

1. ВОВЕД

Цервикалниот синдром претставува збир на симптоми кои основно место ја карактеризира болката, следена со главоболка, несвестица, болки во рамо, рацете, вкочанет врат и т.н. Статистичките податоци покажуваат дека голем број од популацијата, претежно луѓето во средните години го имаат проблемот со цервикален синдром. Луѓето кој што се склони кон настанување на проблеми во вратот се со повеќе часовно работно време, физичка неактивност, со неправилно држење на главата, неправилно спиење, луѓе изложени на стрес или луѓе со наследна предиспозиција.

Причините за настанувањето на цервикален синдром можат да бидат најразлични.

➤ Неспецифична болка

Ова е најчестиот вид. Таа уште се нарекува и „едноставна“ или „механичка“ болка. Може да се работи за истегнување на мускулите или лигаментите, но можно е да се должи и на неправилен телесен став.

➤ Ненадеен удар

Најчесто при сообраќајни несреќи доаѓа до нагла флексија и екстензија во вратот, кое што предизвикува долготрајни последици. Вратниот `рбет кој се наоѓа помеѓу главата и торакалниот `рбет, е почесто изложен на микро трауми, кои предизвикуваат долготрајни болки во вратот и главата.

➤ Вкочанет врат

При оваа состојба, движењето на вратот во одредена насока станува болно. Најчесто се работи за помали истегнувања на мускулите или лигаментите во вратот, а најчесто се должи на лошото спиење, т.е. несоодветната перница.

➤ Дегенеративни промени во цервикалниот `рбет

При дегенеративни промени на коските и „дисковите“ помеѓу пршлените (особено кај постарите луѓе), се јавуваат болки во вратот. Според Проф. д-р. Zhong Zhaoming, заменик главен лекар во одделот за ортопедија во болницата Nanfang, болките во вратот се предизвикани од дегенеративни промени на формата на вратните пршлени или стеснување на цервикалниот канал при што се врши компресија на нервните корени на цервикалниот дел од `рбетниот

мозок, и се предизвикуваат клинички симптоми на болеста. Болеста е почеста кај пациенти постари од 40 години.

Според Проф. Д-р Јанг, главен лекар во одделот за ортопедска хирургија во државната болница Вухан, зглобните интервертебрални дискови, лигаменти и мускули се задолжени за стабилност на цервикалниот 'рбет. Патолошките промени во мускулите, цервикалните прешлени и лигаментите предизвикуваат појава на болка која од акутна може да премине во хронична. Хронична болка на 'рбетот се јавува претежно кај оние луѓе кој долго време се занимаваат со везење, шиене, сликање, пишување. Лошото држење на телото при лежење, гледање телевизија, читање, висока перница, спиењето во автомобил допринесуваат за појавата на цервикални заболувања.

➤ **Притиснат нерв**

Остеофитите кои што настануваат при дегенеративните промени во вратните прешлени предизвикуваат компресија на спиналните нерви и предизвикуваат појава на болен синдром. Кога нервот е притиснат (или оштетен) се јавуваат силни болки во вратот, трпнење, боцкање и слабост во деловите од раката кои се поврзани со тој нерв.

➤ **Посериозни (и поретки) причини**

Тука се вбројуваат: ревматоиден артритис, инфекции, рак и сериозни повреди на 'рбетниот столб.

Сите овие причини доведуваат до промени во вратниот дел, промени на мускулатурата, лигаментите, нервите, намалување на циркулацијата во крвите садови, намалување на мускулниот рефлексен спазам. Со текот на времето може да настанат дегенеративни промени и акутниот цервикален синдром да премине во хроничен синдром, со што уште повеќе ќе се влоши здравствената состојба на пациентот.

2. ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРА

2.1. КЛИНИЧКА СЛИКА НА ЦЕРВИКАЛЕН СИНДРОМ

Симтомите зависат од типот на цервикалниот синдром. Од почетокот пациентите имаат благи симптоми кои постепено се зголемуваат. Пациентите се со болка во тилот, болки во вратот, болки во рамињата, вкочанет врат, вртоглавица, трпнење во рацете, гадење, повраќање, заматен вид, тахикардија, тешкотии при голтање. Клиничката слика зависи од тоа дали клиничките манифестации се појавуваат на вратот или на пооддалечени места од вратниот `рбет, и според тоа се среќаваат различни клинички манифестации: цервикален синдром, цервико-цервикален синдром, цервико-брахијален синдром, вертебро-базиларен синдром.

Цервикален синдром: болка која е лоцирана во средината на вратот, рамињата, лопатките и рамото. Настанува после ненадејно движење, изложување на провев или на студ.

Цервико-цервикален синдром : болка во тилниот дел и зрачи кон челото, очите и слепоочниците. Проследена е со зуење во ушите, нарушена рамнотежа, замаглен вид, или „двојна слика“. Најчесто е резултат на иритација или компресија на коренчето на нервот на ниво на C1 - C3.

Цервико-брахијален синдром: болка во вратот, рамото и раката заради иритација или компресија на ниво C4 – C8 при дископатија (оштетување на дискот, `рскавицата или меѓу прешленските тела), повреда или дегенеративни промени на `рбетот. Се јавува трпнење на рацете, а најмногу во прстите. Болката е најсилна во текот на ноќта. Може да се јави намалена сетилност и сила во рацете.

Вертебро-базиларен синдром: болката е проследена со мачнина и нагон за повраќање, вртоглавица, пречки во слухот, во видот и во голтањето. Причина е нарушување во вегетативниот нервен систем (симпатикусови нервни влакна кои ги опкружуваат артериите). Иритацијата на n.sympathicus ја причинуваат: спондилоза (остеофити) и артроза на меѓу прешленските зглобови (ункартроза).

2.2.1. Цервикален синдром

Цервикалниот синдром се карактеризира со болки во вратот кој се шират накај едното или двете рамиња, накај лопатките и кон пределот на градниот кош, болки во пределот на тилот, челото, очите и слепоочниците. Ако болките се шират на едната страна на главата, може да се појави нарушување на видот, шум или зурење во ушите, нарушување на рамнотежата, вртоглавици, мачнини и повраќање. Болките можат да се шират и во една и во две насоки кон рацете сè до прстите.



Слика Бр.1 Цервикален синдром

Цервикалниот синдром настанува од многу можни причини, но сепак дегенеративните промени се едни од најчестите. Големо влијание имаат и микротраумите, кои настануваат од нагли движења на главата, лошата положба при работење на компјутер, возење автомобил и сл. Неприспособената висина на работната површина и столот на кој седиме, придонесуваат за зголемено оптоварување на вратот, како и неквалитетен ноќен одмор од висока или ниска перница и спиење на стомак. Дијагнозата за вратните болки се поставува со анамнеза, клинички преглед и рендгенска снимка.

Важните информации се дознаваат од самиот пациент: каде, кога и како почнале болките, нивното развивање, дали биле постепени или остри, нивната сила и слично.

Тераписките пристапи се разликуваат во акутната или во хронична фазата.

Во акутната фаза, кога болките се интензивни, а вратот вкочанет, целта на лекувањето е намалување на болките и отпуштање на мускулите. Тоа се постигнува со аналгетици или со лекови против воспаление и седативи што дејствуваат за отпуштање на мускулната маса. Во текот на оваа фаза е потребно мирување на вратот.

2.2.2. Цервико - цервикален синдром

Најчесто настанува како последица на компресија на нервните корени од C4-C8. Со самата компресија на нервните корени настанува хипотонија на мускулатурата на брахијалниот плексус и крвните садови. Цервико-цервикалниот синдром се карактеризира со болка која се шири од врвот на рамото кон дланката. Силата на малите мускули на дланката е намалена, со трофички промени на тенарот и хипотенерот.

2.2.3. Цервико-брахијален синдром

Настанува поради иритација или компресија на C4 – C8 или при оштетување на дискот или на `рскавицата меѓу прешленските тела како и при дегенеративни промени на `рбетот. Се карактеризира со трпнење на рацете и прстите. Целта на лекувањето во акутна фаза е да се намалат симптомите и да се спречи текот на болеста, лекувањето во хронична фаза е да се намалат симптомите и да се отпуштат мускулите. Тоа се постигнува со физикална терапија, масажа, вежби и медикаментозна терапија.

2.2.4. Вертебро-базиларен синдром

Клиничка слика

- Болки во рамена кој се шират кон рацете;
- Болката може да биде присутна најчесто на рацете и шаката;
- Најчесто болките се чувствителни преку ноќ;

2.3.Дијагносицирање

Дијагнозата се воспоставува брз основа на клинички преглед кај лекар специјалист и тој ги опфаќа следниве процедури.

2.3.1. Анамнеза

Анамнеза на пациентот е земање на податоци преку разговор. Секогаш треба да биде потполна и точна, затоа прашањата се поставуваат по одреден редослед бидејќи тоа е основата на прегледот. За време на разговорот пациентот ги опишува субјективните тегоби, се прашува каде, кога и како започнала болката, правецот на протегање и дали болката е започната поради некоја причина, траума, повреда и слично, дали болката започнала веднаш по настанот или после некој одреден временски период, се прашува интензитетот на болката, каков е квалитетот на болката, се прашува пациентот дали боледува од друга болест, семејна анамнеза, дали некој близок од семејството боледува со слична болест. Исто така е битна и професијата, начинот на кој ја врши неговата работата (Седејќи, стоејќи, или други додатни оптеретувања). Анамнезата се смета за прв и најважен чекор при поставувањето на дијагнозата.

2.3.2.Инспекција на постурално движење и палпација на паравертебралната мускулатура

Се набљудуваат движењата на главата и вратот и се забележуваат нивните промени од типот на: torticollis, или намалена и зголемена вратна лордоза. Се испитува подвижноста на `рбетниот столб, активно и пасивно во сите насоки: движење на вратот нанапред, наназад, латерофлексија (движења во страна), кружни движења. Доколку има заболување се ограничуваат движењата во страна и ротација на глава. Со инспекција и палпација на мускулатурата лекарот со лесен притисок ги напипува спинозните продолжетоци и мускулите на вратниот `рбет, при што се чувствува напнатоста на мускулатурата, а понекогаш и присуството на болни “грутки” во мускулите.

Кај цервикалниот и цервицефалниот синдром се чувствува намалување на тонусот на мускулатурата, додека кај цервикобрахијалниот синдром се чувствува намалување на мускулатурата на раката.

2.3.3. Мануелно мускулно тестирање - ММТ

Мануелно мускулно тестирање е субјективна метода на мерење на мускулната сила која се спроведува од страна на физиотерапевтот. Оценката се извршува главно врз основа на факторите мануелен отпор и гравитација. Значење имаат и обемот на движење, кој што можат да го извршуваат тестираните мускули, и нивната видна или палпаторна контракција. Денес најраспространето е степенувањето на мускулната сила во шест основни степени, но се прифаќа дека секој степен одговара на даден процент од силата на нормалниот мускул. Добиената од мускулната оценка, мускулна сила се означува со број или буква.

За мускулите, за кои гравитацијата е критериум при тестирањето, одделните степени се определуваат по следниов начин:

- *Степен 5. Нормален, N (Normal).* Одговара на силата на соодветниот нормален мускул и може да изврши полн обем на движење наспроти гравитацијата и максимален мануелен отпор.
- *Степен 4. Добар, G (Good).* Мускулот може да го изврши полниот обем на движење наспроти гравитацијата и умерен мануелен отпор. Одговара на околу 75% од силата на соодветниот нормален мускул.
- *Степен 3. Задоволувачки, F (Fair).* Мускулот може да изврши полн обем на движење наспроти гравитацијата, но без да се применува дополнителен отпор. Одговара на околу 50% од силата на соодветниот нормален мускул.
- *Степен 2. Слаб, P (Poor).* Мускулот може да изврши полн обем на движење, но од положба на елиминирање на гравитацијата. Не може да ја преодолее сила на тежината на тестираниот дел од телото. Одговара на околу 25 - 30% од силата на соодветниот нормален мускул.
- *Степен 1. Трага, T (Trace).* При обид за движење мускулот покажува видна контракција, но не е доволно силна, за да изврши какво и да било движење на тестираниот дел на телото. Одговара на околу 5 – 10% од силата на нормалниот мускул.

