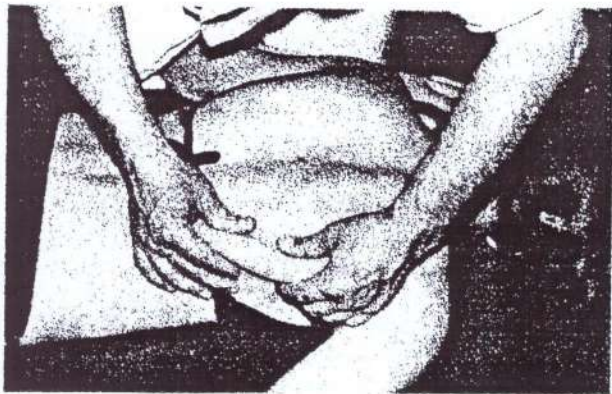


შემდეგი ილეთი - ცოცვა რთული ძირითადი ილეთია. ზურგზე ცოცვა ხორციელდება წელიდან ბეჭებისკენ, შეუწყვეტილად გადადიან ტრაპეციული კუნთების ზედა ნაწილის ბორმბაჟში; ს.მ.-ს უბრუნდებიან ხელსმით.

ილეთის შესრულების რიტმი: 4-ჯერ გამეორება ადგილზე, 8-10-ჯერ ცოცვის შესრულება გადაადგილებით, 4-ჯერ ტრაპეციული კუნთის ზედა ნაწილის გორება. ილეთს ახორციელებენ ორი ხელით ერთდროულად ან თანამიმდევრულად; იმეორებენ 4-ჯერ, საშუალო ტემპით.

თითქმის ყველა ილეთის შესრულების შემდეგ ზურგზე ხელსმას და ცოცვას იმეორებენ ორ-ორჯერ, რათა შეინარჩუნონ მასაჟის საერთო ზემოქმედება ორგანიზმზე.

ზურგის უკანაიერესი კუნთის ბორმბი წრიული თელვა



იწყება კუნთის ქვედა ნაწილიდან; მარცხენა ხელი „აწოდებს“ კუნთს მარჯვენა ხელს, ეს უკანასკნელი ასრულებს წრიულ თელვას აღმავალი მიმართულებით; ბეჭისა და მხრის სარტყლის პროექციაში გადადიან „ტალღისებრი“ ამოწურვაზე.



შესრულების რიტმი: 4 - თელვა ადგილზე, 6-8-10 გადაადგილებით, 4 - „ტალღისებრი“ ამოწურვა. ს.მ.-ს უბრუნდებიან ხელსმით. ილეთის შესრულების საერთო ტემპი ზომიერია. ტალღისებრი ამოწურვაზე გადადიან თანამიმდევრულად, შეუწყვეტილად.

იგივე - მეორე მხარეზე, მხოლოდ მარჯვენა ხელის თითები ასრულებს წრიულ მოძრაობას საათის

ისრის საწინააღმდეგო მიმართულებით. ილეოს იმეორებენ 4-ჯერ.

პარავერტებრული კუნთების ორმაგი წრიული თელვა

ილეით სრულდება ორივე სიმეტრიული კუნთის ერთდროული თელვით წელის ნაწილიდან აღმაველი მიმართულებით ბეჭის ძვლის ქვედა კუთხემდე.

მარცხენა ხელით „აწვდიან“ კუნთებს მარჯვენა ხელს, რომელიც ახორციელებს წრიულ თელვას „ტალღისებრ“ ამოწურვასთან ერთად. მარცხენა ხელის ცერის ბალიშით – ერთი მხრიდან, დანარჩენი 4 თითით – მარჯვნიდან კუნთებს უახლოვებენ ხერხემალს, რათა მარჯვენა ხელისგულის ზედაპირით მოსახერხებლად განხორციელდეს კუნთებზე ზემოქმედება.

ილეით სრულდება შემდეგი რიტმით: 4 თელვა ადგილზე, 4-6 – გადაადგილებით, ხელსმით ბრუნდებიან საწყის მდგომარეობაში.

ტემპი საშუალო, 4 განმეორებით.

პარავერტებრული კუნთების გორბა განივად



ილეით სრულდება თითების მთლიანი ზედაპირით, ბრტყლად. მარჯვენა კუნთის გორების დროს ცერები მოთავსებულია მედიალურად, III-IV-V თითები – ლატერალურად, საჩვენებელი თითები დევს კუნთზე ზემოდან. კუნთს აგორავენ რიტმულად, განივად, ხერხემალიდან გარეთ და თითებით შიგნით ცერისკენ.

იმეორებენ 4-ჯერ, აღმაველი და დაღმაველი გადაწველებით.

შემდეგ ასრულებენ მარცხენა კუნთის გორებას იდენტური შესრულების ტექნიკით, მხოლოდ ამ დროს ცერები განლაგებულია ლატერალურად, III-IV-V თითები – მედიალურად.

ნეკნთაშორისი ზუალელების სრუხა

სრულდება თითების ბალიშებით შტრიხისებურად ან სწორხაზოვნად, ხერხემალიდან ნეკნების გასწვრივ და უკან ხერხემალისკენ. მკვეთრად გამოხატულ კანქვეშა ქსოვილზე ილეით ხორციელდება ორმაგი გრიფით.

დოზირება – 2-4 გამეორება თითოეულ მხარეზე.

ხერხემლის გულმკერდის ნაწილისა და ბეჭედად არაში სპირალისებრი სრუხა



იწყებენ გულმკერდის VII მალის დონიდან, II-V თითების ბალიშებით სპირალისებრი სრესით აღწევენ გულმკერდ-კისრის გადასასვლელამდე და გადადიან ცერების ბალიშებით სპირალისებრ სრესაზე.

ქედზე და ქედქვეშა კუნთების გორება

ამ კუნთებზე ზემოქმედება ხორციელდება თითების მომხრელი კუნთების თანამიმდევრული შეკუმშვით, მე-2 თითიდან ნეკისკენ და პირიქით.

გორების ამპლიტუდა მინიმალურია, წააგავს თითებით „ტალღისებრ“ ამოწურვას. ილეით სრულდება ორი ხელით სიმეტრიულად, იმეორებენ 6-8-ჯერ ნელი ან ზომიერი ტემპით.

ხარკეპლის წვეტთაშორისი შუალედ- ბის სრესა

სრულდება კისრის VII მალიდან გავას ძელამდე; მე-3 თითის ბალიშს ათავსებენ წვეტთაშორის შუალედში, მე-2 და მე-4 თითების ბალიშებს კი - გვერდებზე. სრესა წრიულია, მისი რიტმი - 2-2 გამეორება თითოეულ სეგმენტზე. საშუალო ტემპი.

უბრუნდებიან ზურგის მასაჟის გამაერთიანებელ ილეთებს - ხელსმას და ცოცვას, მათი 2-2-ჯერ გამეორებით.

