

ИЗВЕСТИЯ



НА СЪЮЗА НА УЧЕНИТЕ - РУСЕ / ТОМ 8

ISSN 1311-1078

2018

СЕРИЯ 4

МЕДИЦИНА
&
ЕКОЛОГИЯ

СЪЮЗ НА УЧЕНИТЕ - РУСЕ

ИЗВЕСТИЯ

НА СЪЮЗА НА УЧЕНИТЕ – Русе

Серия 4

МЕДИЦИНА И ЕКОЛОГИЯ

Том 8, 2018



РУСЕ

PROCEEDINGS

of the Union of Scientists – Ruse

Book 4

MEDICINE AND ECOLOGY

Volume 8, 2018



RUSE

ИЗВЕСТИЯ НА СЪЮЗА НА УЧЕНИТЕ - РУСЕ

Известията на Съюза на учените – Русе са годишни научни трудове, които се издават от 1998 г. Годишно списанието излиза във вид на една или няколко серии. Основни езици са български и английски, с тенденция постепенно да се премине към цялостното му отпечатване на английски език.

Всяка серия се подготвя от съответния редакционен съвет, одобрен от Управителния съвет на СУ – Русе. **Редакционният съвет** урежда всички организационни въпроси, свързани с издаването, одобряването на рецензентите и научната редакция на постъпващите материали.

За публикуване се приемат научни и научноприложни статии, съобщения, обзори с конкретни приноси в областта на физико-математическите, хуманитарните, технологичните, техническите и социалните науки.

Авторите носят отговорност за своите материали. Текстовете се представят в редакцията на електронен носител придружен с един отпечатък. Оформлението на материалите трябва да бъде съобразено с приложения на последната страница модел.

Всички материали се рецензират от хабилитирани специалисти в съответната научна област. Тези материали, неполучили положителна рецензия, няма да бъдат отпечатвани. Ръкописи не се връщат. Хонорари на авторите не се изплащат.

След отпечатването на серията авторският колектив получава безплатно 3 отделно оформени отпечатъка на статията; при желание – може да се закупи цялата книжка.

Известията на Съюза на учените – Русе се изпращат във всички големи библиотеки на страната и в редица български и чуждестранни университети.

ГЛАВЕН РЕДАКТОР: проф. д-р Златоживка Здравкова

ОТГОВОРЕН РЕДАКТОР: проф. Антоанета Момчилова дпн, доц. д-р Стефан Янев

КОРЕКТОР: доц. д-р Искра Илиева

ПРЕДПЕЧАТНА ПОДГОТОВКА: доц. д-р инж. Ивайло Стоянов

АДРЕС НА РЕДАКЦИЯТА: Русе 7000, ул. „Константин Иречек“ 16,

Е-поща: suruse@uni-ruse.bg, URL: <http://suruse.uni-ruse.bg>

© **СЪЮЗ НА УЧЕНИТЕ – РУСЕ**

Университетски издателски център при Русенски университет „Ангел Кънчев“

ISSN 1311-1078

СЪДЪРЖАНИЕ/CONTENS-

<i>С. Досев, К. Велчева</i> Противопоказания по време на терапия при някои кортикостероидни препарати	5
<i>S. Dosev, K. Velcheva</i> Contraindications during corticosteroide therapy	
<i>О. Шербанов, Т. Недева, К. Захариева</i> Здравословният начин на живот и хранене значимо намаляват риска от сърдечно-съдови заболявания	9
<i>T. Nedeva, O. Sherbanov, K. Zaharieva</i> Healthy lifestyle and nutrition can significantly reduce the risk of cardiac diseases	
<i>Кр. Захариева, Т. Атанасова, О. Шербанов</i> Наднорменото тегло и затлъстяването като рисков фактор за здравето в детска възраст 14	
<i>Kr. Zaharieva, T. Atanasova, O. Sherbanov</i> Nominal weight and reliability as a risk factor in children age	
<i>О. Шербанов</i> Приложение на калциеви антагонисти и небримкови диуретици при пациенти с изразена вариабилност на артериалното налягане	20
<i>O. Sherbanov</i> Application of calcium channel blockers and non-loop diuretics in patients with expressed blood pressure variability	
<i>Кр. Захариева, О. Шербанов, Т. Атанасова</i> Хиперактивност и дефицит на внимание - често свързани проблеми	23
<i>Kr. Zaharieva, O. Sherbanov, T. Atanasova</i> Hyperactivity and attention deficit - frequently related problems	
<i>Н. Михайлова, Т. Мегова</i> Кинезитерапия след ортопедично лечение на родова травма на раменния сплит	29
<i>N. Mihailova, T. Megova</i> Kinesitherapy after orthopedic treatment of the rode train of the reduced split	
<i>П. Парашкевова, Ю. Паикунова</i> Кинезитерапия в послеродовия период	35
<i>P. Parashkevova, J. Pashkunova</i> Postnatal kinesiotherapy	
<i>С. Миндова, И. Караганова, Д. Василева</i> Weekend warriors и рискът от руптура на ахилесовото сухожилие – фактори, превенция и възстановяване	39

S. Mindova, I. Karaganova, D. Vasileva

Weekend warriors and the risk of rupture of Achilles tendon - factors, prevention and recovery

И. Илиева

Резултати от SWOT анализ и стратегии за физическа активност на неспортуващи студенти 47

I. Ilieva

Results from SWOT analysis and strategies for physical activity of non-sporting students

Т. Янева, Ст. Янев

Развитие на фина моторика. Помощници на фината моторика 54

T. Yaneva, St. Yanev

Development of fine motor skills. Fine motor assistance tools

П. Минчева, Н. Христова

Роля на ерготерапията в ранната интервенция на деца със синдром на Даун 60

P. Mincheva, N. Hristova

Role of occupational therapy in the early intervention for children with Down syndrome

М. Дончева

Самооценка на студентите по въпроси отнасящи се до обучението по дисциплината „Специализирана спортна подготовка“ в ТУ Варна 64

M. Doncheva

Students' self-assessment on issues related to the training in the subject „Specialized sports training" at the Technical University of Varna

Ц. Христова, И. Сербезова

Пациентът в дидактическия процес на студентите акушерки – формиращ фактор за професионални компетенции 69

Ts. Hristova, I. Serbezova

The patient within the didactic process of student midwives – a forming factor for professional competence

И. Илиева

SWOT анализ и стратегии за физическа активност на спортуващи студенти 76

I. Ilieva

SWOT analysis and strategies for physical activity of sporting students

Ю. Паикунова

Кинезитерапия при плоскостъпие 80

J. Pashkunova

Plate kinesitherapy

Д. Василева, Ст. Миндова, И. Караганова

Корективна техника чрез апликиране на кинезиотейп ленти за запазване позицията на глезенна става след инсулт в ранен период 83

D. Vasileva, St. Mindova, I. Karaganova

Corrective technique with kinesiotape application for ankle position protection after stroke in early recovery period

А. Андреев, К. Панайотов, Л. Андреева

Патогенеза и имунология на анкилозиращия спондилит 91

A. Andreev, K. Panayotov, L. Andreeva

Pathogenesis and immunology of the ankylosing spondylitis

Ц. Христова

Модел на дидактически процес в обучението на студентите акушерки с използване на индивидуални клинични случаи case study 95

Ts. Hristova

A didactic process pattern implementing individual clinical cases (case study) within student midwives education

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ПО ВРЕМЕ НА ТЕРАПИЯ ПРИ НЯКОИ КОРТИКОСТЕРОИДНИ ПРЕПАРАТИ

Свилен Досев, Кина Велчева

Русенски университет „Ангел Кънчев“, България

CONTRAINDICATIONS DURING CORTICOSTEROIDE THERAPY

Svilen Dosev, Kina Velcheva

“Angel Kanchev” University of Ruse, Bulgaria

Abstract: Some important medical preparations for medicine from the past to the present day are glucocorticoids. They suppress reverse water resorption and thus play a role as anti-diuretic pituitary hormone antagonists. Patients should be instructed to contact their physician if the effect of therapy generally diminishes as multiple inhalations in severe asthma attacks should not delay the onset of another important treatment. In case of acute deterioration, therapy should be supplemented with short-acting oral corticosteroids. Announcement of suspected adverse drug reactions after the use of the medicinal product is important. This allows continued monitoring of the benefit / risk balance of the medicinal product. Medical specialists are required to report any suspected adverse reaction.

Key words: medications, glucocorticoids contraindications

ВЪВЕДЕНИЕ

Едни важни лекарствени препарати за медицината от миналото до наши дни са глюкокортикоидите. Те потискат обратната резорбция на вода и по този начин играят роля на антагонисти на антидиуретичния хормон на хипофизата. Те притежават и десенсибилизиращо действие, като влияят на възпалителните, имунните и алергичните процеси, ендокринната и централната нервна система [2].

Преди тяхното назначение от медицинското лице и употреба от пациента трябва внимателно да се проучат противопоказанията им. Риска от възникнало усложнение се преценява след обстойна анамнеза и множество медицински изследвания.

Едновременно лечение с кетоконазол, итраконазол, HIV-протеазни инхибитори или други мощни инхибитори на CYP3A4 трябва да се избягва. Ако това не е възможно, интервалът между приложението на лекарствата трябва да бъде, колкото е възможно по-дълъг [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Особено внимание е нужно при пациенти, които преминават от перорални кортикостероиди, тъй като те могат значително време да са с риск от понижена надбъбречна функция. Пациентите, при които е прилагана спешна терапия с високи дози кортикостероиди или са били на продължителна терапия с най-високите възможни дози инхалаторни кортикостероиди, също са рискови. Тези пациенти могат да проявят признаци и симптоми на надбъбречна недостатъчност, когато са изложени на силен стрес. По време на периоди на стрес или планови операции трябва да се има предвид допълнително системно кортикостероидно покритие.

По време на преминаването от перорална терапия с кортикостероиди може да се появят предишни симптоми като мускулна и ставна болка. В такива случаи може да е необходимо временно увеличение на дозата на пероралния кортикостероид. Когато, в отделни случаи, се появят умора, главоболие, гадене, повръщане или подобни симптоми, трябва да се подозира

недостатъчен общ ефект на кортикостероида.

Заместването на системното стероидно лечение понякога води до проявата на алергии, например ринит и екзема, които преди това са били контролирани от системното лечение.

Необходимо е специално внимание при пациенти с латентна белодробна туберкулоза и при пациенти с гъбични или вирусни инфекции на дихателните пътища.

Понижената чернодробна функция може да окаже влияние върху елиминирането на будезонид.

Трябва да се обърне внимание и на взаимодействието с други лекарствени продукти и други форми на прием.

Не са известни клинично значими взаимодействия с лекарства, които се използват за лечение на астма.

При едновременно приложение кетоназол 200 mg веднъж дневно е увеличил плазмените концентрации на перорално приложен будезонид (3 mg еднократна доза) средно шест пъти. Когато кетоназол е бил приложен 12 часа след будезонид, концентрацията се е увеличила средно три пъти. Липсва информация за инхалаторно приложен будезонид, но и в този случай се очаква голямо увеличение на плазмените нива. Тъй като липсват данни, които да позволят да се направят предложения за дозиране, тази комбинация трябва да се избягва. Ако това не е възможно, интервалът между приемите на кетоназол и будезонид трябва да бъдат, колкото е възможно по-дълги. Трябва да се обмисли и намаление на дозата на будезонид. Други мощни инхибитори на CYP3A4, например итраконазол вероятно също предизвикват подчертано увеличение на плазмените нива на будезонид [2].

Особено внимание трябва при приложението по време на бременност и кърмене.

Бременност

Данните от приблизително 2000 бременности не са разкрили повишен риск от малформации в резултат на лечението с будезонид. Изследванията при животни са показали, че глюкокортикоидите могат да индуцират малформации (вж точка 5.3), но се счита, че това няма значение за човека в препоръчаната дозировка.

Проучванията върху животни също идентифицираха връзката между експесивните пренатални глюкокортикоиди и повишените рискове от интраутеринна ретардация на растежа, сърдечносъдовата болест при възрастни и перманентните промени в гъстотата на глюкокортикоидните рецептори, невротрансмитерния обмен и поведение при експозиции под тератогенната доза [4].

По време на бременност целта трябва да бъде прилагането на най-ниската ефективна доза на будезонид, като се има предвид риска от влошаване на астмата.

Повечето резултати от проспективни епидемиологични проучвания и в световен мащаб постмаркетингови данни не разкриват повишен риск от нежелани ефекти за плода и новороденото от употребата на инхалаторен будезонид по време на бременност. Важно е, както за плода, така и за майката да се поддържа подходяща терапия за астма по време на бременността. Както и при други лекарства приложението на будезонид по време на бременност изисква оценка на ползите за майката спрямо риска за плода.

Кърмене

Будезонид се екскретира с кърмата. Въпреки това не се очаква при приемът на някои суспензивни кортикостероидни препарати за небулизатор в терапевтичните дози да окажат влияние върху кърмачето. Кортикостероидната суспензия за небулизатор може да се използва и по време на кърмене [3].

Поддържащо лечение с инхалаторен будезонид (200 или 400 микрограма два пъти дневно) при астматични кърмачки е

довело до незначителна системна експозиция на будезонид при кърмачетата.

При фармакокинетично проучване, определената дневна доза при кърмачета е 0,3% от дневната майчина доза и за двете дозови нива, а средната плазмена концентрация при кърмачетата е оценена на 1/600 от концентрациите, наблюдавани в плазмата на майката, като се приеме пълна орална бионаличност на кърмачето. Концентрациите на будезонид в плазмените проби на кърмачетата са по-ниски от границата за количествено определяне.

Въз основа на данните за инхалаторен будезонид и факта, че будезонид проявява линейна фармакокинетика в терапевтичните дозови интервали след назално, инхалаторно, перорално и ректално приложение, в терапевтични дози будезонид, експозицията на кърмачето се очаква да бъде ниска.

Проследена е и ефективността върху способността за шофиране и работа с машини.

Кортикостероидната суспензия за небулизатор не повлиява способността за шофиране и работа с машини.

Повишени плазмени концентрации и засилени ефекти на кортикостероидите са наблюдавани при жени, които приемат

също и естрогени и контрацептивни кортикостероиди, но не е наблюдаван ефект с будезонид и едновременно прием на нискодозирани комбинирани перорални контрацептиви.

Тъй като надбъбречната функция може да бъде потисната, тестът със стимулиране с АКТХ за диагностика на хипофизарна недостатъчност може да даде фалшиви резултати (ниски стойности).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациентите трябва да се инструктират да се свържат с лекуващия си лекар, ако ефектът от терапията общо намалее, тъй като многократното инхалиране при тежки астматични пристъпи не трябва да забавя началото на друго важно лечение. При настъпване на остро влошаване терапията трябва да се допълни с перорални кортикостероидни с кратко действие.