- *Степен 0. Нула (Nula).* При обид за движење мускулот не покажува видна или палпаторна контракција.

При тестираните движења, кои што ги извршува болниот, треба да се разликува мускулната слабост, од ограничениот обем на движење. Ако еден мускул не може да го изврши соодветниот нормален обем на движење во зглобот, кое може да се должи на две причини. Или мускулот е многу слаб, за да го изврши движењето, или самото движење е ограничено поради механичка причина – кинење на мускулот, зглобна капсула, или лигамент, деформација на зглобните површини и др. т.е. има контрактура на зглобот. Пред започнувањето на тестирањето, на болниот е неопходно да му се објасни какво точно движење треба да направи, а заедно со тоа испитувачот извршува пасивно движење до полниот обем на движење. По таков начин се испитува дали има механичка повреда или спазам на мускулите. По утврдување на таквите повреди, тие се обележуваат со посебен молив.

Мануелно мускулно тестирање во фронтална рамнина

Испитувањата во фронтална рамнина за вратниот сегмент се прават во удобна седечка или стоечка положба со правилен исправен став на човекот. Испитувањето го извршува физиотерапевтот и на пациентот му се кажува да прави движења во страна (латерална флексија), лево и десно и од пациентот се бара да го допре едно рамо, па другото рамо. Нормална латерална флексија е 0-45°.



Слика 2 .Испитување во фронтална рамнина

Мануелно мускулно тестирање во сагитална рамнина

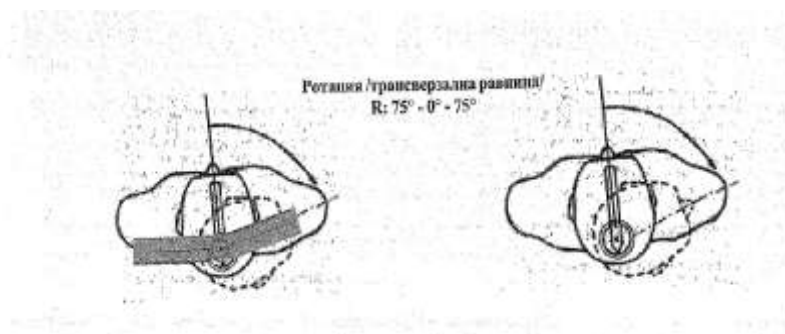
Испитувањата во сагитална рамнина за вратниот сегмент можат да се извршат исто така во седечка или стоечка положба со исправен став на човекот. Испитувањето го извршува физиотерапевтот и од пациентот се бара да направи антеро-флексија, со брадата да го допре градниот кош. Пациентот во нормални услови може да ја допре брадата со градниот кош, а доколку не може тогаш е потребно да се измери постоечката дистанца брада- граден кош. Нормална антеро-флексија е $0-70^\circ$, Исто така се бара од пациентот да направи екстензија, движење на главата спрема назад, кој е можно движење за лица со цервикални заболувања, нормален степен е $0-60^\circ$.



Слика 3. Испитувања во сагитална рамнина

Мануелно мускулно тестирање за вратниот сегмент во трансверзална рамнина

Испитувањето се извршува во лежечка положба, и од пациентот се бара да ја ротира главата од едно рамо до друго рамо. Нормалниот степен на движење е $0-75^\circ$.



Слика 4. Испитувања во трансверзална рамнина

Правила за спроведување на ММТ

Во праксата при извршувањето на ММТ треба да се внимава на неколку услови и правила, кои што го гарантираат правилното спроведување, избегнување на грешки и максимална точност на оценката.

Испитувањето треба да се прави во добро затоплено место, за да може мускулатурата на болниот, кој што задолжително треба да биде соблечен, да е релаксирана и смирена. Ниската температура или друга причина која што го тера болниот да ги стега мускулите, ќе биде причина за правилното извршување на тестираното движење и ќе доведе до грешки во оценката.

За испитувањето се користи тврд кревет, што нема да попушта при давањето на мануелен отпор. Врз него болниот легнува максимално удобно. Во некои случаи ние ја пренасочуваме тестирачката позиција за сметка на удобноста на болниот.

Светлината треба да биде доволна и да паѓа врз болниот по таков начин, што ќе можеме да забележиме и најмало отклонување од нормалниот контур на мускулите, и најмалата фибрилација на отделен мускул, и најмалото неправилно движење.

При тестираните движења, кои што ги извршува болниот, треба да ја разликуваме мускулната слабост, од ограничениот обем на движење. Ако еден мускул не може да го изврши соодветниот нормален обем на движење во зглобот, тоа може да се должи на две причини. Или мускулот е многу слаб, за да го изврши движењето, или самото движење е ограничено поради механичка причина – скинување на мускулот, зглобна капсула, или лигамент, деформација на зглобните површини и др., т.е. има контрактура на зглобот. Пред започнувањето на тестирањето, на болниот е неопходно да му се објасни какво точно движење треба да направи, а заедно со тоа испитувачот извршува пасивно движење до полниот обем на движење. По таков начин се испитува дали има механичка повреда или спазам на мускулите. Со утврдување на таквите повреди, тие се обележуваат специјално.

Најудобно и најсоодветно е резултатите од тестирањето да се нанесуваат врз специјален формулар. Тој треба да има место за пишување и на името на

испитувачот, затоа што тестирањето на еден болен е правилно да се извршува од еден и ист испитувач. Тоа ги намалува грешките при оценката.

Во формуларот покрај оценката за секој мускул можат да се обележуваат и дополнителни информации при тестирањето, најдобро симболички со еден симбол (буква). На пример С – спазам, К – контрактура и т.н. истиот формулар може да се користи и за пресметување на индексот со броеви за целосното засегнување на болниот, така што кон графикот за секој мускул или движење се пишува соодветниот множител.

Во случаите, кога поради различни причини не можеме со сигурност да определиме некоја оценка, до нејзиниот симбол додаваме прашалник (?).

Флексија на вратот

Флексијата во цервикалната област на 'рбетниот столб може да се оствари на два начина:

а) Од вентралните флексори (*m. scalenus ventralis*, *m. scalenus medius*, *m. scalenus dorsalis*, *m. longus colli* et *m. longus capitis*) сите тие се помагаат од *m.m sternocleidomastoideus*. Флексијата се врши во целата цервикална област на 'рбетниот столб, со тоа што брадата се приближува максимално до градниот кош.

б) Главно од *mm. sternocleidomastioidei* со помош на *mm.scaleni anteriores* и клавикуларниот дел од влакната на *m. trapezius*.

Флексијата се врши во долниот цервикален и горниот торакален сегмент со што брадата се подава напред. Тоа движење е многу јасно кога вентралните флексори на вратот се слаби, а *mm. sternocleidomastoidei* се силни.

Главни мускули придвижувачи	Почетен припој	Краен припој	Инервација
(M.longus colli) Долг мускул на вратот	а) горен кос дел од proc.costotransversali на III, IV IV цервикален прешлен	Туберкулот на предната линија на атласот.	nn.cervicales (C2-C6)
(M.longus colli)	б) Долен кос дел од предната површина на телата на I, II. III торакален прешлен	Proc.costrotransversarii на V и VI цервикален прешлен.	nn.cervicales (C2-C6)
Долг мускул на вратот	в) Вертикалниот дел од предната површина на горните три торакални и долните три цервикални прешлени	Предната површина на телата на II., III и IV цервикален прешлен	nn.cervicales (C2-C6)
M. longus capitis (долг мускул на главата)	Proc.costrotransversarii на III и IV цервикален прешлен	Предната површина на основата на тилната коска	nn.cervicales (C1-C5)
M. scalenus anterior (преден столбест мускул)	Proc.costrotransversarii на III и IV цервикален прешлен	Прво ребро за соодветниот tuberculum	nn.cervicales (C5-C7)
M. scalenus medius (среден столбест мускул)	Proc.costrotransversarii на I и IV цервикален прешлен	Горната површина на првото ребро	nn.cervicales (C5-C8)
M. scalenus posterior (заден столбест мускул)	Proc.costrotransversarii V и VI цервикален прешлен.	Надворешната површина на второто ребро	nn.cervicales (C7-C8)
M. sternocleidomastoideus	а) caput laterale од стерналниот крај на клучната коска	Proc. Mastoideus et linea nuchae superior	
	б) caput mediale од предната површина на manubrium sterni		
Помошни мускули m.rectus capitis, надјазични и подјазични мускули			

A.Тест за сите флексори на вратот (m.sternocleidomastioidei само го подпомогнува движењето)

Степени 5 и 4

Испитуваниот е во п.п лежечка на грб, рацете се над главата, поставени врз креветот, лактите се свиткани.

Стабилизација - мускулите на предниот абдоминален ѕид, кога се доволно силни, го влечат градниот кош кон карлицата и го стабилизираат пред флексорите на вратот да ја подигнат главата. Ако абдоминалните мускули се слаби , рехабилитаторот со дланката го фиксира градниот кош кон креветот.

Движење - флексијата на цервикалниот дел од 'рбетниот столб, со подигање на главата од креветот и приближување на мандибулата кон градната коска.

Отпор - врз челото во насока надолу.

Степен 3 (како степен 5, но без отпор)

Степен 2

Испитуваниот - е легнат на страната на истоимената рака.

Стабилизација - терапевтот ја држи главата со едната рака од горе, а со другата од долу.

Движење - флексија на цервикалниот дел на 'рбетниот столб со приближување на мандибулата кон градната коска, со тоа што главата се држи за време на целото движење од страна на терапевтот.

Степен 1, 0.

Испитуваниот - е во п.п. како кај степен 3. При обид за движење може двострано да се палпира само m.sternocleidomastoideus. Другите флексори поради нивното длабоко распространување се достапни за палпација.

Белешки – при слабост на флексорите на вратот, цервикалниот дел на 'рбетниот столб е во позиција на хиперекстензија , а главата е напред.

Б.Тест за флексија на вратот, извршена главно од mm.sternocleidomastoidei

Испитуваниот е легнат на грб, рацете се над главата, поставени врз креветот со благо свиткани лакти.

Стабилизација - при слаби абдоминални мускули и кај деца, терапевтот го фиксира со дланка градниот кош кон креветот.

Движење - флексија на цервикалниот дел на 'рбетниот столб со подигање на главата од креветот, а мандибулата се издава напред.

Отпор - врз челото во насока надолу.

Степен 3 – како степен 5, но без отпор

Степен 2

Испитуваниот е легнат на страна врз истоимената рака.

Стабилизација - терапевтот ја придржува главата со едната рака одозгора, а со другата од долу.

Движење - флексијата на цервикалниот дел на 'рбетниот столб со издавање на мандибулата напред, а главата се придржува преку целото време од рехабилитаторот.

Степен 1, 0.

Испитуваниот е во п.п како кај степен 3. При обид за движење се палпира m.sternocleidomastoideus.

В. Тест за флексија на вратот со ротација. Извршена главно од m.sternocleidomastoideus и mm.scaleni anteriores.

Степен 5, 4.

Испитуваниот е легнат на грб со рацете поставени над главата врз креветот и свиткани лакти.

Стабилизација - кај слаби абдоминални мускули и кај децата терапевтот со дланка го стабилизира градниот кош кон креветот.

Движење - флексија на цервикалниот дел од 'рбетниот столб со истовремена ротација на главата.

Отпор - врз tuber frontale на тестираната страна во насока надолу и на косо.

Степен 3 како степен 5, но без отпор

Степен 2 како при тестирање за флексијата на вратот за степен 2, но сега испитуваниот извршува флексија со ротација.

Степен 1, 0.