პარაპერტაპრული კუნთების გორება გასწვრივ

მასაჟისტის ხელისგულის ზედაპირები დევს კუნთებზე გასწვრივად. ხერხი სრულდება ნებით და თითებით, მათი „ტალღისებრი“ თანამიმდევრული შეკუმშვითა და თანდათანობითი გადანაცვლებით დადმავალი მიმართულებით; გულმკერდის ზედა ნაწილს უბრუნდებიან ხელსმით.

ილეთი მეორდება 2-3-ჯერ, ნელი ტემპით.

გაწევა

ეს ილეთი თავისი ბიომექანიკური თვისებით უნდა მიეკუთვნოს პასიურ ტრაქციულ მოძრაობას. იგი სრულდება ორი ხელისგულის ზედაპირით, სწორხაზოვნად, სხვადასხვა მიმართულებით განივად, გასწვრივ, დიაგონალურად. სხეულის ნაწილების გაჭიმვასთან ერთად ხორციელდება სრესის ზემოქმედება.

ილეთი მეორდება 2-4-ჯერ.

მოგორება

მარცხენა ნების კიდე (იდაყვის მხარე) დევს სამასაჟო ზედაპირზე კუთხით, მარჯვენა ხელისგულის იდაყვის კიდეით მოაგორებენ მოძრავე ქსოვილებს მარცხენა ხელისგულზე წრიული მოძრაობით საათის ისრის საწინააღმდეგოდ.

თანდათანობითი გადაადგილებით მოიცავენ მთლიანად ზურგის ზედაპირს.

ხერხვა

სრულდება ნების იდაყვის მხარით, მოკლე მოძრაობით საწინააღმდეგო მიმართულებით. ხელისგულები მოძრაობს ახლოს და ერთმანეთის პარალელურად. ტემპი ჩქარია.

თავისა და კისრის უკანა გვერდითი მხრის მასაჟი

პაციენტს თავი მოსახერხებლად უდევს, შუბლით ეყრდნობა მაჯებს; ხელსმა სრულდება ხელისგულების ზედაპირებით საფეთქლიდან თხემის გავლით და კიხერზე გადასვლით. იმეორებენ 4-ჯერ.

სრესა თითების ბალიშებით სპირალი- სებრი

სრულდება იმავე მიმართულებით ტრაქციული კუნთების გორებაზე გადასვლით.

კისრის უკანა-გვერდითი კუნთების გორება

თითები კისერზე დევს პარალელურად ან კუთხით. კუნთების თელვა სრულდება თითებით აღმავალი და დაღმავალი მიმართულებით, ოთხი გადანაცვლებით ზევით, ამდენივე - ქვევით, ნელი ტემპით.

თავისა და კისრის უკანა-გვერდითი ზედაპირის ხელსმას იმეორებენ 2-ჯერ.

ისევ გადადიან ცოცვასა და ზურგის ხელსმაზე ორი განმეორებით, რათა ორგანიზმს შეუნარჩუნონ მასაჟის სეანსის საერთო ზემოქმედება და თანამიმდევრულად გადავიდნენ წელის არის მასაჟზე.

წელის არის სრესა

ამ ილეთზე გადასვლისას სამასაჟო ზედაპირზე უსმევენ მალამოს ან ზეთს და ახორციელებენ სრესას ხელისგულის ზედაპირით განივად ხერხემლიდან გვერდებზე;

ვერტიკალურ ზეწოლას არ აძლიერებენ, რომ ღორღოზმა არ მოიმატოს; ხერხი მეორდება 4-ჯერ, ზომიერი ან ნელი ტემპით.

გადადიან ნებით სრესის შეთანხმებაზე თითების ბალიშებით შტრიხისებრ სრესასთან; იმეორებენ 2-ჯერ.

წელის კვადრატული კუნთის გორება

კუნთის მისაღწევად ხელისგულის ზედაპირების იდაყვის მხარით თითქოსდა გაწევენ მეთორმეტე ნეკნს ზევით და თეძოს ქედს - ქვევით. წელის უკანა-გვერდით ზედაპირზე განლაგებული ქსოვილების ქვემოთა შრეში მდებარე კვადრატულ კუნთს აგორავებენ თითებით განივად, 4-ჯერ, ნელი ტემპით. იგივე - მარცხნივ განლაგებული კუნთის თელვას ახორციელებენ; ამ შემთხვევაში თითები მიმართულია ხერხემლისკენ.



გადადიან წელ-გავის არეში ხელსმაზე სხვადასხვა მიმართულებით: სწორხაზოვანი (განივი და გასწვრივი), წრიული. ტემპი ზომიერია ან ჩქარი. ორ-ორი ხელსმა თითოეული მიმართულებით.

ზიგზაგისებრი სრესა

ილეთი სრულდება ხერხემლის გასწვრივ ხელისგულის ზედაპირით, კისერ-გულმკერდის გადასასვლელიდან გავის ძვლამდე. ჩქარი ტემპით, ერთნაირი ზეწოლითა და მოძრაობის ამპლიტუდით. მეორდება 2-ჯერ.

ჩვენების მიხედვით იყენებენ აღმგზნებლარ ტყემით ხერხებს

ტყეპვა

სრულდება მოდუნებული მჯავებით, ჩქარი რიტმით, ზურგის მთლიან ზედაპირზე, თირკმელების პროექციის გამოტოვებით;

ილეთი ხორციელდება შეუწყვეტლივ, რიტმის შეუცვლელად, ერთნაირი ინტენსივობით, არ უნდა იწყვედეს არასასიამოვნო (მტკივნეულ) შეგრძნებას.

ტყაპუნო

სრულდება თითების ბალიშებით, ჩქარი რიტმით, შემხვედრი მოძრაობით.

სრესა წელ-გავისა და თეძოს არეში

ილეთი იწყება ცერების ბალიშებით მყესების, იოგების, სისხლძარღვების სპირალისებური სრესით; 4-ჯერ გამეორება; შემდეგ — დანარჩენი თითების ბალიშებით, ისევ 4-ჯერ; შემდეგ — მოხრილი თითების მეორე ფალანგებით და მეორე ხელის ზეწოლით; შემდეგ — ნების ფუძით, ზეწოლით.

მასაჟისტი გადადის თითების ბალიშებით სპირალისებრ სრესაზე ღუნდულა კუნთების გაკაზე და თეძოს ძვლებზე მიმაგრების ადგილებში.

თითოეული ილეთი მეორდება 4-ჯერ; უნდა მიაღწიონ სითბოსა და რელაქსაციის შეგრძნებას.

ისევ ხელსმა; დასასრულს — სტაბილური მანუალური (15 წამი) ვიბრაცია ან აპარატი ვიბრაცია (2 წუთი).

იმეორებენ ცოცვას ზურგზე — 2-ჯერ და ხელსმას ისევ ორი გამეორებით.

ღუნდულა კუნთების გორება



ხელისგულის ზედაპირები განლაგებულია ღუნდულა კუნთების შუაში, განივად, თითებით გარეთ; ხორციელდება განივი გორება ნების ფუძიდან თითებისკენ და პირიქით, უკანა მიმართულებით. ნელი ტემპი, 4-ჯერ.