Съобщаването на подозирани нежелани реакции след разрешаване за употреба на лекарствения продукт е важно. Това позволява да продължи наблюдението на съотношението полза/риск за лекарствения продукт. От медицинските специалисти се изисква да съобщават всяка подозирана нежелана реакция

Литература:

- [1] Георгиев, К., Биофармацевтични и фармакокинетични аспекти при използване на неинвазивни пътища за въвеждане на лекарствени вещества с пептидна структура. Варна, МУ-Варна, 2015, 148 с.
- [2] Вълчева-Кузманова, Ст., Фармакология. Варна, СТЕНО, 2015, 87 с.
- [3] Желязкова-Савова, М., Вълчева-Кузманова, Ст., Милев, Ем., Клинична фармакология: Клиникофармакологични подходи в лечението на социално значими заболявания. 2. прераб. изд. Варна, МУ-Варна, 2017, 136 с.
- [4] <https://medpedia.framar.bg>

Адрес за контакти:

Доц. д-р Свилен Досев

Катедра "Обществено здраве и социални дейности"

Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“

Русенски университет "Ангел Кънчев", e-mail: dr.dosev@gmail.com

ЗДРАВΟΣЛОВНИЯТ НАЧИН НА ЖИВОТ И ХРАНЕНЕ ЗНАЧИМО НАМАЛЯВАТ РИСКА ОТ СЪРДЕЧНО – СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Огнян Шербанов¹, Теодора Недева², Кристина Захаријева³

1 РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, Катедра , „Здравни грижи“; МБАЛ „Медика“,
Кардиологично отделение

2 РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, Катедра , „Здравни грижи“; КОЦ – Русе – ОАИЛ

3 РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, Катедра , „Здравни грижи“

HEALTHY LIFESTYLE AND NUTRITION CAN SIGNIFICANTLY REDUCE THE RISK OF CARDIAC DISEASES

Teodora Nedeva¹, Ognyan Sherbanov², Kristina Zaharieva³

1 RU “Angel Kanchev”, Faculty of Public Health and Health Care, Department of Health Care;
COC - Ruse AICU

2 MHAT “Medika”, Ruse, Cardiology Department

3. RU “Angel Kanchev”, Faculty of Public Health and Health Care, Department of Health Care

Abstract: According to the definition of World Health Organization, health is complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. Living a healthy lifestyle means to choose healthy foods, fit more exercise and physical activity into daily routine, practice good hygiene, avoid unhealthy habits like smoking, drinking alcohol, fad dieting and neglecting sleep. Improving lifestyle may require adjustment, but improved health is accessible. Both genetic and lifestyle factors contribute to individual-level risk of cardiac diseases. They are key drivers of heart diseases which are the leading cause of death worldwide. The extent to which increased genetic risk can be offset by a healthy lifestyle is unknown. In the study cited in this article, authors provide quantitative data about the interplay between genetic and lifestyle risk factors for cardiac diseases in three prospective cohorts. High genetic risk is independent risk factor for coronary disease. Healthy lifestyle is associated with a significantly decreased risk of sudden cardiac events. Both can be used as predictors for coronary artery disease.

Keywords: cardiac disease, healthy lifestyle, nutrition, predictor, risk

ВЪВЕДЕНИЕ

Според СЗО здравето се дефинира като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само слабост или отсъствие на болест. Здравословният начин на живот се характеризира с активно отношение на човек към собственото му здраве; усвояване на умения за укрепване и подобряване на индивидуалното здраве; наличие на позитивни здравни навици у личността и на умения за здравна самопомощ и взаимопомощ. Влияние върху личното и обществено здраве имат множество рискови фактори: ендегенни

(генетични и биологични); екзогенни (фактори на околната среда – климат, почва, вода, въздух); социално – икономически; поведенчески – тютюнопушене, хиподинамия, нерационално хранене, злоупотреба с алкохол и/или упойващи вещества, рисково сексуално поведение и др. Според СЗО един фактор има характеристики на рисков, ако отговаря на следните условия: може да се докаже неговата връзка с вероятността от възникване на дадено заболяване, т. е. той предшества болестта; има биологично обяснение; след коригиране на рисковия

фактор промените в изхода са трайни; връзката между заболяванията е еднопосочна, корелативна и самостоятелна. Негативните рискови фактори, с доказана висока степен на вреда за човешкото здраве могат да бъдат: употреба на наркотични вещества; тютюнопушене; злоупотреба с алкохол; небалансирано и нерационално хранене; ниска или липсваща двигателна активност; наднормена охраненост, включително болестно затлъстяване; психо – социален стрес; промискуитет и рисково сексуално поведение. [1] Много от съвременните хора, не осъзнават значението на тези рискови фактори, част от тях и не ги познават изобщо, което е причина за ниска мотивация за корекцията им, както и за спазване на здравословен начин на живот.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Придържането към здравословен начин на живот, може значително да понижи риска от коронарна артериална болест. Според проучване публикувано в NEJM [3] то може да се противопостави дори на висок генетичен риск за коронарно събитие. Ако човек има рискова генетична предразположеност и налични рискови фактори на околната среда, 10 годишният риск от развитие на миокарден инфаркт (МИ) е 11%. Ако рисковите фактори в същата високо рискова група се подобрят, този риск може да се намали на 5% вероятност за МИ, което представлява 50% редукция на сърдечно – съдовия риск. Това показва, че поведението на отделния индивид има изключително важно значение и то може да промени значимо наличния генетичен риск за сърдечно страдание. По този начин той няма да бъде определящ за изява на сърдечно- съдова патология при конкретното лице. Отдавна добре известен факт е, че коронарната артериална болест е комплексно нарушение и е водеща причина за смъртност по света. Фамилната предиспозиция в развитие на коронарна болест е описана още през 1938

г. и в следствие потвърдена в големи проучвания включващи близнаци и проспективни кохорти. [3,5,6,7,8] От 2007 г. анализи на генома показват около 50 независими локуса, асоциирани с риск от развитие на коронарна болест. Тези рискови алели, включени в полигенни рискови скали, са сериозни предиктори за внезапни коронарни инциденти. Те дават и възможност за продължително и качествено оценяване на индивидуалната генетична предразположеност. [2,4,10]

В проучването [3] изследователите стратифицират генетичния риск на почти 60 000 човека, като използват полигенен скор на ДНК полиморфизъм. Участниците се разпределят в три проспективни кохорти, съответно: 7814 пациента в Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC); 21 222 – в Women's Genome Health Study (WGHS) и 22 389 души в Malmö Diet and Cancer Study (MDCS). ARIC стартира през 1987 г. и включва бели и чернокожи участници на възраст между 45 и 64 г., данни за които са извадени от National Center for Biotechnology Information dbGAP server. WGHS е проспективна кохорта от жени получена от Women's Health Study, клинично проучване иницирано през 1992 г. за оценка на ефикасността на аспирин и витамин Е в първичната превенция на сърдечно – съдовите заболявания. MDCS, е проспективна кохорта от участници на възраст 44 – 73 г. от Malmö, Sweden, стартирало през 1991 г.

Допълнително е направена оценка на начина на живот на участниците, която се базира на 4 показателя на АНА (Американска Сърдечна Асоциация): *непушачи; нормално телесно тегло – ИТМ < 30; редовна физическа активност – поне веднъж седмично и здравословна диета*, която включва поне половината от следните характеристики – консумация на големи количества плодове, зеленчуци, ядки, пълнозърнести храни, риба, млечни продукти и нисък прием на рафинирани храни, червени меса, обработено месо- колбаси, захарни изделия и подсладители,

мазнини и сол. В друго голямо проучване публикувано в Journal of the American College of Cardiology [9] се доказва, че е полезно да се премине към растителна диета, за да се понижи сърдечно – съдовия риск, но също така се акцентира, че само това не е достатъчно. Намаляването на месните храни и вегетарианството като цяло, имат много ползи за сърдечносъдовото здраве. Важно значение обаче има и вида и качеството на консумирана храна, които обичайно в проследяванията не са отчитани. Досега пациентите в различните изследвания са разделяни само на вегетарианци и невегетарианци. В това проучване, лицата са разделени в 3 групи според приеманата храна: *консумиращи здравословна растителна храна* – пълнозърнени, плодове, зеленчуци, ядки, бобови, растителни масла, чай, кафе; *по-малко здравословна храна* – плодови сокове, рафинирани зърнени храни, картофи, десерти и подсладени напитки; *лица консумиращи вредни храни* – месо, животински мазнини, сладолед. [9]

Като лица с благоприятен начин на живот, според по-горе споменатото проучване, се определят участници с наличие на 3 и 4 от тези фактори, а именно: непушачи; нормално тегло; редовна двигателна активност; здравословно хранене. В междинна група попадат тези с 2 фактора, а при наличие на 1 или при липса на благоприятни фактори, хората са оценени като лица с неблагоприятен начин на живот. Разпределението на групите по начин на живот е съчетано с първоначална оценка на генетичния риск и той е дефиниран като висок, среден и нисък.

Анализът на данните показва, че участниците с висока генетична предразположеност спрямо тези с ниска, имат 91% вероятност от развитие на МИ (HR 1,91; 95 % CI 1,75- 2,09). Друг интересен факт от анализирания данни е, че всеки един от благоприятните фактори в начина на живот, оказва допълнителен положителен ефект: непушачи (HR 0,56;

95% CI 0,47- 0,66), липса на наднормена охраненост (HR 0,66, 95% CI 0,58- 0,76), системна физическа активност (HR 0,88; 95% CI 0,80- 0,97), здравословен режим на хранене (HR 0,91, 95%CI 0,83- 0,99).

Проучването демонстрира, че факторите от начина на живот имат съществено значение във възникване на коронарно събитие при всяка група от различен генетичен риск. Например здравословният начин на живот, сравнен с неблагоприятния се асоциира с 45% пониска вероятност от възникване на коронарна болест в групата хора с нисък генетичен риск; с 47% при умереното генетично обременяване и с 46% при лицата с висока генетична предразположеност към сърдечни заболявания. За съжаление много хора, които знаят че имат наследствена обремененост от сърдечно – съдови инциденти или negliжират този факт или приемат за даденост, че са обречени да развият такова заболяване и не отчитат добрата възможност да променят нещо в начина си на живот.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящото проучване доказва факта че въпреки носителството на гени, предопределящи висока вероятност от поява на сърдечно заболяване, човек може да промени изявата на сърдечно – съдова болест, ако промени начина си на живот към здравословен. Допълнителен потвърдителен аргумент е, че хората с благоприятна генетична комбинация, обуславяща нисък риск за ССЗ, при наличие на вредни навици на живот изравняват риска си с тези с висока наследствена предразположеност, но водещи здравословен живот.

Въпреки несъвършенствата и ограниченията, присъщи на всяко едно проучване, резултатите от това категорично показват, че генетичният риск от поява на ССЗ, независимо дали е висок, среден или нисък, може да бъде променен от начина на живот на индивида. Изборът дали ще развие или не

определено сърдечно заболяване зависи в много висока степен от личното му желание да поддържа добра двигателна активност, нормално телесно тегло, да

минимизира или напълно елиминира вредните навици и да се придържа към здравословна диета.

Литература:

- [1] Захариева К., „Умения за здравословен начин на живот“, Медиатех, Плевен, 2014 г.
- [2] Brautbar A, Pompeii LA, Dehghan A, et al. A genetic risk score based on direct associations with coronary heart disease improves coronary heart disease risk prediction in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC), but not in the Rotterdam and Framingham Offspring, Studies. *Atherosclerosis* 2012;223:421-426
- [3] Era V., Emdin C., Drake I. et al., Genetic risk adherence to a healthy lifestyle, and coronary disease, *N Engl J Med*, 2016, Dec. 15; 375(24):2349-2358
- [4] Ganna A, Magnusson PK, Pedersen NL, et al. Multilocus genetic risk scores for coronary heart disease prediction. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2013;33:2267-2272
- [5] Kathiresan S, Melander O, Anevski D, et al. Polymorphisms associated with cholesterol and risk of cardiovascular events. *N Engl J Med* 2008;358:1240-1249
- [6] Lloyd-Jones DM, Nam BH, D'Agostino RB Sr, et al. Parental cardiovascular disease as a risk factor for cardiovascular disease in middle-aged adults: a prospective study of parents and offspring. *JAMA* 2004;291:2204-2211
- [7] Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2095-2128
- [8] Paynter NP, Chasman DI, Paré G, et al. Association between a literature-based genetic risk score and cardiovascular events in women. *JAMA* 2010;303:631-637
- [9] Satija A., Bhupathiraju S., Spiegelman D. et al., Healthful and unhealthful plant – based diets and the risk of coronary artery disease in US adults, *J Am Coll Cardiol* 2017, 70:411-422
- [10] Tada H, Melander O, Louie JZ, et al. Risk prediction by genetic risk scores for coronary heart disease is independent of self-reported family history. *Eur Heart J* 2016;37:561-567

Адреси за контакти:

Доц. д-р Теодора Недева, д.м.

ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“, РУ „Ангел Кънчев“

Русе, ул. „Рига“ 38

КОЦ – Русе, ОАИЛ, лекар

Тел: 0887468695

E-mail: tsherbanova@uni-ruse.bg

Д-р Огнян Шербанов, д.м.

МБАЛ „Медика“ Русе, Кардиологично отделение, лекар

Русе, ул. „Рига“ 35

Тел: 0889232744

E-mail: osherbanov@uni-ruse.bg

Доц. Кристина Захариева, д.п.

ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“ РУ „Ангел Кънчев“

Русе, ул. „Студентска“ 8

Тел: 0885193003

E-mail: kzaharieva@uni-ruse.bg

НАДНОРМЕНОТО ТЕГЛО И ЗАТЛЪСТЯВАНЕТО КАТО РИСКОВ ФАКТОР ЗА ЗДРАВЕТО В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

Кристина Захаријева¹, Татяна Атанасова², Огнян Шербанов³

1 РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, Катедра, „Здравни грижи“;

2 РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, Катедра, „Здравни грижи“;

3 УМБАЛ „Медика“, Кардиологично отделение

NOMINAL WEIGHT AND RELIABILITY AS A RISK FACTOR IN CHILDREN AGE

Kristina Zaharieva¹, Tatyana Atanasova², Ognyan Sherbanov³

1 RU "Angel Kanchev", Faculty of Public Health and Health Care, Department of Health Care;
COC - Ruse AICU

2.RU "Angel Kanchev", Faculty of Public Health and Health Care, Department of Health Care

3 UMHAT "Medika", Ruse, Cardiology Department

Abstract: Overweight and obesity in childhood has a socio-medical significance in our time. It has progressively grown and has become a global problem over recent decades, covering predominantly developed countries where socio-economic conditions lead to a change in the style and lifestyle of both parents and their children. Worldwide, the number of overweight and obese children has increased by 47% over the past three decades. Overweight and obese children may experience short-term and long-term health and psychological risks. Short-term: increased risk of cardiovascular disease such as high cholesterol or high blood pressure, teenagers are more likely to be pre-diabetic, higher risk of bone and joint problems, sleep problems, psychological problems with adaptation, socialization and self-esteem.

Long-term: Higher risk of overweight as an adult, and hence higher risk of cardiovascular disease, type 2 diabetes, stroke, osteoarthritis, some oncological diseases. Higher risk of emotional and behavioral problems from a very early age - lack of enough friends and self-esteem, social discrimination that may subsequently be a risk factor for triggering eating disorders and disorders.

Key words: overweight, obesity, social risk, prophylaxis in childhood

ВЪВЕДЕНИЕ

Затлъстяването в детска възраст има социално-медицинско значение в нашето съвремие. То прогресивно нараства и през последните десетилетия се превръща в глобален световен проблем, обхващаш предимно развитите страни, където социално-икономическите условия водят до промяна в стила и начина на живот както на родителите, така и на техните деца. В световен план броят на децата с наднормено тегло и затлъстяване се е увеличил с 47 % през последните три десетилетия. В България близо 27% от момчетата и 26% от момичетата на възраст до 20 години са с наднормено тегло, като близо 7% от тях страдат от

болестно затлъстяване [7]. Анализът на национално представително проучване при ученици на възраст от 6 – 19 години през периода 2010-2011 година посочва тревожна тенденция за увеличаване на броя на децата с наднормено тегло и затлъстяване в България – 30,2% от изследваните ученици са с наднормено тегло, от които 12,7% са със затлъстяване [8].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Някои автори определят затлъстяването като хранително разстройство в детската възраст, като хронично, патологично състояние, което се характеризира с прекомерно натрупване на мастна тъкан в

организма, дължащо се на увеличение на размерите и/или броя на мастните клетки. В детска възраст увеличаването на мастната тъкан е предимно от хиперпластичен тип, т.е. дължи се на увеличаване на мастните клетки, броят на които след преминаване на периода на детството, не се променя [10]. Затова лечението на децата с наднормено тегло и затлъстяване е изключително трудно и е предпоставка за задържане на състоянието през целия живот.

Рискови фактори:

1. Наследственост - ако затлъстяването е генетично заложено, то единственото „спасение“ е балансираното хранене. Обезпокоителното нарастване броя на децата, страдащи от затлъстяване сочи, че гените не са единствената причина, а по-скоро консумацията на бързите храни и културата, която съпътства този начин на живот. Значение имат и прехранването, наднорменото тегло и/или захарен диабет по време на бременността т.е. така нареченото фетално метаболитно програмиране. Свърх храненето / преяждането на майката по време на бременността води до програмиране в хипоталамуса и погрешно неврологично и геномно възприемане у плода [9].