Испитуваниот – е како при степен 3. При обид на движење се палпира m.sternocleidomastoideus

Екстензија на вратот

Главни мускули придвижувачи	Почетен припој	Краен припој	Инервација
M.trapezius -само најгорните влакна	Protuberantia occipitalis externa, linea nuchae superior	Pars acromialis clavicularae	n.accessorius nn.cervicales (C2-C4)
M sacro-spinalis a) iliocostalis cervicis	од аглите на III, IV, V и VI ребро	напречните израстоци на IV, V и VI прешлен	nn. spinales (C8-Th1)
б) Longissimus capitis	напречните израстоци на C _{4,5,6,7} и T _{1,2,3}	крајниот дел на проc. mastoideus	(C1-C3)
в) Longissimus cervicis	напречните израстоци на горните торакални прешлени	напречните израстоци на II и V цервикален прешлен	(C1-Th1)
M. spinalis а) cervicis	од последните два цервикални и првите два торакални прешлена	II- IV цервикален прешлен	nn. spinales (C2-Th4)
б) capitis	од горните торакални и долните цервикални прешлени	тилната коска	
<i>Помошни мускули</i> m. splenius capitis, m. splenius cervicis, m semispinalis capitis, m. semispinalis cervicis, m multifidus			

Степени 5, 4.

Испитуваниот е легнат на стомак со рацете поставени до телото, главата надвор од креветот, вратот е флексиран.

Стабилизација - со притисок со целата дланка меѓу лопатките се фиксира градниот кош кон креветот.

Движење - претставува екстензија на вратот.

Отпор - врз темето во насока надолу.

Степен 3 како степен 5, но без отпор.

Степен 2.

Испитуваниот е легнат на страна, терапевтот ја држи главата, вратот е флексиран.

Стабилизација – терапевтот ја држи главата со едната рака оддолу, а со другата одозгора.

Движење - екстензија на цервикалниот дел од 'рбетниот столб при обид за движење, ги палпираме задните мускули на вратот.

Белешка: Можеме да ги тестираме и екстензорите на вратот само од едната страна. За нив се испитува степен 5, 4, 3, така што движењето е екстензија на вратот со истовремена ротација кон тестираната страна. Отпор се дава од страна врз темето, во насока надолу и спроти ротацијата.

Тестираното движење се извршува од *m. splenius* и другите мускули, кои што дејствуваат по истата линија на влечење, но без учество на горниот дел на *m. trapezius*.

При тестирањето на *m. trapezius* (на горниот дел) главата се ротира кон спротивната страна.

Главни мускули придвижувачи	Почетен припој	Краен припој	Инервација
M. rectus abdominis	'рскавицата на V и VI ребро и Proc. xiphoides	Os pubis меѓу symphysis и tuberculum pubicum	nn. intercostales, n. lumbalis (Th5 – Th12, L1)
Помошни мускули - m. obliquus, ext. abdominis, m. obliquus int. abdominis			

2.3.4. Невролошки преглед

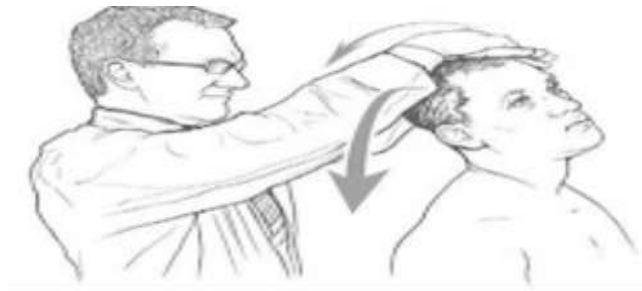
За поставување на дијагноза кај цервикален синдром потребно е да се направи невролошки преглед на ниво од C5-C6 и C6-C7. Доколку резултатите покажуваат симптоми за цервикален синдром, треба внимателно да се испита дали постои атрофија на m.supraspinatus, m.infraspinatus, m.deltoideus и m.triceps brahiali. Испакната скапула може да покажува за радикулопатија во C6-C7.

Слабост и атрофија на рацете се симптоми на загуба на рефлекси кои настануваат како последица од компресија на нервните корени.

Ниво	Симптоми
C5-C6	Болки во трапезоидниот мускул и околу рамениците, често болките се шират кон двете рацете до палецот, слаби и намалени рефлекси во рацете.
C6-C7	Болки во рамениците и во аксилата, слабост и намален рефлекс во рацете.

Spurling test е медицински маневар кој се користи за проценка на болката во коренот на нервот, за време на кој испитувачот ја насочува главата на пациентот латерално кон болната страна и применува силен притисок на вратот на главата на пациентот. Позитивниот Spurling тест води до зголемување на симптомите. Пациентите со цервикален радикулопатија можат да се претстават со различни симптоми, вклучувајќи болка, вкочанетост и слабост. Многу други заболувања можат да имаат слички симптоми, но со помош на клиничката

историја и невролошки преглед може да се покажат знаци за цервикален синдром.



Слика 5. Spurling тест

Бикелов знак

Позитивен Бикелов знак упатува на радикулопатија на брахијалниот плексус. Пациентот е во седечка положба со абдукција на раце до 90° со лактите во потполна флексија. Од пациентот се бара да се направи екстензија во рацете во рамињата, а потоа да изврши екстензија во лактите. Доколку се појави радикуларна болка, бикеловиот знак е позитивен.

2.3.5. Рендгенолошки прегледи на вратен `рбет,

Со едноставна рендген снимка може да се забележи стеснување на просторот помеѓу две ковчиња од `рбетот, заболувања слични на артритис, тумори, изместени дискови, стеснување на `рбетниот канал, фрактури и нестабилност на `рбетниот столб. Рендгенската снимка не е задолжителна кај сите пациенти со болки во вратот. Лекарот треба да постави индикации за ренгенска снимка на основната анамнеза и клинички преглед.

Индикации за рендген снимка за вратен `рбет

- Трауматски повреди;
- Неуромоторен дефицит (со исклучок на спондилоза или тумоти);
- Загуба на тензија;
- Злоупотреба на супстанции и алкохол (постои поголем ризик од остеомиелитис, остеопороза или трауми);

- Во анамнезата да постои малигни болести
- Употреба на кортикостероиди (ризик за остеопороза);
- Температура;
- Користење на конзервативна терапија;

СТ (компјутерска томографија),

Оваа процедура се користи како алтернативна за магнетна резонанса.

NMR (нуклеарна магнетска резонанса),

Со оваа едноставна процедура можат подетално да се забележат нервите, нивната поставеност и секоја аномалија;

2.3.6.EMG (електромиографија),

Ова процедура се користи за дијагностицирање на патолошки промени во мускулите.

2.4. ЛЕКУВАЊЕ НА ЦЕРВИКАЛЕН СИНДРОМ

Целта на лекувањето е да се врати нарушената функција на вратот и да се намали болката. Лекувањето може да биде со медикаментозна терапија со цел за да се намалат болките, физикална терапија со електротерапија, масажи и кинезитерапија, вакум-вендузи терапија и акупунктура како најдобра метода за третирање на цервикални заболувања.

Лекувањето на цервикалниот синдром може да биде со:

- Физикална терапија
- Масажа топла/ладна;
- Одмор;
- Вежби за истегнување;
- КТ вежби;
- Краткотрајна имобилизација;
- Тракција;
- Акупресура;
- Хирушки зафат;

2.4.1. ФИЗИКАЛНАТА ТЕРАПИЈА

УЛТРАЗВУК

Работа со апаратот

Делот што се третира и мембраната на сондата се мачкаат со контактено средство (течен парафин, вазелин, глицерин, гел). Сондата се поставува врз кожата бидејќи при непотполн контакт на сондата со кожата, ултразвучните бранови се разнесуваат во воздухот. Апаратот се вклучува, се назначува потребната моќност и време и се започнува со процедурата. По завршувањето, најпрвин се исклучува апаратот, па потоа се одлепува сондата од кожата.

Времетраењето на процедурата со ултразвук на една зона е 3 до 10 мин., а се прават од 6 до 12 процедури. Вкупното времетраење на процедурата со ултразвук врз телото изнесува 20 мин.

Методи на ултразвук терапија при различни заболувања:

Лекувањето / третманот може да се изврши:

- директно или локално – при лекување на зглобови, мускули
- рефлекторно во зоните на Захарин – Хед – за лекување на внатрешни органи
- сегментарно – паравертебрално во областа на соодветните нервни коренчиња при вертебрална патологија
- ганглиотропно – врз соодветните симпатикусови ганглии, при синдром на периферни садови
- фонопресура – во акупунктурните точки за лекување на заболувањата по метода на кинеската традиционална медицина.

Со ултразвучната терапија се постигнуваат важни ефекти: *механички, хемиски и топлински*. Се подобрува циркулацијата и се намалува болката.

ЕЛЕКТРОТЕРАПИЈА

Галванска струја

Галванската струја претставува струја со постојана брзина и правец на движење. Дејството на галванската струја врз човечкиот организам се определува од нејзиното продирање во ткивата. Најдобро се распространува во биолошките средини со мал отпор како што се: крвните и лимфните садови, мускулите, меѓу клеточните простори и др. При галванизацијата, поради големиот омски отпор што се јавува на кожата, голем дел од енергијата се претвора во топлина, а останатиот дел предизвикува електрохемиски процеси.

Врз основа на механизмите на дејствување, се набљудуваат следните физиолошки ефекти со практично значење:

Ексцитомоторен ефект: предизвикувајќи деполаризација врз мускулното влакно или моторниот нерв, галванската струја предизвикува мускулна контракција.

Задолжителен услов за тоа е брзата промена на јачината на струјата. При протекување на галванска струја со постојана јачина не постои ексцитомоторен ефект;

Аналгетски ефект: се јавува претежно под позитивната електрода (анода). Продолжителната галванизација ја намалува тактилната и болна чувствителност на кожата;

Ефект на површинска хиперемија, од кој што следува и

Трофичен ефект, кој е по добро изразен на негативната електрода (катада);

Термичен ефект: ослободувањето на топлина за време на протекувањето на галванска струја, зависи од отпорот, јачината на струјата и времето на протекување на струјата. Кај галванизацијата, термичкиот ефект е многу мал, бидејќи се користи струја со многу мала јачина.

Електрофореза

Електрофорезата е електротерапевтски метод при кој во организмот се воведуваат лекови со помош на галванска струја.

Физиолошко и терапевтско дејство: воведувањето на лекови по пат на електрофореза има многу предности, кои електрофорезата ја прават

алтернативна на традиционалната медикаментозна терапија и оригинална по механизмот на дејствување, поради следните моменти:

- образување на кожно лекарствено депо, со кое се осигурува продолжително присуство на медикаменти во организмот и нивно бавно и рамномерно разнесување по лимфен и крвен пат;
- лекот може да биде аплициран локално (на пример во зглоб), а неговото преминување во кожно депо може да има и рефлекторно дејство – сегментарно врз ЦНС или внатрешните органи.
- методата овозможува да се постигне медикаментозна концентрација во близина на патолошкото огниште, без да се заситува целиот организам

Дијадинамски струии - DD

Диадинамичните струии се комбинација од постојани пулсирачки струии со фреквенција од 50-100Hz., наслоени врз права струја.

Ефекти на диадинамичните струии:

- **Аналгезија** (DF,CP,LP) преку вазодилатација, ослободување на хистамин и други ткивни стимулатори, преку аноден блок;
- **Симпатиколитиза** (DF,MF) преку зголемување на активноста на парасимпатикусот;
- **Диадиномофореза** (DF,MF) комбинација на аналгетското и трофичко дејство на ДД со медикаменти;
- **Електрогимнастика** (RS) при мускулни хипотрофии и при повреда на периферниот двигателен неврон;

Физиолошко дејство: ДД струја има непосреден инхибирачки ефект врз ноцирецепторите, ја отстранува болката, садовиот спазам и хипоксијата.

Интерферентни струии

Со цел да се избегнат недостатоците на струите со ниска фреквенција (висок кожен отпор и продирање до мала длабочина), австрискиот физичар Д-р Ханс Немек предлага на телесната површина подложена на третирање да се дејствува едновремено со две средно - фреквентни променливи струии, со константна амплитуда, воведени со помош на два пара електроди: фреквенцијата на првиот струен круг е постојана (4000Hz), а фреквенцијата на

вториот струен круг автоматски варира од 4001 до 4100Hz., со ниско - фреквентна разлика од 100Hz.