შემდეგ ხორციელდება თითოეული კუნთის ცალ-ცალკე გორება: დიდი ღუნდულა კუნთის ამოწურვა — ხელისგულის ზედაპირები განლაგებულია



ორი ხელით, თანამიმდევრულად, ნეკით წინ, აღმავალი და დაღმავალი მიმართულებით. 2-4-ჯერ.

ბარძაყის კუნთების ორმაგი ორდინარული თელვა

„ორმაგი“ ნიშნავს ორი ხელით ჩატარებას, „ორდინარული“ — თითოეული ხელით ცალკე კუნთების ჯგუფების დამუშავებას.

იწყებენ ბარძაყის ქვედა მესამედიდან, ხელები განლაგებულია ლატერალურად და მედიალურად, ცერი განზიდულია; თანამიმდევრულად მიიწევენ ზევით (თელვა შეიცავს გორებას ამოწურვით) და გადადიან მენჯის კუნთების თელვაზე, ერთდროულად ორივე ხელით, ნების კიდით და მთლიანად ნებით კუნთებს გადაადგილებენ ზევით, გავას და თეძოს ფრთების მიმართულებით. ილეთის შესრულების რიტმია: 4 — აღგილზე, 8 — გადაადგილებით, 4 — ბოლოში; ს.მ.-ს უბრუნდებიან ხელსმით.

ბარძაყის უკანა ზედაპირის კუნთების ორმაგი წრიული თელვა

ამ ხერხით ერთდროულად ზემოქმედებენ ბარძაყის უკანა ზედაპირის ყველა კუნთზე; თუ ზემოქმედებენ მარცხენა ფეხზე, მაშინ მარცხენა ხელი აწვდის კუნთებს, მარჯვენა კი ასრულებს წრიულ თელვას ტალღისებრ ამოწურვასთან შეთავსებით, თითქოსდა კუნთებს კრებენ შუაში, — ერთი მხრიდან ცერით, მეორედან — დანარჩენი თითებით; უბრუნდებიან საწყის მდგომარეობას ხელსმით. საშუალო ტემპი, იმეორებენ 4-ჯერ.

თუ პაციენტს დიდი ბარძაყი აქვს ან მასაჟისტს — პატარა მტევანი, და მოუხერხებელია ყველა კუნთზე ზემოქმედება, შეიძლება კუნთების თელვა შეასრულონ ფრაგმენტულად.

ფეხის კანჭისებრი კუნთის ორმაგი ორდინარული თელვა



დიდი ღუნდულა კუნთის გასწვრივ, თითები — გავის ძვლის მიმართულებით; ხორციელდება ამოწურვა ნების ფუძიდან თითებისკენ და პირიქით ბრტყლად, კუნთის გასწვრივ.

შუა ღუნდულა კუნთების ამოწურვის შესასრულებლად თითებს გადანაცვლებენ კუნთის გასწვრივი მიმართულებით. საჭიროა მეტი ძალის მოხმარება, რათა მიწვდნენ მეორე შრეში განლაგებულ კუნთს.

მცირე ღუნდულა კუნთის გამოწურვისას შესაბამისად იცვლება ხელების განლაგება; უნდა მოიხმარიონ უფრო მეტი ძალა, რადგან კუნთი მდებარეობს მესამე შრეში.

მეთოდური შენიშვნა: ქვედა შრეში მდებარე კუნთის მასაჟს ჩაატარებენ კუნთით, რომელიც მის ზემოთაა, რაც, რა თქმა უნდა, მასაჟისტის ტექნიკურ ოსტატობას საჭიროებს.

ქვედა კიდურების მასაჟი

აღდგენითი მასაჟის წესების მიხედვით ქვედა კიდურის მასაჟის დროს იცავენ შემდეგ თანამიმდევრობას: ბარძაყი — წვივი — ტერფი, მაგრამ ილეთებს ახორციელებენ პროქსიმალური მიმართულებით, რათა ჩაატარონ ვენური და ლიმფური განწოვა.

ფეხის უკანა ზედაპირის ხელსმა

ილეთს იყენებენ, როგორც მოსამზადებელს, ის მოიცავს ბარძაყისა და წვივის ზედაპირს; სრულდება

ილეთი იწყება წვივის ქვედა მესამედიდან ზევით ასვლით თანმიმდევრულად; თელავი კუნთის მარჯვენა და მარცხენა თავებს. თელავი შეიცავს ტალღისებრ ამოწურვასაც. მასაჟისტი ლატერალურად განლაგებული ხელის II-V თითების ბალიშებით ერთდროულად ახორციელებს წვივის წინა ზედაპირის სპირალისებრ სრესას. რიტმი ჩვეულებრივია: განმეორება ადგილზე — 4-ჯერ, 6 — მოძრაობაში, მუხლქვეშა არეში გადადიან მყესების გორებაზე. ილეთი სრულდება ხელსმის თანხლებით საშუალო ან ნელი ტემპით.

კანჭის ტყუპი კუნთის ორმაგი წრიული თელავი

ტექნიკურად ილეთი სრულდება, როგორც სხვა კუნთებზე, ჩვეულებრივი რიტმით და საშუალო ტემპით, ხელსმასთან შეთავსებით.

კანჭისა და ქუსლის კუნთის თავების გორება

აგორავენ რიგრიგობით კუნთების თითოეულ თავს მოძრაობით აღმაველი და დაღმაველი მიმართულებით, შემდეგ გადადიან ქუსლის კუნთის გორებაზე. რადგან ეს კუნთი მდებარეობს მეორე შრეში, ამიტომ მასზე ზემოქმედება ხდება არა უშუალოდ ხელებით, არამედ ზემოთ განლაგებული კუნთის მეშვეობით.

მასაჟზე ორგანიზმის საერთო რეაქციის მისაღწევად და მასაჟის ილეთების ერთმანეთთან შესათავსებლად იმეორებენ ქვედა კიდურის ხელსმას.

კოჭ-წვივის სახსრის სრესა



ილეთს იწყებენ სახსრის წინა ზედაპირიდან, II-V თითების ბალიშებით ასრულებენ სპირალისებრ სრესას გოჯების უკნიდან შემოვლებით და გაუჩერებლივ გადადიან ცერების ბალიშებით აქილეუსის მყესის კიდეების სრესაზე. სრესა სპირალისებრია, ყოველი შემდეგი ხვეული მოიცავს წინა ხვეულის ნახევარს. რიტ-

მი: 4 — ადგილზე, 6 — მოძრაობით, 4 — ცერებით. ილეთი მეორდება 4-ჯერ, საშუალო ტემპით.

ტარვის ხელსმას

ასრულებენ ტერფისზურგისა და ტერფისგულის სხვადასხვა მიმართულებით.

ქუსლის სრესა

ილეთის მოსახერხებლად ჩატარებისათვის მასაჟისტი ბრუნდება ზურგით თავისკენ. თითების ბალიშებით სრულდება სრესა წრიულად.

ტარვისგულის ლატერალური და მიაღალური კუნთების გორება

სრულდება ცერების ბალიშებით, განივად, აღმაველი და დაღმაველი მიმართულებით. ნელი ტემპი, რიტმი: 4 თელავი — თითებისკენ, 4 — ქუსლისკენ.

