

**ԵՐԵՎԱՆԻ Մ. ԶԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ
ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ**

**ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՌԵԱԲԻԼԻՏՈԼՈԳԻԱՅԻ, ՖԻԶԻՈԹԵՐԱՊԻԱՅԻ ԵՎ
ԿՈՒՐՈՐՏԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ԱՄԲԻՈՆ**

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՌԵԱԲԻԼԻՏՈԼՈԳԻԱՅԻ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐԸ

**Բժշկական ռեաբիլիտոլոգիայի, ֆիզիոթերապիայի և
կուրորտաբանության ամբիոնի դոցենտ,
բ.գ.թ. Ա.Գ. Իսախանյանի խմբագրությամբ**

ՈՒՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ՁԵՌՆԱՐԿ

**Ընդհանուր բժշկության, ստոմատոլոգիական, դեղագիտական
ֆակուլտետների ուսանողների համար**

**ԵՐԵՎԱՆԻ Մ. ԶԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ
Երևան - 2013**

ՀՏԴ 616-08 (07)

ԳՄԴ 53.5 y 7

Ի 750

Հաստատված է՝

Մ. Հերացու անվան ԵՊԲՀ գիտական խորհրդի 23.04.2013 թ. նիստում,
արձանագրություն թիվ 9

Մ. Հերացու անվան ԵՊԲՀ ներքին հիվանդությունների ցիկլային
մեթոդական հանձնաժողովի 02.03.12թ. նիստում,
արձանագրություն թիվ 6

Խմբագիր՝ բժշկական ռեաբիլիտոլոգիայի, ֆիզիոթերապիայի
և կուրորտաբանության ամբիոնի դոցենտ,
բ.գ.թ. **Ա.Գ. Իսախանյան**

Գրախոս՝ ֆիզիկական կուլտուրայի հայկական պետական
ինստիտուտի կինեզիոլոգիայի ամբիոնի վարիչ,
պրոֆ. **Ս.Վ. Գրիգորյան**

Լեզվաբան խմբագիր՝ բ.գ.թ., դոցենտ **Հ.Վ. Սուքիասյան**

Խմբագիր-մակետավորող՝ Մանյակ Ավետիսյան
Իսախանյան Ա.Գ.

Ի 750 Բժշկական ռեաբիլիտոլոգիայի հիմունքները: Ուսումնական ձեռնարկ
/Ա.Գ. Իսախանյանի – Եր.: Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական
բժշկական համալսարանի հրատ., 2013.-80 էջ:

«Բժշկական ռեաբիլիտոլոգիայի հիմունքները» ձեռնարկում շարադրված են այն հիմնական բաժինները, որոնք ընդգրկված են «Բժշկական ռեաբիլիտոլոգիա» առարկայի ծրագրում: Ձեռնարկում ներկայացված են բժշկական ռեաբիլիտոլոգիայի հիմունքները, վերականգնողական բուժման ցուցումները և հակացուցումները, ինչպես նաև ժամանակակից բուժական մեթոդների կիրառման հնարավորությունները տարբեր հիվանդությունների ժամանակ: Սույն ձեռնարկի նյութի հիման վրա են կազմված հարցումների և քննությունների ընթացքում կիրառվող թեստերը:

Ձեռնարկը նախատեսված է նաև կլինիկական օրդինատորների և բժիշկների համար:

ՀՏԴ 616-08 (07)

ԳՄԴ 53.5 y 7

ISBN 978-9939-65-062-3

© ԵՊԲՀ, Մ Հերացու անվան, 2013

ՆԱԽԱԲԱՆ

Հիվանդությունների և վնասվածքների տարածվածությունը, խանգարված ֆունկցիաների կայունությունը և բարդությունները, որոնք ուղեկցվում են աշխատունակության երկարատև և կայուն կորստով, բժշկական ռեաբիլիտոլոգիայի խնդիրները դարձնում են առողջապահության բժշկասցիալական կարևոր խնդիրներից մեկը:

Բժշկական ռեաբիլիտոլոգիայի (վերականգնողական բժշկության) հիմնական խնդիրը, որպես գիտության և գործնական առողջապահության ձևավորված բաժին, այնպիսի համակարգի ստեղծումն է, որը կապահովի օրգանիզմի ձևավորման, ակտիվ պահպանման, ֆունկցիոնալ պաշարների, առողջության ներուժի իրացման վերականգնման պրոցեսները՝ նպաստելով սոցիալական և անձնական լիարժեք կյանք վարելուն, ինչպես նաև ծերացման, հիվանդացության, վաղաժամ մահացության, հաշմանդամության տեմպերի դանդաղեցմանը, կյանքի միջին տևողության և որակի լավացմանը:

Բժշկական ռեաբիլիտոլոգիայի նկատմամբ հետաքրքրությունը մեծ մասամբ բացատրվում է մարդու առողջության և ֆիզիկական ակտիվության խնդիրների համընդհանրացման փաստով: Այսօր անադեկվատ ցածր ֆիզիկական ակտիվությունը դիտվում է որպես տարբեր հիվանդությունների զարգացման ռիսկի գլխավոր գործոն:

Բժշկական ռեաբիլիտոլոգիայի ժամանակակից սկզբունքները և չափանիշները, հիմնված միջազգային ստանդարտների և ապացուցողական բժշկության պահանջների վրա, անկասկած, պետք է ծառայեն որպես մեթոդաբանական հիմք մասնագետների, վերականգնողական տարբեր բաժիններում աշխատողների համար, և միաժամանակ պետք է արտացոլվեն ուսումնական ծրագրերում՝ բուհական և հետդիպլոմային ուսուցման շրջանակներում:

Ներկայացված բժշկական ձեռնարկը կազմնած է ըստ ռուսական և արտասահմանյան ժամանակակից տվյալների: Այստեղ համակարգված կերպով ներկայացված են բժշկական ռեաբիլիտոլոգիայի հիմնական բաժինները՝ ռեաբիլիտոլոգիայի նպատակները և խնդիրները, մեթոդաբանական և մեթոդական առանձնահատկությունները, սիրտ-անոթային, կենտրոնական նյարդային և հենաշարժիչ համակարգերի վերականգնողական բուժման փուլային սկզբունքները: Ձեռնարկի մեջ հատուկ ուշադրություն է հատկացված ֆիզիկական ռեաբիլի-

տուլոգիայի միջոցների կիրառման հարցերին, ինչպես նաև ադեկվատ շարժողական ակտիվության /խանգարված ֆունկցիաների վերականգնման ժամանակ/, հիվանդների կյանքի որակի բարելավման, հիվանդությունների քրոնիկանացման տեմպերի նվազեցման, հաշմանդամության աճի կանխարգելման և այլ խնդիրներին:

Ղոցենտ` Ա.Գ. Բսախանյան

ԳԼՈՒԽ 1

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՌԵԱԲԻԼԻՏՈԼՈԳԻԱՅԻ ՍԿՉԲՈՒՆՔՆԵՐԸ

Բժշկական ռեաբիլիտոլոգիան պրակտիկ գործունեության համակարգ է, որն ուղղված է վերականգնելու մարդու ֆունկցիոնալ պահեստները, բարձացնելու հիվանդության հետևանքով իջած դիմադրողականությունը և բարելավելու կյանքի որակը՝ հիմնականում ոչ դեղորայքային մեթոդների կիրառմամբ:

Վերականգնողական բուժումն իր հերթին ուղղված է՝

- ֆունկցիոնալ ռեզերվների մեծացմանը,
- խանգարված ֆունկցիաների փոխհատուցմանը,
- հիվանդությունների և դրանց բարդությունների երկրորդային կանխարգելմանը,
- աշխատունակության վերականգնմանը:

Ֆունկցիայի վերականգնումը անկարողունակ անձին հնարավորություն է տալիս օգտագործելու իր ֆիզիկական, զգայական, մտավոր և մասնագիտական ողջ ներուժը՝ շրջապատում որքան հնարավոր է ինքնուրույն հանդես գալու համար:

Ժամանակակից դեղորայքային կամ վիրաբուժական միջամտություններով կարելի է կանխել մահը կամ նվազագույնի հասցնել անկարողությունը, բայց հիվանդների մեծ մասի շրջանում մնում են մնացորդային ֆիզիկական և/կամ մտավոր անկարողություններ: Այս հիվանդները պահանջում են միանգամայն այլ միջամտություն՝ իրենց անկարողությունը հաղթահարելու և հասարակության օգտակար անդամ դառնալու համար: Նրանց առջև ծառանում են բժշկական, ֆիզիկական,

կրթական, աշխատանքային բազմաթիվ խնդիրներ, որոնց լուծման համար անհրաժեշտ է հատուկ կրթություն ստացած բուժաշխատողների թիմ: Նրանք համագործակցում են հիվանդի հետ՝ օգնելով հաղթահարել առկա խնդիրները:

Ռեաբիլիտացիա տերմինը ծագում է լատիներեն **habilis** - «ունակություն», **rehabilis** - «ունակության վերականգնում» բառերից:

Ռեաբիլիտացիայի բնորոշումը: Վերականգնումը կրթելու և վարժեցման գործընթաց է, որի միջոցով անձը հաղթահարում է ֆիզիկական կամ մտավոր անկարողությունները և շրջապատում հանդես է գալիս իր հնարավորությունների ամենաբարձր մակարդակով:

Ըստ ԱՀԿ-ի՝ «Ռեաբիլիտացիան մի պրոցես է, որն ապահովում է հիվանդներին և հաշմանդամներին բազմակողմանի օգնություն՝ առավելագույն հնարավոր ֆիզիկական, հոգեբանական, մասնագիտական, սոցիալական և տնտեսական լիարժեքության հասնելու համար»:

Ռեաբիլիտացիան պետք է դիտել որպես սոցիալ-բժշկական խնդիր՝ այն ստորաբաժանելով հետևյալ տարատեսակների՝

- բժշկական կամ ֆիզիկական ռեաբիլիտացիա,
- հոգեբանական ռեաբիլիտացիա,
- մասնագիտական (աշխատանքային) ռեաբիլիտացիա,
- սոցիալ-տնտեսական ռեաբիլիտացիա:

Բժշկական վերականգնումը ընդհանուր ռեաբիլիտացիայի առաջին և հիմնական օղակն է, որն ուղղված է հիվանդի առողջության վերականգնմանը ոչ դեղորայքային տարբեր միջոցառումների համալիր օգտագործման միջոցով:

Հոգեբանական վերականգնումն ուղղված է հիվանդի հոգեկան

վիճակի կարգավորմանը: Բժիշկն օգնում է հիվանդին կամ հաշմանդամին հաղթահարել անելանելիության զգացումը, բուժման հանդեպ անվստահությունը, հավատալ բուժման բարեհաջող ելքին:

Մասնագիտական վերականգնման նպատակն է հիվանդին վերադարձնել իր աշխատանքին, մասնագիտությանը, որպեսզի նա կարողանա աշխատել և ապահովել իր վերաորակավորման հնարավորությունը:

Սոցիալական վերականգնման խնդիրն է հիվանդին հանրության ակտիվ անդամ դարձնելը: Այդ ձևը ներառում է միջոցառումների համալիր, որը հիվանդին ապահովում է աշխատավայրից ոչ հեռու գտնվող անհրաժեշտ և հարմարավետ բնակարանով, նրան վստահեցնում է, որ նա հասարակության լիիրավ անդամ է, ցուցաբերում է նյութական օգնություն հիվանդին և նրա ընտանիքին:

Ներկայումս նկատվում է ռեաբիլիտացիայի գործընթացը սանոգենետիկ մեխանիզմների ազդեցության հետ կապելու միտում:

Սանոլոգիան գիտություն է առողջացման և առողջության մասին, իսկ սանոգենետը ներառում է հիվանդության դեմ պայքարի, առողջացման և առողջության պահպանման մեխանիզմները`

- ✓ առողջ ժամանակ սանոգենետիկ ռեակցիաները հակազդում են հիվանդության զարգացմանը,
- ✓ հիվանդության ժամանակ դրանք հակազդում են զարգացող ախտաբանական գործընթացներին,
- ✓ առողջացման ժամանակ նպաստում են ախտաբանական գործընթացների հետևանքների վերացմանը և խանգարված ֆունկցիաների վերականգնմանը:

Վերականգնողական բուժումը ցուցված է այն բոլոր հիվանդներին, ովքեր ունեցել են ծանր հիվանդություններ (սրտամկանի ինֆարկտ, գլխուղեղի արյունազեղում, ողնուղեղի վնասվածքներ, հոդերի և ողնաշարի ձևախախտմամբ ուղեկցվող հիվանդություններ), տառապում են հենաշարժիչ համակարգի բնածին կամ ձեռքբերովի հիվանդություններից: Վերականգնողական կուրսն անհրաժեշտ է նաև խոսքի, լսողության և տեսողության խանգարումներ, ԿՆՀ-ի ծանր հիվանդություններ ունեցողներին, վիրահատությունների ենթարկվածներին, բոլոր խմբերի հաշմանդամներին:

Վերականգնման ժամանակակից կուրսը համակարգվում է ըստ տարբեր հիվանդությունների՝

- ✓ սիրտ- անոթային հիվանդությունների վերականգնում,
- ✓ վերականգնումը վնասվածքաբանությունում և օրթոպեդիայում,
- ✓ վերականգնում ներքին օրգանների վիրահատություններից հետո,
- ✓ ԿՆՀ-ի հիվանդությունների և վնասումների վերականգնում:

Ֆիզիկական ռեաբիլիտացիան բժշկական և սոցիալ-աշխատանքային վերականգնման բաղկացուցիչ մասն է, որը կիրառում է տարբեր մեթոդներ և միջոցներ՝ մերսում, ֆիզիկական գործոններ:

Բժշկական ռեաբիլիտոլոգիայի գլխավոր խնդիրն է՝

- լիարժեք վերականգնել օրգանիզմի տարբեր համակարգերի, այդ թվում՝ հենաշարժիչ համակարգի գործառական հնարավորությունները, զարգացնել փոխհատուցողական հարմարվողականությունը կյանքի և աշխատանքի հանդեպ:

Բժշկական ռեաբիլիտոլոգիայի մասնավոր խնդիրներն են՝

- հիվանդի կենցաղային հնարավորությունների, այսինքն՝ տեղաշարժման, ինքնասպասարկման և ոչ ծանր տնային գործեր կատարելու ընդունակության վերականգնում,
- աշխատունակության վերականգնում, այսինքն՝ հաշմանդամի կորցրած մասնագիտական ունակությունների վերականգնում՝ զարգացնելով շարժողական ապարատի գործառական հնարավորությունները,
- երկրորդական կանխարգելման միջոցառումների իրականացում՝ զարգացող ախտաբանական գործընթացների կանխարգելում:

Բժշկական ռեաբիլիտոլոգիայի նպատակն է՝

- օրգանիզմի վատնված հնարավորությունների հնարավորինս լիարժեք վերականգնումը, իսկ եթե դա հասանելի չէ՝ մասնակի վերականգնումը կամ խանգարված գործառության փոխհատուցումը:

Այս ամենին հասնելու համար օգտագործում են բուժվերականգնողական միջոցների համալիր՝

- ֆիզիկական վարժություններ,
- մերսման տարբեր տեսակներ,
- բնական գործոններ,
- տրենաժորներ,
- օրթոպեդիկ սարքավորումներ,
- հոգեթերապիա,
- աուտոթրենինգ:

Այս ամենից երևում է, որ ռեաբիլիտացիայի մեջ գլխավոր դերը պատկանում է ֆիզիկական ազդեցություն ունեցող մեթոդներին, որոնք, աստիճանաբար զարգանալով, ավելի մեծ կարևորություն են ձեռք բերել՝ ժամանակի ընթացքում ստեղծելով նոր ճյուղ՝ «ֆիզիկական վերականգնում»:

Բժշկական վերականգնման խնդիրները բավականին դժվար են և պահանջում են տարբեր մասնագետների համատեղ աշխատանք: Կախված հիվանդության տեսակից՝ մասնագետների կազմը և կիրառվող մեթոդները տարբեր են լինում, այսինքն՝ վերականգնումը պահանջում է հիվանդի նկատմամբ անհատական մոտեցում: Ժամանակակից վերականգնման սկզբունքներից է հիվանդի ակտիվ մասնակցությունը վերականգնողական գործընթացին. այդ պատճառով պասսիվ մեթոդները գնալով զիջում են իրենց դիրքերը:

Վերականգնողական միջոցառումների կազմակերպման բրիտանական մոդելը հիմնված է մուլտիդիսցիպլինար թիմային աշխատանքի վրա, որն ընդգրկում է տարբեր մասնագետներ: Նրանք աշխատում են ոչ թե առանձին - առանձին, այլ որպես միասնական թիմ և ապահովում են նպատակաուղղված մոտեցում, որը տարբերվում է ավանդականից:

Թիմի նպատակն է՝

- հասնել հիվանդի համար ֆունկցիոնալ առավելագույն կարողության,
- պահպանել և բարելավել հիվանդի կարողությունները, կանխել երկրորդային բարդությունների առաջացումը,
- նպաստել հիվանդի ինքնուրույնությանը՝ ինքնախնամքի և առօրյա ակտիվությունների գործընթացում:

Մուլտիդիսցիպլինար ռեաբիլիտացիոն թիմի կազմը



Նկ.1. Մուլտիդիսցիպլինար ռեաբիլիտացիոն թիմի կազմը

Թիմի անդամները

- **Բժիշկ ռեաբիլիտոլոգ.** ղեկավարում է թիմը, համակարգում է նրա աշխատանքները: Ջննում է հիվանդին, որոշում նրա ֆիզիկական, ֆունկցիոնալ վիճակը, նշանակում է բուժում, կազմակերպում է տարբեր մասնագետների խորհրդատվություններ, թիմային ժողովներ:
- **Բուժքույր.** կատարում է հիվանդի մաշկի խնամքը, ապահովում է ճիշտ դիրքավորում, մշակում է հատուկ ռեժիմ աղիքների և միզապարկի համար, սովորեցնում է հիվանդին և նրա ընտանիքի անդամներին՝ ինչպես կազմակերպել հիվանդի խնամքը:
- **Ֆիզիկական թերապիստ, կինեզիոլոգ.** ֆիզիկական միջոցներով (ֆիզիկական վարժություններ, մերսում) կառավարում է մարմնի շարժումները: Աշխատում է մեծ շարժումների վրա:
- **Աշխատանքային թերապիստ.** հիմնականում վերին վերջույթների աշխատանքն է կարգավորում:
- **Լոգոպեդ.** հայտնաբերում է և բուժում ընկալողական ու արտահայտչական խոսքի խանգարումները: Աշխատում է ճիշտ ծամելու, կլման խնդիրների ուղղությամբ:
- **Կլինիկական հոգեբան.** ուսումնասիրում է ինտելեկտուալ դիսֆունկցիաները, անկարողության հոգեբանական ազդեցությունը, հայտնաբերում է և բուժում դեպրեսիան, կատարում է հոգեբանական թերապիա:
- **Պրոթեզիստ.** պատրաստում և հարմարեցնում է ֆունկցիոնալ և կոսմետիկ պրոթեզներ՝ մարմնի անդամահատված մասերը փոխարինելու համար:

- **Սոցաշխատող.** կապ է հաստատում հիվանդի, նրա ընտանիքի և հասարակական կազմակերպությունների միջև :

ՏԵՐՄԻՆՆԵՐ

Վնասում – հիվանդության, բնածին արատի կամ վնասվածքի հետևանքով առաջացած մնացորդային սահմանափակումն է:

Անկարողություն – ի հայտ է գալիս այն ժամանակ, երբ վնասումը պատճառ է դառնում որևէ ֆունկցիա կատարելու անկարողության, ինչպիսիք են ինքնախնամքը, շարժունակությունը, հաղորդակցումը:

Հաշմանդամություն – անկարողությունը փոխազդում է շրջապատի հետ՝ խոչընդոտելով անհատի կյանքի գործունեության մի շարք ասպարեզներ, օր.՝ աշխատել, ճանապարհորդել, ընտանիք կազմել և այլն:

Վերականգնողական բուժման շրջաններն են՝

- **վաղ շրջան**, որի նպատակն է կայունացնել հիվանդի վիճակը և կանխարգելել բարդությունները,
- **ստացիոնար**՝ հիվանդանոցային շրջան, որի նպատակն է վերականգնել վնասված օրգանների ֆունկցիաները,
- **պոստստացիոնար**՝ հետհիվանդանոցային շրջան, որի նպատակն է վերականգնել ամբողջ օրգանիզմը,
- **ամբուլատոր** շրջան:

Վերականգնողական գործընթացը բաժանվում է հետևյալ փուլերի՝

- ✓ I փուլ- վերականգնողական թերապիա,
- ✓ II փուլ – ռեադապտացիա,
- ✓ III փուլ- բուն վերականգնում:

I փուլի խնդիրներն են հիվանդի հոգեբանական ու ֆունկցիոնալ նախապատրաստումը ակտիվ բուժմանը և վերականգնողական միջոցառումների անցկացմանը, ինչպես նաև ֆունկցիոնալ արատի և հաշմանդամության զարգացման կանխումը:

II փուլի խնդիրն է հիվանդի հարմարումը արտաքին միջավայրի պայմաններին (բնորոշվում է վերականգնողական միջոցառումների ծավալի մեծացմամբ):

III փուլի խնդիրներն են հիվանդի կենցաղային հարմարումը, շրջապատից կախվածության վերացումը, սոցիալ և աշխատանքային կարգավիճակի վերականգնումը:

Վերականգնողական բուժումն ունի հետևյալ հիմնական դրույթները՝

- Վաղ սկիզբը կարևոր է հյուսվածքներում կազմափոխությունների կանխարգելման տեսակետից: Այն ապահովում է հիվանդության ավելի բարենպաստ ընթացքը և հանդիսանում է հաշմանդամության երկրորդային կանխարգելման միջ:
- Վերականգնողական բուժման տարբեր մեթոդների համալիր կիրառում: Կախված հիվանդության տեսակից, հիվանդի վիճակից, տարիքից և վերականգնողական գործընթացի փուլից՝ կազմվում է մուլտիդիսցիպլինար խումբ, որի կազմի մեջ մտնում են տարբեր մասնագետներ:
- Վերականգնողական ծրագրերի անհատականացում՝ կախված հիվանդության կամ վնասվածքի ընթացքից, հիվանդի ընդհանուր վիճակից, նրա տարիքից, աճող ծանրաբեռնվածության նկատմամբ տուլերանտության առանձնահատկություններից՝ կազմվում է վերականգնողական բուժման որոշակի հատուկ ծրագիր յուրաքանչյուր հիվանդի համար:

- Գիտակցական մոտեցում: Միայն պարբերաբար կիրառելով վերականգնողական տարբեր մեթոդներ՝ կարելի է ապահովել բավարար, լավագույն և հիվանդի ֆունկցիոնալ վիճակը բարելավող արդյունք:
- Ցիկլիկություն /փուլայնություն/: Աշխատանքի և հանգստի հերթագայումն է՝ դրանց միջև լավագույն ինտերվալի պահպանմամբ (հանգիստը պետք է լինի 2 վարժությունների կամ պարապմունքների միջև): Եթե հաջորդ պարապմունքը ընկնում է սուբկոմպենսացիայի փուլում, ապա արդյունավետությունը մեծանում է, և ֆունկցիոնալ հնարավորությունները անցնում են նոր, ավելի կատարյալ մակարդակի:
- Ազդեցության համակարգվածություն կամ հերթականություն. այսինքն՝ ելման դրույթների և տարբեր մկանախմբերի համար նախատեսված վարժությունների հերթափոխում:
- Նոր և բազմազան ֆիզիկական վարժությունների ընտրություն և կիրառում. այսինքն՝ վարժությունների 10-15% -ը պետք է թարմացվի, իսկ 85-90%-ը պետք է կրկնվի՝ ձեռք բերված արդյունքը ամրապնդելու համար:
- Ազդեցության չափավորում. ֆիզիկական վարժությունները պետք է լինեն չափավոր, երկարատև կամ կոտորակային, որն ապահովում է հիվանդի վիճակին համապատասխան ծանրաբեռնվածությունը:
- Վերականգնողական գործընթացի փուլայնություն. տարբերում են հետևյալ փուլերը՝
 - վաղ,
 - ստացիոնար,
 - հետստացիոնար:

- Աստիճանակության սկզբունքը հասկապես կարևոր է ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ:
- Հետևողականություն:
- Անընդհատություն:
- Հաջորդականություն:
- Անվտանգություն:
- Սոցիալական ուղղվածություն:

Աղեկվատ համալիր և տարբերակված վերականգնողական բուժման համար շատ կարևոր է ճիշտ գնահատել հիվանդի վիճակը: Այդ նպատակով կիրառվում են ախտորոշման մի շարք հատուկ տեսակներ՝

- բժշկական ախտաբոլորում,
- ֆունկցիոնալ ախտորոշում,
- մոտոախտորոշում,
- հոգեբանական ախտորոշում:

Բժշկական ախտորոշման հարցերը որոշում է բժշկը: Ախտորոշման համար կիրառում են հետևյալ միջոցները՝ հարցում, վերհուշություն /անամնեզ/, զննում, շոշափում, բախում, լսում: Ախտորոշումը ներառում է նաև կլինիկական մեթոդներ, լաբորատոր հետազոտության տվյալներ և այլն:

Օրգանների և համակարգերի **ֆունկցիոնալ հետազոտությունները** իրականացվում են գործիքային մեթոդների (էլեկտրասրտագրություն, ֆոնոսրտագրություն, սպիրոգրություն, էլեկտրամիագրություն և այլն), ինչպես նաև ֆունկցիոնալ տարբեր փորձերի օգնությամբ:

Կարևոր նշանակություն ունի **մոտոախտորոշումը**, այսինքն՝ հիվանդի շարժողական հնարավորությունների կանխորոշումը, կենցաղային և աշխատանքային հնարավորությունները, որի

համար օգտագործվում են տարբեր դիրքային փորձեր և մկանային թեստավորում:



Նկ. 2. Բժշկական ախտորոշման մեթոդները

Հիվանդի կլինիկական քննությունն ամրապնդվում է **փորձարահոգեբանական զննությամբ**, որն անց է կացնում հոգեբանը: Նա որոշում է հոգեբանական գործառույթների փոփոխությունների աստիճանը և կառուցվածքը, հիշողության, ուշադրության, մտա-

ծողության, զգայական-կամային ոլորտի խանգարման տեսակը, ուսումնասիրում է անձնային հատկանիշները և վերականգնողական միջոցառումների ազդեցությունն այս ամենի վրա:

Բուժական մերսումը, բուժական ֆիզկուլտուրան, մանուալ թերապիան, բարոթերապիան (բարձր կամ ցածր ճնշման կիրառումը), տրակցիոն թերապիան վերականգնողական և բուժական արդյունավետ մեթոդներ են, որոնք կիրառվում են տարբեր հիվանդությունների և վնասման դեպքում օրգանիզմի ֆունկցիաների վերականգնման նպատակով: Դրանք համակվցում են ջրային և էլեկտրաթերապիայի հետ, կարող են կիրառվել ջրային պրոցեդուրաներից առաջ կամ հետո: Նպատակահարմար է մերսումը համադրել բուժիչ ֆիզկուլտուրայի հետ:

ԳԼՈՒԽ 2

ԲՈՒԺԱԿԱՆ ՄԱՐՆԱՄԱՐԶՈՒԹՅՈՒՆ

Ֆիզիկական ռեաբիլիտացիայի հիմնական միջոցը ֆիզիկական վարժություններն են: Այն բժշկության մի բաժին է, որն ուսումնասիրում է հիվանդությունների կանխարգելիչ բուժումը մարմնարզության շնորհիվ (սովորաբար այն համակցում են ֆիզիոթերապևտիկ գործոնների, մերսման, բնական գործոնների՝ արևի, օդի, ջրի հետ):

Բուժական ֆիզկուլտուրայի ճիշտ կիրառումը խթանում է աշխատունակության վերականգնումը: Թերապևտիկ հիմնական մեթոդը բուժիչ մարմնամարզությունն է: Կիրառում են հիգիենիկ մարմնամարզություն, սպորտային վարժությունների չափավորում (քայլք, տերենկուր), խաղեր, խիստ չափավորված վարժություններ (լող, դահուկներով քայլք, թիավարում):

Ֆիզիկական վարժությունները ռեաբիլիտացիայում ունեն դրական արդյունք, եթե դրանք նախ համապատասխանում են հիվանդի կամ հաշմանդամի հնարավորություններին, և երկրորդը՝ ունեն մարզող ազդեցություն և բարձրացնում են հարմարողական հնարավորությունները, բայց դա այն դեպքում, եթե բժիշկը տիրապետում է իր մասնագիտությանը և հաշվի է առնում ֆիզիկական մարզման մեթոդական օրենքներն ու սկզբունքները: Մարզումների էությունը այն է, որ դրանք պետք է լինեն բազմանվազ, պարբերաբար կրկնվող և ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության աստիճանական ավելացմամբ: Այս ամենը նպաստում է օրգանիզմում դրական ֆունկցիոնալ, երբեմն կառուցվածքային փոփոխությունների առաջացմանը: Մարզումների շնորհիվ ձևավորվում

և կատարելագործվում են կարգավորող մեխանիզմները՝ բարձրացնելով հիվանդ օրգանիզմի հարմարվողական հնարավորությունները շրջակա միջավայրի դինամիկ փոփոխվող պայմաններում: Մի կողմից ձևավորվում, ամրապնդվում են նոր, կամ կատարելագործվում արդեն գոյություն ունեցող շարժողական ունակությունները, մյուս կողմից զարգանում են տարբեր ֆիզիկական որակներ (ուժ, դիմացկունություն, արագություն, ճկունություն, ճարպկություն և այլն), որոնք պայմանավորում են օրգանիզմի ֆիզիկական աշխատունակությունը: Վերականգնողական ոչ մի այլ մեթոդ կամ միջոց չի կարող փոխարինել ֆիզիկական վարժություններին: Միայն դրանց ազդեցությամբ կարելի է վերականգնել և կատարելագործել հիվանդի ֆիզիկական աշխատունակությունը, որը սովորաբար նշանակալիորեն իջնում է ախտաբանական գործընթացների ժամանակ:

Թեև ֆիզիկական վարժությունները և դրանց կիրառումը որոշ չափով առանձնահատուկ են, բայց օրգանիզմի ֆունկցիոնալ վիճակի բարձրացման համար անհրաժեշտ է հետևողականորեն մեծացնել ծանրաբեռնվածությունը: Այնուամենայնիվ, հիվանդի ընդհանուր վիճակը թույլ չի տալիս իրականացնել դա: Հետևաբար, ծանրաբեռնվածության օպտիմալացումն անհրաժեշտ է կատարել վերականգնման ընթացքում, և հատկապես սկզբնական շրջանում նախընտրելի են կոտորակային մարզումները և դրանց ալիքաձև բնույթը, աշխատանքի և հանգստի ճշգրիտ փոխհարաբերությունը և այնպիսի միջոցառումների առավելագույն օգտագործումը, որոնք կիջեցնեն լարվածությունը և կնպաստեն վերականգնման արագացմանը: Ի վերջո, վերականգնողական գործընթացում ընդհանուր և հատուկ ազդեցությունների զուգակցումը պետք է հասկանալ հետևյալ կերպ՝

- Ընդհանուր մարզումների նպատակն է օրգանիզմի առողջացումը, օրգան-համակարգերի ֆունկցիաների լավացումը, շարժողական հմտությունների և կամային հատկանիշների զարգացումը: Հիվանդի մարզվածությունը ֆունկցիոնալ հարմարվողականության գործոն է, որում մեծ դեր է խաղում պարբերական մկանային գործունեությունը:
- Հատուկ մարզումները զարգացնում են այն ֆունկցիաները, որոնք խաթարվել են հիվանդության կամ վնասվածքի հետևանքով և վերականգնում են այն շարժողական հատկությունները, որոնք անհրաժեշտ են հիվանդին կենցաղում և աշխատանքային գործունեության ժամանակ:

Բուժական ֆիզկուլտուրա

Բուժական ֆիզկուլտուրան կանխարգելման և բժշկական վերականգնման մեթոդների համակցումն է, որը հիմնված է հատուկ մշակված ֆիզիկական վարժությունների օգտագործման վրա: Դրանց նշանակման դեպքում բժիշկը հաշվի է առնում հիվանդության առանձնահատկությունները, բնույթը, տարբեր օրգան- համակարգերի հիվանդությունների փուլը և աստիճանը: Հիմքում ընկած է ֆիզիկական վարժությունների ծանրաբեռնվածության խիստ չափավորումը: Բուժական ֆիզկուլտուրան նշանակում է բուժող բժիշկը, իսկ պարապմունքների մեթոդիկան որոշում է մասնագետը: Պրոցեդուրան անց է կացնում մարզիչը, իսկ առավել բարդ դեպքերում՝ բուժական ֆիզկուլտուրայի բժիշկը: Բուժական ֆիզկուլտուրան, հիվանդների համալիր թերապիայի արդյունավետությունը բարձրացնելով, արագացնում է ապաքինումը և կանխարգելում հիվանդության հետագա զարգացումը: Ինքնուրույն, առանց բժշկի վերահսկողության հարկավոր չէ

զբաղվել բուժական ֆիզկուլտուրայով, քանի որ դա կհանգեցնի իրավիճակի վատթարացմանը: Պետք է նաև խստորեն հետևել բժշկի կողմից նշանակված մեթոդիկային:

Ցուցված է՝

- ներքին հիվանդությունների կլինիկայում,
- նյարդաբանությունում և նյարդավիրաբուժությունում,
- վասվածքաբանությունում և օրթոպեդիայում,
- ներքին օրգանների հիվանդությունների վիրաբուժական միջամտությունից հետո,
- մանկաբուժությունում,
- մանկաբարձությունում և գինեկոլոգիայում,
- ֆթիզիատրիայում,
- հոգեբուժությունում,
- ակնաբուժությունում՝ չբարդացած միօպիայի դեպքում,
- օնկոլոգիայում՝ մետաստազներ չունեցող հիվանդներին արմատական բուժումից հետո:

Հակացուցումները

Ընդհանուր հակացուցումներն են՝

- սուր վարակիչ և բորբոքային հիվանդություններ, որոնք ուղեկցվում են բարձր ջերմությամբ, ընդհանուր թունահարմամբ,
- հիվանդության սուր և զարգացող ընթացք,
- մինչև չարորակ նորագոյացությունների արմատական բուժումը, մետաստազների առկայությունը,
- արտահայտված օլիգոֆրենիա և հոգեկան հիվանդությունները ինտելեկտի կտրուկ խանգարմամբ,
- օտար մարմնի առկայությունը խոշոր անոթների և նյարդային ցողունների մոտ,

- պսակային և ուղեղային արյան շրջանառության սուր խանգարում,
- սուր թրոմբոզներ և էմբոլիաներ,
- սիրտ – անոթային անբավարարության հարաճում,
- արյունահոսություն,
- հիվանդի ընդհանուր ծանր վիճակ,
- խիստ արտահայտված ցավային համախտանիշ,
- ԷՍԳ-ի բացասական դինամիկա, որը վկայում է պսակային արյան շրջանառության վատացման մասին,
- ատրիովենտրիկուլյար պաշարում,

Ժամանակավոր հակացուցումներն են՝

- քրոնիկական հիվանդությունների սրացում,
- հվանդության ընթացքի բարդացում,
- բորբոքային կամ վարակիչ բնույթի ինտերկուրենտ հիվանդություններ,
- հիվանդության ընթացքի և հիվանդի վիճակի վատթարացման նախանշաններ,
- անոթային կրիզ (հիպերտոնիկ, հիպոտոնիկ կամ նորմալ զարկերակային ճնշման դեպքում),
- սրտի ռիթմի խանգարումներ՝ սինուսային հաճախասրտություն (100գ/ր-ից ավելի), (50գ/ր-ից պակաս), պարոքսիզմալ և շողացող առիթմիայի նոպաներ, հաճախակի էքստրասիստոլաներ:

Հենաշարժիչ համակարգի վնասման ռիսկի խմբի մեջ են՝

- արտահայտված օստեոպորոզը տարեց մարդկանց, հատկապես կանանց շրջանում,
- զգալի ուժի գործադրումը վերջույթների կոտրվածքից հետո չպնդացած ոսկրային կոշտուկի դեպքում և ցավային

զգացողության խանգարմամբ սպաստիկ պարալիչներով հիվանդների շրջանում:

Տարբերում են՝

Ընդհանուր ամրապնդող վարժություններ:

Գործածում են օրգանիզմի ապաքինման, ամրապնդման, աշխատունակության տոնուսի բարձրացման, արյան շրջանառության և շնչառության ակտիվացման նպատակով: Այս վարժությունները նպաստում են հատուկ վարժությունների բուժական ազդեցության ուժեղացմանը:

Հատուկ վարժություններ:

Հատուկ վարժություններն ընտրողական են ազդում հենաշարժողական ապարատի վրա, օրինակ՝ ողնաշարի վրա ծովածության, կրունկի վրա՝ հարթաթաթության և վնասվածքի դեպքում: Առողջ մարդու համար այդ վարժությունները ընդհանուր ամրապնդողական դեր են կատարում, իսկ սկոլիոզների և օսթեոխոնդրոզների դեպքում դրանք հատուկ բնույթ են կրում, քանի որ ուղղված են ողնաշարի շարժունակության, շրջակա մկանների ամրացմանը: Ոտքերի վարժությունները ընդհանուր ամրապնդողական բնույթ ունեն առողջ մարդկանց համար, իսկ վիրահատություններից հետո վերջույթների համար նախատեսված են հատուկ վարժություններ: Նույն վարժությունները, կախված կիրառման մեթոդիկայից, կարող են լուծել տարբեր խնդիրներ: Օրինակ՝ ծնկի կամ այլ հոդի շարժումը և ծալումը մի դեպքում ուղղված է շարժողականության զարգացմանը, մեկ այլ դեպքում՝ մկանների ամրապնդմանը, հոդամկանային ապարատի զարգացմանը:

Բուժական ֆիզկուլտուրայի վարժությունները դասակարգվում են՝

- ըստ անատոմիական սկզբունքի՝ մկանային հատուկ խմբերի (ձեռքի, ոտքի, շնչառական մկանների),
- ըստ ինքնուրույնության՝
 - ակտիվ (կատարվում են լիարժեքորեն հիվանդի կողմից),
 - պասսիվ (կատարվում են մեթոդիստի կողմից),
- ըստ վարժության ձևի,
- ըստ վարժության տեսքային նշանների,
- ըստ վարժության ակտիվության նշանների,
- ըստ օգտագործվող առարկաների և սարքավորումների:

Ըստ անատոմիական սկզբունքի տարբերում են՝

- մանր մկանների խմբեր (ազդր, կրունկ, դեմք),
- միջին մկանների խմբեր (վիզ, կոնք),
- խոշոր մկանների խմբեր (վերին և ստորին վերջույթներ),
- համակցված:

Ըստ մկանների կծկումների տարբերում են՝

- դինամիկ (իզոտոնիկ),
- ստատիկ (իզոմետրիկ):

Մկանի կծկումը, որի ժամանակ ուժեղանում է լարվածությունը, սակայն երկարությունը չի փոխվում, կոչվում է իզոմետրիկ (ստատիկ): Օրինակ՝ մեջքի վրա պառկած վիճակում ոտքը վեր բարձրացնելու ժամանակ հիվանդը կատարում է դինամիկ աշխատանք (վերելք), վերևում ոտքը մի որոշ ժամանակ պահելով՝ հիվանդը կատարում է մկանների իզոմետրիկ աշխատանք: Իզոմետրիկ վարժություններն արդյունավետ են վնասվածքների ժամանակ, անշարժ վիճակի ընթացքում:

Ավելի հաճախ կիրառվում են դինամիկ վարժություններ, երբ կծկումները հերթափոխվում են թուլացումներով:

Ըստ տեսքային նշանի տարբերում են վարժությունների հետևյալ տեսակները՝

- կոորդինացիայի,
- հավասարակշռության,
- դիմադրողական,
- շնչառական,
- նախապատրաստական,
- հերթական:

Ըստ ակտիվության նշանի վարժությունները լինում են՝

- ակտիվ,
- պասսիվ,
- թուլացնող:

Բուժական ֆիզկուլտուրայի հիմնական սկզբունքներն են՝

- Կատարել միայն այն վարժությունները, որոնք չեն պատճառում նույնիսկ թեթև ցավ:
- Ծանրաբեռնվածությունն ավելացնել աստիճանաբար, որպեսզի օրգանիզմը ադապտացվի:
- Պարապմունքներն սկսել թեթև հասարակ վարժություններից, այնուհետև անցնել ավելի բարդ վարժություններին:
- Սրացման շրջանից հետո հնարավոր է ստեղծել օպտիմալ շարժողական ստերեոտիպ:
- Վարժությունները կատարել փոքր ամպլիտուդայով՝ կրկնելով մի քանի անգամ:
- Կատարել ինչպես ստատիկ, այնպես էլ դինամիկ վարժություններ:

Ճիշտ վերականգնման նպատակով ԲՖ-ն բաժանվում է 3 շրջանի՝

Առաջին (մեղմ): Համապատասխանում է հիվանդության սուր շրջանին, երբ խախտված է օրգանի անատոմիական և ֆունկցիոնալ վիճակը: Հիվանդին նշանակվում է անկողնային ռեժիմ:

Երկրորդ (ֆունկցիոնալ): Վնասված օրգանի վերականգնում, կիսասանկողնային ռեժիմ, երբ հիվանդը կարողանում է նստել և քայլել հիվանդասենյակում:

Երրորդ (մարզողական): Վերջնական շրջան, երբ վերականգնվում է ոչ միայն վնասված օրգանը, այլև ամբողջ օրգանիզմի ֆունկցիոնալ վիճակը, հնարավոր է դառնում մարզումների և կենցաղային ծանրաբեռնվածության կիրառումը: Պարբերաբար կիրառվող վարժությունների շնորհիվ օրգանիզմը համակերպվում է աստիճանաբար աճող ծանրաբեռնվածությանը, կատարվում է հիվանդության ընթացքում առաջացած խախտումների վերականգնում:

Ֆիզիկական վարժությունների և բուժիչ մարմնամարզության այլ միջոցների ապաքինող ազդեցության հիմքը նյարդային համակարգի վրա փոխազդումն է, որը կանոնակարգում է վնասված օրգանի և համակարգի ֆունկցիան, խթանում առողջացման ու վերականգնման մեխանիզմները:

Ֆիզիկական վարժությունները կատարում են ընդհանուր կազդուրիչ դեր, նպաստում են կորցրած ֆունկցիանների վերականգնմանը, ազդում են նյարդային համակարգի սնուցողական ֆունկցիայի վրա, ուժեղացնում այլ բուժիչ գործոնների ազդեցությունը (դեղորայքային, ֆիզիոթերապևտիկ, բալնեոլոգիական և այլ): Առողջացման հետ մեկտեղ որոշ բուժիչ մեթոդներ սահմանափակում են կամ դադարեցնում, իսկ ԲՖ-ի դերն ավելանում է:

ԲՖ-ի բուժիչ ազդեցությունը հիմնվում է 4 հիմնական մեխանիզմների վրա՝

- տոնիզացնող /խթանող/,
- տրոֆիկ /սնուցողական/,
- փոխհատուցման ձևավորում,
- ֆունկցիանների կարգավորում:

Ֆիզիկական վարժությունների **խթանող ազդեցությունը** հակազդում է օրգանիզմի կենսագործության մակարդակի, ֆունկցիոնալ հնարավորությունների և օրգանիզմի դիմադրողական նվազմանը, ինչպես նաև շարժողական ակտիվության սահմանափակմանը, հատկապես անկողնային ռեժիմի պայմաններում: Ֆիզիկական վարժությունները, որոնք նշանակվում են հիվանդին՝ ելնելով նրա ֆունկցիոնալ հնարավորություններից, հիվանդության բնույթից, շարժողական ռեժիմից, մկաններում առաջացնում են յուրափոխանակության ուժեղացում: Այդ իսկ պատճառով ներքին օրգանների կողմից առաջանում են ֆիզիոլոգիական շեղումներ՝ ուղղված մկանային գործունեության ապահովմանը: Ակտիվանում են արյան շրջանառությունը և շնչառությունը, սրտամկանի կենսաքիմիական գործունեությունը, բարձրանում է վերջինիս կծկողականությունը, բարելավվում է կորոնար շրջանառությունը, ավելանում է արյան ըոպեական ծավալը, ուժեղանում է թոքերի աշխատանքը, լավանում է գազափոխանակությունը: Ֆիզիկական վարժությունների կազդուրիչ ազդեցությունը կախված է մկանային համակարգի կծկողականությունից:

Սնուցողական ազդեցություն՝ ԲՖ-ն առաջին հերթին նպաստում է նյութափոխանակության ուժեղացմանը, որն արտահայտվում է, օրինակ՝ աշխատող մկանների քաշի ավելացմամբ, գործող օրգանի աճի ուժեղացմամբ:

Փոխհատուցման ձևավորում՝ ցանկացած հիվանդության դեպքում բուժման հիմնական և կարևորագույն խնդիրն է վնասված օրգանների կամ համակարգի ախտաբանական ֆունկցիաների վերականգնումը և փոխհատուցումը: Փոխհատուցումը կորցրած կամ շեղված ֆունկցիաների ժամանակավոր կամ մշտական փոխարինումն է վերջինիս հարմարեցման կամ այլ օրգան-համակարգերի վերակառուցման շնորհիվ: Փոխհատուցողական ռեակցիաներն ուղղված են օրգանիզմի պաշտպանությանը և դրա կենսունակության պահպանմանը: Այդ ռեակցիաները ձևավորվում են կենտրոնական նյարդային համակարգի ազդեցությամբ: Անհապաղ փոխհատուցողական ռեակցիան միշտ չէ, որ համապատասխանում է վնասված ֆունկցիային և լինում է արդյունավետ: Կենտրոնական նյարդային համակարգը գնահատում է առաջացած փոխհատուցման արդյունավետությունը և աստիճանաբար ապահովում է վնասված ֆունկցիայի պաշտպանող և փոխհատուցողական ռեակցիան: ԲՑ միջոցների օգտագործումը արագացնում ու կատարելագործում է ժամանակավոր և մշտական փոխհատուցման ձևավորումը:

Ֆունկցիաների կարգավորում՝ օրգանի մորֆոլոգիան վերականգնումից հետո ապահովում է նրա ֆունկցիոնալ հնարավորությունների լիովին վերականգնումը:

ԲՑ ձևերը և դրանց անցկացման նշանակությունը

Տարբերում են ԲՑ մի քանի ձև՝

1. ԲՑ-ով զբաղվելն անհրաժեշտ է վնասված օրգանի և ամբողջ օրգանիզմի ֆունկցիայի վերականգնման համար: Յուրաքանչյուր պարապմունք կառուցվում է հատուկ ծրագրով և ներառում է 3 բաժին.
 - ներածական,

- հիմնական,
- եզրափակիչ:

Ներածականի ժամանակ նշանակվում են տարրական մարզական և շնչառական վարժություններ, որոնք հիվանդին նախապատրաստում են աճող ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությանը:

Հիմնական մասը կազմված է հատուկ և ընդհանուր վարժություններից, որոնք դրականորեն են անդրադառնում վնասված օրգանի և ամբողջ օրգանիզմի վրա:

Եզրափակիչ մասը կազմված է տարրական մարզողական և շնչառական վարժություններից, որոնք նպաստում են մկանային խմբերի թուլացմանը և ընդհանուր ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության նվազմանը: Օպտիմալ և պարբերական ծանրաբեռնվածության ժամանակ առաջանում է ուժեղ մկանային սեղմիրան, լավանում է ներքին օրգանների ֆունկցիան, զարգանում են բոլոր ֆիզիկական հատկանիշները և կազմավորվում են շարժական հմտությունները, տեղի է ունենում դրական ազդեցություն հոգեզգայական ոլորտի վրա:

2. Առավոտյան հիգիենիկ մարզանքն օրգանիզմին օգնում է արագ անցնել քնի հանգիստ վիճակից (երբ ֆիզիոլոգիական բոլոր գործընթացները դանդաղեցված են) դեպի ակտիվ վիճակ և գործունեություն: Կանոնավոր պարապմունքները բարձրացնում են օրգանիզմի տոնուսը (դիմադրողականությունը), աջակցում են առողջության ամրացմանը, բարելավում սրտանոթային, ինչպես նաև նյարդային և շնչառական համակարգերի գործունեությունը, ուժեղացնում են նյութափոխանակությունը, ամրացնում և զարգացնում են մկանները, նպաստում ճիշտ կեցվածքի ձևավորմանը:

3. Ֆիզկուլտուրայի ինքնուրույն պարապմունքները կատարվում են ըստ ԲՖ համալիրի՝ կազմված մասնագետի կողմից, ելնելով հիվանդության բնույթից և հիվանդի անհատական առանձնահատկություններից: Այդ ձևը լայնորեն օգտագործվում է հենաշարժողական ապարատի ֆունկցիան վերականգնելու համար, ինչպես նաև վնասվածքաբանության և նյարդաբանության մեջ:

4. Բուժիչ չափավորված քայլքը ցուցված է հիվանդի քայլվածքի կարգավորմանը վնասվածքից հետո, իսկ նյարդային համակարգի հիվանդությունների դեպքում՝ հենաշարժողական ապարատի, նյութափոխանակության խանգարման, սրտանոթային և շնչառական համակարգի մարզման համար:

5. Տեռենկուրը՝ չափավորված բարձրացումը, օգտագործվում է սրտանոթային համակարգի բարելավման համար, որը ստեղծում է նպաստավոր պայմաններ ճիշտ շնչառության համար, բարձրացնում է նարդային համակարգի տոնուսը, մարզում է վերջույթների մկանները և մարմինը, խթանում է նյութափոխանակությունը: Նշանակվում է սրտամկանային ֆունկցիայի կծկումների թուլացման, ճարպակալման դեպքում և ստորին վերջույթների վնասվածքից հետո:

6. Չափավորված լողը կիրառվում է վնասված օրգանների մարզման և ամբողջ օրգանիզմի աշխատունակությունը բարձրացնելու համար: Լողը սպորտի այն քիչ տեսակներից է, որը ներդաշնակորեն զարգացնում է բոլոր խմբերի մկանները: Այն համալիր բուժման լավագույն փուլերից մեկն է: Լողի ժամանակ ողնաշարն ազատվում է ծանրաբեռնվա-

ծությունից, վերանում է միջոդային մկանների աշխատանքի անհամաչափությունը, ստեղծվում են ողնաշարի աճի բնականոն պայմաններ: Լողը օգնում է սխալ կեցվածքի հիվանդությունների բուժմանը և օրգանիզմի կոփմանը: Լողի ժամանակ ստեղծվում են լավ պայմաններ շնչառության համար, և թեթևանում է սրտի աշխատանքը:

7. Մարզասարքերի (տրենաժեռ) վրա վարժությունները գնալով մեծ տարածում են գտնում ԲՖ-ում, ինչպես նաև հիվանդների և հաշմանդամների վերականգնման գործընթացում: Մարզասարքերի օգնությամբ հնարավոր է ծանրաբեռնվածության ճիշտ չափակարգումը և տարբեր ֆիզիկական որակների զարգացումը:

ԲՈՒԺՄԱԿԱՆ ՖԻԶԿՈՒԼՏՈՒՐԱՅԻ ՄԵԹՈԴՆԵՐՆ ԵՆ՝

- Վարժության խիստ կանոնավորության մեթոդը, որը ստորաբաժանվում է 2 տեսակի՝

- ✚ Կրկնվող վարժության մեթոդ, երբ վարժությունը կատարվում է առանց շարժումների էական փոփոխության:

- ✚ Վարժությունների ընդհատումային մեթոդ, երբ տվյալ մարզվողի համար չափավոր ինտենսիվության ծանրաբեռնվածությունը փոխարինվում է ավելի ակտիվ վարժություններով:

- Խաղային մեթոդը, երբ մարզվողի շարժումները ենթարկվում են որոշակի կանոնների:

- Շրջանաձև մարզման մեթոդը, որը յուրաքանչյուր մարզվողի համար նախատեսում է որոշակի վարժություններ կամ վարժությունների համալիր՝ հատուկ սարքավորված տեղում, տեղի փոփոխության միջոցով:

ՇՆՉԱՌԱԿԱՆ ՎԱՐԺՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Շնչառական վարժությունները լինում են՝

- դինամիկ,
- ստատիկ:

Դինամիկ վարժությունները համադրվում են ձեռքերի, ուսացոտու և մարմնի շարժումներով:

Ստատիկ վարժությունները իրականացվում են ստոծանու օգնությամբ, միջկողային, որովայնային մկաններով և չեն համադրվում վերջույթների ու մարմնի հետ:

Շնչառական վարժությունների գործածման ժամանակ պետք է ակտիվացնել արտաշնչումը: Ստատիկ շնչառական վարժությունների ժամանակ մասնակցում են շնչառական բոլոր մկանները (ստոծանի, որովայնի և միջկողային մկաններ):

Ստատիկ շնչառական վարժությունների տեսակներն են՝

- Վարժություններ, որոնք փոխում են շնչառության տեսակը.
- վերոնշված շնչառության լիարժեք տեսակ,
- կրծքավանդակային շնչառություն,
- ստոծանիական շնչառություն,
- Չափավորված դիմադրության վարժություններ.
- ստոծանիական դիմադրողության շնչառություն,
- ստոծանիական շնչառություն,
- դիմադրողությամբ վերին կրծքային երկկողմանի շնչառություն,
- ստորին կրծքային շնչառություն ստոծանու օգնությամբ,
- դիմադրողությամբ ստորին կրծքային շնչառություն:

Տարբերում են նաև ընդհանուր և հատուկ շնչառական վարժություններ:

- Ընդհանուր շնչառական վարժությունները լավացնում են թոքերի օդափոխությունը և ամրացնում հիմնական շնչառական մկանները:
- Հատուկ շնչառական վարժությունները նշանակում են թոքերի հիվանդությունների ժամանակ, շնչառական մկանների կաթվածի դեպքում:

ԳԼՈՒԽ 3

Մերսում

Մերսումը մեխանիկական, չափավորված ազդեցությունն է մարդու մարմնի վրա մերստոլի ձեռքերի կամ հատուկ սարքերի միջոցով՝ իվանդությունների բուժման, առողջության պահպանման, կանխարգելման նպատակով:

Մերսման ցուցումներն են՝

1.

- անեմիա (սակավարյունություն),
- թոքերի քրոնիկական հիվանդություններ,
- ստամոքսաբորբ ,
- աղիքներիատոնիա,
- թուլք ,
- ճարպակալում,
- ստորին վերջույթների այտուցի դեպքում կատարում են մերսում օրը մեկ կամ երկու անգամ,
- ընդհանուր թուլության և անեմիայի(սակավարյունության) ժամանակ շոյումը հաճախ կատարում են ոչ թե դեպի սիրտ տանող ուղղությամբ, այլ ընդհակառակը, որպեսզի արյունով լցվեն թույլ մկանները,
- լյարդի և փայծաղի հիվանդությունների, դրանց մեծացման ոչ վարակիչ դեղնուկի, ստամոքսի և աղիքների բորբոքման, ոչ ճիշտ մարսողության, օր.՝ փորկապության դեպքում հիմնականում կիրառում են որովայնի մերսում:

2. Մկանների և հոդերի ռևմատիկ հիվանդությունների դեպքում մերսումը սկսում են նուրբ շոյանքներից, որից հետո կատարում են ուժեղ ճմլում: Հոդերի ռևմատիկ հիվանդությունների ժամանակ շոյումը կատարում են նրանց շուրջը և կողքերը, ցավոտ տեղերը անհրաժեշտ է մերսել օրը 2 անգամ: Ազդրում առկա ցավի դեպքում օրը 2 անգամ կիրառում են ուժեղ բախում, թակում (թխկթխկացում) և ցավոտ ոտքի շոյում (ինչքան որ ցավը թույլ կտա): Պոդագրայի (հոդացավի) միջնոպայական փուլում շփում են ամբողջ մարմինը և հոդերը: Ռևմատիզմի և պոդագրայի դեպքում անհրաժեշտ են կատարել պասսիվ և ակտիվ շարժումներ:
3. Սուր քրոնիկական պլևրիտի (թոքամզաբորբի) և բրոնխային ասթմայի ժամանակ, բացի շոյումից (այդ թվում և շրջանաձև) երկու ավերով կատարում են ուժեղ բախում մեջքի շրջանում: Դա առաջ է բերում մաշկի արյունալցում, ցուցաբերում է հանգստացնող ազդեցություն: Թոքերի պալարախտի ժամանակ շոյում են թույլ կրծքամկանները, որը նպաստում է դրանց ամրապնդմանը և կրծքից արյան արտահոսքին:
4. Վերին և ստորին վերջույթների սովորութային սառեցման դեպքում նրանց ուժեղ տրորումը և բախումը նպաստում է արյան շրջանառության վերականգնմանը:
5. Նյարդային համակարգի հիվանդությունների ժամանակ կիրառում են ամբողջ մարմնի ճմլում:
6. Դեմքի շրջանի ներալգիայի (նյարդացավի) ժամանակ ցավի միջնոպայական շրջանում շոգեբաղնիքի օգնությամբ օրը երկու անգամ կատարում են մերսում: Այն կանխարգելում է նոպաների ախտադարձը կամ թուլացնում դրանց ուժգնությունը: Սկզբում կատարում են շատ նուրբ շոյում առանց որևէ ճնշում գործադրելու, որպեսզի թուլացնեն ցավը: Եթե դա տանելի է հիվանդի կողմից, ապա շոյում են հարևան շրջանները: Այնուհետև ցավոտ տեղերում

կատարում են ճմլման և ձգման ուժեղ շարժումներ: Աչքերի և ականջների շրջանի ցավն անցնում է ուժեղ շոյումից և ճմլումից: Նյարդի գրգռման շնորհիվ ցավը բթանում է: Ստորին վերջույթների ցնցումների ժամանակ խորհուրդ է տրվում մերսումը համակցել չափավոր պտույտներով, իսկ կծկանքի ժամանակ՝ ֆիզիկական վարժություններով:

7. Հոդերի քրոնիկական հիվանդությունների դեպքում անհրաժեշտ է ինտենսիվ մերսել հարևան հյուսվածքները՝ սնուցումը լավացնելու նպատակով:

8. Վնասվածքների ժամանակ շոյում են հարևան շրջանները, որպեսզի թեթևացնեն արյան և ավշի արտահոսքը: Անհրաժեշտ է մերսել ցավոտ տեղերը, եթե այն չի ուժեղացնում ցավը:

9. Դեպի գլուխ արյան հոսքի շատացման, գլխացավի, միգրենի, ականջներում աղմուկի, գլխապտույտի, արևահարման դեպքում լավ արդյունք է տալիս պարանոցի օձիքային շրջանի ուժեղ մերսումը և ստորին վերջույթների ճմլումը: Պարանոցի շրջանի մերսումը օգտակար է նաև ուժեղ մրսածության, աչքերի և ականջների ցավի ժամանակ: Ատամնացավի դեպքում կատարում են ծնոտի ուժեղ շոյում:

10. Վերջույթների կաթվածի (պարալիչ) և անեմիայի (սակավարյունության) ժամանակ օգնում են ճմլումը և շոյումը: Դրանք փոխհատուցում են շարժումների անբավարարությունը և ամրացնում են անգործունակ մկանները: Հիվանդներին, որոնք գտնվում են երկարատև անկողնային ռեժիմում, անհրաժեշտ է կանոնավոր մերսել:

Հակացուցումներն են՝

- վարակիչ և թարախային պրոցեսներ,
- հոդերի սուր բորբոքում,
- անևրիզմ (անոթալայնանք),