2. Нутригеномика - води до базирана на доказателства хранителна стратегия за възстановяване на здравето и за предвиждане и предотвратяване на свързаните с начина на живот заболявания. Последните изследвания показват връзката между вида хранене и рискът от затлъстяване в ранна възраст [11]. Кърменето има предпазващ ефект по отношение на затлъстяването, който се свързва с по-малкият хранителен прием и по-малката калоричност на храната в детството – майчиното мляко е физиологичен стандарт за нормалния растеж и развитие на детето [12]. Употребата на изкуствени храни в кърмаческа възраст и как те се отразяват върху здравето на нашата популация подлежат на изследване и анализ.

3. Стрес – в литературата съществуват данни, че стресът при децата, особено преди пубертета, също може да бъде причина за наднорменото тегло на подрастващите. Обидите и подигравките на съучениците в училище могат да предизвикат внезапно проблеми с метаболизма, които водят до затлъстяване. Стресът води до хормонален дисбаланс, вследствие на което се приема прекомерно много храна, за да се снабди мозъка с достатъчно енергия, необходима за неговото функциониране.

4. Други рискови фактори:

- Нисък социален статус.
- Миграция на населението.
- Промяна в хранителните навици – неправилно е да награждаваме децата с чипс, тестени, шоколадови и други подобни лакомства - те бързо привикват към вредните навици. Основен фактор за наднорменото тегло е преяждането и нередовното хранене, както и изкуственото хранене в кърмаческа възраст.
- Прием на висококалорични хранителни продукти.
- Някои витамини и минерали – недостиг или липса на микроелементи - магнезий, селен, цинк, хром, както и на витамините D, E, C и др. Липсата на магнезий благоприятства инсулиновата резистентност; хромният дефицит води до нарушен глюкозен толеранс и до инсулинова резистентност. Изразеният селенов дефицит може да доведе до нарушение във функционирането на щитовидната жлеза (ниски Т3 концентрации). Цинкът има отношение към имунитета (намаленият имунитет може да бъде предпоставка за наднормено тегло). Дефицитът на витамин D се приема като рисков фактор за развитие на метаболитен синдром поради понижаване на инсулиновата секреция и развитие на инсулинова резистентност. При пациенти с наднормено тегло добавянето на витамин E води до намаляване на

инсулиновата резистентност, както и до редуция на риска от понижен имунитет, ендотелна дисфункция и оксидативен стрес. Витамин С подобрява имунната компетентност и е необходим за биосинтеза на невротрансмитерите, които регулират апетита и чувството за сигурност [9].

- Продължителен престой пред компютри, електронни игри и телевизори – води до понижена или липсваща двигателна активност, а липсата на достатъчно физическа активност, малкото игри навън, също са определящи за намаления разход на енергия, на фона на едно системно прехранване.

- Психотравма – доказано е, че психотерапията е начина по който се третира хранителните разстройства (в литературата някои автори определят затлъстяването при децата като хранително разстройство), като не се пренебрегва помощта на нутриционистите, но само тя не е достатъчна.

- Възпитание в семейството и модел на хранене на родителите – най-честата причина за наднормено тегло в детска възраст е прекалено обилното хранене, а детето е огледало за качеството на семейната трапеза и здравословните навици на членовете на семейството [6].

В детско-юношеската възраст се различават два основни вида затлъстяване според първопричината за възникване:

Първично затлъстяване (алиментарно, регулаторно, метаболитно). Натрупването на телесна мазнина е основен симптом, а при неусложнените форми и единствен.

Вторично затлъстяване - свързано е с нарушение на нервно-ендокринните механизми. Развива се в резултат на първично заболяване на централната нервна система, ендокринната система и хромозомни аномалии [1,2].

В над 95% от случаите на деца с наднормено тегло доминира първичното затлъстяване като форма на изява. То е резултат от „калориен дисбаланс” –

приемат се повече калории, отколкото се изразходват. Затлъстяването в детската възраст има изключително значение, защото предразполага към затлъстяване в зряла възраст. Актуалността на проблема произтича и от това, че затлъстяването предразполага към редица ендокринни, обменни и сърдечно-съдови заболявания. Децата със затлъстяване имат характерен външен вид, но съществуват и субективни оплаквания:

- Повишен апетит,
- Повишена жажда,
- Засилено изпотяване,
- Лесна уморяемост,
- Понижена двигателна активност (хипокинезия),
- Невротични прояви.

Най-често използваните методи в практиката, за оценка на затлъстяването при децата са индексът на телесна маса и нормативните таблици. Значение има навременното уточняване степента на наднорменото тегло и формата на затлъстяване, като се вземат в предвид подкожната мастна тъкан и нейното разпределение. Ръстът, теглото и индексът на телесната маса на детето /юношата се сравняват със стандартните растежни криви за съответната възраст и таблици/. ИТМ дава информация дали детето е с наднормено тегло за съответната възраст и ръст. Определя се така нареченият персентил на детското тегло (напр. 80-ти персентил означава, че 80% от децата на тази възраст са с по-ниско тегло). Счита се, че при индекс на телесна маса 5-ти – 50-ти персентил теглото е в норма. Рискът за наднормено тегло се дефинира като ИТМ от 85-ти до 95-ти персентил за съответните пол и възраст. Когато теглото на детето е по-голямо от 95-ти персентил, се приема затлъстяване [1].

Лечението на детското затлъстяване трябва да включва комбинация от диета и повишена двигателна активност. С оглед растежа и развитието, едновременно с диетичния режим е необходимо

осигуряване на белтъчини, витамини и микроелементи. Значение има и активното участие на цялото семейство на затлъстялото дете, целящо промени в хранителните навици и стереотипи. Двигателната активност е важна за подобряване на метаболизма на мазнините и глюкозата. Лечението на детското затлъстяване е трудно, неефективно и често неуспешно, затова профилактиката заема важно място и тя трябва да започне още от най-ранна детска възраст. В кърмаческата възраст е необходимо да се осигури естествено хранене, а в следващите периоди от детството да се избягва прехранването. Необходимо е да се създават хранителни навици за здравословно хранене и правилен режим на хранене. Активното и ранно откриване на децата със затлъстяване и провеждането на лечебно-профилактични дейности е в компетенциите на медицинския специалист и има голямо социално и здравно значение, тъй като само около 25% от децата постигат редукция на теглото [7]. При повечето деца затлъстяването прогресира и те остават като затлъстели и като възрастни.

При деца с наднормено тегло или затлъстяване може да се наблюдават краткосрочни и дългосрочни здравни и психологически рискове.

Краткосрочни:

- Повишен риск от сърдечно-съдови заболявания, като висок холестерол или високо кръвно налягане.

- По-голяма вероятност тийнейджърите да са в преддиабетно състояние.

- По-висок риск от проблеми с костите и ставите, проблеми със съня, психологически проблеми с адаптацията, социализацията и самочувствието.

Дългосрочни:

- По-висок риск от наднормено тегло като възрастни и от там по-висок риск от сърдечно-съдови заболявания,

диабет тип 2, инсулт, остеоартрит, някои онкологични заболявания.

- По-висок риск от емоционални и поведенчески проблеми от много ранна възраст – липса на достатъчно приятели и самочувствие, социална дискриминация, което впоследствие може да се окаже рисков фактор за отключване на хранителни разстройства и нарушения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Първата година от живота е идеалното време за създаване на здравословни хранителни навици. Затлъстяването във всяка възраст носи риск от психични проблеми, диабет, сърдечно-съдови заболявания, затова и превенцията трябва да започне още в ранна детска възраст. Опасността от напълняване е една от причините кърменето винаги да е с предимство пред храненето с адаптирани млечни формули. Скринингът за наднормено тегло и затлъстяване при децата добре е да започне след шестгодишна възраст, тъй като възрастовата група от 2 – 5 години е по-малко засегната. До 7 годишна възраст при деца с наднормено тегло, трябва да се осигури хранене, което да задържа килограмите близо до нормата – важно е те да се намаляват плавно. Приемът на храни да бъде 5-6 пъти дневно в умерени количества, като хранителният режим включва в седмичното меню употребата на риба, не тлъсто месо, яйца, нискомаслени млечни продукти, плодове и зеленчуци и достатъчен прием на вода и течности. От 7-12 години намаляването на килограмите трябва да бъде умерено, с около 3 килограма на месец. Важно е теглото да се задържи и в следващия етап да продължи неговото намаляване. Това зависи от родителите, които трябва да осигурят правилно хранене както в дома, така и в училище. Възрастта от 13 до 17-18 години е труден период от физиологичен, физически и психологически аспект, период в който много трудно се осъществява здравословно хранене т.к се предпочитат вредните храни – пици,

банички, снакс, чипс и т.н., особено ако до този момент детето няма правилно изградени хранителни навици. Лечението представлява комбинация от диета и повишена двигателна активност. Най-подходяща е балансираната диета с намаление на калориите до 800 калории дневно в предучилищна възраст и до 1000 – 1200 калории дневно в училищна възраст [7]. За да се осигури нормален растеж трябва да се внасят достатъчно пълноценни белтъци; плодовете и зеленчуците имат свое предимство пред готовите и полуготови храни; газирани и подсладени напитки трябва да се ограничат, както и богатите на мазнини и захар закуски. Храната най-добре е да се приготвя във фурна, на пара или на скара и на малки порции.

Активната физическа дейност трябва да бъде съобразена с възрастта на детето; натоварванията да са постепенни, системни и с постоянно увеличаване. Подходящи двигателни игри са каране на колело, игра с топка, скачане на въже, а подходящи занимания както за детето, така и за семейството са организирането

на излети, разходки в парка, плуване. Игрите и заниманията са начин да се ограничи времето за гледане на телевизия, използването на компютъра или видеоигрите. Родителите винаги са модел на подражание у децата - здравословното хранене и движението е добре да се превърнат в семейна цел! Така децата ще изградят добри навици, които ще им бъдат от полза за цял живот [3].

Наднорменото тегло и затлъстяването в детска възраст и огромният риск от развитие на усложнения с израстването на децата, както и влошаване на качеството на живот като възрастни е приоритет на цялото общество. Решаващо значение има преодоляването на проблема още в детско-юношеска възраст. Профилактиката трябва да започва още от вътреутробното развитие с правилно хранене на бъдещата майка, да продължава с по продължително кърмене, правилно и навременно хранене на детето, изграждане на хранителни навици и двигателна култура още от най-ранна възраст.

Литература:

- [1] Бобев Д., Е.Генев, Педиатрия, МИ“АРСО“, 1998г.
- [2] Божидак П., Хигиена, хранене и професионални болести, изд.къща СТЕНО, 2018г.
- [3] Йотовска Б., Вкусна и полезна храна за здрави деца, изд. къща SMART, 2016г.
- [4] Коулт, Т., и савт. Създаване на стандартна дефиниция за дете с наднормено тегло и затлъстяване в световен мащаб: международно проучване. 2000г., (7244): 1240-3.
- [5] Тотева М., Д. Милчева, А. Градинарова, Промени във физическото развитие, физическата дееспособност и нервно-психическата реактивност на 9-11 годишни ученици със затлъстяване. Спорт и наука, С., 1994, 36-42
- [6] <https://betty.bg/zatlastyavaneto-pri-detsata/>
- [7] <https://www.economic.bg/bg/news/7/broyat-na-detsata-s-nadnormeno-teglo-raste-pritesnitelno.html>
- [8] <https://www.herrbebe.com>
- [9] https://publishing.arbilis.com/wp-content/uploads/2014/04/NE4_7.pdf
- [10] <https://zdravbadi.com/bolesti/bolesti/endokrinologia/790-zatlastiavane-i-nadnormeno-teglo-pri-decata>
- [11] <http://endo-bg.com/nutrigenomika-badeshteto-na-naukata-za-hranene/>
- [12] <http://www.bebe.bg/Zdrave/zatlastiavane.htm>

Адреси за контакти:

Доц. Кристина Захариева, д.п.
ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“ РУ „Ангел Кънчев“
Русе, ул. „Студентска“ 8;
Тел: 0885193003
E-mail: kzaharieva@uni-ruse.bg

Ас. Татяна Атанасова
ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“ РУ „Ангел Кънчев“
Русе, ул. „Студентска“ 8;
Тел: 0885635514
E-mail: nursing_russe@abv.bg

Д-р Огнян Шербанов, д.м.
МБАЛ „Медика“ Русе, Кардиологично отделение, лекар
Русе, ул. „Рига“ 35; Тел: 0889232744
E-mail: osherbanov@uni-ruse.bg

ПРИЛОЖЕНИЕ НА КАЛЦИЕВИ АНТАГОНИСТИ И НЕБРИМКОВИ ДИУРЕТИЦИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ИЗРАЗЕНА ВАРИАБИЛНОСТ НА АРТЕРИАЛНОТО НАЛЯГАНЕ

Огнян Шербанов

РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, Катедра , „Здравни грижи“

APPLICATION OF CALCIUM CHANNEL BLOCKERS AND NON-LOOP DIURETICS IN PATIENTS WITH EXPRESSED BLOOD PRESSURE VARIABILITY

Ognyan Sherbanov

RU "Angel Kanchev", Faculty of Public Health and Health Care, Department of Health Care

Abstract: Arterial hypertension (AH) is a common disease. Every third over 20 years of age suffers and frequency increases with age. The primary task in the treatment of AH is to achieve target blood pressure (BP) values. In recent years, in addition to achieving target BP, there is a new purpose in the treatment- to reduce the blood pressure variability (BPV). Day-to-day BPV is an independent predictor of cardio-vascular and stroke mortality. Calcium channel blockers (CCBs) and non-loop diuretics (NLDs) are the only ones able to reduce BPV.

Keywords: arterial hypertension, blood pressure variability, calcium channel blockers, non-loop diuretics

ВЪВЕДЕНИЕ

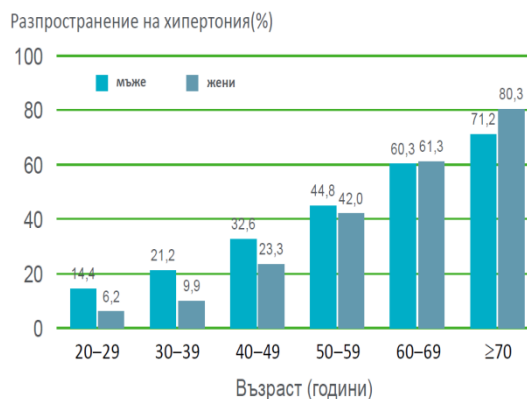
Артериалната хипертония (АХ) е едно от социално значимите заболявания заради високата си заболяемост и значителната степен на инвалидизация и смъртност, свързани с различни усложнения на болестта- миокарден инфаркт, мозъчен инсулт, хронична артериална недостатъчност на крайниците, хронична бъбречна недостатъчност и др. Над 1,5 милиарда души по света страдат от АХ, което означава, че всеки трети на възраст над 20 години е засегнат. По последни данни около 51% от случаите на смърт от мозъчно-съдова болест (МСБ) и около 45% от смъртните случаи при исхемична болест на сърцето (ИБС) са пряко свързани с повишеното артериално налягане (АН).

Артериалната хипертония често е наричана „тихият убиец“, поради факта, че често се диагностицира по-късно заради трудно откриваемите първи симптоми. В този смисъл е много важна

ролята на профилактичните прегледи с измерване на АН.

Честотата на АХ нараства с възрастта (видно от фиг.1), като в по-млада възраст превалява мъжкият пол, но след 6-та декада- сред жените болестта е по-разпространена.