თითების ფუძის ქსოვილების სრესა

ილეთი სრულდება ცერების ბალიშებით სწორხაზოვნად, განივი და გასწვრივი მიმართულებით, ისეთი ინტენსივობით, რომ არ გამოიწვიოს არასასიამოვნო შეგრძნება (ღუტუნი, ტკივილი და სხვ.).

ტარვისგულის კვადრატული კუნთის გორება

მასაჟისტის ს.მ. — დგომა ტერფის დონეზე, თითები უდევს კუნთზე კუთხით ერთმანეთის პირისპირ (ბოლო ფალანგები თითქმის ერთ ხაზზე); კუნთს აგორავენ ხელების გადაადგილების გარეშე, ბრტყლად, მცირე ამპლიტუდით. ილეთს იმეორებენ 6-ჯერ.

ვენურ სისხლსა და ლიმფურ სითხეზე დეპლეტორული ზემოქმედებისთვის მიზანშეწონილია შესრულებს განმეორების გარეშე ილეთები: კოჭ-წვივის სახსრიდან გადადიან უკანა ზედაპირის, ბარძაყისა და ღუნდულა კუნთების ორმაგ ორდინარულ თელავზე, ხელსმასზე, შერხევაზე, ტყეპაზე და ბერტყვით (შეიძლება ვიბრაციაზე გადასვლით) ამთავრებენ ფეხის უკანა ზედაპირის მასაჟს.

იდეენტურად ჩატარებენ მეორე ფეხის უკანა ზედაპირის მასაჟს და ამისთვის მასაჟისტი დგება მეორე მხრიდან.

პაციენტის საწყისი მდგომარეობა იცვლება ზურგზე წოლით.

შპსის წინა-გვერდითი ზედპირების მასაჟი

თანამიმდევრობა იგივეა: ბარძაყი — მუხლის სახსარი — წვივი — ტერფი დეპლეტორული (გამწოვი) პრინციპის დაცვით.

მთლიანად შპსის ხელსაყ

სრულდება ხელისგულის ზედაპირებით, ნეკებით წინ, აღმაყალი და დაღმაყალი მიმართულებით, თანამიმდევრულად. ყოველ სეგმენტზე ხელსმას იმეორებენ 4-ჯერ.

ბარძაყის კუნთების ორმაგი ორდინარული თელავა

იწყებენ ბარძაყის ქვედა მესამედიდან ხელისგულების შემოხვევით ისე, რომ ცერები ეწყოს წინა ზედაპირზე პროქსიმალური მიმართულებით; თელავა სრულდება თანამიმდევრულად, რიტმით: 4 — ადგილზე, 6-10 — წინ (ბარძაყის სიგრძის შესაბამისად); ბარძაყის ზედა მესამედში ხელისგული, რომელიც დევს მედიალურად, გადაინაცვლებს ბარძაყის სწორ კუნთზე. ს.მ.-ს უბრუნდებიან ხელსმით. იმეორებენ 4-ჯერ, საშუალო ტემპით.

ილეთი რთულია, რადგან შეიცავს გორებისა და ტალღისებრი ამოწურვის ელემენტებს.

ბარძაყის კუნთების გორება

სრულდება ფრაგმენტულად: მედიალურ მხარეზე, წინა მხარესა და ლატერალურ მხარეზე, თითების განივად განლაგებით, კუთხით ან პარალელურად. შუამდებარე ფართო კუნთი მდებარეობს ღრმად, და ამიტომ მასზე ზემოქმედება ზორციელდება არა უშუალოდ, არამედ ზედა კუნთების მეშვეობით. ნელი ტემპი, კუნთებს აგორავებენ 4-4-ჯერ.

მუხლის სახსრის მიდამოში წრიული (კონცენტრიკული) ხელსაყ

სრულდება თანამიმდევრულად ორი ხელით ნეკების წინ მოძრაობით. ილეთი მეორდება ოთხჯერ ზომიერი ან ჩქარი ტემპით.

მუხლის სახსრის არეში მდებარე მყესებისა და იოგების სრესა

მტევენებს ადებენ წვივზე, მუხლის სახსართან ახლოს, ცერების ბალიშები წინა ზედაპირზე, დანარჩენი თითები — გვერდებზე; სრესა სრულდება ნების ზე-

დაპირით, ბოლო ფალანგების ბალიშებით, სპირალისებრი მოძრაობით. რიტმი: 4 — ადგილზე, 6 — გადაადგილებით, 4 — ბარძაყის მყესებზე, ს.მ.-ს უბრუნდებიან ხელსმით. ილეთს იმეორებენ 4-ჯერ.

იმეორებენ მუხლის სახსრის არეში წრიულ ხელსმას.

ბარძაყის დისტალურ ნაწილში მყესების გორება

ზორციელდება ცერებით განივად, ერთმანეთის პირისპირ შემხვედრი მოძრაობით. 4-ჯერ, ნელი ტემპით.

სრესა მუხლის სახსრის უმეოხვევით

ხელისგულის ზედაპირებს მყარად მოხვევენ სახსარს, ცერები განლაგებულია კვირისტავის გვერდებზე, დანარჩენი თითები — მუხლქვეშა ფოსოში; მასაჟისტი ცდილობს დაძვას ქსოვილები პროქსიმული მიმართულებით ისე, რომ არ დაკარგოს ხელისგულების მყარი კონტაქტი მუხლის სახსართან. იმეორებენ 4-6-ჯერ, ნელი ტემპით.

ილეთის შესრულება შეიძლება მანუალური ვიბრაციის თანხლებით.

მუხლის სახსარზე ზემოქმედებას ამთავრებენ წრიული ხელსმით.

მუხლის სახსრის მასაჟის შემდეგ უბრუნდებიან ბარძაყს: ორი ხელსმის შესრულების შემდეგ გადადიან მაგისტრალური კუნთებისა და ლიმფური სადინრების განწოვაზე (განთავისუფლებაზე) სწორხაზოვანი სრესით ისე, რომ ცერსა და საჩვენებელ თითს შორის განლაგებული იყოს დიდი კანქვეშა კენა; მეორე ხელი ასრულებს სრესას ბარძაყის წინა-გარეთა ზედაპირზე.

პასიური მოძრაობა მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში

მასაჟისტი მარცხენა ხელს ათავსებს მუხლქვეშა ფოსოში ისე, რომ საჩვენებელი თითის სხივის მხარე დევს მუხლქვეშა ნაკეცში, განზიდული ცერი — მუხლის სახსრის გარეთა ზედაპირზე, მეორე ხელით ზორციელდება წვივის ქვედა მესამედში ტაცი ზემოდან; სრულდება პასიური მოძრაობა 8-ჯერ, ზომიერი ტემპი.

პროცედურის გაგრძელებისათვის მასაჟისტი ღებდა მეორე მხრიდან.

წვივის კუნთების წინა-გვერდითი ჯგუფის გორება

ზორციელდება ერთმანეთის პირისპირ კუთხით

განლაგებული თითები; კანჭის კუნთების ანატომიური თავისებურებების გათვალისწინებით მათი გორება ბრტყელია, მცირე ამპლიტუდით. ტემპი საშუალოა, ზევით და ქვევით გადაადგილებით, 4-ჯერ.