Транскутна електрична нервна стимулација – TENS

TENS е една од најдобрите методи за борба против болките. TENS се користи при акутни, субакутни и хронични болки. Струјата влијае така што ги блокира импулсите за болка, кои што се нервните влакна се пренесуваат во централниот нервен систем.

Физикалната терапија се определува во доза од најмалку еднаш во денот, десет дена по ред.

Се следи состојбата на пациентот, после завршувањето на терапијата се прават истите клинички испитувања на пациентот, доколку нема подобрување се прави пауза од една недела и потоа се додаваат плус пет до десет терапии.

2.4.2.МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПИЈА

- Парацетамол (доза: 3-4 x 500 mg – 1g.)
- Ибупрофен (доза:2-3x 400-600 mg/ден),
- Диклофенак (доза: 2-3x 50mg/ден),
- Кетопрофен (доза: 100-200 Mg/ден),
- Нимосилид (доза: 2x100 mg/ден),
- Пироксикат (доза: 2x20 mg/ден),
- Мелоксикат (доза 2x7,5 mg / ден),
- Теноксикам (доза 2x20 mg/ден).

Во случај доколку болките и понатаму не се намалуваат се даваат: трамадол, диетепам, бромазепам. Тоа се лекови – благи опијати и миорелаксанти.

2.4.3. МАСАЖА

Нежната масажа нагоре и надолу по грбот или вратот со рака или масажер ја загрева областа. Ова ја подобрува циркулацијата на крвта и на тој начин го намалува притисокот во мускулите. Токму затоа и масажата се препорачува како третман кој треба да се користи секојдневно за намалување на стресот заморот во вратот и рамената.

Секојдневната масажа не само што помага да се намали притисокот по напорно поминатиот ден, туку и делува превентивно, го зголемува нивото на енергија, и помага да се завршат дневните обврски без никаков проблем.

Различните техники на масажата помагаат да се намали вкочанетоста на мускулите, се зголемува флексибилноста, ги зајакнува вратните мускули, релаксира и отпушта, ја подобрува циркулацијата, ја зголемува енергијата, го подобрува сонот, се намалува главоболката.

Масажата може да се извршува и по должина на енергетските меридијани, може да се стимулираат акупунктурните точки со кој ќе се овозможи протокот на Чи-енергијата во организмот.

2.4.4. ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЈА КАЈ ЦЕРВИКОБРАХИЈАЛЕН РАДИКУЛИТ

Основна причина за ова заболување се нарушувањата и промените на дисковите меѓу пршлените во вратниот дел на `рбетниот столб. Заради својата топографија рамениот сплет е подложен на чести механички трауми (при дегенеративни процеси во цервикалната област, трауми и продолжително статично напрегање). Се појавуваат болка, парестезии, хиперстезии и слабост а нивната локализација е во зависност од нивото на повредата. Најчесто симптоматиката е поопширна поради зафаќањето на две или повеќе нервни коренчиња. Често во процесот се вклучуваат и вегетативни структури од цервиканата област при што се оформува симпатико-радикуларен синдром. Понекогаш синдромот се јавува во комбинација со симптоми на миелопатија, т.н. радикуло– миелопатија. Таа се карактеризира со парези и хипотрофии на проксималните мускулни групи на горните екстремитети:

- *за време на акутниот период* проследен со болка, се применуваат ултравиолетови еритеми, сегментарно по протегањето на болката (до 4 полиња), 3-4 биодози, последователно, две по две полиња, преку еден ден. Како аналгетско средство во комбинација со ултравиолетовото зрачење, можат да се применат синусоидално модулирани струи, (III и IV), во соодветната област. Метод на избор е и електрофорезата со новокаин или лидокаин, со напречно поставување на електродите (од двете страни на `рбетниот столб во соодветниот сегмент).

-по намалувањето на болката, во терапијата се вклучуваат сулфидни, кални апликации, сегментарна масажа на паравертебралната мускулатура и КТ вежби.

-при паретични симптоми се прави електрофореза со нивалин и калиум јодит, при што калиум јодидот се поставува врз соодветниот сегмент на лумбалниот столб, а нивалинот врз паретичната мускулатура.

Главната цел на физикалната терапија е ослободувањето на лумбално мозочните коренчиња од механичко дразнење. Се применува цервикална екстензија (ако е возможно уште во најраниот стадиум, со постепено зголемување на силата на тракција (2-4-6-8 кг.) и постепено продолжување на времетраењето (5-10-20 мин.). Се препорачува на екстензијата да и претходи мека топлинска процедура или масажа за релаксација.

-по завршување на акутниот стадиум, може да се користи ултразвук на паравертебралната вратна мускулатура, во мали дози (0,1-0,2 W/cm²), но само во отсуство на отпадна невролошка симптоматика. Добро е ултразвукот да се применува како фонофореза со нестероидно против воспалително средство. Ултразвукот не се користи кај коронарна склероза со стенокардија.

-во хроничниот стадиум индицирани се кални апликации, минерални бањи со сулфидни води, кинезитерапија за надминување на мускулниот дисбаланс како и постизометрична релаксација.

-при блокада на интервертебралните зглобови се применува мануелна терапија;

-кај цервикално условен синдром на вертебро-базиларно циркулаторно пореметување, внимателно се применува диадинамика во вратно-тилната област или интерферентна струја во истата локализација, како и ултразвук-паравертебрално во минимални дози.

2.4.5. ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЈА КАЈ СКАЛЕНУС СИНДРОМ

Се појавува најчесто како компликација на цервикална остеохондроза, а понекогаш во комбинација со хумероскапуларниот синдром.

- при болка се користи електрофореза со аналгетици или диадинамо фореза, паравертебрално во областа каде се чувствува болката. Се прилагаат и синусоидално модулирани струи (II и IV);

- после намалување на болката се прават масажи и КТ вежби, со елементи на ПИР (Пост изометрична релаксација), со цел да се отстрани мускулниот дисбаланс.

-во хроничниот стадиум се користат сулфидни бањи, лекување со кал со температура 38 – 40 степени.

2.4.6. КИНЕЗИТЕРАПИЈА ПРИ ЦЕРВИКАЛЕН РАДИКУЛИТ

Цервикалните радикулити по својата клиничка слика наликуваат на радикулитите во лумбалниот дел. При ова заболување вратот и главата заземаат принудна положба. Цервикалната лордоза е исправена, а главата е наведната кон здравата страна. Се појавува карактеристичниот синдром на болка со моторни зглобни и вегетативни нарушувања.

Клиничка слика: Заболувањето се манифестира со намалување на мускулната сила на надлактицата и подлактицата, рачниот зглоб и прстите, како последица на моторните нарушувања. Од големо значење е нивото на засегнатост како резултат на кое се јавуваат парези на определени мускули на раката. Карактеристичното крвоснабдување и многубројните вегетативни расклонувања на нивото на цервикалниот дел, даваат карактеристична вегетативна и васкуларна симптоматика. Како резултат на трофичките нарушувања, настанува хипотрофија на одделни мускулни групи.

Методика на кинезитерапија

Цел и задачи: кај цервикалните радикулити се исти како и кај лумбалните, само се сообразуваат со локализацијата. Целта на кинезитерапијата е подобрување на општата состојба на пациентот, корекција на неправилната положба на главата и

вратот со помош на корективни вежби, подобување на трофиката и заштита на мускулите од парези.

Методика: Од пасивните видови кинезитерапија се препорачува екстензија во суспензиона средина – вода, која што со својот релаксирачки ефект влијае на намалувањето на мускулниот тонус, со што се овозможува безболно манипулирање на цервикалниот дел од ѓрбетниот столб. Намалувањето и исчезнувањето на акутните болки е сигнал за вклучување на активните вежби во комплексот на лекување. Физичките вежби ја зајакнуваат паравертебралната мускулатура. За време на акутниот период се извршува мобилизација на цервикалниот дел и местото се шинира со специјални подлоги. Со тоа се овозможува сите манипулации (екстензии и др.) да се извршуваат без пациентот да е приморан да лежи. Тој може да ги извршува физиолошките потреби во нормални услови. Шинирањето му овозможува на пациентот да извршува многу дејности од секојдневието и да го одржува својот тонус. Оваа зголемена активност на пациентите овозможува да се спроведуваат процедури за корекција на ѓрбетниот столб и постепено да се подобрува неговата подвижност. Тоа се овозможува со редовно исполнување на корективни вежби, спазувајќи ги кинезитерапевтските правила и принципи. За спречување на евентуални рецидиви кои се склони радикулитите, треба да се внимава на следното: да се избегнуват нагли движења особено со главата, да се избегнуваат продолжителни принудни пози на главата, да се спие на ниска перница, задолжително да се одмара преку денот 60 минути со цилиндрична подлога под главата. На овој начин се засилува физиолошката лордоза на цервикалниот дел. Контраиндицирано е наглото вертикализирање. На пациентите им се препорачуваат секојдневни физички вежби во форма на комплекси. Продолжителноста на процедурите е од 35 до 55 минути. Во комплексите се вклучуваат вежби за релаксација на мускулите со зголемен тонус од лежечка положба, изотонични и изометрични вежби, аналитички гимнастички вежби, вежби со релаксирачки ефект за горните екстремитети и за вратот, со нежна ротација во сите насоки. Се препорачуваат и вежби за дишење, како и општо - тонизиращки вежби кои се исполнуваат од различни почетни положби. Кога вежбите се исполнуваат од положба лежење на грб, под главата задолжително се стават цилиндрични подлоги. Контраиндицирани се скокови и потскокнувања. Вежбите се исполнуваат бавно, нежно, без напрегање, со повторување 6-8 пати. Процедурите секогаш треба да завршуваат со лесни, успокојувачки и релаксирачки вежби.

2.4.7. КИНЕЗИТЕРАПИЈА ПРИ ЦЕРВИКАЛНИ ДИСКОГЕНИ РАДИКУЛИТИ

Цервикалниот дискоген вертебрален синдром се карактеризира со принудна положба на вратот и главата. Главата е наклонета кон здравата страна, цервикалната лордоза е израмнета, паравертебралната мускулатура е силно контрахирана. Основниот симптом е болката. Карактеристични се нарушувањата на моторната, сетилната и вегетативната функција. Моторните се изразуваат со намалена сила на над- и подлактицата, рачниот зглоб и прстите. Во зависност од нивото на повредата може да има парези на едни или други мускули на раката. Сетилната симптоматика се изразува со парестезии и хиперстезии. Како резултат на нарушувањата во трофиката, настапува хипотрофија на одделни мускулни групи.

Добар ефект дава подводната цервикална екстензија. Водата го нормализира патолошки зголемениот мускулен тонус и овозможува да се направи безболна тракција во цервикалниот дел.

По намалувањето на острите болки кинезитерапијата има за задача да ја закрепне паравертебралната мускулатура, корекција на аномалиите на `рбетниот столб и подобрување на неговата подвижност. Неопходно е придржувањето кон некои правила со оглед на профилаксата на рецидивите, кои се честа појава при цервикалните радикулити. Болните се советуваат да ги избегнуваат брзите движења со главата (особено екстензија и ротација); продолжителна принудна положба на главата; да спијат на ниска перница; да одмораат секој ден до 60 мин со цилиндрична перница под вратот за засилување на цервикалната лордоза; да не преминуваат брзо од хоризонтална во вертикална положба;

2.4.8.КИНЕЗИТЕРАПИСКИ ВЕЖБИ ЗА ПАЦИЕНТИ СО ЦЕРВИКАЛЕН СИНДРОМ

Вежба бр.1: Почетна положба лежечка на грб со рацете поставени покрај телото. Вежбата започнува со подигање на двете раце до главата завршува со враќање на рацете во почетната положба

Вежба бр.2: Почетна положба легната на грб. Едната рака е поставена покрај телото, а другата испружена во лакотот треба да се подигне кон главата и да се истегне. Оваа положба треба да се задржи 2-3 секунди. Истото треба да се повтори и со другата рака, наизменично подигајќи ја едната, па другата рака. Пациентот треба да почувствува затегнување на вратната мускулатура и мускулите на раменото подрачје.