фиг.1 Честота на АХ по пол и възраст [1]



Снижението на АН посредством моно- или комбинирана лекарствена терапия е една от основните цели в

лечението на АХ. Доказан факт е, че всеки 2mmHg снижение на систолното артериално налягане (САН) води до намаляване риска от фатална ИБС с около 7%, а на риска от фатален инсулт с 10%. [2] Именно за това при всички пациенти с или без допълнителни рискови фактори са установени прицелни стойности на АН, които са включени в съвременните ръководства за лечение на АХ. [3]

Въпреки значимостта на проблема и огромния набор антихипертензивни медикаменти, контролът на АН е трудно постижим. Установено е, че 30% от възрастните не знаят, че са с високо артериално налягане, а >40% от хората с високо артериално налягане не са на оптимална терапия. [4] Друг важен фактор е непридържаността към терапията от страна на пациентите, като около половината пациенти се лекуват адекватно само през първите 2 години, а после редуцират или спират напълно лечението си. [5]

ИЗЛОЖЕНИЕ

В последните години, освен достигането на прицелните стойности на АН, в терапията на АХ се появи нова цел-минимизиране на вариабилността на артериалното налягане (ВАН). От чисто физиологична гледна точка вариабилността на АН е обичайно явление. Наблюдава се например краткосрочна ВАН, когато стойностите варират в рамките на 24 часа (от удар на удар, от минута на минута, от час на час и през деня спрямо нощта). Средносрочната ВАН се наблюдава в рамките на последователни дни, докато дългосрочната касае промените в АН през по-големи интервали от време-седмици, месеци или дори години. Вариант на дългосрочната ВАН е сезонната такава. [6]

Съществуват различни методи за мониториране на ВАН. За проследяване на краткосрочна ВАН в рамките на 24 часа най-често се използва 24-часов Холтер-АН запис и по-рядко

самостоятелно (домашно) или амбулаторно (клинично) измерване на АН. От друга страна при проследяване на средносрочна или дългосрочна ВАН, най-подходящо е домашното проследяване на АН и много по-рядко се използва Холтер-АН мониториране.

През 2008г са публикувани резултатите от продължило около 12 години изследване сред 2455 пациенти в Охасама (Япония), което показва, че изразената средносрочна ВАН се асоциира с повишен риск от сърдечно-съдова(СС) смърт с 27% и от фатален мозъчен инсулт с цели 41%. [7] Подобна зависимост е установена и в проучването ASCOT-BPLA, където изразената ВАН от визита на визита е повишила трикратно риска от инсулт спрямо пациенти с ниска ВАН. [8]

С помощта на 24-часово Холтер-АН мониториране е установено, че основните предиктори на краткосрочна ВАН са вариабилността на сърдечната честота, възрастта и САН. [9]

Тези и други подобни резултати определиха като допълнителна цел в лечението на АХ- рутинната оценка на ВАН чрез 24-часово Холтер-АН мониториране.

Естествено възниква и въпроса кои групи медикаменти са най-потентни в минимизиране на ВАН. Мета-анализ на 389 проучвания в областта на хипертензиологията показва, че най-голям потенциал в понижаването на вариабилността на САН като монотерапия имат антагонистите на калциевите канали (СаА), следвани от небримковите диуретици (НБД). Същевременно утвърдени групи антихипертензивни медикаменти като АСЕ-инхибитори, ангиотензин-рецепторни блокери (АРБ) и бетаблокери (ББ) понижават в различна степен АН, но повишават ВАН, което води по повишен риск от инсулт при самостоятелно приложение, особено при по-възрастни пациенти. [10] Подобни позитивни ефекти на СаА и НБД се установяват и при добавянето им към

провеждана до момента антихипертензивна терапия. [11]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изборът на правилна терапевтична стратегия при всеки пациент с АХ е сложен и динамичен процес, съобразен с всички индивидуални (медицински, социално-битови и др.) особености. Основната цел на лечението остава достигане на прицелните нива на АН, заложиени в съответните ръководства. Но понижението на АН е само „едната страна на медала“. Вариабилността на артериалното налягане също има важно

значение за риска от сърдечно-съдови инциденти (най-вече СС-смърт и фатален инсулт). ВАН доказано води до повишен риск от инсулт, независимо от стойностите на АН. Калциевите антагонисти и небримковите диуретици доказано понижават систолното артериално налягане и ВАН при самостоятелно приложение или добавени към провежданата до момента антихипертензивна терапия. Това ги прави подходящи медикаменти за лечение на АХ, особено в групата на възрастните пациенти и такива с изолирана систолна АХ.

Литература:

- [1] Kearney PM, et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005;365:217-223
- [2] NICE Hypertension guidelines 2011 <http://publications.nice.org.uk/hypertension-cg127>.
- [3] Mancia G, et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2007;28:1462-1536.
- [4] Chobanian et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 2003;42(6):1206–1252
- [5] Van Wijk BLG, et al. Rate and determinants of 10-year persistence with antihypertensive drugs. *J Hypertens* 2005;23:2101–2107
- [6] Parati G. et al. Blood pressure variability: assessment, predictive value, and potential as a therapeutic target.. *Curr Hypertens Rep* (2015) 17: 23
- [7] Kikuya M et al. Day-by-day variability of blood pressure and heart rate at home as a novel predictor of prognosis: the Ohasama study. *Hypertension*. 2008 Dec;52(6):1045-50.
- [8] Rothwell PM et al. Prognostic significance of visit-to-visit variability, maximum systolic blood pressure, and episodic hypertension. *Lancet* 2010;. 375: 895–905.
- [9] Zhang Y et al. Effect of antihypertensive agents on blood pressure variability: the Natrilix SR versus candesartan and amlodipine in the reduction of systolic blood pressure in hypertensive patients (X-CELLENT) study. *Hypertension*. 2011;58:155-160
- [10] Webb AJ, et al. Effects of antihypertensive-drug class on interindividual variation in blood pressure and risk of stroke: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2010;375:906-915
- [11] Webb AJ, Rothwell PM. Effect of dose and combination of antihypertensives on inter-individual blood pressure variability: a systematic review. *Stroke*. 2011;42:2860 –2865.

Адрес за контакти:

Гл. ас. Д-р Огнян Шербанов, д.м.
ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“ РУ „Ангел Кънчев“
Русе, ул. „Студентска“ 8;
Тел: +359 889232744
E- mail: osherbanov@uni-ruse.bg

ХИПЕРАКТИВНОСТ И ДЕФИЦИТ НА ВНИМАНИЕ - ЧЕСТО СВЪРЗАНИ ПРОБЛЕМИ

Кристина Захариева¹, Огнян Шербанов², Татяна Атанасова³

1 РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, Катедра, „Здравни грижи“;

2 МБАЛ „Медика“, Кардиологично отделение;

4 РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, Катедра, „Здравни грижи“

HYPERACTIVITY AND ATTENTION DEFICIT - FREQUENTLY RELATED PROBLEMS

Kristina Zaharieva¹, Ognyan Sherbanov², Tatyna Atanasova³

1 RU "Angel Kanchev", Faculty of Public Health and Health Care, Department of Health Care; COC - Ruse AICU

2 MHAT "Medika", Ruse, Cardiology Department

3. RU "Angel Kanchev", Faculty of Public Health and Health Care, Department of Health Care

Abstract: Hyperactivity and attention deficit are often related, and therefore the term "attention deficit hyperactivity" is widely accepted. When the problems of attention are leading and the child is not overactive, then the term "Attention Deficit Disorder" is adopted, and when Hyperactivity prevails - "Hyperactive Syndrome". This syndrome can lead to behavioral consequences that affect the child's life over the years, so consultation with a specialist, timely intervention and effective treatment are of key importance

Key words: hyperactivity, attention deficit, impulsivity

ВЪВЕДЕНИЕ

Всеки ден живота на родителите е предизвикателство и докато с някои предизвикателства те се справят с лекота, с други изпитват чувство на безпомощност. Една такава ситуация е когато децата са хиперактивни и не могат да задържат вниманието си върху домашни и други задачи, губят вещи и трудно овладяват емоциите си. Причините за дефицита на вниманието и хиперактивността са разнообразни и е възможно да отшумят с възрастта. Този синдром може да доведе до поведенчески последици, които да се отразят на живота на детето в годините и затова консултацията със специалист, навременната намеса и ефективното лечение са от ключова важност [11].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Хиперактивността и дефицитът на внимание често са свързани и поради това широко се възприема терминът „Хиперактивност с дефицит на внимание“. Когато водещи са проблемите с вниманието и детето не е свръхактивно, тогава се приема терминът „Разстройство с дефицит на внимание“, а когато преобладава хиперактивността - „Хиперактивен синдром“. Синдромът на хиперактивност с дефицит на вниманието е сериозен житейски проблем за детето и неговото семейство [1]. Синдромът на дефицит на вниманието с или без хиперактивност (СДВХ) е описан за първи път през 1845г. от немския лекар д-р.Хайнрих Хофман (Heinrich Hoffman). През 493 г. преди Новата ера, Хипократ описва състояние, което е съпоставимо с клиничното описание на СВХД. Той описва пациенти, които имат "ускорена реакция на сетивни възприятия“.

Синдромът на хиперактивност с дефицит на вниманието е едно от най-често срещаните в детството нарушения на невропсихологичното развитие. Смята се, че засяга 3 до 7% от децата в ранна училищна възраст. Пикова възраст на поява е между 6 и 7 години, но някои симптоми могат да се срещат още преди 5-годишна възраст и дори преди 2-годишна възраст; по често се среща при момчетата (4:1, според някои автори достига и до 9:1). Оставено без лечение често персистира в юношеството и в зряла възраст като излага индивида на сериозен риск от редица абнормности в личностовото развитие и социалното функциониране[8]. СДВХ се приема за хронично заболяване, при което между 10% и 60% от засегнатите деца продължават да проявяват симптомите и като възрастни. Много успяват да развият механизми на компенсиране, което им позволява да минимизират симптомите и/или техните последствия [3, 4]. СДВХ се приема традиционно за детско заболяване тъй като започва да се диагностицира при възрастните едва през последните двадесет години. Децата с това нарушение са наричани обобщаващо «хиперактивни», което не е много точно, тъй като този термин набляга само на една част от синдрома – «възбудата», която от своя страна не винаги е налице. [10].

Основни симптоми на СДВХ

- Дефицит във вниманието – детето задържа вниманието си за много кратко, среща трудности със задачи изискващи поредица от стъпки; като че ли не чува, трябва многократно да му се повтаря; ако е налице мотивация за дейност, достатъчно стимулираща за детето (например при спортните дейности), тогава детето демонстрира добри възможности за концентрация.
- Хиперактивност – детето е непрекъснато в движение; непрекъснато говори, вдига много

шум, спи неспокойно, мърда непрекъснато с ръце и крака без причина, трудно остава спокойно, тича и се катери прекомерно в ситуации в които е неподходящо.

- Импулсивност – отговаря преди да е зададен въпрос, не изчаква реда си, действа без да помисли, често прекъсва говорещият.
- Други характеристики - забравя важни предмети, често се удря, пада, блъска, не подрежда нещата в ученическата си чанта [2,5].

Известни са три клинични форми на СДВХ:

- Смесена форма - комбинирани са трите симптома – хиперактивност, импулсивност и дефицит на вниманието;
- Преобладаване на два от симптомите – хиперактивност и импулсивност;
- Преобладаване на един от симптомите – дефицит на вниманието;

Многочислени изследвания са дали солидни доказателства, които позволяват да се твърди, че причините за това нарушение са генетични. Родителите и близките на деца със СДВХ често съобщават, че самите те са имали проблеми с хиперактивност, импулсивност или дефицит на вниманието. Въпреки че в повечето случаи СДВХ се дължи на наследствени фактори, той би могъл да възникне като последица от неврологични увреждания в ранна детска възраст или в резултат на неврологично заболяване в ранна детска възраст с инфекциозен произход като менингит, енцефалит и др., или в резултат на краниocereбрална травма. Трябва да се знае, че СДВХ не се предизвиква от външни фактори като: недостатъчна или «лоша» родителска отговорност; социално-икономически фактори; лошо хранене; прекалено много време, прекарано пред телевизора. Някои психоафективни състояния, предизвикани

от майчина депресия, малтретиране, развод на родителите, силна скръб и др., могат да предизвикат у детето поведение, сходно с поведението на деца със СДВХ. Тогава обаче говорим за «реактивна хиперактивност», а не за СДВХ. *Децата със СДВХ имат и силни страни.* Детето със СДВХ, което е обгрижвано по правилен начин, успява да разкрие малко по малко своя капацитет. То има огромно въображение, то е креативно и изпълнено със забележителна енергия, спонтанност и ентузиазъм. Това дете успява да прави нещата по оригинален начин и да вижда детайли, които другите пропускат. То не търпи несправедливост и става закрилник на по-слабите. То е любящ и внимателен приятел, обича да помага на другите. Предизвикателството за преподавателите на такова дете се състои в това да успеят да използват неговото високо ниво на активност, любознателния му дух и чувствителната му природа, за да му помогнат да се реализира като успешен и щастлив ученик. На хиперактивните деца трябва да се гледа позитивно. Често те са тези, които имат смелостта и енергията да правят грандиозни планове и промени [10]. Въпреки, че хиперактивното дете понякога се възприема като трудно за обучение и възпитание, особено в масовото училище, то често се реализира успешно в професионален план. Пример за това са следните популярни личности преуспели в различни области – от наука до спорт, музика и кулинария: Алберт Айнщайн, Джон Кенеди, Уолт Дисни, Хенри Форд, Майкъл Фелпс Джим Кери <http://www.fox.com>. Те са световноизвестни и са със синдрома на дефицит на вниманието с или без хиперактивност [7]. За поставянето на диагнозата е важно да се знае, че симптомите на хиперактивност, импулсивност и дефицит на вниманието би трябвало да са демонстрирани с постоянство, честота и интензивност. Те би трябвало да са налице най-малко от шест месеца и да се проявяват в повече от

една среда – например в училище и в къщи. Информацията от преподаватели, както и от въпросници, попълнени от родителите, може да подпомогне специалиста за поставянето на диагнозата. Преподаватели и родители е добре да познават *възможните маркери, насочващи към дете със СДВХ*: детето прелива от енергия, не застава спокойно, мърда прекалено; говори и действа преди да помисли; липса на добър контрол над емоциите и движенията; реагира по незрял начин, без да може да направи връзка между постъпките си и последствията от тях; не умее да чака, няма ориентация във времето; често прекъсва другите и бърза да отговори преди да е чуло до край въпроса; изглежда сякаш, че не слуша, гледа през прозореца; лесно се разсейва, но се мотивира от дейности, които са му интересни и тогава може да се концентрира за дълго време; среща трудности да се организира, забравя или губи често вещите си; има нужда някой да се занимава непрекъснато с него; домашните му са лошо написани или изобщо не са написани; прави много грешки от разсеяност, когато работи, като не се учи от грешките си; липсва му постоянство в усилията и рядко довършва това, което е започнало; има трудности при всички дейности, свързани с учене; има поведенчески проблеми, когато е в група – импулсивно е, лесно се забърква в караници, не спазва основни правила. В помощ на диагностициране на СДВХ е и скалата за оценка на синдрома на дефицит на вниманието и хиперактивност – домашна версия [6]. Добрата новина е, че Синдрома на дефицит на вниманието можете да се управлява. Проучванията показват, че до 60% от СДВ/СДВХ децата надрастват повечето от сериозните симптоми към 20 годишна възраст. За да управляват синдрома на дефицит на вниманието, някои възрастни са се научили да: използват цветни корици за разделители, за да разделят работата и задачите, за да могат да останат концентрирани; се доверяват

на някой по време на работа, вкъщи и приятелства, които ще им помогнат с любов; правят списъци, картички с подсещания, визуално представяне, когато имат поредица от задачи за изпълнение [10].

Проведено изследване

Мотивация за провеждане на изследването е многократно достигащи до нас квалификации, като: „невъзпитано дете“, „не му отделят време...“, „оставят детето с таблета....“

Цел на изследването: да се проучи информираността на респондентите за етиологичните фактори и клиничните прояви на СДВХ.

Обект на изследването: родители на деца от 3 до 10 годишна възраст.

Материали и методи

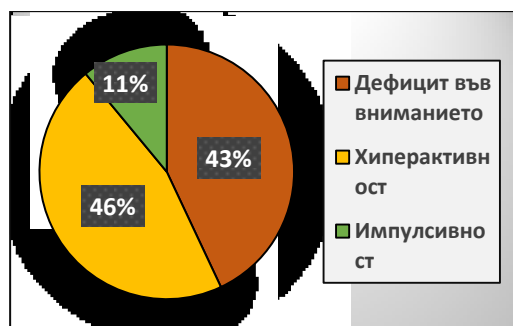
- социологически метод – пряка анонимна анкета;
- документален метод - проучване на достъпна литература по проблема;
- статистически метод- обработка и анализ на информацията.