ბარაკაჟის უპრტო უასციის თეპო-ლიდი ფვივის ტრაქტის გორება

გორების ტექნიკა იდენტურია (იხილეთ ზემოთ აღწერილი), ამასთან, შეხების ზედაპირი ფართოა — თითების ფუძიდან თითების ბალიშებამდე.

ბარაკაჟის უპრტო უასციის თეპო-ლიდი ფვივის ტრაქტის სრესა

სრულდება სწორხაზოვნად პროქსიმული მიმართულებით (ს.მ.-ს უბრუნდებიან ხელსმით), სხედასხვა სამასაჟო ზედაპირის კარიანტით: მთელი ხელისგულის ზედაპირით თითებით წინ; საჩვენებელი თითი წინ, ცერი განზიდულია; ნების ფუძით; ცერით და ბორცვით. ილეთი მეორდება 4-ჯერ უმტკივნეულოდ.

შემაერთებელი ხელსმის შემდეგ უბრუნდებიან წვიეს.

ფვივის წინა-გპერდითი ზედაპირის სპირალისპერი სრესა

ხორციელდება ორივე ხელის თითების ბალიშებით, აღმაავალი მიმართულებით. ს.მ.-ს უბრუნდებიან ხელსმით, საშუალო ან სწრაფი ტემპით. ვიმეორებთ 4-ჯერ.

მასაჟის პროცედურა გაგრძელდება მასაჟისტის საწყისი მდგომარეობის შეცვლით, ის დგება ტერფებიდან.

ტერფის ხელსმა

სრულდება ორი ხელით, თანამიმდევრულად, როგორც ტერფისზურგის, ისე ტერფისგულის არეში, სხედასხვა მიმართულებით.

პოჭ-ფვივის სახსრის არეში სპირალისპერი სრესა

ხორციელდება ორი ხელის II-V თითების ბალიშებით, გარეთა და შიგნითა გოჯების ირგვლივ, სახსრის წინა ზედაპირის სრესაზე გადასვლით ცერების ბალიშებით. რიტმი: 4 — ს.მ.-ში, — აქილევსის მყესისა და გოჯებს შორის; 8 — გადაადგილებით. ტემპი საშუალო. ილეთს იმეორებენ 4-ჯერ.

პოჭ-ფვივის წინა ზედაპირის მყესების გორება

სრულდება ცერებით ერთმანეთის პირისპირ განივი მოძრაობით. საშუალო ტემპი.

ტერფის ძვალთაშორისი შუალედების შტრისისპერი სრესა

ხორციელდება თითების ბალიშებით პროქსიმული მიმართულებით. 4-ჯერ გამეორება, საშუალო ტემპი.

თითების სრესა

სრულდება ყველა თითის ბალიშებით, III (ბოლო) ფალანგის — დისტალური (ფრჩხილისაკენ) მიმართულებით, სწორხაზოვნად, დანარჩენი ფალანგების — პროქსიმული მიმართულებით სპირალისებრ. ილეთი მოიცავს ფალანგების მთლიან ზედაპირს. ერთი ხელით აფიქსირებს ტერფს, ცერი დევს ზემოდან, დანარჩენი თითები — ქვემოდან; I-II თითების სრესა სრულდება თანამოსახელე ხელით, III-V თითებისა — მეორე ხელით. ილეთი მეორდება 2-ჯერ თითოეულ თითზე. საშუალო ან ჩქარი ტემპი.

ტალღისპერი ამოწურვა

ხორციელდება ნეკიდან ცერისკენ ნების კუნთების მაქსიმალური მონაწილეობით. შეიძლება ილეთის შეთავსება ტერფის „მარაოსთან“.

ტერფის სახსრებში პასიური მოძრაობა

სრულდება სხედასხვა მიმართულებით, ლოკალიზაციიდან გამომდინარე, კერძოდ: ფალანგთაშორისი სახსრების — გულ-ზურგისა და გვერდითი (ლატერო-ლატერალური) მიმართულებით; ტერფ-ფალანგის შესახსრებაში — წრიული, ერთდროულად მსუბუქი ტრაქციით; ტერფის ძვლების გადაადგილება ხდება სპირისპირო მიმართულებით, ლატერო-ლატერალურად, ორივე ხელის შემოხვევით, — ცერები ტერფისგულის მხრიდან, დანარჩენი თითები — ტერფისზურგის მხრიდან, თითები დევს პარალელურად. თითოეულ ილეთს იმეორებენ 4-ჯერ.

პოჭ-ფვივის სახსარში პასიური მოძრაობა

ხორციელდება წრიული მიმართულებით, როგორც საათის ისრის, ისე მის საწინააღმდეგოდ, 4-ჯერ თითოეული მიმართულებით.

ქვედა კიდურის მასაჟის დამთავრებისას იმეორებენ საერთო ხელსმას, ჩაატარებენ ბარძაყისა და წვიკის ზიგზაგისებრ შერხევას.

მეორე ქვედა კიდურის წინა მხრის მასაჟს ახორციელებენ იდენტურად, ორიენტირებული დოზირებით 6-7 წუთი, ასე რომ, ერთი ფეხის მასაჟის საერთო დროა 13-15 წუთი.

ხ ე ლ ი ს მ ა ს ა ჟ ი

სრულდება საწყის მდგომარეობაში — ზურგზე წოლა, ხელი ოდნავ განზიდულია მხრის სახსარში (10^0), მოხრილია იდაყვის სახსარში (10^0), ხელისგული ქვევითაა.

ხელის ხელსმა

წინამხრის და მხრის ხელსმა ხორციელდება ორი ხელით ნეკით წინ, თანამიმდევრულად, პროქსიმული და დისტალური მიმართულებით, 4-ჯერ, ხელი ტემპით.

აღდგენითი მასაჟის წესების გათვალისწინებით ზედა კიდურზე იცავენ შემდეგ თანამიმდევრობას: მხარი — წინამხარი — მტევანი, ხოლო თვით ილეთებს ასრულებენ პროქსიმული მიმართულებით ვენური სისხლისა და ლიმფური სითხის მიმოქცევის დაჩქარების მიზნით, რასაც დეპლეტორული მასაჟი ეწოდება.

ხელსმა წრიული მხრის სახსრის არაში

სრულდება ორი ხელით თანამიმდევრულად, ნეკებით წინ, საშუალო ტემპით, 4-ჯერ გამეორებით.

დელტისპირი კუნთის გორავა ამოწურვით

ხორციელდება თანამიმდევრულად ან ერთდროულად, თითქმის ხელების გადაადგილების გარეშე, თითების ბალიშებით კუნთების მიმაგრების ადგილების ერთდროული სრესით. ილეთს იმეორებენ 4-6-ჯერ, საშუალო ტემპით.