Вежба бр.3: Почетна положба е лежење на грб. Пациентот треба да ги стави прстите зад тилот и да ги спои лактите, а потоа со лактите да врши притисок врз подлогата, и потоа да ги отпушти лактите. Пациентот треба да почувствува истегнување на вратната мускулатура.

Вежба бр.4: Почетна положба е лежење на грб, а рацете се покрај телото. Пациентот треба да ги стисне дланките и истовремено да ги повлече двете рамиња кон ушите. Пациентот треба да се задржи во таа положба 2-3 секунди, па да ги отпушти дланките и рамињата.

Вежба бр.5: Почетната положба е лежење на стомак. Главата е во средна положба, со челото потпрена на подлогата. Рацете се поставени покрај телото, дланките стиснати. Пациентот треба истовремено да ги подигнува главата и рацете од подлогата со стегање на мускулите на вратот и рамениот појас(слика 20б). Пациентот треба да се задржи во истата положба неколку секунди, а потоа да се отпушти.

Вежба бр.6: Почетната положба за изведување на вежбата е лежење на стомак. Главата е во средна положба, потпрена со челото на подлогата, а надлактиците и подлактиците меѓусебно се поставени под агол од 90 степени. Пациентот треба да ги стегне мускулите на вратот и рамениот појас и да ги подига рацете од подлогата. Во истата положба пациентот треба да остане неколку секунди, па да се врати во нормална положба.

2.5.ЛЕКУВАЊЕ СО ТРАДИЦИОНАЛНА КИНЕСКА МЕДИЦИНА

Традиционалната кинеска медицина постои повеќе од 5000 години. ТКМ го гледа човековото тело како органска целина кај која органите се физиолошки поврзани и влијаат едни на други. Овој холистички концепт вклучува два аспекта: човечкото тело како органска целина и единството меѓу човекот и природата.

Човечкото тело како органска целина. Земајќи ги петте Zang органи како јадро, сите делови од телото, вклучувајќи ги и шесте Fu органи, петте ткива, петте органи за сетило и четирите екстремитети, сите се помеѓу себе поврзани, преку меридијани и колатерали и ги комплетираат функционалните активности на телото преку Чи, крвта и телесните флуиди.

Единство меѓу човечкото тело и природата.

Сезонско и климатско влијание врз телото: Во пролет и лето е топло и жешко, затоа Јанг Чи енергијата се распространува. Кожата е отпуштена, порите се отворени и настанува потење. Телото ја отстранува топлината преку потење, за да ја регулира рамнотежата на Јин – Јан. Во есен и зима е студено и затоа Јан Чи енергијата е складирана, кожата на телото станува затегната, порите се затворени, се појавува помалку пот, но повеќе урина, за да го нормализира метаболизмот на течности во организмот, претставувајќи ја способноста на телото за физиолошко прилагодување.

Влијание на денот и ноќта врз човечкото тело: Јан Чи енергијата на човечкото тело циркулира надворешно дење и останува надвор за да ги поддржува функционалните активности на Zang–Fu органите. Наутро, Јан Чи енергијата се покренува; напладне, Јан Чи енергијата го достигнува максимумот, а навечер, има тенденција да биде зачувана внатре, со цел да им овозможи на луѓето да спијат.

Географско влијание врз човечкото тело: ТКМ држи до тоа дека географската разлика, вклучувајќи ја и климатската разлика во различни региони, животната средина и навиките влијаат врз физиолошките активности на телото до одреден степен.

Кога некој ќе се пресели на ново место, на почетокот, тој не ќе може да се навикне на новата клима и новата средина. Како и да е, телото е способно да

има соодветно прилагодување, затоа луѓето, по краток период се во можност да се навикнат на новите промени.

2.5.1. Лекување базирано врз диференцијација на синдромите

Ова е основен принцип на ТКМ да ги анализира и лекува болестите.

Синдром: Синдромот упатува на целокупниот преглед на патолошките промени во одредена фаза во текот на болеста, кој ја генерализира локацијата, причината, природата на болеста, и исто така ја покажува поврзаноста помеѓу анти-патогената Чи енергија и патогените фактори и ги рефлектира патолошките промени во одреден период, во текот на развојот на болестите. Затоа, терминот “синдром” повеќе подразбира сеопфатна проценка на болеста, отколку само опис на симптомите.

Диференцијација на синдромите: ја дефинира процедурата за идентификација на состојбата на пациентот. Преку синтезата на релевантните информации овозможени од четирите дијагностички методи, причината, природата, локацијата и поврзаноста помеѓу анти-патогената Чи енергија и патогените фактори, може да биде идентификувана главната причина за настанување на болеста.

Лекување засновано врз диференцијација на синдромите: Методот и начинот на лекување се крајната работа според резултатите на диференцијација на синдромите. Диференцијацијата на синдромот е основа, потребен предуслов кој го насочува лекувањето, додека лекувањето базирано врз диференцијација на синдромите е начин на лекување болести. Всушност, диференцијацијата на синдромот може да биде докажана од терапевтскиот ефект на лекувањето. Процедурата на диференцирање на синдромите и давањето третман базиран врз диференцијација на синдромот е всушност процесот на анализирање и лекување на болестите.

Во лекувањето на некоја болест, ТКМ не ја анализира само болеста, туку и синдромот. Најпрво, посебен акцент се става на “синдромот”, а потоа се поставува принципот на лекување.

2.5.2. Теорија за Јин – Јан

Јин и Јан се генерални термини употребени за резимирање на спротивните но меѓусебно зависни аспекти од предмети или природни појави. Јин и Јан може да претставуваат две спротивставени нешта, како што се: небото и земјата, денот и ноќта, водата и огинот, светлината и темнината итн. или два спротивставени аспекти на еден предмет, како на пр., Чи енергијата и крвта, Zang и Fu, јан меридијаните и јин меридијаните на телото.

Општо земено, нештата кои се динамични, надворешни, растечки, топли, жешки, светли можат да бидат класифицирани како Јан; нештата коишто се статични, внатрешни, опаѓачки, студени, свежи и темни можат да бидат класифицирани како Јин.

Јин	Јан
статичен	динамичен
внатрешен	надворешен
опаѓачки	растечки
студено	топло
темно	светло
суштински	не суштински
материјален	функционален
инхибиција	возбуда
стагнација	промоција
негување	затоплување

Слика 6. Атрибути класифицирани според Јин и Јан

Јин и Јан се спротивни, но и зависат еден од друг заради постоење. Ниту Јин, ниту Јан можат да постојат во изолација. Рамнотежата помеѓу Јин и Јан не е ниту фиксна ниту апсолутна.

Според начелата на Јин и Јан, во смисла на анатомска локација, горниот дел од телото е Јан, а долниот дел од телото е Јин; надворешноста е Јан, а внатрешноста Јин; латералните аспекти на екстремитетите се Јан, а медијалните аспекти се Јин; грбот е Јан, а абдоменот е Јин.

Zang–Fu органите се однесуваат на Јин, исто така и внатрешните органи, бидејќи тие ја складираат сржта и не излучуваат;

Fu органите се однесуваат на Јан, како и надворешните, бидејќи тие транспортираат и не складираат. И во Zang органите постојат Јин и Јан аспекти. Срцето и белите дробови се сместени во горниот дел од телото (тораксот) и се однесуваат на Јан, додека црниот дроб, слезината и бубрезите се сместени во долниот дел од телото (абдоменот) и се однесуваат на Јин. Понатаму, кај специфичните органи, исто така постојат Јин и Јан аспекти наречени, срцево Јин, срцево Јан итн. Нормалните витални активности на човечкото тело се засновани на координацијата на Јин и Јан во единство на спротивности. Функционалните активности се однесуваат на Јан, а хранливите материи се однесуваат на Јин. Физиолошките активности на телото се потпираат на поткрепата од страна на хранливите материи. Без материите, телото е оневозможено да ги извршува неговите функционални активности; додека резултатот од физиолошките функционални активности може константно да го поткрепува метаболизмот на материите.

Кога Јин и Јан се одвоени, животот го достигнува својот крај.

Објаснување на патолошките промени во човечкото тело. Треба да постои релативна координација помеѓу Јин и Јан во смисла на телесната структура, внатрешното и надворешното, горниот и долниот дел; Јин и Јан се интер–зависни, но и интер–контролирани. Затоа, секое нарушување на Јин и Јан ќе предизвика или недоволност или прекумерност на Јин и Јан, кое резултира со појава на болест.

Прекумерност на Јин–Јан Прекумерност на Јин или прекумерност на Јан значи патолошка состојба во која Јин или Јан е повеќе од нормалното ниво на баланс. Прекумерноста на Јан резултира со Јин болест. Општо земено, синдромите на прекумерност од Јан обично се предизвикани од Јан патогени фактори, и кога Јан се зголемува, Јин опаѓа.

Недостиг на Јин–Јан. Недостигот на Јин или Јан значи патолошка состојба во која Јин или Јан е помалку од нормалното ниво. Недостиг на Јан води кон настинка, индицира слабеење и уништување на Јан Чи енергијата во телото. Кога Јан е недоволен, не е во можност да го спречи Јин и резултира во симптоми и знаци на настинка, предизвикани од прекумерност на Јин.

Недостигот од Јин води кон воспаление, укажувајќи на недостиг од Јин флуиди во телото. Кога Јин е недоволен, тој не успева да го контролира Јан, резултирајќи со знаци и симптоми на воспаление, предизвикано од вишок на Јан. Повреденото Јан влијае врз Јин.

2.5.3. Теорија на петте елементи

Дрво, оган, земја, метал и вода се пет основни елементи врз кои се засновани движењата и промените на сите нешта во природата и исто така можат да бидат класифицирани во пет категории.

Карактеристики на петте елементи: фундаменталните закони за анализа на класификацијата на нештата и феномените, како и нивните интер – релации според петте елементи.

Карактеристиките на петте елементи можат да бидат сумирани како: “вода – навлажнување, оган–разгорување, дрво–растење право, метал – трансформирање, земја – сеидба и растење на растенија”.

Карактеристики на водата. “Водата навлажнува и тече надолу”. Сè што е студено или ладно во природата, сè што навлажнува или тече надолу, кореспондира на водата.

Карактеристики на оганот. “Оганот разгорува”. Во природата е топло и жешко. Сè што е топло и жешко и се издигнува, кореспондира на оганот.

Карактеристики на дрвото. “Дрвото расте право”. Сè што има процес на растење, слободно се проширува.

Карактеристики на металот. “Металот предизвикува трансформација и промени”. Карактеристика на металот е аstringентното дејство (ефект на стегање).

Карактеристики на земјата. “Земјата ги раѓа сите нешта.” Таа го претставува растењето и производството и затоа, “земјата е мајка на сите нешта”.

Релација помеѓу петте елементи.

Дрвото ја контролира земјата; земјата ја контролира водата; водата го контролира огнот; огнот го контролира металот; металот го контролира дрвото. Поддржувачката релација помеѓу петте елементи е нормална појава во природата и нормална физиолошка појава во човечкото тело. Затоа, “поддршката е заснована врз рестрикцијата”. Секој од петте елементи

поддржува или е поддржан; Овие релации се наречени “мајка” и “дете”. Оној што поддржува е “мајката”, а оној што е поддржуван е “детето”.

На пример: дрвото го поддржува огнот, а огнот ја поддржува земјата, па затоа, дрвото е “мајка” на огнот, а земјата е “дете” на огнот. Во оваа смисла, дрвото и огнот ја имаат “мајка – дете” релацијата, исто така и огнот и земјата ја имаат истата врска.

Петте Zang органи, петте бои, петте тонови и петте вкусови на човечкото тело, сите се класифицирани според петте елементи. Во клиничката дијагноза на болеста, се земаат во предвид законите за поддржување, контролирање, вишок, недостиг, како и информациите добиени од преглед, испитување и палпација.

Основен концепт на Zang Xiang теоријата

Zang: Интерните органи сместени во внатрешноста.

Ксианг: Физио-патолошките појави, манифестирани во надворешноста.