Методика на изследването

Проучването обхваща 75 респонденти на възраст 25 -36 години, чрез анкетна карта през периода 20.01.2018 г - 10.04.2018 г.

Резултатите от проведеното проучване са анализирани, обобщени и онагледени чрез хистограми на фигура 1, 2, 3 и 4.

На фиг. 1 са онагледени отговорите на респондентите на въпроса „Запознати ли сте с основните симптоми на СДВХ“.



Фиг. 1. Основни симптоми на СДВХ

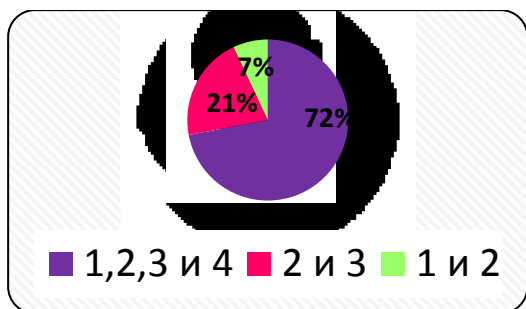
Анализът на резултатите по отношение клиничните прояви на СДВХ показва, че

респондентите са посочили симптоми в три насоки: 46% - дефицит на внимание; 43%-хиперактивност; 11%-импулсивност, т.е те считат, че децата могат да имат различни нарушения, но не допускат че нарушенията могат да се проявяват и едновременно. От Този резултат Това показва, че голяма част от респондентите нямат познания за клиничните изяви и хода на заболяването.Хистограмата на фигура 2 онагледява отговорите на въпроса „Кои са основните причини предизвикващи СДВХ“? Фигура 2



Фиг. 2. Основни фактори предизвикващи СДВХ

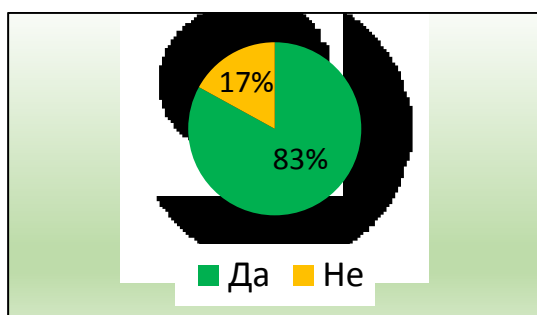
Информацията от фигура 2 показва че 36% от респонденти посочват че наследствения фактор е отговорен за СДВХ; 19% - прекалено време, прекарано пред телевизора; 34% - последица от неврологични заболявания и недостатъчна родителска отговорност и 11% -травма на главата. Видно е, че 36% от респондентите имат недостатъчната информираност относно факторите предизвикващи СДВХ.Хистограмата на фигура 3 отразява отговорите на респондентите на въпроса „Според Вас какви психоафективни състояния /1- майчина депресия, 2-малтретиране, 3- развод на родителите, 4- силна скръб/ могат да предизвикат у детето поведение, сходно на СДВХ?



Фиг. 3. Психоефективни състояния предизвикващи поведение, сходно на СДВХ

Интересен е анализът на резултатите по отношение психоефективните състояния предизвикващи поведение, сходно на СДВХ: 72% от респондентите са посочили всички посочени състояния; според 21% отговорни са малтретирането и развода на родителите и само 7% посочват депресия на майката и малтретирането като състояния предизвикващи поведение, сходно на СДВХ. Този резултат е в подкрепа, че за 28% от респондентите информацията за психоефективните състояния предизвикващи поведение, сходно на СДВХ е недостатъчна.

Отговорите на респондентите на въпроса „Необходима ли ви е допълнителна информация за СДВХ?“ са онагледени на фигура 4.



Фиг. 4. Информация за СДВХ

Анализът на резултатите от фигура 4 убедително е в подкрепа на желанието на респондентите за допълнителна информация относно СДВХ: 83% от респондентите отговарят с „Да“, а 17% - „Не“.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резултатите от проведеното проучване са основание да се направят следните изводи и препоръки:

Изводи:

- установен дефицит на информация за етиологичните фактори за проява на СДВХ;
- установен дефицит на информация за клиничните прояви на СДВХ;
- установена необходимост от допълнителна информация за СДВХ.

Препоръки:

До Родителите на „активни“, „хиперактивни“ деца, своевременно да достига информация за основните съвети, които не трябва да пренебрегват при ежедневното си общуване с детето, а те са:

- Съсредоточете се върху силните страни на детето си;
- Помагайте на детето си в разрешаването на проблемите с които се сблъсква;
- Не вярвайте на всички "лоши новини" свързани с детето ви;
- Уверете се, че правите разлика между дисциплина и наказание;
- Спрете да обвинявате другите хора за проблемите на детето си;
- Никога не изричайте на глас пред детето си квалификации, които биха могли да го обидят;
- Координирайте подхода и действията си с всички възрастни, които участват в отглеждането на детето;
- Споделяйте собствените си неудачи и разочарования;
- Поощрявайте детето си да се научи да бъде полезно на другите;
- Бъдете винаги до детето си [9].

СДВХ е сериозен и значим проблем в живота на детето. Неговото подценяване в ранна детска възраст може да окаже значителни негативни влияния по отношение на постиженията на детето, неговата социална реализация и бъдеще по отношение на професионални

постижения и взаимоотношения с близки и приятели. Понякога за да помогнат на детето си родителите и

неговите близки променят целия си стереотип на живот [1].

Литература:

- [1] Боянова В., М. Станков, Хиперактивност и дефицит на вниманието или какво да правим с неударжумото дете, Социална комуникация, София, 2005 г
- [2] Николова Св., П. Маринов, Психиатрия, психология и психотерапия за общопрактикуващия лекар, УИ Медицина, София, 2002 г
- [3] Elia J, Ambrosini PJ, Rapoport JL. Treatment of attention-deficit-hyperactivity disorder. // *N. Engl. J. Med.* 340 (10). March 1999. с. 780–8.
- [4] Gentile, Julie. Adult ADHD: Diagnosis, Differential Diagnosis, and Medication Management. // *Psychiatry* 3 (8). с. 24-30.
- [5] Plaqueette: "Les enfants avec un TDAH et leur scolarité"
- [6] ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation by George J. DuPaul, Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos, and Robert Reid
- [7] roditel.bg/10-znamenitosti-izrastnali-s-hiperaktivnost-s-defitsit-na-vnimanieto.
- [8] <http://psihichnozdrave.com/biblioteka/statii>
- [9] <https://lifestyle.framar.bg/10>
- [10] <https://www.logopedia-bg.com>
- [11] <https://naturesplus.bg/deficit-na-vnimanieto-i-hiperaktivnost-suveti-ot-natures-plus/>

Адреси за контакти:

Доц. Кристина Захариева, д.п.

ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“ РУ „Ангел Кънчев“

Русе, ул. „Студентска“ 8; Тел: 0885193003

E-mail: kzaharieva@uni-ruse.bg

Д-р Огнян Шербанов, д.м.

МБАЛ „Медика“ Русе, Кардиологично отделение, лекар

Русе, ул. „Рига“ 35; Тел: 0889232744

E-mail: osherbanov@uni-ruse.bg

Ас. Татяна Атанасова

ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“ РУ „Ангел Кънчев“

Русе, ул. „Студентска“ 8; Тел: 0885635514

E-mail: nursing_russe@abv.bg

КИНЕЗИТЕРАПИЯ СЛЕД ОРТОПЕДИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА РОДОВА ТРАВМА НА РАМЕННИЯ СПЛИТ

Нина Михайлова, Таня Мегова

Медицински университет Плевен

KINESITHERAPY AFTER ORTHOPEDIC TREATMENT OF THE RODE TRAIN OF THE REDUCED SPLIT

Nina Mihailova, Tanja Megova

Medical University – Pleven

Abstract: Surgical treatment is applied in cases where the recovery process does not give a good result and the formed contractures and deformations are subject to reconstructive surgery. The maximum functional recovery is based on an individual pathogenesis analysis of each case and precise selection of kinesitherapeutic agents.

Key words: Kinesitherapy, plexus brachialis

ВЪВЕДЕНИЕ

Направен е литературен обзор по темата. Акушерската парализа се среща при 1 на 1000-2000 новородени. Извършването на оперативна намеса и предстоящата кинезитерапия целят предотвратяване на развитието на трайна вътрешноротаторна контрактура и последващото деформиране на главата на раменната кост, което може да достигне до сублуксации.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Родовата травма на plexus brachialis (акушерска парализа) е сериозен медико-социален проблем, изискващ продължително лечение и с него се занимават широк кръг специалисти. Кинезитерапията заема важно място в лечебния процес. Родовата травма е свързана е с притискане, разтягане, частично или пълно прекъсване на неговите първични стволоче и формиращите ги коренчета, по-рядко с увреда на вторичните снопчета или на отделни нерви. Прието е схващането, че се отнася за увреждане на коренчетата на plexus brachialis, поради разтягането им по време на

раждането. В зависимост от тежестта на травмата могат да се

наблюдават различни патоанатомични промени.

Акушерската парализа се среща при 1 на 1000-2000 новородени. Странанието представлява 37% от всички родови травми. Ferguson отбелязва, че колкото намалява смъртността толкова се увеличават родовите травми, включително и тази на раменния сплит [2].

Чести етиологични фактори:

1. Трудно раждане и неправилни манипулации при изваждане на плода.
2. Едър плод.
3. Седалищно или крачно прилежание на плода.
4. Прилагане на форцепс или вакум.
5. Тесен таз на майката и повишен тонус на перинеалните мускули.
6. Неблагоприятно разположение на горния крайник на плода при износването.
7. Вродени аномалии на гръбначния стълб.

При голяма част от случаите се среща комбинация от няколко етиологични фактора. Това налага специално наблюдение на бременността и изследване на новороденото с оглед ранно поставяне на диагнозата и ранно започване на лечението.

Условно могат да се разгледат следните клинични форми на родовата парализа на раменния сплит:

- **Увреда на проксималния първичен ствол - Горен тип (Duchenne - Erb)** – засегнати са коренчетата C5-C6. Парализата обхваща мускулите на раменната става и мишницата. Ръката е приведена към гръдния кош и във вътрешна ротация, екстензирана и пронирана предмишница, пръстите са отпуснати или леко флектирани. Отслабен или липсващ бицебсов рефлекс.

Моторен дефицит:

1. Засягат се мускулите на раменния пояс;
2. Флексорите на предмишницата и супинаторите;
3. Доминира тонусът на антагонистите;
4. Тенденция към вътрешноротаторна контрактура в рамото и флексионна в лакътя.
5. Поради засягане на mm. rhomboidei и m. serratus ant. след 1-2 години се оформя scapula alata. При недиагностициран дефицит на m. pectoralis major може да се наблюдава абдукционна контрактура в рамото.

- **Увреда на проксималния и средния първичен ствол.**

Позицията на ръката е близка до тази при чистия проксимален тип, но китката е в принудителна поза както при увреда на n. radialis

Моторен дефицит:

1. Пръстите са силно флектирани в метакарпофалангиалните стави и леко в интерфалангиалните стави;
2. Палецът е аддуциран;
3. Екстензията на предмишницата не доминира поради лезия на m. triceps brachii. Налице е по-силна тенденцията към флексионна контрактура в лакътя.
4. Липсват сухожилните рефлекс на m. triceps brachii и m. biceps brachii, вместо флексия в лакътя се получава флексия на пръстите.

Моторен дефицит:

Към парализата на мускулите на раменния пояс, флексорите на предмишницата и супинаторите се прибавя:

- лезия на m. triceps brachii;
- лезията на всички екстензори на китката и пръстите, инервирани от C7 коренче (вкл. m. abd. pollicis longus).

При тази комбинирана увреда на горния и средния първичен ствол се засягат най-често:

- M. serratus ant., m. pectoralis major, m. latissimus dorsi.
- Намален е силовият захват на пръстите, въпреки че тяхната флексия не страда (липсваща стабилизираща функция на m. triceps brachii и екстензори на китка и пръсти)

Сетивните разстройства се наблюдават в дерматомите C5, C6 и C7 – задностраничната повърхност на мишницата и предмишницата и първите три пръста (установява се предимно при нелекувани деца).

- ❖ **Увреда на средния първичен ствол.**

Клиничната картина наподобява тази при увреда на n. radialis с изключение на това, че е запазен n. brachioradialis, който се инервира от горния първичен ствол.

- ❖ **Комбинирана увреда на средния и дисталния първичен ствол.**

Предилекционната позиция на ръката се определя от засягането на C7, C8 и Th1 коренчета. Китката е увиснала като при увреда на n. radialis, а участието на n. medianus и n. ulnaris води до позицията „ръка на граблива птица“ (main en griffe) – пръстите са екстензирани в метакарпофалангеалните стави и флектирани в интерфалангеалните стави.

Движенията в рамото и флексията в лакътя са нормални.

Липсват трицебсов, стило-радиален и стило-улнарен рефлекс, бисебсовият рефлекс е отслабен.

Моторен дефицит:

Парализата се отнася до:

1. Екстензорите на предмишницата,
2. Екстензорите и флексорите на китката,
3. Дългите екстензори и флексори на пръстите,
4. Всички малки мускули на тенар, хипотенар, междукостни мускули.
5. Мускулите на предмишницата и особено на китката и пръстите са силно атрофични, кожата е изтънена. **Налице е синдромът на Claude-Bernard-Chorner.**

Липсват:

1. Абдукция, аддукция и опозиция на пръстите;
2. Липсват всякакви захвати и ръката не се използва в ДЕЖ.

Сетивните разстройства се установяват в дерматомите C7, C8 и Th1 (запазена сетивност на палеца).

- **Увреда на дисталния първичен ствол - Долен тип (Dejerinne – Klumpke)** - засегнати са коренчетата C7 – C8 и Th1.

Моторен дефицит:

1. Китката е в позиция на „граблива птица“.
2. Парализирани са всички собствени мускули на ръката (тенар, хипотенар, лумбрикали и интереси).
3. Сетивните разстройства се установяват в дерматомите C8 и Th1 и са най-силно изразени в 4-ти и 5-ти пръст и латералната страна на предмишницата.
4. Налице е **Claude-Bernard-Chorner синдром**. Този тип се среща рядко.

- **Увреда на трите първични ствола - Смесен (тотален тип)**

Среща се рядко и е свързан с увреда на целия сплит.

Засегнати са:

1. Всички мускули на раменния пояс и ръката, която е напълно неподвижна.
2. Липсват сухожилни и надкостни рефлексии.
3. Силно разстроена е дълбоката сетивност,

4. Липсват всички видове на кожната сетивност на цялата ръка, която е атрофична.

5. Налице е Claude-Bernard-Chorner синдром. Ръката е със 100% инвалидност, което приведено към личността е 70-60% инвалидност [1].

На практика строго разграничаване между отделните клинични разновидности не винаги е възможно. Могат да се наблюдават и междинни форми.

Родовата травма на раменния сплит може да се придружава и от травми на други тъкани:

- Фрактури на ключицата;
- Хематом на m. sternocleidomastoideus]
- Фрактура на хумеруса;
- Луксация на caput humeri;
- Фрактура на шийни прешлени;
- Увреда на предните рога на гръбначния мозък ;
- Увреда на n. phrenicus;
- Увреда на ЦНС.

Заболяването се проявява и със сетивни и вегетативни смущения:

- Хипестезия и анестезия на пръстите;
- Разстройство на потната секреция;
- Синдром на Claude-Bernard-Chorner.

Сетивните и симпатиковите смущения са лош прогностичен признак [2].

Заболяването протича в няколко периода, които имат следните клинични белези:

I. Начален период – непосредствено след раждането Парализата е обширна и засяга целия горен крайник, който виси отпуснат край тялото. Диагнозата трудно се поставя по отношение на тежестта на увредата.

II. Период на възстановяване – обширната парализа постепенно намалява. Възстановяването започва от дисталните части на крайника. След четвъртия месец възстановяването се

забавя, но подобрение може да се очаква до 18-ия месец. При тежките форми и при дисталните спонтанно подобрение се наблюдава рядко. Невъзстановените мускули атрофират и изпадат в контрактури, които са тежки при нелекувани случаи.