დელტისპირი კუნთის გორავა

თითები განლაგებულია განივად, პარალელურად ან კუთხით; გორება ხორციელდება თითების ფუძიდან თითების ბალიშებისკენ და პირიქით ან ცერებიდან III-IV თითებისკენ (საჩვენებელი თითები ზემოდან). 4-4 გამეორება წინა, შუა და უკანა ბოჭკოებზე. საშუალო ტემპი.

კუნთის უკანა ნაწილის გორებისას ხელებს აბრუ-

ნებენ საპირისპირო მხარეს.

როგორც ყოველთვის, მასაჟის ხერხზე გადასვლამდე ახორციელებენ ხელსმას.

დელტისპირი კუნთის მიმაგრების ადგილების სრესა

ცერების ბალიშებით ასრულებენ მყესების სრესას მხრის ძვალზე მიმაგრების ადგილას, დანარჩენი თითები საყრდენია. იმეორებენ 4-ჯერ, შემდეგ II-V თითების ბალიშებით ახორციელებენ პროქსიმულ ადგილებში კუნთების მიმაგრების სპირალისებრ სრესას, ცერები საყრდენია. გამეორება 8-ჯერ.

მხრის ქვედა ნაწილებზე გადასვლამდე ასრულებენ ხელსმას.

მხრის ქსოვილების თელვა სრესით

ორი ხელით შესასრულებელი რთული ილეთია, რომლის დროს თელვის ორი სახე ერწყმის სრესას. ამ რთული კომბინაციის კომპონენტებია: სპირალისებრი სრესა ბოლო ფალანგების ბალიშებით და ერთდროულად ორივე ხელისგულის ზედაპირით გორება ტალღისებრ ამოწურვასთან ერთად, ასე ცოცვით მასაჟისტის ხელები გადაადგილდება აღმავალი მიმართულებით.

იმეორებენ დელტისებრი კუნთის გორებასა და ამოწურვას. საწყის მდგომარეობას უბრუნდებიან ხელსმით. ილეთს იმეორებენ 4-ჯერ საშუალო ტემპით. რიტმი: დისტალურ არეში ადგილზე 4 გამეორება, პროქსიმალურად გადაადგილება — 6 თელაზე, დელტისებრ კუნთზე — 4 გამეორება.

მხრის კუნთების ორმაგი წრიული თელვა

ილეთის შესრულების ტექნიკა იგივეა, რაც ზურგის უგანეირესი კუნთის ორმაგი წრიული თელვის შემთხვევაში, თავდაპირველად დაამუშავებენ მხრის ორთავა კუნთს, შემდეგ — სამთავას. მოძრაობა სრულდება პროქსიმული მიმართულებით, საშუალო ტემპით.

მხრის სამთავა კუნთზე ილეთის მოსახერხებლად შესრულებისთვის მასაჟისტი იცვლის საწყის მდგომარეობას, დგება ზურგით პაციენტისკენ, შესაბამისად იცვლება მომწოდის და მთელავე ხელის ადგილმდებარეობა.

ორთავა და სამთავა კუნთების გორავა

ხორციელდება ორი ხელით ერთ კუნთზე, თითები განლაგებულია ერთმანეთის პირისპირ კუთხით, საშუალო ტემპი, თითოეულ კუნთზე ილეთს იმეორებენ 8-ჯერ.

სამთავა კუნთის გორებისას მასაჟისტი ისევ იცვლის საწყის მდგომარეობას, ბრუნდება ზურგით პაციენტისკენ, ხელი პაციენტის განზიდულია.

იდაჟვის სახსრის არეში წრიული ხელსმა

სრულდება კონცენტრირებული მოძრაობით, ნეკით წინ; მოიცავს წინამხრის ზედა და მხრის ქვედა მესამედს. იმეორებენ 4-ჯერ, ხელი და საშუალო ტემპით.

წინამხრის ხელსმა

ხორციელდება აღმაველი და დაღმაველი მიმართულებით, ნეკებით წინ; მოიცავს წინამხრის წინა და უკანა ზედაპირებს. 4-ჯერ, საშუალო ტემპით.

წინამხრის კუნთების ორმაგი ორდინარული თელვა

სრულდება რიტმით: 4 მოძრაობა პროქსიმული მიმართულებით, აუცილებლად გორების ტალღისებრ ამოწურვასთან შერწყმით, უფრო წინამხრის ზედა მესამედში; 4 გამეორება ადგილზე; ს. მ.-ში შეიძლება დაბრუნება როგორც ხელსმით, ისე ამოწურვით შემოხვევითა და დაგრეხით. ილეთს იმეორებენ 4-ჯერ, ხელი ტემპით.

ამოწურვა უპეროხვევითა და დაგრეხით

წინამხარს იჭერენ ორი ხელით, როგორც კანაფს (ბაგირს), დიდი თითები წინამხრის ზედა მესამედის უკანა ზედაპირზე, საპირისპიროდ მიმართული თითები — წინა ზედაპირზე; ილეთი სრულდება დაღმაველი მიმართულებით ერთდროული ტალღისებრი ამოწურვით ორი ხელით და დაგრეხით საპირისპირო მიმართულებით.

წინამხრის წინა და უკანა ზედაპირის კუნთების გორება

ხორციელდება ზემოთ აღწერილი მეთოდიკით (მაგალითად, როგორც წვივზე). უკანა ზედაპირის კუნთების მოსახერხებელი გორებისათვის მასაჟისტი დგება პაციენტისკენ ზურგით.

წინამხრის უკანა ზედაპირის სპირალისებრი სრქსა

სრულდება თითების ბალიშებით, ნები ეხება ზედაპირს. ახორციელებენ 6-8 სპირალისებრ ხვეულს

პროქსიმული მიმართულებით. ს. მ.-ს უბრუნდებიან ხელსმით. იმეორებენ 4-ჯერ ხელი ტემპით.

წინამხრის ქსოვილების მაშისებრი სრქსა

ახორციელებენ თანამოსახელე ხელით სწორხაზოვნად, ცერებით და საჩვენებელი თითებით, იდაყვის სახსართან თითებს ერთმანეთს მიუახლოებენ. იმეორებენ 4-ჯერ, ხელი ტემპით.

სისხლძარღვებზე დეპლეტორული (განმწოვი) ზემოქმედების გასაგრძელებლად მიზანშეწონილია გამეორების გარეშე წინამხრის ქვედა მესამედიდან წინამხრის, მხრის კუნთების ორმაგი ორდინარული თელვით, ხელსმით, შერხევით და ბერტყვით (შეიძლება ვიბრაციაზე გადასვლით) დაამთავრონ მითითებული სეგმენტების მასაჟი. შემდეგ ასრულებენ პასიურ მოძრაობას მხრისა და იდაყვის სახსრებში.

მხრისა და იდაყვის სახსრებში პასიური მოძრაობა

ს. მ. — პაციენტის მარჯვენა წინამხარი და მტევანი დევს მასაჟისტის წინამხრის წინა ზედაპირზე, მისი ნების ზედაპირი აფიქსირებს იდაყვის სახსარს ქვემოთ, მასაჟისტის მარცხენა ხელი განზიდული ცერით დევს მხრის სახსარზე ზემოდან; ხორციელდება პასიური წრიული მოძრაობები მხრის სახსარში, იდაყვის სახსარში ერთდროული მოხრა-გაშლა. 8 გამეორება, საშუალო ტემპით.