Zang Ксианг теоријата: Ја проучува физиолошката функција, патолошките промени и меѓусебните релации на внатрешните органи во човечкото тело, преку набљудување на човекот.

Основни физиолошки карактеристики на Zang Xiang

Петте Zang органи складираат есенција, па оттаму полни се со есенција без хранливи материи; шесте Fu органи, ја пренесуваат и трансформираат храната и водата, па оттаму, полни се со хранливи материи, а без есенција”. Во однос на физиолошките карактеристики, петте Zang органи, шесте Fu органи и посебните органи се класифицирани на следниов начин:

Основни физиолошки карактеристики на петте Zang органи: да произведуваат и да го зачувуваат есенцијалното Чи.

Основни физиолошки карактеристики на шесте Fu органи: да ја примат, да ја пренесат и дигестираат водата и храната.

Едно Јин и едно Јан се поврзани екстерно и интерно. Zang и Fu органите прават холистичка целина. На пример, срцето е поврзано екстерно и интерно со тенкото црево, белите дробови со дебелото црево, слезината со желудникот, црниот дроб со жолчното кесе, бубрезите со мочниот меур и перикардиумот со San Jiao. Екстерно – интерната поврзаност на Zang – Fu органите е главно во однос на меридијаните. Во физиологијата, еден Zang орган е тесно поврзан со еден Fu орган.

Петте Zang органи се поврзани со ткивата и „вратите“ (телесни отвори кои ги манифестираат состојбите на Zang органите во телото. Во однос на Zang Xiang теоријата, срцето надворешно се манифестира на лицето, доминира над крвта и крвните садови и се отвора во јазикот; слезината надворешно се манифестира на косата, доминира над кожата и се отвора во носот, исто така слезината надворешно се манифестира на усните, доминира над мускулите и се отвора во усната шуплина; црниот дроб надворешно се манифестира на ноктите, доминира над тетивите и се отвора во очите; бубрезите надворешно се манифестираат на косата, доминираат над коските, се отвораат во ушите и се однесуваат на уринарањето и дефекацијата.

Физиолошката активност на петте Zang органи е тесно поврзана со духот и емоциите. Духовните чувства и свеста се поврзани со физиолошката активност на петте Zang органи. Дисфункцијата на петте Zang органи мора да влијае врз духовните чувства и свеста и обратно.

Балансирање на рамнотежата меѓу физиолошките функции на петте Zang органи е значајна за одржување на константа на внатрешна средина.

Zang органи	Fu органи
Срце	Тенко црево
Бели дробови	Дебело црево
Слезина	Желудник
Црн дроб	Жолчка (жолчен меур)
Бубрези	Мочен меур
	San Jiao орган

Слика 7. Разлика помеѓу Zang – Fu и висцералните органи

2.5.4. Чи Енергија

Чи, крвта и телесните флуиди се фундаментални супстанции на човечкото тело. Тие се материјална основа за физиолошките функции на Zang–Fu органите, ткивата и меридијаните.

Чи всушност претставува најосновна супстанција за одржување на виталните активности на човечкото тело.

Човечката енергија Чи произлегува од вродената есенција наследена од родителите, нутриентите од храната (есенцијата од водата и храната) и од чистото Чи од свежиот и природен воздух. Тоа е формирано преку основните физиолошки функции на органите како што се белите дробови, слезината и бубрезите.

Чи е доволно само кога физиолошките функции на бубрезите, слезината, желудникот и белите дробови се во рамнотежа; доколку физиолошките функции на желудникот и белите дробови и другите органи ја изгубат рамнотежата, ќе влијаат врз формирањето на Чи. Функциите на транспортирање и трансформирање на желудникот и слезината се од исклучителна важност во процесот на формирањето на Чи. Нутриентите од храната и водата се основните супстанции на човечкото тело за одржување на виталните активности. Преку дигестијата и апсорпцијата на слезината и желудникот, храната и водата можат да бидат трансформирани во нутритивен дел за негување на телото; со негувањето на нутритивниот дел од храната и водата, вродената есенција може да ги одржува нормалните физиолошки функции.

Физиолошки функции на Чи

Чи е фундаментална супстанција за одржување на виталните активности на човечкото тело и неговите главни физиолошки функции се:

Функција на поддржување. Чи е многу активна есенцијална супстанција и може да го стимулира и поддржува растот и развојот на човечкото тело и физиолошките функции на сите Zang – Fu органи, меридијани и ткива; Чи го поддржува формирањето и циркулацијата на крвта и дистрибуцијата и излучувањето на телесните флуиди; недоволноста на Чи може да доведе кон патолошки промени, како што се заостанат развој на човечкото тело, прерано стареење, недостиг на крв, слаба циркулација на крвта или задржување на течности.

Функција на затоплување. Чи претставува извор на топлина во човечкото тело. Нормалната температура на телото се одржува од страна на Чи; Дисфункцијата на Чи при затоплување на телото предизвикува ниска телесна температура и студени екстремитети.

Функција на заштита. Чи ја штити површината на телото и ја брани од нападот на екстерните патогени фактори. “Патогените фактори го напаѓаат телото само

кога Чи е недоволно”. Доколку одбранбената функција на Чи е слаба, отпорноста на телото е намалена и телото многу лесно се разболува.

Функција на проверка. Чи ја контролира крвта, потењето, урината, носниот исцедок, плунката и желудочната течност, интестиналните течности и спермата. Доколку функцијата Чи е слаба, голема количина од телесните флуиди ќе се изгуби и ќе се појават симптоми на крвавење, инконтиненција и семена емисија. *Чи го контролира метаболизмот.* Храната и водата се трансформираат во нутриенти, а потоа во Чи, крв и телесни флуиди; телесните флуиди се трансформираат во пот и урина; по дигестијата и апсорпцијата, храната и водата понатаму се трансформираат во отпаден материјал за понатамошна обработка (во измет за исфрлање). Абнормалната функција на проверка на Чи влијае врз целиот метаболизам на материји и енергија.

Основни движења на Чи. Растење и опаѓање, влегување и излегување се четирите видови на движење на Чи. Чи се движи константно, тече низ целото тело. На пример, кај респираторната функција на белите дробови, издишувањето е излегување на Чи, вдишувањето е влегување на Чи, ширењето на градниот кош претставува растење на Чи, а стеснувањето на градниот кош е опаѓањето на Чи бели дробови.

Чи стагнација – Чи е блокирано во локално место

Обратен тек на Чи – повеќе растење, помалку опаѓање на Чи

Тонење на Чи – повеќе опаѓање, помалку растење на Чи

Колапс на Чи – Чи го напушта телото, не може да биде задржан внатре

Затворено Чи – Чи е затворено внатре, не може да излезе

Дисхармонија на Чи во Zang – Fu органите: Како што Чи бели дробови не успева во ширење и опаѓање; Чи слезина тоне надолу; Чи желудник се бунтува и оди нагоре, бубрезите не успеваат во примање на Чи; Чи црн дроб е во стагнација.

2.5.5. Крв

Крвта е црвена течност која циркулира во крвните садови и е полна со нутриенти. *Крвните садови* се канали за циркулација на крвта, и ги нарекуваат “Куќа на крвта”. Крвта е формирана од страна на Јинг Чи (Нутритивното Чи) и телесните флуиди. Јинг Чи (Нутритивното Чи) и телесните флуиди настануваат од есенцијата од храната и водата, произведена од страна на слезината и

желудникот. Според тоа, слезината и желудникот се познати и како “Извори на Чи и крвта”.

ФУНКЦИИ НА КРВТА

Да го негува и да го навлажнува целото тело: Крвта циркулира во крвните садови низ целото тело и обезбедува нега за сите Zang – Fu органи и ткива. Телесните флуиди во состав на крвта имаат функција за навлажнување.

Фундаментална база за психичките активности: Кога има доволно крв, нормална циркулација на крвта и хармонизирани Zang – Fu функции, енергијата е силна, умот е јасен, чувствата се изострени. Доколку крвта е во недостиг, ќе се појават психички симптоми - лошо расположение, плашливост, несоница, нарушен сон, лоши соншта, слаба меморија итн.; ако топлото влезе во крвта и им пречи на срцето и умот, може да се резултира со психички растројства како раздразливост или дури и кома. Срцето доминира врз крвта и крвните садови; белите дробови владеат над Чи и му асистираат на срцето да ја придвижи крвта и црниот дроб да го одржи слободниот тек на Чи.

Доколку Чи не ја придвижува крвта, циркулацијата на крвта ќе биде забавена и стагнирана.

2.5.6.Поставување на Дијагноза

Постојат два вида на дијагностицирање а тоа се: базична дијагноза и дијагноза на меридијаните.

Базичната дијагноза опфаќа:

- *Опипување на пулсот.* опипување на A. Radialis на раката каде што може да се почувствува пулсирањето на пулсот. Во ТКМ постојат 28 различни тонови на пулсот кои што овозможуваат точна дијагностика на проблемот. Со дијагностиката на пулсот се дознава моменталната состојба на органите во човечкиот организам, состојбата на Јин и Јанг и др.
- *Мирис и тест.* Преку оваа дијагноза се овозможува да се дознае дали пациентот има проблем со дигестивен систем, слезина, дали консумира ладна храна и пијалоци и др. Некои пациенти имаат специфичен мирис на устата, кожата, косата итн.
- *Набљудување на состојбата на јазикот, очите, косата, кожата.*
- *Поставување на конкретни прашања до пациентот:* дали преферира ладно или топло, каква храна консумира, менструален циклус, главоболки,

возраст на пациентот, генетски предиспозиции, колку долго чувствува тегоби и др.

Дијагноза на Меридијаните. Се изведува со допир на одредени акупунктурни точки на телото за детална и конкретна дијагноза на пациентот. На пример, при допир на точката Zusanli од стомак – меридијанот, доколку пациентот почувствува болка, тоа укажува дека пациентот има проблем со дигестивниот систем, т.е. желудникот.

2.5.7. Меридијани и колатерали

Во ТКМ, теоријата за меридијаните ги вклучува физиологијата и патологијата на меридијанскиот систем и нивната поврзаност со Zang – Fu органите. Меридијаните се патеки (каналы) по кои циркулираат Чи и крвта во човечкото тело. Тие се однесуваат на Zang – Fu органите и се протегаат низ целото тело екстериорно, поврзувајќи ги ткивата во целосна органска материја.

Меридијани: Тие се дел од главните магистрали, работат лонгитудинално (должински). Тие имаат свој фиксен курс.

Колатерали: Тие ги претставуваат гранките на меридијаните и работат попречно.

Меридијаните и колатералите се тесно поврзани еден со друг, формирајќи ги органите и ткивата како целосна органска материја.

Дванаесет главни меридијани: ги вклучуваат трите Јин меридијани на раката, трите Јин меридијани на стапалото, трите Јан меридијани на раката и трите Јан меридијани на стапалото. Тие се дистрибуирани симетрично на левата и десната страна од телото. Директно се однесуваат на Zang – Fu органите, тие имаат фиксен курс и цикличен тек на Чи во прецизни временски интервали.

Осумте дополнителни меридијани ги контролираат, спојуваат и регулираат дванаесетте главни меридијани.

Функција на меридијаните и колатералите

- Циркулирање на Чи и крвта
- Заштита на телото од патогени
- Пренос на сензитивноста при боцкање и регулирање на состојбите на вишок и недостиг

2.6. ЛЕКУВАЊЕ НА ЦЕРВИКАЛЕН СИНДРОМ СО МЕТОДИ НА ТКМ

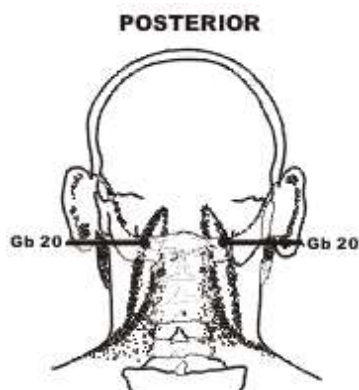
2.6.1 Акупунктурата како метод за лекување на Цервикален синдром

Акупунктурата како главен дел од традиционалната кинеска медицина е најдолгиот употребуван систем на лекување во целиот свет, користен од милиони луѓе секојдневно. Третманот е насочен кон третирање на причините за болеста, земајќи го во предвид психофизичкото здравје на индивидуата, како и начинот на исхрана, животните услови и стил.