III. Резидуален период – след края на 2-та година остатъчните увреди на *pl. brachialis* се считат за дефинитивни. Следва лечение свързано с корекции на контрактурите и създаване на компенсаторни механизми.

Лечението започва от първите дни след раждането и е продължителен процес основан на следните принципи:

1. Създаване на условия за възстановяване на засегнатите нерви и мускули;
2. Предотвратяване на развитието на контрактури;
3. Трениране на здравата мускулатура за изработване на компенсаторни и заместителни движения [1].

Оперативно лечение се прилага при случаите, при които възстановителния процес не стига докрай и формираните контрактури и деформации стават предмет на реконструктивната хирургия. Оперативното лечение е подходящо след навършване на 4-5 годишна възраст. На корекция подлежат вътрешноротаторните контрактури на раменна става, някои парализи и контрактури на лакътя, предмишницата и китката.

Най-често се прилагат следните видове операции:

1. Костна – деротативна остеотомия на хумеруса.
2. Мускулно-сухожилна – тенотомия на скъсения *m. subscapularis* и предна капсулотомия. Ако *proc.coracoideus* е клюновидно извит, той също се резецира, защото пречи на главата на хумеруса да заеме нормалното си място. **Важно условие за ефективността на операцията е наличието на активни външни ротатори.**

3. Мускулни транспозиции – обикновено с мускулно-сухожилната операция, когато липсват активни външни ротатори. Най-често *m. latissimus dorsi* се транспонира за външен ротатор. Подобряване на активната абдукция може да се постигне с *m.trapezius*.

При липса на активна флексия в лакътя се транспонира *m. pectoralis minor* и долната част на *m. pectoralis major*.

Оперативното лечение задължително се комбинира с кинезитерапия.

При мускулно-сухожилната операция започва рано и акцента е върху подобряване на абдукцията и външната ротация.

При мускулните транспозиции следоперативната кинезитерапия започва след 21-я ден и се провежда по правилата за преобучение на транспониран мускул [2].

Кинезитерапия при мускулно-сухожилни операции.

Цел на операцията: Предотвратяване на развитието на трайна вътрешно ротаторна контрактура и последващата деформация на главата на раменната кост, стигаща до сублуксация. Чрез операцията се постига:

- Подобряване на активната абдукция, чрез подобряване на функцията на запазените мускули двигатели.

Кинезитерапията протича в следните периоди:

1. Ранен следоперативен
 2. Късен следоперативен
-  През **ранния следоперативен период** насоките на кинезитерапията са както при мекотъканни и костни операции.

Задачи на кинезитерапията са:

- преодоляване на следоперативната асептична възпалителна реакция;
- преодоляване на мускулния гард;
- профилактика на ставната ригидност.

 **Късен следоперативен период**

Цел на кинезитерапията:

- Максимално функционално възстановяване на оперираната става и целия горен крайник.

Задачи на кинезитерапията:

- Поддържане на трофиката на ставата;
- Увеличаване на обема на движение във всички стави на горния крайник;
- Увеличаване на мускулната сила;
- Подобряване на координацията на движенията;
- Обучение в ДЕЖ.

Средства на кинезитерапията:

- Лечебен масаж;
- Пасивни и активно-асистирани упражнения;
- Активни упражнения от различни и. п.
- Изометрични и изотонични упражнения;
- Упражнения срещу съпротивление;
- Стречинг;
- Суспенсотерапия и пуллитерапия в клетки на Роше;
- Ерготерапия;
- Игротерапия.

Методични указания:

1. За избягване на рефлекторния спазъм упражненията се изпълняват в бавен темп и прецизирана дозировка;
2. Не се допускат компенсаторни механизми;
3. Непрекъснат контрол върху скапуло-хумералния ритъм;
4. Контрол върху позицията на лакътната става заради тенденцията ѝ за флексионна и пронаторна контрактура;
5. За увеличаване на мускулната сила и преодоляване на хипотрофията се прилага мануално съпротивление,

Литература:

[1] Гачева, Й. ред. Физикална терапия и рехабилитация на заболяванията в детската възраст. София: Медицина и физкултура, 1987.

антигравитационни упражнения и тежести от 250 г до 500 г.

6. Трениране на m. biceps brachii, тъй като функцията му на супинатор е необходима за самообслужването и е най-изразена при 90гр. флексия в лакътя. Той се включва основно при бързи движения срещу съпротивление.
7. Трениране на mm. rhomboidei и m. serratus anterior, тъй като тези мускули са стабилизатори на лопатката и при тяхната слабост е налице scapula alata.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При родова травма на раменния сплит (РТПС) детето загубва още с раждането двигателната дейност на ръката, нейната проприорецепция, фината сетивност и познавателна способност, които в норма са от огромно значение за психо-моторното развитие на детето. Леките парализи, включително и тези, които се дължат на травматичен шок, неуроархия, ако не се лекуват навреме и правилно, могат да доведат до неприятни и остатъчни явления и до инвалидизиране на детето. Обратно, ранната, упорито и продължително провеждана рехабилитация поддържа активния ход на реинервацията на цялата ръка при децата с пълна парализа – появяват се силови и върхови захвати, постига се възстановяване на дълбоката и повърхностната сетивност, ръката започва да се използва активно в ежедневните и битовите дейности. От 60%-70% загубена работоспособност при нелекувани деца с пълна парализа на ръката пълноценното и системно лечение намалява тази загуба на 30%-25% и се отразява много положително на интелектуалното развитие на децата с РТПС [2].

[2] Попов, Н., Е. Димитрова. Кинезитерапия при ортопедични заболявания и травми на горния крайник. София: НСА-ПРЕС, 2007.

Адрес за контакти:

Доц. Нина Михайлова, д.п.

Факултет „Обществено здраве”,

Катедра „Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт”,

Медицински университет - Плевен,

тел.:064-884118, e-mail: mihailova.nina@abv.bg

КИНЕЗИТЕРАПИЯ В ПОСЛЕРОДОВИЯ ПЕРИОД

Петя Парашкевова, Юлияна Пашкунова
Русенски университет „Ангел Кънчев“

POSTNATAL KINESIOTHERAPY

P. Parashkevova, J. Pashkunova
„Angel Kanchev “ University of Ruse

Abstract: The postpartum period requires special care for the pregnant woman in order to avoid possible complications. The faster the regeneration of the generic pathways, the better the tonus of the uterine muscles and the faster it regains its size, the quicker the risk of infection is prevented. The faster the normalization of the abdominal muscles tonus occurs, the better the normal position of the sexual organs is assured.

Key words: maternity, generic pathways, uterus, abdominal musculature.

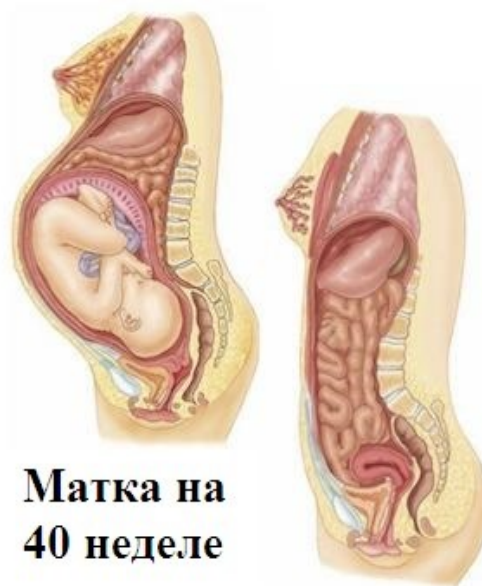
ВЪВЕДЕНИЕ

Периодът, необходим за възстановяване на предишната физическа и психическа дееспособност на жената, след раждането се нарича послеродов период [4]. Измененото анатомично и функционално състояние на органите в малкия таз се отразява върху функционалното състояние на всички органи и системи /фиг.1./. Матката остава уголемена с разранена вътрешна повърхност и разширена шийка от която изтичат секрети /лохии/. Коремната стена и тазовото дъно са разтегнати и отпуснати. Нарушена е функцията на дебелото черво и пикочният мехур [6]. Органите в коремната кухина и гръдният кош, които са изместени и притиснати по време на бременността, заемат предишната си форма и положение веднага след раждането. Промените в обмяната на веществата и кръвта за няколко дни достигат началните си стойности. За половата система, претърпяла най-много изменения, времето за възстановяване е най-дълго. Най-видимо остават променени мускулатурата и кожата [4].

ИЗЛОЖЕНИЕ

По време на раждането ЦНС получава извънредно много дразнения, които я поддържат постоянно във

възбудено състояние, водещо до пренапрежение на нервните клетки. След раждането тези процеси се заменят със задръжни, които довеждат родилката до отпадналост, умора и намалени жизнени функции. Продължителното лежане може да допринесе до задръжане на лохиите, инфекция, спадане на половите органи и др. [4].



Матка на
40 недели

6 недель
после родов

Фиг.1. Анатомично състояние на органите в малкия таз по време на бременност и след раждане

Упражненията за цялата мускулатура както и за тази, която е в съседство с малкия таз, засилват импулсите до дебелото черво и пикочният мехур в резултат на което тонусът и перисталтиката им се повишават и се регулира изпразването им. По същия механизъм се засилва тонусът на маточната мускулатура, контракциите стават по-енергични и лохиите изтичат по-добре, а това благоприятства и за побързото намаляване на матката и възвръщането и до нормалните за нея големина и форма [3]. По този начин се предпазва родилката от свличане на коремните и тазовите органи, от изкривяване на матката и други усложнения, които се появяват след раждане, след рано упражняване на физическа работа при отглеждане на детето или при връщане в професията рано след него [1].

Кинезитерапията /КТ/ след раждане се разделя на два периода:

Ранен послеродов период, който започва от 6-8 час след раждането и продължава около 1 месец. Ранното включване на КТ е най-силно въздействащото средство за възстановяване и тонизиране на жената. Продължителността е 15-20 минути [5]. Най-благоприятно въздействие оказват упражненията на съкратителната способност на гладката мускулатура на матката. Вертикализирането се извършва след изпълнението на целия комплекс от упражнения и се предхожда от седеж със спуснати крака – 3 мин. При анормално раждане, общото състояние на родилката е по-тежко, родовата травма е по-голяма и е необходим индивидуален подход към нея. Упражненията се изпълняват в бавен темп и различен начин на седеж преди вертикализация /чрез опорен бедрен седеж/ [4].

ПРИМЕРЕН КОМПЛЕКС ПО КИНЕЗИТЕРАПИЯ В РАННИЯ ПОСЛЕРОДОВ ПЕРИОД

1. И. П.: Тилен лег. На 1 – повдигане на двете ръце напред. На 2 – отвеждане на ръцете встрани – вдихване. На 3,4 – връщане на ръцете по обратен път в и. п. – издишване. Дозировка от 4 – 6 пъти.
2. И. П.: Тилен лег. На 1 – сгъване на единия крак към тялото, ходилото се плъзга по кушетката – издишване. На 2 – връщане в и. п. – вдихване. На 3,4 – противоравно.
3. И. П.: Тилен лег. На 1 – сгъване на ръцете в лактите, докато пръстите опрат съответните рамене – издишване. На 2 – връщане в и. п. – вдихване. Дозировка от 5 до 8 пъти.
4. И. П.: Свит тилен лег. На 1 – разтваряне на коленете встрани – вдихване. На 2 – връщане в и. п. – издишване. Дозировка от 6 до 8 пъти.
5. И. П.: Тилен лег, ръцете встрани. На 1 – лявата ръка се повдига и отвежда вдясно със стремеж да достигне пръстите на дясната ръка – издишване. На 2 – връщане в и. п. – вдихване. На 3,4 – противоравно. Дозировка от 3 до 5 пъти за всяка ръка.
6. И. П.: Тилен лег, краката са абдуцирани в тазобедрените стави на ширината на раменете. На 1 – приближаване на пръстите на краката един към друг – издишване. На 2 – пръстите на краката се отделят максимално встрани – вдихване. Дозировка от 6 до 8 пъти.

7. И. П.: Тилен лег. На 1 – повдигане на таза – вдишване. На 2 – връщане в и. п. – издишване. Дозировка от 4 до 6 пъти.
 8. И. П.: Тилен лег. На 1 – повдигане на единия крак нагоре с екстензирано коляно – издишване. На 2 – връщане в и. п. – вдишване. На 3,4 – противоравно. Дозировка от 3 до 5 пъти за всеки крак.
 9. И. П.: Лег, ръцете напред. На 1 – повдигане на лява ръка и десен крак – вдишване. На 2 – връщане в и. п. – издишване. На 3,4 – противоравно. Дозировка от 3 до 5 пъти за отделните крайници.
 10. И. П.: Лег, ръце с длани на тила. На 1 – повдигане на главата и по възможност на гърдите – вдишване. На 2 – връщане в и. п. – издишване. Дозировка от 4 до 6 пъти.
 11. И. П.: Тилен лег. Краката се повдигат и се изпълняват „ножични“ движения с екстензирани колена. Дишане свободно. Дозировка от 2 до 4 пъти неколkokратно.
 12. И. П.: Свит тилен лег. На 1 – отвеждане и на двете колена вляво – издишване. На 2 – връщане в и. п. – вдишване. На 3,4 – противоравно. Дозировка от 5 до 7 пъти вляво и вдясно.
 13. И. П.: Тилен лег, ръцете горе. На 1 – заемане на седеж. На 2 – връщане в и. п. Дишане свободно. Дозировка от 5 до 8 пъти.
 14. И. П.: Опорен седеж. На 1 – сгъване на единия крак в коляното и привеждане на главата към него – издишване. На 3,4 – противоравно. Дозировка от 4 до 6 пъти за всеки крак.
 15. И. П.: Стоеж. На 1 – кръг с единия крак в тазобедрената става. На 2 – кръг с другия. Дишане свободно. Дозировка от 3 до 5 кръга за всеки крак.
 16. И. П.: Стоеж. Ходене по права линия с високо повдигане на коленете. Дишане свободно. Дозировка 30-40 сек.
 17. И. П.: Основен стоеж. Изпълняват се махови движения с единия, а после с другия крак. Дишане свободно. Дозировка от 10 до 15 маха за всеки крак.
 18. И. П.: Разкراчен стоеж. На 1 – повдигане на ръцете до страни – вдишване. На 2 – връщане в и. п. – издишване. Дозировка от 6 до 8 пъти [2].
- Късният послеродов период започва от 20-30 дни след раждането и продължава около 6 месеца. Продължителността на КТ е 30-45 мин. [5]. Целта е пълно възстановяване на дееспособността на организма и възвръщане на естетическия външен вид на жената. Задачите на КТ са възстановяване на силата на гръбначните и коремните мускулни групи с цел преодоляване на дисбаланса им и намаляване на теглото [4].
- При слабост на коремната стена се избягват упражненията от стоеж и подскоците, поради опасност от птоза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ранното включване на заниманията по кинезитерапия след раждането е най-силно въздействащото средство за възстановяване и тонизиране на жената. Най-благоприятно въздействие оказват упражненията на съкратителната способност на гладката мускулатура на матката. Бързото преминаване на отрицателните психогенни причини, повишаването на настроението, самочувствието и физиологичния тонус са

от изключително важно значение за правилното протичане на лактационните възстановяването на родилата жена и процеси.

Литература:

- [1] Баракова, П. Кинезитерапия в акушерството и гинекологията – лекционен курс. стр. 30-31.
- [2] Костадинов, Д. и кол. Практическо ръководство по лечебна физкултура. Медицина и физкултура. С., 1985, стр. 259-261.
- [3] Маркова-Старейшинска, Г., Ил. Димитров. Лечебна физкултура за девойката и жената. Медицина и физкултура. С., 1990, стр. 76-95.
- [4] Пантелеева, Д. Кинезитерапия в акушерството и гинекологията. ТИП ТОП ПРЕС. С. , 2006, стр. 44-46.
- [5] Парашкевова, П. Кинезитерапия в акушерството и гинекология. Русенски университет, Печатна база при русенски университет „Ангел Кънчев”, 2015, стр. 49-54.
- [6] Попов, Н. Кинезитерапия в спортната практика. Обща методика. НСА – прес. С., 2006, стр. 126-127.