- չարորակ ուռուցք,
- խոցային պրոցեսներ,
- մաշկային հիվանդություններ,
- հիվանդություններ, որոնց դեպքում հիվանդին անհրաժեշտ է լիարժեք հանգիստ (սիրտ-թոքային հիվանդություններ),
- հղիության դեպքում հակացուցված է որովայնի մերսումը,
- որովայնի ուռուցքների դեպքում մերսումը կատարում են շատ զգուշությամբ,
- մալարիա,
- մարմնի բարձր ջերմաստիճան:

Տարբերում են մերսման հետևյալ տեսակները՝

- սպորտային,
- բուժական.
- հիգիենիկ,
- կոսմետիկ:

Մերսման յուրաքանչյուր տեսակի դեպքում կարելի է կատարել ինքնամերսում:

Սպորտային մերսում:

Կիրառում են մարզիկների մարզավիճակը պահպանելու և ինտենսիվ պարապմունքներից, մրցույթներից հետո վերականգնողական պրոցեսները լավացնելու նպատակով, ինչպես նաև սպորտային աշխատունակությունը բարձրացնելու և լավագույն արդյունքների հասնելու համար:

Բուժական մերսում:

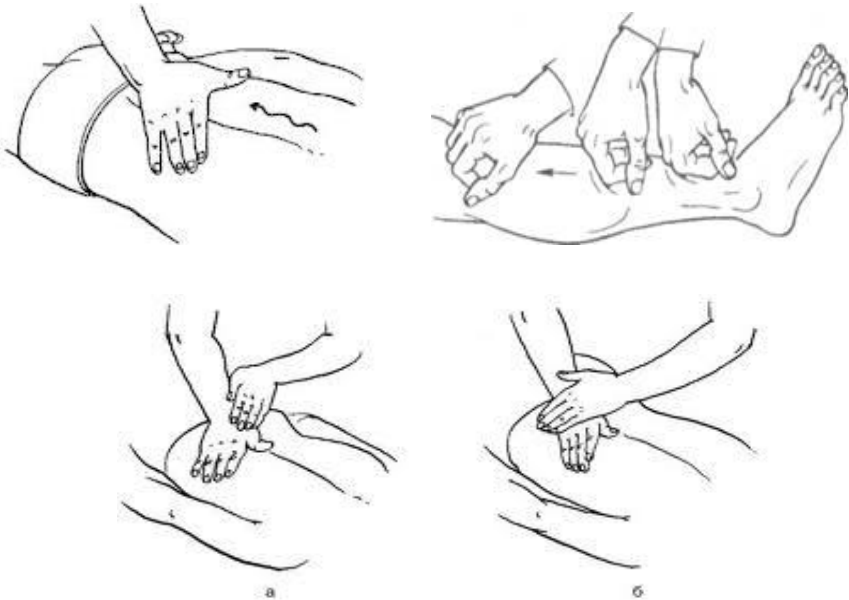
Բուժական ֆիզկուլտուրայի հետ համակցված լայնորեն կիրառվում է հիվանդանոցներում, պոլիկլինիկաներում, բուժֆիզկուլտուրային դիսպանսերներում և առողջարանային կենտրոններում:

Մերսումը կարող է հանդես գալ նաև որպես կանխարգելման, բուժման և վերականգնման ինքնուրույն մեթոդ:
Բուժման նպատակով կիրառում են մերսման բազմազան հնարքներ:

Հիմնական հնարքներն են՝

- շոյումը,
- շփումը ,
- ճնշումը,
- թրթռումը (վիբրացիա):

Այս հնարքներից յուրաքանչյուրն ունի տարատեսակներ, օգնող հնարքներ:



Նկ.3 Մերսման հնարքներ

Տարբերում են՝

- ընդհանուր մերսում ,
- տեղային մերսում:

Ընդհանուր մերսման դեպքում մերսում են ամբողջ մարմինը:

Տեղային մերսման դեպքում ազդում են մարմնի որևիցե հատվածի վրա (մեջք, որովայն, ձեռք, ոտք):

Սեզմենտար ռեֆլեկտոր մերսում:

Առաջարկվել է Ռուսաստանում 19 դ. 20-ական թվականներին: Մերսման այս տեսակի, ինչպես և ֆիզիկական այլ գործոնների ազդեցության հիմքը այն է, որ ցանկացած հիվանդություն միայն տեղային չէ. այն առաջ է բերում ռեֆլեկտոր բնույթի փոփոխություններ սեզմենտար կապված կառույցներում, որոնք նյարդավորվում են ողնուղեղի նույն սեզմենտներից: Այսպիսի ռեֆլեկտոր փոփոխություններ առաջ են գալիս մաշկում, մկաններում, շարակցական հյուսվածքներում, և սրանք էլ իրենց հերթին ազդում են առաջնային օջախի վրա:

Այս դաշտերի մերսումը նպաստում է օրգանում ախտաբանական փոփոխությունների պակասեցմանը: Հիվանդության դեպքում մաշկի վրա ի հայտ են գալիս բարձր զգայունությամբ դաշտեր՝ պայմանավորված նրանով, որ ցավային գրգիռները ներքին օրգանների վեգետատիվ նյարդային համակարգի սիմպաթիկ բաժնով թափանցում են ուղեղ և գրգռում համապատասխան սեզմենտի զգացող բջիջները: Այդ դեպքում բարձր զգայունության դաշտում ի հայտ է գալիս ցավ, որը չի համընկնում ախտաբանական օջախի հետ: Գոյություն ունեն ներքին օրգանների բարդ ռեֆլեկտոր կապեր միմյանց և տարբեր օրգան- համա-

կարգերի հետ: Ներքին օրգանների հիվանդության ժամանակ վիսցերոմոտոր ռեֆլեքսները դրսևորվում են մկանների

տոնուսի փոփոխությամբ և ցավոտությամբ: Մարսողական համակարգի օրգանների հիվանդության ժամանակ առաջ են գալիս զգացողության փոփոխություններ և օձիքային շրջանի մկանների տոնուսի բարձրացում: Վիսցերովիսցերալ ռեֆլեքսները արտացոլում են փոփոխություններ մեկ օրգանում, իսկ ախտաբանության դեպքում նաև այլ օրգաններում: Սրանով է պայմանավորված ռեֆլեկտոր-սեզմենտար մերսումը մարմնի որոշակի հատվածներում:

Պարանոցածորակային և վերկրծքային շրջանները գտնվում են պարանոցի հետին մակերեսին, ծորակին, ուսահողին, մեջքի վերին հատվածում և կրծքին, որը օձիքային շրջանն է և նյարդավորվում է ողնուղեղի D_{II}-D_{IV} սեզմենտներից, սիմպաթիկ ցողունի պարանոցային հատվածից, պարանոցային վեգետատիվ հանգույցներով, քնային և ողնաշարային զարկերակների նյարդային հյուսակներով, թափառող նյարդով: Վեգետատիվ նյարդային համակարգի պարանոցային շրջանը կապված է գլխուղեղի վեգետատիվ կենտրոնների հետ:

Օձիքային շրջանի մերսումը փոփոխում է ԿՆՀ-ի ֆունկցիոնալ վիճակը և ռեֆլեկտոր կերպով բարենպաստ ազդեցություն է թողնում նյութափոխանակության, ջերմակարգավորման և այլ գործընթացների վրա:

Գոտկասրբանային հատվածը՝ հետույքը, որովայնի ստորին հատվածը, ազդրերի առաջային վերին երրորդը նյարդավորվում են ողնուղեղի ստորին կրծքային (D_X-D_{XII}), գոտկային և սրբանային (L_I-S_V) սեզմենտներից: Գոտկասրբանային հատվածի մերսումը ցուցված է ցավային համախտանիշով օստեոխոնդրոզի, ստորին վերջույթների անոթային հիվանդությունների և վնասվածքների

դեպքում, ինչպես նաև սեռական գեղձերի ֆունկցիայի լավացման համար: Սեզմենտար ռեֆլեկտոր մերսումը տարբերվում է նրանով, որ ազդում է ոչ թե հիվանդ օրգանի շրջանում, այլ ցավը արտացոլող շրջանում:

Կետային մերսումը զարգացած է Արևելքի երկրներում: Այս մերսման հիմքը հատուկ կենսական կարևոր կետերն են: Դրանք այն նույն կետերն են, որոնք կիրառվում են նաև ասեղնաբուժությունում (ռեֆլեքսաթերապիայում) և կապված չեն անատոմիական կառույցների հետ: Հայտնաբերված է 700 կետ, որոնցից գործնականում կիրառում են 150-ը: Կիրառում են դրդող և արգելակող հնարքներ: Արգելակող հնարքի դեպքում 2-րդ և 3-րդ մատների բարձիկներով առանց ընդհատման, դանդաղ իրականացնում են պտտաձև շարժումներ՝ մատները չհեռացնելով 2-4 բուլբի ընթացքում: Դրդման հնարքը մատով կարճատև ճնշում և հեռացում կատարելն է, որը կրկնում են 2-4 ր:

Դասական մերսման դեպքում նմանատիպ ազդեցություն են կիրառում են այն կետերի վրա, որոնք համապատասխանում են մարմնի մակերեսի վրա նյարդի դուրս գալու պրոյեկցիային: Ձեռքի վրա այս կետերը գտնվում են բիցեպսի արտաքին ծայրին, ափի 3-րդ և 4-րդ դաստակային ոսկրերի միջև, ողնաշարի պարանոցային 7-րդ, կրծքային 1-ին և գոտկային 2-րդ, 3-րդ ողերի փշաձև ելունների միջև: Ոտքի վրա այս կետերը գտնվում են հետույքային ծալքի կենտրոնում, նրբուլքի գլխիկի ստորին ծայրին, ձկնամկանի աքիլյան ջլի անցման տեղում:

Մարքային մերսումը լրացնում է մերսման բոլոր տեսակները: Գոյություն ունեն նրա հետևյալ տարատեսակները՝

- վիբրացիոն,
- վակուումային,

- ջրային (հիդրոմետրում):

Վիբրացիոն մերսման դեպքում կիրառում են թրթռում, կամ այն զուգակցում են ջերմային ազդեցության հետ:

Վակուումային մերսումը իրականացնում են հատուկ ասպիրատորներով, բանկաներով, որով ստեղծում են օդի բարձր և ցածր ճնշում:

Ջրային մերսում. մերսման հնարքների և ջրի համակցումն է, որն իրականացվում է ձեռքով կամ սարքերի միջոցով: Կիրառում են նաև ստորջրյա մերսում. մերսում ջրի տակ ձեռքերով կամ խոզանակով և այլնով:

Ստորջրյա մերսում (ցնցուղ) իրականացնելու համար ստեղծված են հատուկ պայմաններ. ռետինե խողովակի օգնությամբ հիվանդի մարմնին ազդում են 2-3 ճնշման ջրի շիթով: Ընդ որում՝ սարքի միջոցով դեկավարվում է ջրի շիթի ճնշումը: Լոզարանները լցնում են խմելու, ծովի կամ հանքային ջրով, որի ջերմաստիճանը 35-38°C է: Հիվանդը լոզարանում գտնվում է հորիզոնական դիրքով՝ հատուկ հենարանի օգնությամբ: Ռետինե խողովակից ջրի շիթը ուղղում են այն գծերով, որն ընդունված է ձեռքով մերսման ժամանակ: Խողովակի ծայրի անկյունը փոփոխելով՝ կարելի է իրականացնել ձեռքով մերսման հնարքները՝ շոյում, շփում, ճմլում, թրթռում:

Հիգիենիկ մերսումը կիրառում են առողջությունն ամրապնդելու, ֆիզիկական և մտավոր բարձր աշխատունակություն պահպանելու նպատակով: Այն ինքնամերսման ձևով կամ մերսողի օգնությամբ համակցում են առավոտյան հիգիենիկ մարմնամարզության հետ:

Կոսմետիկ մերսուսը կիրառում են դեմքի, պարանոցի, ձեռքերի ծերացումը կանխելու նպատակով: Մաշկային հիվանդությունների դեպքում կիրառում են բուժական մերսում:

Շարժողական գործընթացին մասնակցում են ոչ միայն մկանները, այլև օրգանիզմի բոլոր համակարգերը: Շարժումն իրականացնում են ոսկրերը, հոդերը, մկանները, որոնք հարուստ են բազմաթիվ նյարդերով և անոթներով: Շարժումը իրականացնող մկանները միջաձիգ զույգովր են: Մկանային թելերը միանում են շարակցահյուսվածքային թաղանթով՝ առաջացնելով առանձին մկաններ, որոնք ջլերով միանում են ոսկրերին: Ըստ ձևի՝ մկանները լինում են երկար, կարճ, լայն: Երկար և կարճ մկանները իլիկաձև են և ունեն 1-4 գլուխ, լայները հիշեցնում են թիթեղներ, որոնք ունեն լայն ջլեր: Կան այլ ձևի մկաններ՝ քառակուսի, շեղանկյունաձև, եռանկյուն (բրգաձև) և ատամնավոր: Ըստ կատարած ֆունկցիայի՝ դրանք լինում են ծալիչ, տարածիչ, բերիչ, առբերիչ, պրոնատոր, սուպինատոր:

Շարակցահյուսվածքային շերտերում, որոնք ծածկում են մկանաթելերը և խրձերը, գտնվում է մազանոթային ցանցը: Հանգստի ժամանակ մազանոթների մեծ մասը չի գործում: Շարժման ժամանակ արյունամատակարարումը մեծանում է 30 անգամ: Մկանները հարուստ են նաև ավշային մազանոթներով, որոնք տեղակայված են շարակցահյուսվածքային շերտերում: Դրանց մակերեսին ձևավորում է ավշային անոթների հյուսակ, որն ուղղված է դեպի ավշահանգույցներ: Ֆասցիաները, միջմկանայի միջնապատերը, ջլերի ձուսպաթաղանթային բունոցը և պարկը, ֆիբրոզ ուղիները մկաններին օգնող ապարատ են: Յուրաքանչյուր մկան ծածկված է շարակցական հյուսվածքով, որն անջատում է նրան շրջապատող հյուսվածքներից և մկաններից: Դրա շնորհիվ

մկանի կրճատման դեպքում մաշկը չի շարժվում: Բոլոր մկանները գույգ են, բացի բերանի մկաններից, ուղիղ աղիքի սեղմանից և միզապարկի խողովակից: Կախված մկանի կատարած ֆունկցիայից՝ տարբերում են հակազդիչներ և համագործիչներ: Հակազդիչներն այն մկաններն են, որոնք ազդում են հակառակ ուղղությամբ, օր.՝ դաստակի ծալիչ մկանները տարածիչների հակազդիչներն են:

Մերսման հիմնական հնարքներն են՝

- շոյում,
- շփում,
- ճմլում,
- թրթռում:

Շոյումը նպաստում է արյան, ավշի և միջբջջային հեղուկի տեղաշարժմանը, այտուցների ներծծմանը, մկանների թուլացմանը, ցավազրկմանը: Շոյումն իրականացնում են երակային և ավշային անոթների ընթացքով՝ ծայրամասից դեպի կենտրոն: Սկսում են այն հատվածներից, որոնք տեղակայված են ախտահարված շրջանից վեր, այնուհետև աստիճանաբար մոտենալով բուն օջախին և շրջանցելով այն՝ անցնում մարմնի ավելի ցած տեղակայված մակերեսներին: Շարժումներն իրականացնում են դաստակի և մատների ավային կամ ծալված մատների թիկնային մակերեսով: Խոր շոյում իրականացնելու համար օգտագործում են 2 ձեռքն էլ (մեկը մյուսի վրա): Շոյումն իրականացնում են հանգիստ, դանդաղ և ռիթմիկ (4-6 անգամ): Այս հնարքով սկսում և վերջացնում են յուրաքանչյուր մերսում: Ընդհանուր կոչվում է այն մերսումը, որի ժամանակ մերսվում է ամբողջ մարմինը: Գլխի մերսումը չի մտնում ընդհանուր մերսման մեջ: Անցնելով մերսմանը՝ մերսողը պետք է ծանոթանա հիվանդի վերհուշու-

թյանը, ուշադրություն դարձնի ինքնազգացողությանը, գանգատների առկայությանը, հիվանդության սկզբին և տեղակայմանը: Այնուհետև մերսոդն անցկացնում է շոշափման հետազոտություն՝ շարակցական հյուսվածքում, մկաններում և վերնոսկրում ռեֆլեկտոր փոփոխություններ հայտնաբերելու նպատակով, ինչպես նաև բարձրացած զգայունության դաշտերը, հիվանդության փուլն ու սրությունը որոշելու համար: Մերսոդը պետք է ուշադրություն դարձնի մաշկի գունավորման փոփոխությանը, նրա խոնավությանը կամ չորությանը, առաձգականությանն ու այտուցվածությանը, ինչպես նաև մազերի աճի խանգարմանը: Մաշկային ցանավորման առկայության դեպքում մերսոմը հակացուցված է: Ոչ մեծ քերծվածքները հակացուցում չեն: Դրանք մերսման ժամանակ անհրաժեշտ է ծածկել կպչուն սպեղանիով: Ավշահանգույցների մեծացումը, նրանց ցավոտությունը, ամրությունն ու մաշկին ամուր կպած լինելը մերսման հակացուցում են: Մերսման ժամանակ երակների ընթացքով ցավի առաջացման դեպքում պետք է խորհրդակցել բժշկի հետ: Գանգատների, ընդհանուր ինքնազգացողության հյուսվածքների վիճակի պարզաբանումից հետո որոշվում է մերսման մեթոդիկան:

Ընդհանուր մերսման անցկացման սխեման:

Սկզբում մերսվոդը ընդունում է փորի վրա պառկած դիրք՝ ձեռքերը իրանի կողքերին: Սրունք - թաթային հողերի տակ դրվում է բարձիկ: Մերսման անցկացման հերթականությունը տվյալ դիրքում հետևյալն է՝

Մեջքը և գոտկային շրջանը, պարանոցը և սեղանադաձև մկանները, հետույքը և կոնքազդրային հողերը, ազդրերը, սրունքները, կրնկային ջլերը և ոտնաթաթի ներբանային մակերեսը: Սկզբում մերսվում է վերջույթի մի մակերեսը, հետո՝ մյուսը:

Այնուհետև հիվանդին շրջում են մեջքի վրա և ծնկա-հոդերի տակ տեղադրում բարձիկ: Մերսումը կատարում են հետևյալ հերթականությամբ՝ ոտնաթաթեր, սրունք-թաթային հոդեր, սրունքներ և ծնկահոդեր, ազդրեր, հետո կուրծք, ուսահոդեր, արմնկահոդեր և նախաբազուկ, ճաճանչ – դաստակային հոդեր և դաստակ: Մեանսը վերջացնում են որովայնի մերսում:

Ընդհանուր մերսումը լավ է կատարել առավոտյան թեթև նախաճաշից 1 ժամ հետո, շաբաթը երկու անգամից ոչ ավելի: Մերսումից հետո հիվանդը պետք է հանգստանա 15-30 րոպե: Կլինիկական փորձը վկայում է այն մասին, որ ընդհանուր մերսումը անհրաժեշտ է նշանակել միայն ցուցումների առկայության դեպքում, այն չի կարելի չարաշահել:

Տեղային մերսման դեպքում մերսում են մարմնի մի մասը, օր.՝ մեջքը կամ ստորին վերջույթները: Տեղային մերսման տևողությունը կախված է այն բանից, թե մարմնի որ մասն է մերսվում, և մերսման որ տեսակն է անհրաժեշտ: Սովորաբար այն տևում է 10-20ր: Մերսման կուրսը կազմված է 10-20 պրոցեդուրայից (կախված հիվանդության կլինիկական ձևից և հիվանդի՝ մերսման նկատմամբ ունեցած ռեակցիայից):

Տարբերում են մերսման հետևյալ փուլերը՝

- նախնական,
- հիմնական,
- ավարտական:

Նախնական փուլում 1-3 րոպեի ընթացքում մերսողը հետագոտում է մերսվող շրջանը, օրգանիզմի ռեակցիան, առանձին հնարքների տանելիությունը: Շոյման և շփման օգնությամբ նա հիվանդին պատրաստում է պրոցեդուրայի հիմնական մասին:

Հիմնական փուլում կատարում են տարբերակված մերսում՝ ըստ հիվանդի վիճակի և հիվանդության կլինիկական յուրահատկությունների: Մերսման հնարքների ինտենսիվությունը մշտապես մեծացվում է:

Ավարտական փուլում 1-3 րոպեի ընթացքում իջեցնում են մերսման հնարքների ինտենսիվությունը: Անհրաժեշտության դեպքում հիվանդին սովորեցնում են ինքնամերսում:

Պրոցեդուրան ավարտում են մերսվող շրջանի շոյումով:

Պասսիվ մարմնամարզությունը կազմված է ծալումից, տարածումից, հոդերի պտտածն շարժումներից՝ հիվանդի կողմից առանց հակազդեցության պայմաններում:

Այն կարելի է կիրառել նաև այնպես, որ հիվանդը ցուցաբերի հակազդեցություն: Տվյալ դեպքում մարմնամարզությունը կկոչվի մարմնամարզություն հակազդեցությամբ:

Պասսիվ մարմնամարզությունն անցկացնում են անմիջապես մերսումից հետո. տվյալ դեպքում շարժումները այնքան ցավոտ չեն լինում:

Մանուալ թերապիա

Բուժման մեթոդ է, որն անց է կացվում ձեռքերի օգնությամբ մարմնի տարբեր հատվածների վրա և ուղղված է ցավի վերացմանը, բլոկադայի ենթարկված հոդերի շարժունակության վերականգմանը: Հիվանդի մանուալ թերապիայի անցկացման ցուցումների և հակացուցումների սահմանման, բուժական մեթոդիկայի ընտրության վարման համար անհրաժեշտ է որոշել և ճշտել ախտաբանական գործընթացի լոկալիզացիան:

Մանուալ թերապիան անցկացվում է հետևյալ հերթականությամբ՝

- ռելաքսացիա (ընդհանուր և ռեգիոնար),

- մոբիլիզացիա ,
- մանիպուլյացիա:

Ռեկաքսացիան (ընդհանուր և ռեզիոնար) ապահովում է մանիպուլյացիաների անցկացման հնարավորությունը՝ ուղղված հողային, ֆունկցիոնալ բլոկադաների վերականգնմանը: Այն անհրաժեշտ է կծկված մկանների թուլացման համար:

Սոբիլիզացիան ձեռքով բուժման մեթոդ է՝ ուղղված հողերում բնականոն ծավալի շարժումների վերականգնմանը ֆունկցիոնալ բլոկադաները վերականգնելու ուղիով: Սոբիլիզացիայի հնարքները ռիթմիկ, կրկնվող տատանողական շարժումների համալիր են հողերում: Տատանողական շարժումներն անցկացնում են միանվագ 20 վ ընթացքում:

Մանիպուլյացիան առավել կարևոր է մանուալ թերապիայում: Այն արագ, ոչ ուժգին շարժումների համալիր է՝ հողին բլոկադայի ենթարկող տարրերից ազատելու համար: Մանիպուլյացիայում հիմնական հնարքը հրումն է:

Կետային մերսումը հաջողությամբ կիրառվել է Չինաստանում մ.թ.ա., որն էլ դարձավ ասեղնաբուժության հիմքը: Կետային մերսումը Չինաստանում կոչվում է ակուպունկտուրա, այսինքն դաշտի տեղակայման շրջանի մաշկի ճնշում մատով, որն արևմտյան երկրներում կոչվում է պրեսսացիա: Մեր երկրում ընդունված է կետային մերսում տերմինը: Չի կարելի համաձայնել այն պատկերացման հետ, որ կետային մերսումը մատով ճնշումն է կետի տեղակայման շրջանի մաշկի վրա. տվյալ դեպքում ազդեցություն է ցուցաբերվում ոչ միայն մաշկի կետի և էքստերոռե-

ցեպտորների, այլ նաև պրոպրիոռեցեպտորների վրա, որոնք տեղակայված են մաշկում, մկաններում, անոթներում, վերնուսկրում և այլ հյուսվածքներում:



Նկ. 4 Մանուալ թերապիայի հնարքները

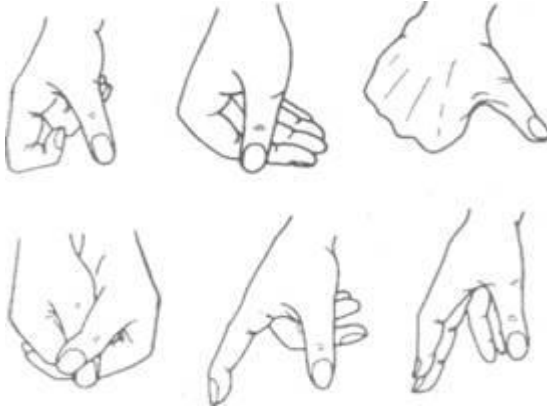
Ճապոնիայում կիրառում են շիացու մեթոդը (շի-մատներ, ացու-ճնշում), հիվանդությունների բուժում ցուբո կետերի վրա մատով ճնշում գործադրելու միջոցով: Որոշակի ակուպունկտուրային դաշտերի կետային մերսումը ներառում է հետևյալ հնարքները՝

- շոյում,
- շփում ճնշումով,
- թրթռում:

Գործնականում այս հնարքները կիրառում են հետևյալ հերթականությամբ՝ սկզբում կատարում են շոյում, հետո շփում ճնշումով, թրթռում և մերսումը վերջացնում են շոյումով:

Կետային մերսումը կատարում են I,II,III մատներով, երբեմն անանուն մատով:

Շոյումը կատարում են II, III կամ IV մատներով, շփումը ճնշումով՝ III և IV, թրթռումը՝ I, II և III մատներով:



Նկ.5 Մատների դիրքը կետային մերսման ժամանակ

Շոյումը կատարվում է մատի ծայրամասային ֆալանգի բարձիկի դանդաղ սահումով մաշկի վրա, պտտածն կենտրոնախույս շարժումներով ակուպունկտուրային դաշտերում՝ չտեղաշարժելով մաշկը:

Գլխի մագաձածկ մասի շոյման ժամանակ օգտագործվում է սանրածն հնարքը: Ջատված մատները (մատների ծայրերի բարձիկները) տեղադրում են գլխի մաշկի վրա, մազերի տակ և կատարում են շոյում միջաձիգ, զիգզագաձև և շրջանաձև շարժումներով՝ չտեղաշարժելով մաշկը: Շարժումները պետք է լինեն դանդաղ, ռիթմիկ:

Տարբերում են մերսման երեք տեսակ.

- թեթև շրջանաձև,
- միջին ինտենսիվության,
- ուժեղ ճնշումով:



Նկ. 6 Մատների դիրքը կետային մերսման ժամանակ

Թեթև մերսումը անհրաժեշտ է կատարել արագ, մատների ծայրերի (բայց ոչ I մատի) մակերեսային և թեթև ճնշումով:



Նկ.7 Մատների դիրքը կետային մերսման ժամանակ

Ակուպունկտուրային դաշտերում միջին ուժգնության մերսումը կատարում են դանդաղ՝ թույլ ստատիկ ճնշմամբ, որն աստիճանաբար ուժեղացնում են մինչև շփման զգացողությունը, ավել-

լացնում պտույտների հաճախականությունը: Հետո անցնում են ավելի դանդաղ պտտաձև շարժումների:

ԳԼՈՒԽ 4

ԶՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

Զրաբուծությունը հիմնված է ջրի ֆիզիկական և քիմիական հատկությունների վրա: Ջուրը թողնում է արագ ջերմային ազդեցություն, հեշտ փոխանցում է մարմնին ջերմությունը և խլում է այն, ինչի ժամանակ կատարում է տաքի և սառի ռեֆլեկտոր ազդեցություն կենսական կարևոր ֆունկցիաների վրա:

Որոշ պրոցեդուրանների մեխանիկական ազդեցությունը (շփում, ցնցուղ, լող և այլն) զգալի է: Ջրի դուրս մղման ուժը այնքան մեծ է, որ մարդը ջրում գրեթե 10 անգամ թեթևանում է:

Դա կիրառվեց հիդրոկինեզոթերապիայում՝ բուժիչ ջրային մարմնամարզությունում: Ջրային պրոցեդուրանները ազդում են սրտանոթային համակարգի վրա, դրանց շնորհիվ տեղի են ունենում փոփոխություններ մազանոթների, նյարդերի, արտաբջջային հեղուկների ֆիզիկական և քիմիական ներուժի միջև, աշխուժանում է արյունատար և ավշային անոթների շրջանառությունը, արագանում է պլազմայի և ողնուղեղային հեղուկի նորացումը, զգալիորեն թեթևանում է նյութերի մատակարարումը և արտադրումը: Ցնցուղները հիդրոմերսման նման ունեն մեխանիկական արտահայտված ազդեցություն օրգանիզմի վրա և կիրառվում են նյարդային հիվանդությունների, հոդերի վնասվածքների ժամանակ:

Քաղցրահամ ջրերի քիմիական ազդեցությունը բարձրացնելու նպատակով լոգարանի մեջ լուծում են բուժիչ նյութեր, աղեր և այլն:

Բալնեոթերապիան օգտագործում է հանքային ջրեր, որոնք կայունացնում են ռեգուլյատոր համակարգը, վերականգնում և կարգավորում օրգանիզմի ֆունկցիաները:

Ըստ ջրի աստիճանի ջրաբուժությունը լինում է՝

- սառը (20⁰-ից ցածր),
- զով (21 -34⁰),
- ինդեֆերենտ (35 -36⁰)
- տաք (40⁰ և ավելի):

Ջրաբուժությունը կիրառելուց պետք է հաշվի առնել 3 գործոն՝

- ջերմաստիճանային (ջերմային),
- մեխանիկական՝ փոշային ցնցուղի և սովորական լոզանքի նվազագույն ազդեցությունից մինչև ուժեղ շթային ցնցուղ (1-1,5 մինչև 4-5 մթնոլորտային ճնշում): Մեխանիկական ազդեցությունն օգտագործվում է նաև լոզարանում, ինչպես նաև հոսող ջրում,
- քիմիական՝ օգտագործվում է որոշակի հավելումներով (քիմիական և բուժիչ նյութեր):