Акупунктурата е третман при којшто во кожата се вметнуваат многу тенки, специјални, стерилни игли со цел да се постигне рамнотежа на енергијата во меридијаните.

Според традиционалната кинеска медицина, човековото здравје зависи од состојбата на енергијата наречена Чи која се движи низ телото и е одговорна за сите, како физички така и психички, емотивна, духовни и ментални состојби. Недоволниот, не балансираниот или прекинат проток на Чи може да доведе болест. Протокот може да биде нарушен од голем број на емоционални, ментални и физички фактори (траума, неправилна исхрана, инфекции или климатски промени). Чи се движи низ телото по меридиани или канали. Иглите се вметнуваат во специфични точки на каналите со цел да се нормализира протокот на Чи и да му се помогне на телото да се балансира.

За цервикални заболувања задолжително се третира точката Fengchi (GB 20) од меридијанот на жолчен меур – Shaoyang.



Индикации: Главоболка, вертиго, несоница, болка и вкочанетост во вратот, заматен вид, глауком, болка и црвени очи, тинитус, конвулзија, епилепсија, инфантилна конвулзија, фебрилни заболувања, настинка.

Акупунктурните игли се вметнуваат под агол од 15°, 45°, 90° во зависност од акупунктурната точка. Исто така, кај одредени болести акупунктурна точка може да се стимулира со вртење на иглата или пак со вертикално движење (вадење и внесување) на иглата.

2.6.2.Терапија со вжарени (огнени) игли

Оваа техника претставува загревање на специјална акупунктурна игла со поголем дијаметар, изработена од специфичен метал кој не се крши и се усвитува на температура од околу 990°C. Потоа усвитената игла се аплицира во точката во времетраење од 1 секунда. Оваа техника се користи при болести кои имаат инфламаторен карактер, воспаление на коленото, рамото и др.

2.6.3.Терапија со вендузи (капинг терапија)

Капинг терапија е древна кинеска метода за локално вшмукување на кожата со специјални стаклени чаши. Вшмукувањето се постигнува со користење на оган, со што се овозможува кожата и површинските мускули да се вовлечат во чашата. Со тоа се отвораат порите на кожата, се стимулира протокот на крв и лимфа, се извлекуваат токсините од телото. Капинг терапија може да се прави на одредени акупунктурни точки во кои што претходно е аплицирана игла. Стаклените чаши се оставаат на кожата 5-10 минути. Исто така, вендузата може да се движи по површината на телото, со што се постигнува деконгестија на поткожните ткива. Пациентот чувствува благо стегање на кожата, а по вадењето се познаваат црвени кругови кој се безболни. Капинг терапијата се препорачува за третман на болка, респираторни заболувања (bronхитис, астма), циркулаторни нарушувања (анемија, хемофилија), ревматски заболувања, гастро-интестинални нарушувања, гинеколошки нарушувања, кожни проблеми, несоница, физичка повреда и подобрување на општата физичка и психолошка состојба.

2.6.4.Терапија со Гуа Ша

Претставува техника која се користи во ТКМ. Се изведува со посебна алатка со која се врши стружење на кожата во точно определени правци. Со тоа се постигнува силна хиперемија и стимулација на кожата, при што на местото на стружење се појавуваат црвени линии кои се викаат SHA. Појавувањето на SHA линиите овозможуваат отстранување на крвната стагнација и нормализирање на метаболните процеси. Пациентот чувствува брзо ослободување од болка, вкочанетост, треска, кашлица, мачнина, итн. GUA SHA може да се користи за превенција и третман на акутни или хронични заболувања. Особен ефект се постигнува при лекување на мускулно - скелетни болки. Се смета дека брзиот лечебен ефект се должи на отстранувањето на метаболитниот отпад од ткива и мускулите.



Слика 9. *Gua Sha* на вратниот дел

2.6.5. Терапија со мокса (moxibustion)

Во традиционалната кинеска медицина, моха се користи за протерување на студот и затоплување на меридијаните, зајакнување на крвта и стимулирање на протокот на Чи. Моксибустија е фитотерапија при која се употребува растението од родот *Artemisia* (*A. argyi*, *A. vulgaris* и др.). Се собираат млади листови кои подоцна се сушат и мелат и од нив се изработуваат моха-стапчиња, моха-конуси и др. При терапија моксите се палат и се приближуваат до кожата на пациентот над соодветната акупунктурна точка. Пациентот чувствува пријатна топлина во текот на терапијата, а на самото место на кожата може да се појави минимално црвенило, се подобрува циркулацијата на крвта и протокот на Чи енергијата. Моксибустијата може да биде: директна или индиректна.

Директна моксибустија претставува директно поставување на моха-конусите на кожата, при што конусот се пали и гори 2/4 од него, а потоа истиот се заменува со друг се додека кожата не се зацрвени.

Индиректна моксибустија: помеѓу моксите и кожата се поставува медиум кој претставува изолатор на кожата. Како медиум најчесто се користи: ѓумбир, лук и сол.

а) *Моксибустија со ѓумбир*: парче ѓумбир со дијаметар од 0.5 см се поставува на кожата, врз него се поставува моксата и истата се пали. Овој третман се препорачува при болести со гастроинтестинален тракт, слабо варење на храната (мрзливи црева), болки во стомак и слезина, болки во зглобови, при недостаток на Јан во телото.

б) *Моксибустија со лук*: парче лук од 0.5см се поставува на кожата, врз него се поставува моксата и истата се пали. Лукот има големо антисептичко дејство и заедно со мокса препаратите се користи против патогени болести, ги зајакнува стомакот и слезината, го намалува отокот и мастите во телото, а се користи и при проблеми со бели дробови.

в) *Моксибустија со сол*: се користи за точката CV8 Shenque, при што во папокот се става сол, врз неа се става мокса препарат и се пали. Со оваа техника се третираат проблеми со дигестивниот систем, повраќање, дијареа. Исто така овој метод се применува со цел да се спаси Јан од колапс.

Освен овие техники се користи и **мокса стик** и **моксибустија со акупунктура**.

Мокса стик претставува третирање со мокса стик кој се пали и се приближува до телото на 1-2см, но не се допира до кожата. Кога пациентот ќе почувствува

посилна топлина или се јави црвенило на кожата (после 3-5 минути), стикот се поместува подалеку од телото.

Моксибустуја со акупунктура претставува техника кога на акупунктурна игла која е вметната во кожата се поставува 1,5см од мокса-стикот кој гори. Мокибустујата е широко распространета во светот и се користи при слабеење, акни, лузни, проблеми со менструација и јајници кај женска популација, проблеми со бубрези, кардиоваскуларни болести, проблеми со респираторен систем, гастритис, цироза, превенција од рак, миопија, катаракта, глауком, хроничен бронхитис, бронхијална астма, гастритис, хипертиреозидизам, дијабетес мелитус, ишијас, дискус херниа, ревматски артритис, егзема, херпес зостер, псоријаза, ладни раце и нозе и многу други болести.

2.6.6. Подобрување на здравствената состојба со кинеска херба

Кинеската херба исто така датира повеќе од 5.000 години за превенција, и третирање на болести. Се користат повеќе од 550.000 растенија и повеќе од 5.000 животни. Од растенијата се користат лист, цвет, плод, корен, екстракт од одреден дел на растението (ѓумбур, жен шен, гинго билоба) а додека од животните се користи цело тело или дел од телото.

3.ЦЕЛ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Целта на овој специјалистички труд е да се процени ефектот на акупресурата кај пациентите со болка во вратот.

Задачи:

- Да се прикажат статистички податоци за застапеност на пациенти со цервикални заболувања во ЈЗУ „Општа Болница“ – Велес.
- Да се прикаже програмата за Физикална терапија за лекување на пациентите од контролната група
- Да се прикаже програмата со КТ вежби и постизометрична релаксација, со цел да се отстрани мускулниот дисбаланс.
- Да се прикаже шемата со акупунктурни точки за акупресура која се применува кај пациентите од експериментална група.

4.МЕТОДИ НА ИСТРАЖУВАЧКА РАБОТА

4.1. Материјал и методи: Истражувањето е спроведено во ЈЗУ Општа болница - Велес, во одделот за Физикална терапија и рехабилитација во периодот 2015/2016 година.

Од вкупниот број од 449 пациенти кај кои е спроведена физикална терапија, 169 пациенти се со болка во вратот.

Во истражувањето се вклучени 47 пациенти (28 жени и 19 мажи) кои што се поделени во контролна и експериментална група.

Контролната група е составена од 24 пациенти (16 жени + 8 мажи), а експериментална група вклучува 23 пациенти (12 жени + 11 мажи).

Лекувањето се состои од 10 процедури.

На почетокот и крајот од лекувањето кај сите пациенти е направена проценка на: интензитетот на болката (самооценка на болката со визуелно-аналогна скала – ВАС), мускулната сила (ММТ на вратни флексори и екстензори), тонусот на статичните мускули (палпаторно испитување на: m.trapezius - pars descendens, m.levator scapulae, m.sternocleidomastoideus m. pectoralis major), активен обем на движење (флексија, екстензија, латерофлексија, ротација).

Во текот на испитувањето кај сите испитаници е дијагностицирано присуство на болка, ограничување на движењето, мускулна слабост, тешкотии во спиењето, мускулен дисбаланс, вкочанетост во цервикалниот дел и рамениот појас и главоболка.

4.2. Методи на испитување и функционално тестирање:

Интензитетот на болката го одредуваме со помош на само оцена на болката со визуелно-аналогна скала (ВАС) со оцени од нула до десет. Оцена нула е ако нема присуство на болка а оцена десет е за максимална болка.

Мускулно мануелно тестирање (ММТ) за оцена на мускулната слабост:

- Тест за вратните флексори. Испитаникот ја приближува брадата до градниот кош.

- Тест за вратните екстензори. Се извршува екстензија во вратниот дел со наклон на главата назад.

Палпаторно испитување на тонусот на статичните мускули. Го утврдуваме тонусот на следниве мускули: m.trapezius-pars descendens, m. levator scapulae, m. sternocleidomastoideus m. pectoralis major. Резултатите ги анализираме според цифрова скала по следниот редослед :

- нормален тонус (нема скратување) - 0
- лесно зголемен тонус (слабо скратување) – 1
- умерено зголемен тонус - 2
- силно изразено скратување (мускулот е тврд) - 3

Мерење на активниот обем на движењето :

- флексија и екстензија. Го мериме растојанието помеѓу крајот на брадата и горниот крај на гроч. xiphoideus
- латерофлексија во лево и десно. Го мериме растојанието од долниот раб на увото до гроч. acromialis, при што следиме да нема присуство на елевација на лопатката
- ротација на лева и десна страна. Го мериме растојанието од долниот раб на брадата до гроч. Acromialis

Програмата за лекување кај пациентите од контролната група вклучува: електрофореза со аналгетици или диадинамо фореа, паравертебрално во зоната на болката. Се прилагаат и синусоидално модулирани струи (II и IV). Исто така се применуваат КТ вежби и постизометрична релаксација, со цел да се отстрани мускулниот дисбаланс. Доколку постои блокада на интервертебралните зглобови се прави мануелна терапија. При вертебро-базиларно циркулаторно нарушување, се применува диадинамика или интерферентна струја во вратно-тилната област и ултразвук (паравертебрално во минимални дози).

Кај пациентите од експериментална група, во програмата за лекување е додадена акупресура на следните акупунктурни точки:

GB₂₀: Локација: веднаш под основата на черепот, во вдлабнатината помеѓу двата големи мускули на вратот.

B₁₀: Локација: на средината помеѓу базата на черепот и основата на вратот, на работ на трапезоидниот мускул.

GB₂₁: Локација: на врвот на трапезоидниот мускул во линија над брадавицата.

Li₄: Локација: помеѓу палецот и показалецот, како што е прикажано на сликата. Акупресурата во оваа точка е забранета кај бремени жени!