მტკვნის ხელსმა

სრულდება ერთი ხელით როგორც ზურგის, ისე ხელისგულის ზედაპირზე, სხვადასხვა მიმართულებით.

სხივ-მაჯის არეში მყვანების გორება

ხორციელდება ხელისგულისა და ზურგის ზედაპირზე განივად, ერთი ხელის ცერით ან ცერებით საპირისპიროდ. საშუალო ტემპით.

ნაბთაშორისი უშალქების უტრახისებრი სრქსა

სრულდება არათანამოსახელე ხელის II-IV თითების ბალიშებით, პროქსიმული მიმართულებით. 4 გამეორება, საშუალო ტემპით.

თითების სრქსა

ხორციელდება ყველა თითის ბალიშებით: მესამე

ფალანგზე — სწორხაზოვნად დისტალური მიმართულებით (ფრჩხილისკენ), დანარჩენი ფალანგების სრესა სპირალისებურია პროქსიმული მიმართულებით. ილეთით ზემოქმედებენ ფალანგების ყველა ზედაპირზე. მეორე ხელი აფიქსირებს მტევანს. პირველი, მეორე და მესამე თითების სრესას ასრულებენ თანამოსახელე ხელით, მეოთხე, მეხუთე თითებისას — მეორე ხელით. 2-2 გამეორება ყოველ თითზე. ტემპი საშუალო ან ჩქარი.

ტალღისებრი ამოწურვა

სრულდება ზემოთ აღწერილი მეთოდით, როგორც ტერფზე.

მტკვნის სახსარში პასიური მოძრაობა

ხორციელდება წრიული მოძრაობა როგორც საათის ისრის მიმართულებით, ისე მის საწინააღმდეგოდ. 4-4-ჯერ თითოეულ მხარეს.

გულმკერდის არის მასაჟი

სარძევე ჯირკვლებზე მასაჟი არ არის რეკომენდებული. ყურადღებას ამახვილებენ კუნთების მიმაგრების ადგილებზე.

მკერდის არეში წრიული ხელსმა

სრულდება ორი ხელით სიმეტრიულად მკერდის ძელიდან ილღიებისკენ. იმეორებენ 4-ჯერ, საშუალო ტემპით.

მკერდის დიდი კუნთის მიმავრების ადგილების სპირალისებრი სრესა

ხორციელდება ორი ხელის თითების ბალიშებით სიმეტრიულად, მკერდის ძელის ქვედა კიდიდან ზევით, ლავიწის ძვალზე მიმაგრების ადგილების სრესაზე გადასვლით. ს. მ.-ს უბრუნდებიან ხელსმით. ილეთს იმეორებენ 4-ჯერ, საშუალო ტემპით.

გულმკერდის ქვედა ნაწილში ნაკნთა-შორისი შუალედების სწორხაზოვანი სრესა

სრულდება ორივე ხელის თითების ბალიშებით, სიმეტრიულად, წინიდან ზერხემლის მიმართულებით. ილეთი შეიძლება ჩაატარონ შტრინისებურად (იმის მიხედვით, თუ როგორ იტანს მას პაციენტი). 4 გამეორება, საშუალო ტემპით.

მკერდის დიდი კუნთის ორმაგი წრიული თელვა

ხორციელდება ჭამაკაცის კარგად განვითარებულ კუნთზე ზემოთ აღწერილი მეთოდით (მაგალითად, როგორც ზურგის უგანიერეს კუნთზე). 4 გამეორება საშუალო ტემპით.

მუცლის მასაჟი

ხელსმა

მოსახერხებელია ერთი ხელით (იშვიათად ორი ხელით) შესრულება წრიული მოძრაობით საათის ისრის მიმართულებით, ჭიპიდან, თანდათანობით ზრდიან წრის დიამეტრს.

რიტმი: 2 წრე ადგილზე, 4 — ზრდიან დიამეტრს, 2 — ამთავრებენ დიდ წრეზე. ნელი ტემპი, ილეთს იმეორებენ 2-ჯერ.

მუცლის პირდაპირი კუნთის ორმაგი წრიული თელვა

მეთოდიკა წააგავს პარავერტებრული კუნთების ორმაგ წრიულ თელვას, ე. ი. მომწოდებელი ხელით კუნთი გროვდება თეთრ ხაზზე, მეორე ხელით ვასრულებთ წრიულ თელვას ქვეიდან ზევით. 4 გამეორება, ზომიერი ტემპით.

მუცლის წინა-გვერდითი არის სრესა

ხორციელდება ნების ზედაპირებით სწორხაზოვნად, მუცლის ირიბი კუნთების მიმართულებით, მუცლის გვერდითი ზედაპირიდან საზარდულისკენ, 4-ჯერ.

ხელსმით ამთავრებენ მასაჟის პროცედურის ძირითად ნაწილს.

აუტორელაქსაცია

1. დაწეით ზურგზე, ფეხები გამართეთ, ხელები ტანის გასწვრივ მოათავსეთ და ოდნავ მოხარეთ იდაყვის სახსრებში, ხელისგულები ზევით მიმართეთ.

2. თქვენი ტანის მდგომარეობა მოსახერხებელი უნდა იყოს, სიამოვნების მომგვრელი.

3. ყურადღებით მისმინეთ, სხვა ხმაური არ გაწუხებთ.

4. წარმოიდგინეთ, რომ ისვენებთ ტბის ან მდინარის პირას.

5. მზე გეაღერებათ, ცა — ცისფერია, ქვიშა — თბილი.