Ջրաբուժության մեթոդիկան

Կոմպրեսները լինում են տարբեր՝ կախված ջրի ջերմաստիճանից (տաքացնող, տաք, սառը) և հավելումներից (սպիրտային, մանանեխային, դեղորայքային):

Թրջոցները բուժիչ կոմպրեսի սառեցնող տարբերակն են: Մարմնի մասի վրա դրվում է դեղորայքային նյութերով թրջված ցանցակտոր:

Խոնավ շփումները ջերմային և մեխանիկական գործոններ են: Տարբերում են տեղային և ընդհանուր խոնավ շփումներ, որոնք ցուցված են նյարդային համակարգի հիվանդությունների, գերհոգնածության, ճարպակալման և կոփվելու ժամանակ:

Տեղային և ընդհանուր ցողվելը թարմացնող և գրգռող ազդեցություն ունի և ցուցված է ներասթենիայի, ներոզների դեպքում և հիվանդությունից հետո վերականգնման շրջանում:

Պարբերական ցուցումներն օգտագործում են օրգանիզմը կոփելու համար:

Ցնցուղը ջրային շիթ է որոշակի ջերմաստիճանով և ճնշմամբ: Տարբերում են ընդհանուր և տեղային ցնցուղ:

Ըստ շիթ ձևի և ուղղվածության՝ ցնցուղները լինում են՝

- ցածրադիր,
- բարձրադիր,
- կողային,
- շրջանառվող,
- շրջանաձև:

Ըստ գրգռվածության ինտենսիվության աճման՝ ցնցուղները լինում են՝

- փոշային,
- անձրևային,
- ասեղային,
- հովհարային,
- շրջանառվող,
- շիթային (Շարկո),
- շոտլանդական:

Փոշային և ցածրադիր ջուրը փոշիացված ձևով ուղղվում է հիվանդի մարմնին, փոշային մեխանիզմի ժամանակ կիրառվում է թույլ ճնշում:

Բարձրադիր ցնցուղ. փոշիացված ջրի շիթը ճնշման տակ նետվում է վեր՝ ցանցի միջով, որը ամրացված է գետնին՝ խողովակի վրա: Ցանցի վրա ամրացված է փայտե նստատեղով

երեքոտնուկ: Կիրառվում է պրոկտիստների, բորբոքային պրոցեսների, իսկ հով ցնցուղը՝ թուլթի ժամանակ:

Անձրևային՝ մետաղյա մի խողովակ է՝ դեպի առաջ թեքված ծայրով, որին ամրացված է սկավառականման ծակոտկեն ծայրապանակը: Օգտագործվում է թուլակազմ, ասթենիկ հիվանդների դեպքում, ջրի ջերմաստիճանը 36-37° է, տևողությունը՝ 4-5ր:

Ասեղայինը անձրևային ցնցուղի մի տեսակ է: Ջրի բարակ շիթերը ասեղի ծակոցի զգացողություն են առաջացնում: Հովհարային ցնցուղը փոշիացվում է հատուկ փոշիացնող սարքի միջոցով:

Շրջանառվողը ուղղահայաց խողովակներ են, որոնք ներքևում և վերևում միացված են օղակներով: Խողովակների վրա կան անցքեր, որտեղից դուրս են մղվում ջրի շիթերը՝ բոլոր կողմերից պարուրելով հիվանդին, որը գտնվում է ցնցուղի կենտրոնում:

Շիթային՝ Շարկո, տարբերվում է մնացած ցնցուղներից նրանով, որ պրոցեդուրայի ժամանակ հիվանդի մարմնին խփում է բարձր ճնշումով ջրաշիթ: Դա ջրաբուժության ամենաէներգետիկ միջոցառումն է: Սկզբնական պրոցեդուրանները կատարվում են 30-32° ջրով, 2,5 մթնոլորտային ճնշման տակ, իսկ հետո ջերմաստիճանը իջեցնում են մինչև 15-20° 3-3,5 մթնոլորտային ճնշման տակ: Բարձր ճնշման շնորհիվ հիվանդը հեշտ է տանում ջերմաստիճանի իջեցումը: Ցուցված է նյարդային համակարգի ֆունկցիոնալ խանգարումների, նյութափոխանակության խանգարումների դեպքում և ճարպակալման ժամանակ:

Շոտլանդականը երկու տարբեր ջերմաստիճան ունեցող շիթային ցնցուղ է: Հերթագայությամբ տաք (40° C) և սառը (20°C և ցածր) ցնցուղը կիրառվում է 5-6 անգամ: Ցուցված է կենտրոնական նյարդային համակարգի ֆունկցիոնալ հիվանդությունների և ցածր նյութափոխանակության ժամանակ:

Լոգանքը ջրաբուժության ամենատարածված տեսակն է, որը կիրառվում է բուժիչ, կանխարգելիչ և հիգիենիկ նպատակներով: Լոգարանում, ջրի քանակից, ինչպես նաև ջրում ընկղմված մարմնի մակերեսից ելնելով, տարբերում են ընդհանուր (լրիվ) և տեղային (մասնակի) լոգանք: Ըստ պարունակության լինում են.

- քաղցրահամ,
- արոմատիկ,
- դեղորայքային,
- հանքային,
- գազային:

Գոլ ջրով լոգանքը ցուցված է ներոզների, ներասթենիայի, անքնության, նեյրոդերմիտի ժամանակ, գոլ և տաք ջրով լոգանքը՝ ծայրամասային նյարդային (ներալգիա, ռադիկուլիտ) և ոսկրամկանային համակարգի, ինչպես նաև նյութափոխանակության խախտման (ճարպակալում, շաքարախտ, հոդատապ, տենդ), երիկամային հիվանդությունների ժամանակ, հովացնողը՝ ներասթենիայի ժամանակ:

Տեղային կոնտրաստային լոգանքը կատարվում է 2 թասի կամ դուլի միջոցով: Մեկի մեջ լցնում են տաք ջուր (42-44°C), մյուսի մեջ՝ սառը (20-15°C): Սկզբից երկու ձեռքը կամ երկու ոտքը իջեցնում են տաք ջրի մեջ 30-60 վրկ, այնուհետև սառը ջրի մեջ՝ 10-20վրկ: Պրոցեսը հերթականությամբ կատարվում է 5-6 անգամ 8-10ր ընթացքում: Պրոցեդուրան կատարվում է ամեն օր, բուժման կուրսը կազմված է 15-20 կոնտրաստային լոգանքից: Այդ լոգանքները մարզում են անոթները և լավացնում դրանց ֆունկցիոնալ վիճակը: Տաք լոգանքները կիրառվում են խցանող էնդարտերիիտի և մաշկային հիվանդությունների սկզբնական շրջանում:

Մառը լոգանքները կիրառվում են անքնության, դողերոց-քի, քրտնարտադրության, անոթների հանգուցավոր լայնացում-

ների, սրունքի խոցի, արմունկի և կրունկի անոթների ճնշման խախտման և, իհարկե, կոփվելու համար:

Բուրումնավետ և դեղորայքային լոզանքներ (փշատերև, եղեսպակ, սկիպիդար և այլն): Փշատերևով լոզանքները ցուցված են առաջին աստիճանի հիպերտոնիկ հիվանդության, ներոզների ժամանակ, որոնք ուղեկցվում են քնի խախտմամբ, հոգնածությամբ:

Եղեսպակով լոզանքները կիրառվում են ոսկրամկանային ապարատի և նյարդային համակարգի ախտահարումների, կանանց սեռական օրգանների հիվանդությունների ժամանակ:

Սկիպիդարով լոզանքները ցուցված են դեֆորմացնող օստեոարթրոզի, ողնաշարի օստեոխոնդրոզի նյարդաբանական արտահայտության, պոլիներիտի, տարբեր տեղակայման անոթների աթերոսկլերոզի, ճարպակալման, քրոնիկական ոչ սպեցիֆիկ պրոստատիտի դեպքում: Հակացուցում. սիրտանոթային համակարգի, երիկամային հիվանդություններ:

Տաք լոզանքները ցուցված են քրոնիկական բրոնխաբորբի, թոքաբորբի, սուր շնչառական հիվանդությունների ժամանակ: Երիցուկի, կատվալեզվի (череда), ձիաձետի (хвощ полевой), հունական ընկույզի տերևների, կաղնու կեղևի, օսլայի թուրմով լոզանքները կիրառվում են մաշկային հիվանդությունների դեպքում:

Հանքային լոզանքները կատարվում են բնական հանքային ջրերով կամ դրանց հանքային նմանակներով:

Նատրիումքլորիդային (աղային) լոզանքները ցուցված են արյան շրջանառության համակարգի, առաջին աստիճանի հիպերտոնիկ հիվանդության, վերջույթների անոթների խցանող էնդարտերիիտի սկզբնական շրջանում, արթրիտի, պոլիարթրիտի, սպոնդիլոարթրոզի և ԿՆՀ-ի, ԾՆՀ-ի, կանանց սեռական օրգանների,

մաշկային հիվանդությունների ժամանակ: Տարբերում են նաև աղափշատերևային, աղահիմային, յոդաբրոմային լոզանքներ:

Գազային, ածխաթթվային (արյան շրջանառության խախտում, ԿՆՀ ֆունկցիոնալ խախտումներ), ծծմբաջրածնային (անոթների, մկանների, նյարդերի, ռևմատիկ և շրջանառվող բնույթի քրոնիկական հիվանդություններ), ռադոնային (արհեստական) լոզանքներն ունեն ցավազրկող, հակաբորբոքային և փոխանակության գործընթացները կարգավորող հատկություն:

Ջերմաբուժում

Օրգանիզմի ռեակցիայի բնույթը փոխանցվող ջերմության հանդեպ որոշվում է ոչ միայն դրա քանակով, այլ նաև փոխանցման արագության աստիճանով՝ կախված ջերմակրողի ջերմանցանելիությունից, ազդեցության մակերեսից և ջերմության ներթափանցման խորությունից, որը որոշվում է ջերմության բնույթով:



HUBBARD



CASCADE

Նկ.8 Լողարանների տեսակներ

ԳԼՈՒԽ 5

ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՂԱԿԱՆ ԾՐԱԳՐԵՐԻ ԿԱԶՄՈՒՄ

Վերականգնողական ծրագրի բոլոր փուլերում նախատեսվում է վերաբերմունքը դեպի հիվանդի անձը, բուժիչ վերականգնողական փոխազդեցության կենսական և հոգեւոցիալական ձևերի համադրումը: Վերջինիս կազմման համար անհրաժեշտ է հաշվի առնել փոփոխությունների ողջ ամբողջությունը (մորֆոլոգիական, ֆիզիոլոգիական, հոգեբանական) և ղեկավարվել կանոններով, որոնք նախատեսում են.

- բժշկի, ռեաբիլիտոլոգի, հիվանդի համագործակցությունը,
- հիվանդի վերականգնողական ներուժի, հատկապես նրա շարժողական հնարավորությունների որոշումը,
- փոխներգործության բազմակողմանիությունը, այսինքն՝ հաշվի առնել վերականգնողական ընթացքի բոլոր կողմերը՝ յուրաքանչյուր հիվանդի համար,
- բուժիչ-վերականգնողական միջոցառումների ամբողջականությունը,
- կատարվող ներգործության աստիճանական կարգը (վերականգնողական միջոցառումների փուլային նշանակում՝ հաշվի առնելով հիվանդի ֆունկցիոնալ վիճակի դինամիկ զարգացումը):

Վերականգնողական ներուժի որոշումը ծրագրի պատրաստման գործում ամենակարևորն է և պահանջում է մի քանի հիմնական խնդիրների լուծում.

1. շարժողական խախտումների և շարժողական ֆունկցիայի սահմանափակման աստիճանի որոշում,
2. հիվանդի ՀՇԱ-ի կամ վնասված օրգան-համակարգի խախտման լիարժեք կամ մասնակի մորֆոլոգիական և ֆունկցիոնալ վերականգնման հնարավորությունների որոշում,
3. տվյալ հիվանդության ժամանակ հիվանդի օրգանիզմի հարմարողական և հատուցողական հնարավորությունների հետագա կանխատեսում,
4. ամբողջ օրգանիզմի և առանձին օրգանների ու համակարգերի ֆունկցիոնալ հնարավորությունների, ֆիզիկական աշխատունակության գնահատում՝ հաշվի առնելով ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը ըստ բնույթի, քանակի, ինչպես նաև ինտենսիվության տարբեր տանելիությունը, դիմացկունությունը:

Վերականգնողական ներուժի արդյունքների գնահատումը հարկավոր է դիտարկել դինամիկ զարգացման տեսանկյունից, որը հնարավորություն է տալիս օբյեկտիվորեն հաստատելու վերականգնողական ծրագրի և առանձին վարժությունների արդյունավետությունը՝ դրանց հետագա ճշգրտման նպատակով:

Վերականգնման աստիճանը գնահատում են ըստ չորսբալանի համակարգի:

**Լիարժեք
վերական.**

**Մասնակի
վերական.**

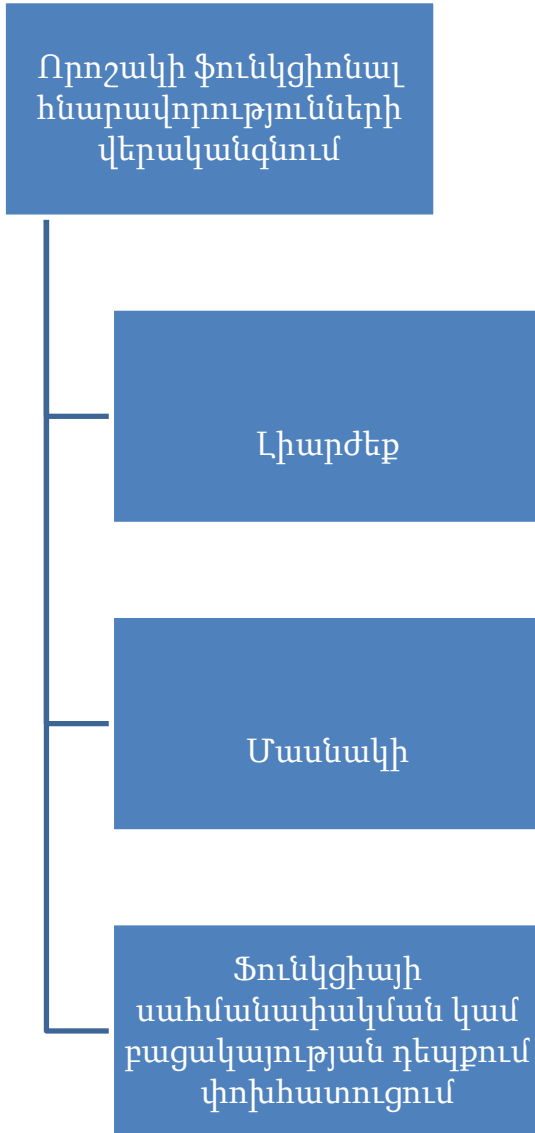
**Անփոփոխ
վիճակ**

**Վիճակի
վատացում**

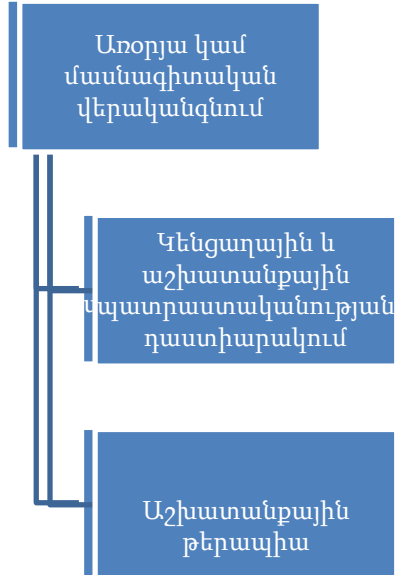
Աշխատանքի հարցերով զբաղվող միջազգային բաժնի նյութերի համաձայն՝ մշակված է վերականգնման, հիվանդության