GV₁₆: Локација: во задниот дел од главата, во голема вдлабнатина на средината на основата на черепот.

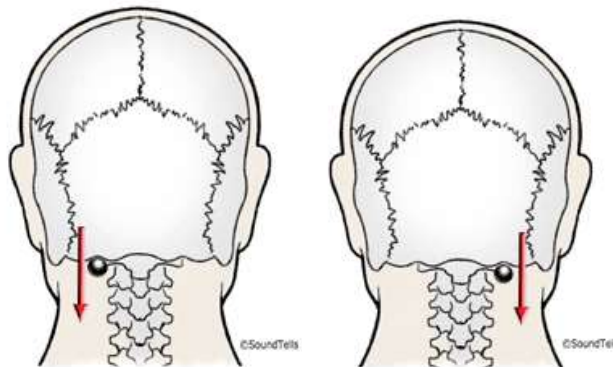
Во точките **GB₂₀**, **B₁₀**, **GB₂₁** и **Li₄**, се прави акупресура од двете страни, т.е. во двете симетрични точки. Се започнува од помалку болната страна. Точката **GV₁₆** не е симетрична точка. За време на акупресурата се применува длабок притисок во акупунктурните точки во времетраење од 1 до 2 минути. На почетокот се чувствува силна болка која набргу се повлекува.

4.3. Шема со точки за акупресура на пациенти со болки во вратот

Болката во вратот најчесто се должи на мускулна тензија. Акупресурата честопати е многу успешен метод за ослободување на болката во вратот. Пациентот седи или е легнат во удобна положба, со затворени очи и му се препорачува да дише длабоко за време на акупресура на биоактивните акупресурни точки.

ЧЕКОР 1: Акупресура на точката GB20

(Се почнува од помалку болната страна)



Локација: веднаш под основата на черепот, во вдлабнатината помеѓу двата големи мускули на вратот.

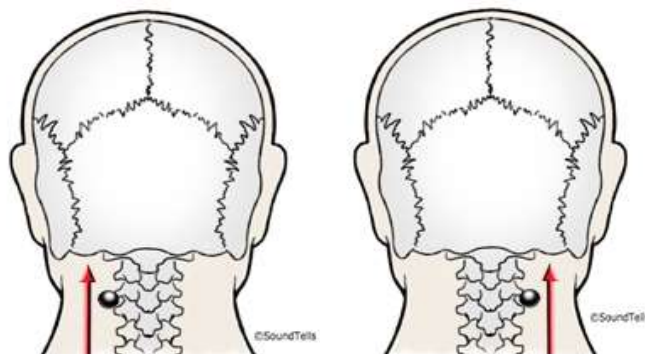
Насока: се применува силен и длабок притисок во надолна насока.

Времетраење: 1 минута.

Постапката се повторува и од другата страна.

ЧЕКОР 2: Акупресура на точката B10

(Се почнува од помалку болната страна)



Локација: на средината помеѓу базата на черепот и основата на вратот, на работ на трапезоидниот мускул.

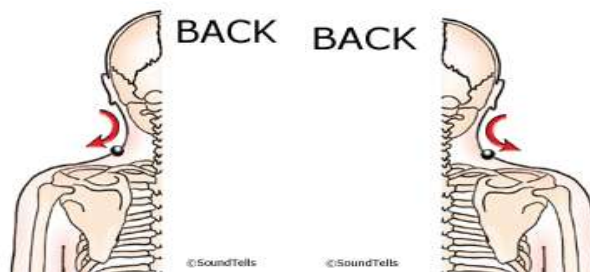
Насока: се применува цврст длабок притисок во нагорна насока. Се појавува првично чувство на болка која набргу се повлекува.

Времетраење: 1 минута.

Постапката се повторува и од другата страна.

ЧЕКОР 3: Акупресура на точката GB21

(Се почнува од помалку болната страна)



Локација: на врвот на трапезоидниот мускул во линија над брадавицата.

Насока: се применува силен и длабок притисок во надолна насока. Се појавува првично чувство на болка која набргу се повлекува.

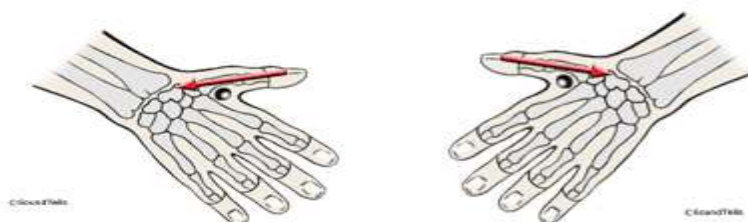
Времетраење: 1 минута.

Постапката се повторува и од другата страна.

ЧЕКОР 4: Акупресура на точката Li4

(Се почнува од помалку болната страна)

- Оваа точка е забранета за бремени жени –





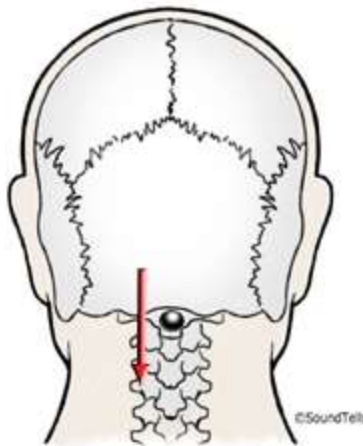
Локација: помеѓу палецот и показалецот, како што е прикажано на сликата.

Насока: се применува цврст длабок притисок во нагорна насока. Се појавува првично чувство на болка која набргу се повлекува.

Времетраење: 2 минути.

Постапката се повторува и од другата страна.

ЧЕКОР 5: Акупресура на точката GV16



Локација: во задниот дел од главата, во голема вдлабнатина на средината на основата на черепот.

Насока: се применува цврст длабок притисок во надолна насока. Се појавува првично чувство на болка која набргу се повлекува.

Времетраење: 2 минути.

5.РЕЗУЛТАТИ

Табела 1. Статистички податоци за застапеност на пациенти со цервикален синдром кои се јавиле на лекување во одделот за Физикална терапија и рехабилитација при ЈЗУ „Општа болница“ - Велес, во периодот од 01.01.2015 до 07.01.2016

Вкупен број на пациенти	449
Пациенти со цервикален синдром	169
Пациенти со останати заболувања	286

Од Табела 1. може да се забележи дека во одделот за Физикална терапија и рехабилитација при ЈЗУ „Општа болница“ - Велес, за период од 6 месеци, од вкупно 449 пациенти, 169 пациенти имаат болки во вратот, а 286 се со останати заболувања.

Табела 2. Класификација на пациентите со болки во вратот според полот

Пол	Број на пациенти
Женски пол	74
Машки пол	95

Од Табела 2. може да се забележи дека во одделот за Физикална терапија и рехабилитација во период од 6 месеци од вкупно примените пациенти, 74 пациенти биле од женски пол, додека 95 пациенти се од машки пол. Може да се заклучи дека болките во вратот се застапени скоро подеднакво и кај двата пола.

Табела 3. Класификација на пациентите со болки во вратот според возраста

Возраст	Број на пациенти
0-30	40
31-40	42
41-50	35
51-60	33
61-70	19

Од Табела 3. Се забележува дека од вкупниот број на пациенти со болки во вратот, најголем број од пациентите се на возраст од 31-40 години а најмал број се на возраст од 61-70 година.

6. ДИСКУСИЈА

Од Табела 1. може да се забележи дека во одделот за Физикална терапија и рехабилитација при ЈЗУ „Општа болница“ - Велес, за период од 6 месеци, од вкупно 449 пациенти, 169 пациенти имаат болки во вратот, а 286 се со останати заболувања.

Од Табела 2. може да се забележи дека во одделот за Физикална терапија и рехабилитација во период од 6 месеци од вкупно примените пациенти, 74 пациенти биле од женски пол, додека 95 пациенти се од машки пол. Може да се заклучи дека болките во вратот се застапени скоро подеднакво и кај двата пола.

Од Табела 3. се забележува дека од вкупниот број на пациенти со болки во вратот, најголем број од пациентите се на возраст од 31-40 години а најмал број се на возраст од 61-70 година.

Пред почетокот, на средината и на крајот од лекувањето кај сите пациенти е направено: самооценка на интензитетот на болката со визуелно-аналогна скала ВАС (0-10), ММТ на вратни флексори и екстензори, испитување на тонусот на статичните мускули: m.trapezius - pars descendens, m.levator scapulae, m.sternocleidomastoideus m. pectoralis major), испитување на активен обем на движење во цервикален дел (флексија, екстензија, латерофлексија, ротација).

Анализата на добиените резултати од спроведените тестови ни покажува позитивни ефекти кај сите параметри и кај двете групи.

Кај експерименталната група се следи тенденција за побрзо намалување на болката, мускулниот спазам, подобрување на функционалната состојба на мускулатурата и зголемување на подвижноста на вратот.

Од сето ова може да се заклучи дека: Со вклучување на акупресурата во програмата за лекување кај пациенти со болка во вратот се постигнува многу подобар и побрз аналгетски ефект и обновување на нарушените функции на цервикалниот дел од `рбетниот столб.

7.ЗАКЛУЧОК

Статистичките податоци покажуваат дека кај се поголем број од населението особено кај помладата популација се јавуваат болки во вратот, проследени со вртоглавица, главоболка, вкочанет врат или болка во рамињата. Овие симптоми се проследени со мускулен спазам, нарушена циркулација, промени на лигаментите и нервите во цервикалниот `рбет. Лекувањето може да биде медикаментозно, со физикална терапија, масажа, кинезитерапија или со алтернативни начини на лекување.

Научната медицина располага со модерна опрема за дијагностика, која за многу кратко време може ни дава информација за здравствената состојбата на човекот. Кај традиционалната кинеска медицина, поставувањето на дијагноза се постигнува со помош на диференцијална дијагноза, која се состои во одредување на синдромот на болеста врз база на групирање на симптомите што ги чувствува пациентот. Според ТКМ, во човечкото тело протекува витална енергија „ЧИ“ низ мрежа од меридијани и колатерали. Се додека постои рамнотежа на Јин и Јан енергијата во телото – постои здравје, додека секое отстапување од рамнотежата доведува до болест. Со помош на методите на ТКМ се постигнува балансирање „ЧИ“ енергијата и враќање на здравствената состојба на телото во нормала.

8.КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. Горанова,З.(1994). АНМО – китаискилечебенмасаж, Национална спортна академија, Софија
 2. Крайджикова, Л. (2010) Кинезитерапия при хроничен болков синдром в цервикоторакална област. Неврорехабилитация 1., Софија.
 3. Маревков, М. (2006). Кинезитерапия – основи и средства. Софија.
 - 4.Николовска, Л., Крстев, Т.,Василева, Д., Страторска, Т. (2014). Практикум по клиничка кинезитерапија. ISBN 978-608-244-131-3.
 5. Николовска, Л. (2014) Физикална медицина и рехабилитација 1 и 2 општ и специјален дел. ISBN 978-608-244-130-6.
 6. Попов, Н. (2002) Грѣбначенстълб. Функционалнадиагностика и кинезитерапия. НСА Прес, Софија.
 7. Попова, Д. (2007) Лечение на мускулни дисфункции в ортопедичната кинезитерапия. НСА Прес, Софија.
 8. Acupressure Guide E-book
 9. Acupuncture, great system www.GetPedia.com
 10. James Parker, M.D., Philip Parker, Ph.D. (2004), Acupressure: A Medical Dictionary, Bibliography, and Annotated Research Guide to Internet References ISBN: 0-497-00017-2, San Diego, CA 92122 USA
- <http://www.fh21.com.cn/guke/jzb/zx/256434.html>
- <http://www.zhonghuakangwang.com/jingzhuibing.htm>
- http://www.haodf.com/zhuanjiaguandian/yangcao_178106.htm
- http://www.haodf.com/zhuanjiaguandian/zhangyunyisheng_511994701.htm
- <http://baike.baidu.com/view/10474.htm>
- http://www.haodf.com/zhuanjiaguandian/drzhli_923566350.htm
- http://www.haodf.com/jibing/jingzhuibing/wenzhang/lableid_101.htm