6. ვისვენებ.
7. მშვიდად ვარ, სრულიად მშვიდად ვარ.
8. დაძაბულობა ქრება, თავს ვგრძნობ მსუბუქად და თავისუფლად.
9. ვღუნდები, ვღუნდები, მშვიდად ვარ.
10. მსუბუქად და თავისუფლად ვგრძნობ თავს.
11. მსუბუქად და თავისუფლად ვსუნთქავ.
12. სუნთქვა მშვიდია.
13. გული ძველს რიტმულად და თავისუფლად, არ მესმის მისი ძეგრა.
14. მარჯვენა ხელის კუნთები მიღუნდება.
15. მარჯვენა მტევანი მიღუნდება.
16. წინამხარი, მხარი მიღუნდება.
17. მთლიანად მარჯვენა ხელი მოღუნებულია, მძიმე, თბილი.
18. მარცხენა ხელის კუნთები მიღუნდება.
19. მარცხენა მტევანი მიღუნდება.
20. წინამხარი, მხარი მიღუნდება.
21. მთლიანად მარცხენა ხელი მოღუნებულია, მძიმე, თბილი.
22. ორივე ხელი მოღუნებულია, მძიმე, თბილი.
23. მარჯვენა ფეხის კუნთები მიღუნდება.
24. მარჯვენა ტერფი მიღუნდება.
25. კანჭი, ბარძაყი მიღუნდება.
26. მთლიანად ფეხი მოღუნებულია, მძიმე, თბილი.
27. მარცხენა ფეხის კუნთები მოღუნებულია.
28. მარცხენა ტერფი მოღუნებულია.
29. კანჭი, ბარძაყი მოღუნდება.
30. მთლიანად მარცხენა ფეხი მოღუნებულია, მძიმე, თბილი.
31. ორივე ფეხი მოღუნებულია, მძიმე, თბილი.
32. ოდნავი სითბო მიგრცელდება ხელის თითებიდან (წვერებიდან) მენჯამდე.
33. მშვიდად ვარ, მშვიდად ვარ.
34. მენჯის კუნთები მოღუნდება.
35. მუცლის კუნთები მოღუნდება.
36. გულმკერდისა და ზურგის კუნთები მოღუნდება.
37. მთლიანად სხეული მოღუნებულია.
38. სასიამოვნო სიმძიმეა და სითბოა სხეულში.
39. თავს ვგრძნობ მსუბუქად და თავისუფლად, მშვიდად ვარ, ვისვენებ.
40. თავი მიღვეს თავისუფლად და მშვიდად.
41. კისრისა და სახის კუნთები მიღუნდება.
42. შუბლის კუნთები მიღუნდება.
43. პირის კუნთები მოღუნებულია.
44. ტუჩები ოდნავ ღიაა.
45. ნიკაპი მოღუნებულია.
46. შუბლზე სასიამოვნო სიგრილეს ვგრძნობ.
47. სახე დამშვიდებული მაქვს.
48. სრულიად განვთავისუფლდი დაძაბულობისაგან.
49. მშვიდად ვარ, ვისვენებ.
50. თავისუფლად და სასიამოვნოდ ვგრძნობ თავს.
51. დავისვენე, დავმშვიდდი.
52. მთლიანად სხეულში სიმსუბუქეს და სიხალისეს ვგრძნობ.
53. მთლიანად სხეულის გაკაყებას ვგრძნობ.
54. ძალით აღსავსე ვარ.
55. მსურს მოძრაობა, მოქმედება.
56. გააღეთ თვალები!
57. წამოდექით!
58. შეასრულეთ რამდენიმე მოძრაობა ხელებით, ფეხებით!
59. აუჩქარებლივ დაჯექით!
60. ადექით!

შინაარსი

წინასიტყვაობა
ავტორისაგან
პირობითი აღნიშვნები

I. მანუალური თერაპია

ზოგადი ნაწილი

შესავალი
მანუალური გამოკვლევა
მანუალური თერაპიის საშუალებები
მენჯზე ზემოქმედება მანუალური თერაპიით
ხერხემლის წელის ნაწილის გამოკვლევის
თავისებურებანი
გულმკერდზე ზემოქმედება მანუალური თერაპიით
ხერხემლის კისრის ნაწილის გამოკვლევის
თავისებურებანი
ხერხემლის ოსტეოქონდროზის ნევროლოგიური
გამოვლინებების დროს სამკურნალო საშუალებათა წესზე
დაავადებები, რომლებმაც შეიძლება განაპირობონ
ხერხემალში ტკივილის სიმუცავა
მომდინარეობის სტერეოტიპი
ხერხემლის ოსტეოქონდროზის დროს
სამკურნალო ტანვარჯიშის მეთოდიკა
მანუალური თერაპიის უკუჩვენებები

პრაქტიკული ნაწილი

ხერხემლის კისრის ნაწილის მანუალური თერაპიის
სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ხერხები
ხერხემლის გულმკერდის ნაწილის
სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ხერხები
გავა-თუძოს შესახსრების მანუალური თერაპიის
სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ხერხები
ხერხემლის წელის ნაწილის სამკურნალო-
დიაგნოსტიკური ხერხები
მენჯ-ბარძაყის სახსრის მანუალური თერაპიის
სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ხერხები
მუხლის სახსრის მანუალური თერაპიის
სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ხერხები
კოჭ-წვივის სახსრისა და ტერფის
სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ხერხები
მხრის სახსრის მანუალური თერაპიის
სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ხერხები
იდაყვის სახსრის სამკურნალო-დიაგნოსტიკური
ხერხები
მტკვნისა და სხივ-მაჯის სახსრის მანუალური
თერაპიის სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ხერხები
სახის კუნთების სამკურნალო-დიაგნოსტიკური
ხერხები

II. ფარტილოვანი მასაჟი (აკუმრეპსია)

შესავალი

3 წერტილოვანი მასაჟის კისრის
4 ოსტეოქონდროზის დროს 128
5 წერტილოვანი მასაჟის მხრის
სახსრის ართროზის დროს 130
წერტილოვანი მასაჟის პროცედურა ხერხემლის
წელის ნაწილის ოსტეოქონდროზის დროს 134
წერტილოვანი მასაჟის პროცედურა
7 კოჭსართოვანის დროს 136
9 წერტილოვანი მასაჟის პროცედურა
12 გონართროზის დროს 139
15 წერტილოვანი მასაჟის პროცედურა კოჭ-წვივის
სახსრის ართროზის დროს 142
17 წერტილოვანი მასაჟის პროცედურა პიპერტონული
17 დაავადების დროს 143
22 წერტილოვანი მასაჟის პროცედურა
კარდიალგიის დროს 146
23 წერტილოვანი მასაჟის პროცედურა ბრონქული
ასთმის დროს 146
24 წერტილოვანი მასაჟის პროცედურა ქრონიკული
25 გასტრიტის დროს 148
წერტილოვანი მასაჟის პროცედურა ნაღვლის
საღინარების დისკინეზიისა და არაკალკულოზური
29 ქოლესისტიტის დროს 150
38 წერტილოვანი მასაჟი ღიაბუტის დროს 151

III. სამკურნალო და პიზიოთერაპიული კლასიკური მასაჟი

39 მასაჟის ისტორიის მიმოხილვა 155
64 მასაჟის ილუბაციის კლასიფიკაცია 157
მასაჟის რთული ილუბაცია 161
77 მასაჟის ამოცანები და ილუბაციის სისხლის
მიმოქცევისა და ღიმფური სისტემის
ზემოქმედებისას 163
83 მასაჟის ამოცანები და ილუბაციის კანზე
ზემოქმედებისას 163
92 მასაჟის ამოცანები და ილუბაციის კუნთოვან
97 სისტემებზე ზემოქმედებისას 164
მასაჟის ამოცანები და ილუბაციის შემადგენელ
ქსოვილზე ზემოქმედებისას 165
მასაჟის ამოცანები და ილუბაციის ნერვულ
106 სისტემებზე ზემოქმედებისას 165
მასაჟის ამოცანები და ილუბაციის შინაგან
114 ორგანოებზე ზემოქმედების დროს 166
მასაჟის ამოცანები და ილუბაციის მთლიანად
118 ადამიანის ორგანიზმზე ზემოქმედებისას 166
მეთოდური მითითებანი 166
122 საერთო მასაჟის მეთოდიკა (ილუბაციის
შესრულების ტექნიკა, დოზირება და მათი
თანამიმდევრობა) 169
ავტორელაქსაცია 180

124