Адреси за контакти:

Доц. Петя Парашкевова, доктор
e-mail: pparashkevova@uni-ruse.bg

Гл. ас. Юлияна Пашкунова, доктор
e-mail: ypashkunova@uni-ruse.bg

WEEKEND WARRIORS И РИСКЪТ ОТ РУПТУРА НА АХИЛЕСОВОТО СУХОЖИЛИЕ – ФАКТОРИ, ПРЕВЕНЦИЯ И ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ

С. Миндова, И. Караганова, Д. Василева

Русенски университет "Ангел Кънчев", ФОЗЗГ, катедра ОЗСД

WEEKEND WARRIORS AND THE RISK OF RUPTURE OF ACHILLES TENDON - FACTORS, PREVENTION AND RECOVERY

S. Mindova, I. Karaganova, D. Vasileva

„Angel Kanchev“ University of Ruse, Public Health and Social Activities

Abstract: Achilles tendon is the largest and most loaded tendon in the human body. It is subjected daily to the stress of its participation in the most natural function of the human body - the gait. The trauma of the Achilles tendon is common in modern traumatology, and a number of studies have reported an increase. Only through awareness and prevention of risk factors and their consequences could many injuries, surgical interventions and prolonged rehabilitation procedures associated with absence from the working environment, such as weekend warriors, be prevented.

Key words: Achilles tendon, physiotherapy, weekend warriors, gait

ВЪВЕДЕНИЕ

По честота травматичните увреди на Ахилесовото сухожилие заемат около една пета от травматичните увреди на големите сухожилия. Травма на Ахилесовото сухожилие се среща сравнително често (2% от всички наранявания и 32% от разкъсванията на големите сухожилия). Мъжете съставляват 86,56% от пострадалите, а най-честата засегната възраст е от 21-44 год. В 59% се касае за спортен травматизъм. Закритите разкъсвания съставляват 82% от основния контингент. [12]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Ахилесовото сухожилие е най-голямото и най-натовареното сухожилие в човешкото тяло във връзка с участието му в най-естествената функция на опорно-двигателния апарат – походката. Травмите на Ахилесовото сухожилие са често срещани в съвременната травматология и редица проучвания съобщават за тяхното нарастване.[1]

Съществуват две теории за руптура на ахилесовото сухожилие:

Дегенеративната теория посочва, че хроничната дегенерация на Ахилесовото сухожилие предразполага

към разкъсване при натоварвания, които са физиологични. Изследванията показват, че голяма част от пълните руптури на Ахилесовото сухожилие се получават вследствие на дегенеративни процеси, които водят до неговото отслабване, а в последствие скъсване, дори при невисоки натоварвания. Повтарящата се микротравма с прекомерно натоварване, някои лекарства и промени във физиологичната структура на сухожилията също могат да допринесат за дегенеративните му промени.

Механичната теория гласи, че силната контракция на комплекса гастрокнемиус – soleus може да бъде достатъчна, за да доведе до остро разкъсване на здравето Ахилесово сухожилие. Това се отнася особено за така наречените „weekend warriors“ („неделни играчи“) – епизодични спортисти на средна възраст. По-голямата част от нараняванията протичат остро, но съществува и малка група – до 15%, при която има продромални симптоми на болка, подуване и скованост преди разкъсване на ахилесовото сухожилие (фиг 1).[7]

Weekend warriors

Според Райкин, професор по ортопедична хирургия в Медицински колеж "Томас Джеферсън" САЩ, през пролетта се констатира над 30% от случаите на разкъсване на Ахилесовото сухожилие.[9]

През зимата хората са много по-малко активни, което е предпоставка за сухожилията да намалят своята еластичност. Това, което прави впечатление при анализа на това увреждане е, че професионалните спортисти не са най-рисковата група за този вид нараняване. Руптурата на ахилеса засяга в голяма степен хора (особено мъже на средна възраст 40 – 45 години, както и такива със затлъстяване), който поради седмичното работно натоварване в офиса или в колата, нямат възможността за активна физическа дейност или спорт а практикуват това само през почивните дни, като се впускат в играта с всички сили и по време на еуфорията не усещат неадекватното натоварване, което причиняват на телата си. [4; 5]

След тежък мач, състезания или бягане, на тялото може да му отнеме повече от седмица за да се върне към изходната си позиция и ако отново бъде натоварено твърде скоро и/или прекалено много, тъканите, които са били ангажирани при натоварването започват да отслабват, което често води до скъсване на Ахилесовото сухожилие. В чуждата литература това увреждане се нарича *weekend warriors* („неделни бойци“).[8]

При направено проучване от David N. Garras и Philip V. Krapchev във Foot Ankle International – 2013, със заглавие “Achilles Tendon Injuries in a United State Population,” учените установяват, че най-често срещаните спортове с разкъсвания на Ахилесовото сухожилие са: баскетбол, тенис, футбол, волейбол, бягане, скачане но по-скоро на ниво общност, а не в

професионални спортове. От анализиранияте случаи в това изследване – 83% руптури на ахилеса са били на мъже, докато само 17% са наблюдавани при жени.[2]

В отделението по Ортопедия и травматология на Университетската многопрофилна болница „Канев“ – Русе, в периода 1.01.2017 – 31.12.2017 година са постъпили 12 мъже (на възраст между 34 и 69 години, като повечето от тях на възраст около 40 години) и 2 жени (на 11 и 33 годишна възраст) с диагноза *Ruptura tendom Achilli*.

Въпреки че спорадичната физическа активност може да доведе до лични ползи за здравето, това проучване разкрива, че много от обичайните спортни дейности за отдых могат да предизвикат тежки наранявания и травми. [3; 6].

Повечето пациенти с тази патология са мъже. При жените ставните връзки и сухожилията са по-еластични, което вероятно се дължи на женските хормони. От друга страна жените рядко се подлагат на екстремни спортни изпитания а в повечето случаи предпочитат гимнастики, стречинг или фитнес, които не натоварват толкова самото сухожилие.

Една от най – честите причини за *руптура на Ахилесовото сухожилие* е рязкото пиково натоварване или травма, свързана с преминаване на нормалния обем на движение в глезена (фиг 1). Често такива травми получават спортисти като спринтьорите, при които се изисква взривна моментна сила, а мускулите и сухожилията се напрягат до краен предел. Рискът от сухожилна увреда се увеличава при недобро загряване или хроничен възпалителен и дегенеративен процес.[2]

Фактори, които увеличават риска от травми и руптура в областта на Ахилесовото сухожилие:

- ✓ пределни натоварвания;
- ✓ рязко повишаване на физическото натоварване;



фиг. 1 Руптура на Ахилесовото сухожилие

- ✓ спаднал свод – когато кракът се окаже в по-голяма пронация се променя ъгълът на теглене, а от там и големината на силите действащи върху ахилеса;
- ✓ дегенеративни изменения на Ахилесовото сухожилие;
- ✓ наднормено тегло;
- ✓ недобро загряване преди тренировка;
- ✓ недостатъчна подвижност в глезена – недостатъчна подвижност в която и да е било става, често гарантира неправилно разпределение на силите прилагани в конкретно движение и съответно предразполага към травми;
- ✓ скъсяване на Ахилесовото сухожилие;
- ✓ продължителен прием на кортикостероидни препарати;
- ✓ неудобни обувки – тук могат да се включат и чорапите, които трябва да са дълги и да покриват глезена, защото освен всичко останало е много важно задната част на обувката да е мека и да не предизвиква голямо триене в зоната на ахилеса;
- ✓ трениране на твърди терени;
- ✓ постоянно напрежение в прасците, което оказва и постоянно теглене в сухожилието;
- ✓ слаби глутеални мускули и слаба задна мускулна група на бедрото – гарантират по-голямо натоварване върху прасеца по време на бягане;
- ✓ лоша техника – техника изискваща повече от нужното в един от двата момента – на посрещане на опората (когато се посреща с пръсти) или на отгласване (при посрещане на опората с пета);

✓ медицински състояния (бъбречна недостатъчност, автоимунни заболявания, атеросклероза, хиперурикемия, генетични нарушения на колагена).[8]

В голяма част от случаите, причините за скъсяване на Ахилесовото сухожилие са многофакторни.

Водещият *симптом* при травма на Ахилесовото сухожилие е силната, камшична, рязка болка в областта на подбедрицата. При скъсяване на ахилеса, първоначално се формира бразда, която в последствие се запълва от появилия се оток. Пациентите с такава травма не могат да извършват плантарна флексия на ходилото и ходене на пръсти.

Диагнозата се поставя на базата на клиничните тестове на Tompson, Copland, Malles, O'Brain, по наличието на травматична бразда в зоната на сухожилието, оток, намалена или невъзможна активна плантарна флексия. За по-точна диагностика и степен на разкъсване на Ахилесовото сухожилие се използва ядрено-магнитен резонанс (ЯМР) и ултрасонография (УЗ). Ултразвукът може да даде данни както за диагностика при установяване увредите в структурите на Ахилесовото сухожилие, така и за превенция на такива травми, проследявайки динамично измененията на сухожилието или на неговите обвивки. Това изследване дава възможност за откриване на различни увреждания, като: тендинити, тендинопатии и паратендинити, при който кръвоснабдяването в съответната тъкан е силно намалено и дава предпоставка за разкъсвания при определени „стресови“ условия. По този начин изследваният може да бъде предупреден да избягва по-големи натоварвания, определени рискови за него спортове, да бъде насочен към друг вид спорт – без „взривен“ характер. При неспазване на тези условия, Ахилесовото сухожилие боледувайки задебелява, губи еластичността си, фиброзира и става рисково за рупури при всяко едно по-рязко движение. Посредством ултразвука може да се

проследи реваскуларизацията и възстановяването на фибрите на ахилеса след хирургично лечение.

Лечението при травмите на ахилеса зависи от тежестта на увредата, от възрастта и нивото на физическа активност на засегнатия. Сухожилието е ригидна тъкан и трудно реагира на външни медикаментозни и лечебни средства. Хроничните увреди на ахилеса (тендинопатии) са трудни за лечение поради намалената възможност за възстановяване (особено при по-възрастни хора). При пълно разкъсване на сухожилието е необходимо оперативно лечение, а след това продължително и бавно възстановяване и индивидуален подход в лечението и кинезитерапията на пациентите.

В практиката, все още на много места се използва най-често гипсова имобилизация за 45 дни след хирургичното лечение на руптурата на Ахилесовото сухожилие. Съответно на това са и насоките ни за кинезитерапия в тази публикация.

Значително по-големи предимства относно скъсяване сроковете на възстановяване има ортезата за имобилизация гелзен-стъпало тип ботуш (фиг. 2). Тя създава редица удобства за пациентите, тъй като може да се сваля за упражнения и да се поддържа хигиена (къпане), но същевременно предпазва крака при ходене. Чрез регулирането на повдигането на петата, постепенно може да се намалява ъгълът, под който е фиксирано ходило. Когато кракът е в ортезата, може да се стъпва леко върху него при ходене, но тежестта трябва да е върху петата.

Профилактиката на руптура на Ахилесовото сухожилие включва противодействие на всички фактори, които допринасят за възпалението или разкъсването на ахилеса.

Превенция на weekend warriors
Много хора погрешно смятат, че едно бързо загряване или бягане, преди началото на играта би било достатъчно да

подготви мускулите за спорт, но това е погрешно – необходимо е упражненията да се извършват поне 3 – 4 пъти на ден за 5 – 6 минути. Спортът (волейбол, баскетбол, тенис, бягане, футбол и т.н.) трябва да бъде поне в още два дни през седмицата, освен през уикенда.



фиг. 2 Ортезата за имобилизация гелзен-стъпало

Епизодичните спортисти на средна възраст не бива да имат очаквания за себе си, каквито са имали в младежките си години – физическата активност и мотивация не бива да граничат с безразсъден ентузиазъм, надминаващ конкретната физиология. Най-значимият проблем с оборудването (екипировката), който се наблюдава са обувките – те трябва да са подходящи за съответния спорт, терен и да са достатъчно комфортни. Според някои автори стречингът е достатъчен за подготовка преди спорт, но според повечето изследвания, извършван самостоятелно, той не намалява риска от руптури. Необходимо е да се изпълнява преди програмата с упражнения като допълващ загрявката и подготовката на мускулите елемент. Проучванията показват, че по-малко от 5% загуба на вода може да повлияе драматично на физическите способности. Това включва производство на мускулна сила, бързина, гъвкавост и време за реакция. Шишето вода на спортното събитие е задължително, но също така и пиенето на много течности през целия ден. В пълна сила при

спортистите важи сентенцията „да се пие, преди да се жадува“, тъй като чувството за сухост вече говори за дехидратация на организма. Това са няколко лесни и достъпни начина за намаляване на вероятността от наранявания като weekend warriors. Всички тези идеи са фокусирани върху повишаване на ефективността, като позволяват използване на тялото в пълния му потенциал, независимо от възрастта или моментните възможности.

Предимството на системните тренировки се състои в приспособяването на тялото и съответно в по-бързото му възстановяване (активират се хормони, усвояват се хранителни вещества, подобрява се кръвообращението). Повишава се издръжливостта към специфични и неспецифични натоварвания – мускулите ангажирани в съответната дейност стават по-силни, нервната система се адаптира спрямо натоварванията. Подобрява се спортната техника. Тъканите се ориентират спрямо натоварването – по време на натоварване тъканите биват наранявани и колкото по-голямо е то, толкова по-сериозна е травмата, която при Ахилесовото сухожилие се изразява в разкъсване на колагеновите фибри, които се възстановяват чрез полагане на нови такива. Новата тъкан е неориентирана, което я прави по-слаба и е един от основните причинители на болка. Тъй като е по-слаба, тя не бива и да бъде поставяна под тежко обременяване.

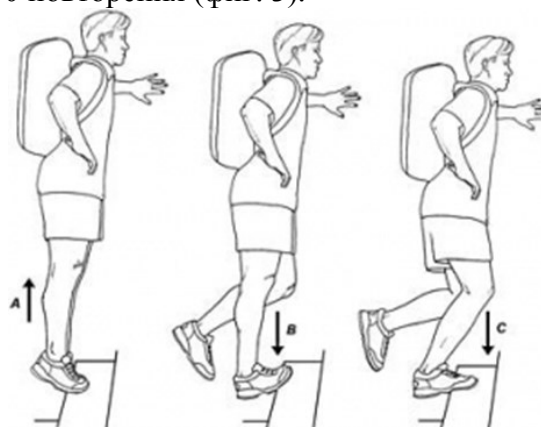
Основното предимство на системно трениращите, пред групата на „weekend warriors“ е, че първите имат възможност, чрез правилно дозирани тренировки да провокират тъканта да стане по-функционална и дори още по-здрава и по-рядко да се среща руптура на Ахилесовото сухожилие.

Кинезитерапия

По-голямата част от проучванията показват, че повечето хора се връщат към нормалните нива на активност след оперативното лечение. При спортистите

се наблюдава по-бърза реакция на възстановяване и по-ниска честота на нови наранявания или реруптури. Физиотерапията/кинезитерапията може да ускори времето за възстановяване.

Ексцентричните упражнения подпомагат ориентацията на тъканите по-добре от всяко неспецифично упражнение в ранната фаза на възстановяване – дължи се на облекченото натоварване на тези упражнения и силното наподобяване на естествени движения. Ексцентричните упражнения са движения, които се извършват в отстъпващ режим на работа на мускула. За тази цел могат да се използват стълби, като болният е стъпил на първото стъпало с двата крака и се е хванал за парапета. Повдига се с двата крака, след което „отлепа“ здравия крак и бавно спуска петата на травмирания крак надолу до зона на приемлива болка, след което поставя отново здравия крак и се връща до начална позиция. Упражнението може да се направи 3-4 пъти на ден с 20-30 повторения (фиг. 3).



■ **фиг. 3 Ексцентрични упражнения [11]**

Целта на кинезитерапията е насочена към поддържане мобилността на ставите в глезенно-ходилния комплекс и целия сегмент, борба срещу хипотрофията и болката, ограничаване и дрениране на отока, предотвратяване на усложнения от хирургично лечение.

Кинезитерапия по време на имобилизацията (под гипса):

- циркулаторен масаж на бедрото;
- активна работа и електростимулация на бедрената мускулатура;
- изометрични контракции на m. triceps surae;
- мобилизации на пръстите на краката;
- трениране на ходене с помощни средства.