հնարավոր ելքերի և ֆունկցիոնալ հնարավորությունների գնահատման հետևյալ համակարգը՝

I



II



III

Վերականգնված հիվանդների դիսպանսերական հետազոտություն

Վերականգնողական միջոցառումների մոտակա և ապագա արդյունքների ուսումնասիրումը հնարավորություն է տալիս ծրագրավորված և արդյունավետ վարելու վերականգնողական ամբողջ գործընթացը, որոշել ամեն փուլում կարևորագույն խնդիրները՝ դրական արդյունքի հասնելու նույնական և արդյունավետ միջոցների ամբողջական ընտրման ճանապարհով:

ԳԼՈՒԽ 6

ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՂԵՐԸ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՂԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ

Մեծ դեր ունի ընտանիքը, քանի որ հիվանդը վերականգնողական շրջանի զգալի մասը անց է կացնում տանը: Հիվանդի և նրա մտերիմների հարաբերությունները տարբեր են լինում: Որոշ հիվանդներ ընկնում են հիասթափության մեջ, ոմանք էլ շուտափույթ հանգստանում, հանդարտվում են, կարծես ոչինչ էլ չի եղել: Երկու դեպքում էլ նրանց վարքը անկանխատեսելի է: Մտերիմների դերը ընտանիքում առողջ մթնոլորտ ստեղծելն է, հիվանդի հետ վարժություններ կատարելը: Բարյացակամության և պահանջկոտության համադրումը բարերար ազդեցություն են ունենում խախտված ֆունկցիաների վերականգնման ընթացքի վրա, օգնում վերադառնալ աշխատանքի: Չափից ավելի խնամքը, ինչպես և անտարբերությունը դժվարեցնում են վերականգնման ընթացքը: Պետք չէ հուսալքվել, հիշենք, որ օրգանիզմն ունի հարմարողական բազմաթիվ հնարավորություններ: Եվ եթե գործառույթներն ամբողջովին չեն վերականգնվել, միևնույնն է, կյանքը շարունակվում է, կյանքը՝ նոր պայմաններում: Անհրաժեշտ է հիշել, որ ցանկացած հիվանդություն կարող է կրկնվել, և պետք է ամեն ինչ անել՝ կանխարգելելու այն: Խախտված ֆունկցիաների վերականգնման գործում ընտանիքի, մտերիմների դերը անգնահատելի է: Դա և հոգեբանական սատարում է, և օգնություն է բուժիչ մարմնամարզության տնային առաջադրանքները կատարելու գործում (շարժումների խախտման ժամանակ), խոսքի,

ընթերցանության, գրի տիրապետման օգնություն (խոսքային խախտումներ): Տանը պետք է այնպիսի պայմաններ ստեղծել, որպեսզի հաշմանդամի կյանքը լինի առավել հարմարավետ և նպաստի շուտափույթ բուժմանը: Եթե հիվանդը երկարաժամկետ գտնվում է պառկած վիճակում, ապա նրա դիրքը պետք է հաճախակի փոփոխել, որպեսզի խուսափենք թոքերում կանգային երևույթներից, իսկ երբ վիճակը արդեն թույլ կտա մի քանի բուստով նստեցնել և կատարել շնչառական վարժություններ, ապա ամենահեշտ և պարզ վարժությունը փուչիկ, մանկական ռետինե խաղալիքներ փչելն է: Տարածքը, որտեղ գտնվում է հիվանդը, պետք է օդափոխվի: Պետք է լվանալ հիվանդի դեմքը, ձեռքերը, հետևել հիգիենային և սննդակարգին, փոխել սպիտակեղենը: Վերջույթների թրոմբոզից խուսափելու համար հարկավոր է օրը մի քանի անգամ կատարել ոտքերի վարժություն: Եթե հիվանդը ինքնուրույն ի վիճակի է շարժվելու, ապա նա դանդաղ պետք է կատարի տարատեսակ վարժություններ՝ ոտքերը բարձրացնի հերթականությամբ, ծալի, բացի, փակի: Եթե ակտիվ շարժումներ չկան, ապա նրա փոխարեն գործողությունը կատարում է խնամող անձը, որը կոչվում է պասսիվ մարմնամարզություն:

Բացի պասսիվ և ակտիվ վարժություններից՝ անոթների թրոմբոզից խուսափելու համար կատարում են մերսումներ, շփումներ: Ցանկալի է ունենալ և կարողանալ օգտվել տարբեր սարքերից՝ ճնշման ապարատ, ջերմաչափ, շարժական դարսոնվալ ապարատ, մազնիսական սարք և այլն: Կարելի է վարել օրագիր հիվանդի վիճակի մասին, և պարբերաբար այն ցույց տալ բժշկին: Հենց որ հիվանդը, ի վիճակի լինի ոտքերը կախելով նստել, բուժիչ մարմնամարզությանը ավելացնում են ոտքի մկանները ամրացնող վարժություն՝ սկսած սրունք-թաթային հողից: Միաժամանակ մարզում են ձեռքերը: Վարժությունը պետք է կատարել ռիթմիկ,

հանգիստ տեմպով՝ հետևելով շնչառությանը: Հաջորդ փուլը կանգնելու հնարավորությունն է (բժշկի համաձայնությամբ):

Առաջին անգամ կանգնած վիճակում հիվանդը մեկ րոպեից ավել չպետք է մնա: Աստիճանաբար ժամանակը երկացվում է մինչև 5-7 րոպե: Տեղաշարժվել սկսում են տեղում, մահճակալի կամ սեղանի երկայնքով, այնուհետև՝ առանց հենվելու: Հետագա փուլը աստիճաններով իջնել և բարձրանալն է (բակում), իսկ հետո՝ հասարակական տրանսպորտ բարձրանալը և իջնելը: Կենսական հմտությունները ևս անցնում են փուլերով: Այստեղ օգնում են տարատեսակ տեխնիկական հարմարություններ (օրինակ՝ լոգարանում փայտե աթոռակ): Հաջորդ փուլում հիվանդին պետք է ներգրավել իր հնարավորություններին համապատասխանող տնային պարտականություններում: Տնային աշխատանքային թերապիան կրկնակի օգտակար է. այն օգնում է վերականգնելու բարդ շարժողական հմտությունները և վերակառուցելու դրանք: Զի կարելի հաշվի չառնել աշխատանքի հոգեբանական դերը: Հարկադրված անգործությունը հանգեցնում է բացասական զգացողության, որը խոչընդոտում է վերականգնողական գործընթացը: Հիվանդի հոգեկան վիճակի լավացման համար կարևոր է հաշվի առնել նրա նախկին հետաքրքրությունները: Ընտանիքը պետք է ոգևորի հիվանդին, նրան լավատեսորեն տրամադրի, օգնի հաղթահարել վարժությունների հանդեպ պասսիվ վերաբերմունքը, հավատալ իր ուժերին և հնարավորություններին: Միաժամանակ մտերիմները հիվանդին պետք է օգնեն ընդունելու իրողությունը, առկա հիվանդությունը, վերականգնման հնարավոր սահմանները, կազմակերպել կյանքը նոր պայմաններում: Հիվանդի հետ շփվելու ընթացքում պետք է նրբանկատորեն ուղղել նրա սխալները, երբեմն՝ չնկատել դրանք: Ոչ մի դեպքում չպետք է հիվանդին քննադատել՝ ուշադրությունը

սևեռելով թերացումների վրա: Պետք է ձգտել, որ հիվանդը ամեն ինչ կատարի ինքնուրույն: Աշխատանքից և տնային գործերիցացի, հարկավոր է նրա համար հետաքրքիր զբաղմունք գտնել: Կարելի է հաճախել կինոթատրոն, թատրոն, ցուցահանդեսներ: Ինչպես փորձը ցույց է տալիս, երբ մտերիմները մշտապես հիվանդի հետ պարապում են, քաջալերում, ապա վերականգնողական գործընթացը ավելի արագ և արդյունավետ է ընթանում: Ընտանիքը կարող է օգնել հիվանդի օրվա ռեժիմի և սննդակարգի ճիշտ կազմակերպման, կենցաղային և աշխատանքային կարծրատիպի մշակման հարցերում:

Բժիշկների, վերականգնողական ծառայությունների, մտերիմների և բարեկամների միահամուռ ջանքերը նպաստում են հիվանդի սոցիալական դիրքի հաստատմանը և վերականգնմանը:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

- 1.Александров В. В., Алгазин А. И. Основы восстановительной медицины и физиотерапии.2009
- 2.Бирюков А.А.Лечебный массаж. Москва:«Академия»,2004. 368 с.
- 3.Дубровский В.И., Дубровская А.В. Лечебный массаж. 2004. 512 с.
- 4.Епифанов В.А. Медицинская реабилитация. 2005
- 5.Лейзерман В. Г. Восстановительная медицина.2008
- 6.Разумов А.Н., Бобровницкий И.П, Василенко А.М. Учебник по восстановительной медицине.2011
- 7.Физическая реабилитация: Учебник для студентов высших учебных заведений. Под общей ред. проф. С.Н. Попова. 2005 608с.
- 8.Alexander R.W. et al. Diagnosis and management of patient with Acute MI. Hurst's The Heart, 9th ed. McGraw-Hill, New-York.1998.
- 9.American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation: Guidelines for Cardiac Rehabilitation. Programs: Human Kinetics, Champaign, 1995.
- 10.American Heart Association. Fact Sheet on Heart Attack, Stroke, and Risk Factors. American Heart Association, Dallas, 1993.
- 11.Bernard L.O. Resolving Ethical Dilemmas. A Guide for Clinicians. 1995. Williams & Wilkins.
- 12.Goldstein J.A. Pathophysiology and management of right heart ischemia. //J. Am. Coll. Cardiol. 2002. V.40. P.841-853.
- 13.Hamalainen H., Smith R., Puukka P. et al. Social support and physical and psychological recovery one year after myocardial infarction or coronary artery bypass surgery. //Scand. J. Public. Health. 2000. V.28. P.62-70.

- 14.Harrison's. Principles of Internal Medicine. 2001.
- 15.Haskney R., Angus Wallace A. Sports Medicine Handbook. 1999
- 16.Kalra L. et al. Medical complications during Stroke Rehabilitation. //Stroke.1995. V. 26. P.990.
- 17.Lynne Turner-Stokes, Textbook of Rehabilitation Medicine. 2000
- 18.McArdle W.D., Katch F. I.,Katch V.L. Essentials of Exercise Physiology. Williams & Wilkins. 1999.
- 19.Nagler W., O'Brien K. Balance your life. 2004
- 20.O'Sullivan S.B, Schmitz. T.J. Physical rehabilitation. 2001.
- 21.O'Sullivan S.B., Schmitz T.J. Physical Rehabilitation Laboratory Manual: Focus on Functional Training. FA, Davis, Philadelphia 1999.
- 22.Pickering T.G. Mental stress as a causal factor in the development of hypertension and cardiovascular disease. //Curr. Hypertens. Rep. 2001. V.3. P.249-254.
- 23.Post Stroke Reh. Guideline Panel: Post Stroke Clinical Practice Guideline, Aspen, Gaithersburg, MD, 1996.
- 24.Reents S. Sport and Exercise Pharmacology. 2000. Williams & Wilkins. 1995
- 25.John Saxton. Rehabilitation medicine. An Evidence-Based Approach. 2011
- 26.Roberts M.J., Reich M.R. Ethical analysis in public health. //Lancet. 2002. V.359. P.1055-1059.
- 27.Rothstein, J.M., Roy S.H. and Wolf S.L. The Rehabilitation Specialist's Handbook, FA Davis, Philadelphia, 1998.
- 28.The World health report: Reducing risks, promoting healthy life. WHO, 2002.
- 29.Thomas E., Andkeoli J., Bennett C. Essentials of Medicine. 1997.
- 30.White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. Produced by Christoph Gutenbrunner.2010

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՆԱԽԱԲԱՆ	3
ԳԼՈՒԽ 1. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՌԵԱԲԻԼԻՏՈԼՈԳԻԱՅԻ ՄԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ	
Բժշկական ռեաբիլիտոլոգիայի խնդիրը և նպատակները	5
Մուլտիդիսցիպլինար ռեաբիլիտացիոն թիմի կազմը	11
Վերականգնողական բուժման շրջանները և փուլերը	14
Վերականգնողական բուժման հիմնական Դրույթները	15
ԳԼՈՒԽ 2. ԲՈՒԺԱԿԱՆ ՄԱՐՄՆԱՄԱՐԶՈՒԹՅՈՒՆ	
Ֆիզիկական վարժություններ	19
Բուժական ֆիզկուլտուրա. ցուցումները և հակացուցումները	21 23
Վարժությունների դասակարգումը	26
Բուժական ֆիզկուլտուրայի վարժությունների Դասակարգումը	27
Բուժական ֆիզկուլտուրայի հիմնական շրջանները	29
Բուժական ֆիզկուլտուրայի ձևերը և դրանց անցկացման նշանակությունը	31
Բուժական ֆիզկուլտուրայի մեթոդները	34
Շնչառական վարժություններ	35

ԳԼՈՒԽ 3. ՄԵՐՍՈՒՄ

Ցուցումները և հակացուցումները	36
Մերսման տեսակները	42
Մերսման հնարքներ	43
Սեզմենտար ռեֆլեկտոր մերսում	44
Ընդհանուր մերսման անցկացման սխեման	50
Մանուալ թերապիա	53

ԳԼՈՒԽ 4. ԶՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ 57

**ԳԼՈՒԽ 5. ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՂԱԿԱՆ ԾՐԱԳՐԵՐԻ
ԿԱԶՄՈՒՄ** 65

ԳԼՈՒԽ 6. ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԴԵՐԸ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՂԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ	70
Գրականության ցանկ	76
Բովանդակություն	78

ԵՐԵՎԱՆԻ Մ. ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ
ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՌԵԱԲԻԼԻՏՈԼՈԳԻԱՅԻ, ՖԻԶԻՈԹԵՐԱՊԻԱՅԻ
ԵՎ ԿՈՒՐՈՐՏԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ԱՍԲԻՈՆ

*ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՌԵԱԲԻԼԻՏՈԼՈԳԻԱՅԻ
ՀԻՍՈՒՆՔՆԵՐԸ*

Ա.Գ. Իսախանյան

ՈՒՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ՁԵՌՆԱՐԿ
Ընդհանուր բժշկության, ստոմատոլոգիական,
դեղագիտական ֆակուլտետների ուսանողների համար