Кинезитерапия след отстраняване на гипса:

- рехабилитацията се основава на процеса на цикатризация, който обикновено е дълъг.
- мануален лимфен дренаж и пресотерапия за оттичане на едема;
- криотерапия за дрениране на едема и борба с болката;
- електростимулация за борба с атрофията(фиг. 4);
- активни упражнения за квадрицепса и ишиокруралната мускулатура;
- активни упражнения за мускулите на пръстите на краката;
- активни упражнения за m. triceps surae;
- физикална терапия (УЗ) за стимулиране възстановяването на сухожилието и борба с възпалението;
- прогресивно разтягане (стречинг) на m. triceps surae;
- придвижване с помощни средства, стъпвайки на пета (не на пръсти);
- обработка на цикатрикса срещу сраствания и фиброза;
- трениране на проприоцепцията (самостоятелно балансиране върху нестабилна повърхност - баланс борд (фиг. 5);
- трениране за завръщане към спортна дейност (при спортисти след минимум 6 месеца).[10]

Използването на кинезиотейпинг и някои специализирани упражнения намират значително приложение при възстановяването на Ахилесовото сухожилие.



фиг. 4

Промяната на дължината (към по-малка) и честотата (към по-голяма) на крачката, често води до облекчаване на симптомите и е добра профилактика за повторната им поява.[11]



фиг. 5

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разкъсванията на Ахилесовото сухожилие са най-често срещаните руптури на сухожилия в долния крайник. Тъй като склонността на застаряващото население да продължи да участва в спортни и физически активни

развлекателни дейности е важно за самите спортуващи е необходимо да има информираност, познаване и разбиране за патологията, лечението и резултатите след разкъсване на Ахилесовото сухожилие. Само чрез информираност и превенция на рисковите фактори и последствията от тях биха могли да се предотвратят множество травми, хирургични интервенции и продължителни рехабилитационни процедури, свързани с отсъствие от

работната среда, като тези при епизодичните спортисти на средна възраст (weekend warriors). Така всички физически активни хора ще могат да се запознаят с най-подходящите за тях спортни дейности а предразположените към травмите и нараняванията тип weekend warriors ще изберат гимнастика, колоездене, плуване, фитнес или други спортове с постепенно и дозирано натоварване.

Литература:

- [1] Бърнев, Мартин К., Лечение на руптури на Ахилесовото сухожилие с модифициран перкутанен шев, Автореферат, Варна, 2012
- [2] Derek J. Roberts, Jean-Francois Ouellet, Paul B. McBeth et al, The “weekend warrior”: Fact or fiction for major trauma?, J can chir, Vol. 57, No 3, juin 2014
- [3] Kohl HW., III The elderly “weekend warrior” and risk of mortality. Clin J Sport Med. 2005;15:201–2. [PubMed](#)
- [4] Kruger J, Ham SA, Kohl HW., III Characteristics of a “weekend warrior”: results from two national surveys. Med Sci Sports Exerc. 2007;39:796–800. [PubMed](#)
- [5] Lee IM, Sesso HD, Oguma Y, et al. The “weekend warrior” and risk of mortality. Am J Epidemiol. 2004;160:636–41. [PubMed](#)
- [6] Lee IM, Skerrett PJ. Physical activity and all-cause mortality: What is the dose-response relation? Med Sci Sports Exerc. 2001;33:S459–71 [PubMed](#)
- [7] <http://www.aofas.org/PRC/conditions/Pages/Conditions/Achilles-Tendon-Rupture.aspx>
- [8] <http://rehabilitator.net/>
- [9] <http://www.philly.com/philly/blogs/sportsdoc/Weekend-warriors-more-prone-to-Achilles-Tendon-Rupture.html>
- [10] <http://www.bernard-bruno-masseur-kinesitherapeute.fr/Montpellier/reeducation-de-la-rupture-du-tendon-dachille/>
- [11] <http://info.5krun.bg/>
- [12] <https://medpedia.framar.bg/>

Адреси за контакти:

доц. Стефка Миндова, д-р,
Катедра “Обществено здраве и социални дейности”,
„Русенски университет „Ангел Кънчев”,
тел.: 082-821993 е-mail: smindova@uni-ruse.bg

доц. Ирина Караганова, д-р,
Катедра “Обществено здраве и социални дейности”
„Русенски университет „Ангел Кънчев”,
тел.: 082-821993 е-mail: ikaraganova@uni-ruse.bg

гл. ас. Деница Василева, д-р,
Катедра „Обществено здраве и социални дейности”
Русенски университет „Ангел Кънчев”,
тел.: 082-821993 е-mail: ddecheva@uni-ruse.bg

РЕЗУЛТАТИ ОТ SWOT АНАЛИЗ И СТРАТЕГИИ ЗА ФИЗИЧЕСКА АКТИВНОСТ НА НЕСПОРТУВАЩИ СТУДЕНТИ

Искра Илиева

Русенски университет "А. Кънчев"
Медицински университет - Плевен

RESULTS FROM SWOT ANALYSIS AND STRATEGIES FOR PHYSICAL ACTIVITY OF NON-SPORTING STUDENTS

Iskra Ilieva
University of Rousse "A. Kanchev"
Medical University Pleven

Abstract: This paper propose an options for rising efficiency of individual-logic techniques and methods for analysing phisycal activyty of non-sporting students inside university environment. Special attention is given to the resources and efficiency of the SWOT analysis technique.

Key words: Physical Education, Sport, Non-sporting Students, Body Posture, Body's Alignment, Phisycal Activyty Analysis Approach; Creative-Innovation Toolbox of the Creative Management of Phisycal Educational

ВЪВЕДЕНИЕ

Значението и ролята на двигателната активност са в основата на глобалните препоръки на Световната здравна организация (СЗО), осигуряващи най-добрата профилактика в различните възрастови групи. Според документа се препоръчват честота и интензивност на натоварванията, съобразени с възможностите на индивида, за повишаване на здравния ефект. (**Global recommendations on physical activity for health, World Health Assembly**) СЗО определя физическата активност като всяко телесно движение, произведено от скелетните мускули, което изисква разходи на енергия – включително дейности, предприети по време на работа, игра, извършване на домакински задачи, пътуване и занимания за отдых. [19] Физическото възпитание е педагогически процес, който е планиран, структуриран, организиран и има за цел да подобри или поддържа компонентите

на физическата дееспособност. [1, 2, 5, 6, 9, 11, 13]

В Бялата книга за спорта, разработена от Европейската комисия е разгледана именно общественото значимата роля на спорта. Направени са препоръки за укрепването на общественото здраве чрез физическа активност – разработване на нови насоки за физическа дейност; изграждане на Мрежа за здравословна физическа дейност (НЕРА) на ЕС, чрез формиране на по-малки и по-конкретни звена, насочени към здравословните аспекти; развитие на този приоритет в съответните финансови инструменти, включително в: Седмата рамкова програма за изследвания и технологично развитие (аспекти на здравето, свързани с начина на живот); Програмите за общественото здраве; Програмите за младежта и за гражданите; Програмата за обучение през целия живот. Същият документ подчертава, че липсата на физическа активност увеличава случаите на наднормено тегло, затлъстяване и

редица хронични заболявания като сърдечносъдови болести и диабет, които понижават качеството на живот. Бялата книга на Комисията „Стратегия за Европа по отношение на храненето, наднорменото тегло и здравословните проблеми, свързани със затлъстяването“ препоръчва за наложително предприемането на активни мерки за преобръщане на тази тенденция. Спортът е привлекателен за хората и се възприема положително. Въпреки това, отчетеният потенциал на физическото възпитание и спорта за насърчаване на благоприятната за здравето двигателна активност, не винаги се използва пълноценно и е необходимо непрекъснато да се развива. [4]

SWOT анализът ще осигури възможности за оценяване как стратегията на физическото възпитание и спорт при студентите ще повиши резултатите от тяхната двигателна активност за постигане на физическо, психическо и емоционално здраве.

ИЗЛОЖЕНИЕ

SWOT анализът е модел за стратегическо планиране в бизнеса, използван за оценка на Strengths (силни страни), Weaknesses (слаби страни), Opportunities (възможности), Threats (заплахи), възникващи в проект или бизнес начинание. [17, 19] Тази техника е създадена от Albert Humphrey, ръководител на проект в периода 1960 – 1970 г. в Stanford University, използвайки данни за компании от Fortune 500. (Vasilev, J, N. Orloev, 2010)

Същите автори разглеждат приложението на креативен нелинеен SWOT анализ от гледна точка на личността. Те посочват изводите на Питър Дракър, „че при разработване на SWOT анализ се проявява истината около дълбокия субективизъм при дефиниране на силните (S) и слабите (W) страни, респ. на силните и слабите страни на личността. Характерно за човека е да си приписва

убедено силни страни и да омаловажава или игнорира слабостите си.“

Във връзка с постигането на целите на физическото възпитание и спорта при студентите, е необходимо да се разгледат периодите на образователна и социална ангажираност, проучване на тяхната самооценка за физическо развитие, физическа дееспособност и удовлетворение от активни спортни занимания. Много точно авторите Й. Василев и Н. Орлоев цитират препоръките на П. Дракър с оглед коригиране на последиците от слабите страни и вредните навици на личността, които възпрепятстват ефективността и резултатността „Първо, визиране и концентриране върху възможните слаби резултати в следствие на недостатъчно познание или пренебрежително и надменно отношение към познатието извън сферата на личната конкретна компетентност или извън дадената специалност. Второ, използване на „един-единствен начин“, според него, за анализ на „обратната връзка“. За целта Питър Дракър препоръчва при вземане на важно решение да се опишат очакваните последици, а във времето да се следи за съвпадането им с реалностите.

Действително една част от студентите подценяват физическото възпитание като дисциплина. Те не осъзнават значимостта на физическата активност за тяхното здраве. Поддържането на физическата дееспособност, двигателната координация изисква отговорно отношение, постоянство и целенасочени действия. Липсата на движение оказва влияние върху телесната стойка. Във физически аспект позицията на тялото е базова, тъй като е свързана с осъществяването на ежедневните дейности.

Н. Михайлова, И. Борисов и Т. Мегова (2012) представят функциите на гръбначния стълб, които са свързани с вътрешни и външни фактори. Друго съществено условие, необходимо за максималната стабилност на гръбначния

стълб е добрата позиция на вертикалата през центъра на гравитация в статична изправена позиция.

К. Тахтаков (2012) създава устройство за превенция на гръбначни изкривявания. В тази връзка той представя видовете телесни стойки. „Различават се четири вида стойки. Те се означават с буквите А, В, С, D, като на всяка буква съответства и оценка. За стойка А — много добра, за В — добра, за С - средна и за D - лоша. Оценката се дава, като се проследява оста на тялото, положението на главата и раменете, формата на гръдния кош, равномерното протичане на физиологичните извивки на гръбначния стълб, линията на коремната стена и формата на долните крайници. Например при стойка А оста на тялото е права, раменете са изтеглени назад, коремът е прибран, главата е изправена. При стойка В оста на тялото е леко начупена, главата е малко напред и раменете са леко отпуснати. При стойка С и D тези показатели са силно влошени - оста е начупена, раменете са приведени и отпуснати, главата е наведена напред, гръдната кифоза е увеличена, коремът е увиснал, гръдната стена се спуска косо и изоставя зад линията на корема (Соколов и Маркова - Старейшинска, 1991).

Позата се определя като разположение на костните и ставните сегменти на тялото в определен момент. Тя може да бъде статична, когато тялото е в покой - стоеж, седеж, лег; или динамична, когато тялото се движи и променя разположението на сегментите си.

Поддържането на правилната телесна стойка се осъществява от тонизирана и работеща мускулатура. Ето защо физическите упражнения и двигателната активност е необходимо да се практикуват всеки ден.

Ежедневните дейности, повтарящи се с еднакви последователност, интензивност и натоварване въздействат върху едни и същи мускулни групи за сметка на други. По този начин се

проявяват изменения в опорно-двигателния апарат, тъй като едни мускули стават силно развити, а други – нефункционални. Например при кифоза силно съкратени са гръдните мускули, а е слаба гръбната мускулатура. При поясната лордоза е слаба коремната мускулатура, а при сколиозите (лява или дясна) има асиметричен мускулен дисбаланс. При получената вече сколиоза центърът на гравитацията е изместен в страни и ответната реакция на гръбначния стълб е извиването му на противоположната страна до балансиране на тежестта. (Н. Михайлова, И. Борисов и Т. Мегова, 2012).

Ако приемем, че на едно човешко тяло гръбначните извивки са напълно нормални и взаимното разположение между глава, гръбначен стълб, гръден кош и таз е правилно, то стойката му се определя основно от състоянието на мускулите и техните връзки. Ако мускулатурата е развита балансирано и силата на мускулите сгъвачи уравновесяват силата на мускулите разгъвачи, стойката ще бъде правилна. Положението на раменния пояс, ръцете и краката е в зависимост от степента на развитие и състоянието на тонуса на техните мускули. Основна роля във формирането на стойката има не абсолютната сила на мускулите, а равномерното им развитие и правилното съотношение на мускулната сила.

Подробното разглеждане на аспектите на правилната телесна стойка има за цел да се акцентира върху ролята и значението на физическото възпитание в промоцията за двигателна активност на студентите. Липсата на движение, ежедневните рутинни действия в комбинация с неправилен хранителен режим създават предпоставки за морфологични и функционални неблагоприятни за здравето промени. Решението на тези ситуации са планираните, целенасочени двигателни активности и спорт под ръководството на квалифицирани преподаватели.

SWOT анализа разглежда и факторите по двойки, а именно: „S-W”; „S-O”; „S-T”; „W-O”; „W-T”; „O-T”.

Матрицата на SWOT анализа включва силни страни, слаби страни, възможности, заплахи/рискове. В таблица 1 са представени стратегии за взаимодействие при неспортуващи студенти между S–O – Стратегии: Използване на възможностите за реализиране на плюсовете; W–O – Стратегии: Преодоляване на слабостите за създаване на нови възможности. За привличането на неспортуващите студенти към физическа активност са необходими информираност, лекции и упражнения за ползите от движението. От значение е да се запознаят с рисковете на хиподинамията и хипокинезията и да им се съдейства за поставяне на лични краткосрочни и дългосрочни цели с цел подобряване на емоционалното, физическото и психическото здраве.

Важен фактор за ефективното реализиране на целите на физическото възпитание е и професионалното взаимодействие между преподавателя и студентите. Ю. Дончева (2016) диференцира комуникативните компетентности на учителя, респ. преподавателя в четири аспекта: социално-психологически, нравствено-естетически, естетически и технологичен. Педагогическата комуникация позволява съвместните дейности да се планират, координират, оптимизират, осигурявайки единството на целите и средствата.

Академичността е задължителен елемент в отношението към студентите.

Академична култура на преподавателите следва да съдържа: поддържан външен вид, добро възпитание, грамотно изразяване, професионална и научна убедителност, нормативна осведоменост, дигитална компетентност, съпричасност, обща култура, обществен авторитет, други достойнства.[12]

Ефективно могат да се използват съвременните технологии, за да се допълват и усвояват нови двигателни умения и навици. А. Смрикаров (2017) препоръчва иновативните форми за дигиталното поколение. Информацията за ползата от физическата активност и спорта също може да се представи чрез интерактивни и мултимедийни презентации, да се използват възможностите на видео ресурсите, видео анимациите.[16]

ИЗВОДИ

Представените SWOT матрици дават информация за силни страни, слаби страни, възможности, заплахи/рискове на неспортуващите студенти. Анализът на съществената дейност на физическото възпитание за промоция на двигателната активност на студентите разкрива необходимостта и фактическите резултати за профилактика на гръбначните изкривявания; поддържане на мускулен тонус, симетрично развита и балансирана мускулатура; физическо усъвършенстване; здраве, тонус и енергия; добра физическа форма; реална самооценка.

Таблица 1

SWOT анализ при неспортуващи студенти

SWOT АНАЛИЗ		ВЪТРЕШНА СРЕДА	
		ПЛЮСОВЕ STRENGTHS(S) – СИЛНИ СТРАНИ *Самооценка на възрастовите морфологични и функционални промени; *Сравняване на личното физическо състояние като неспортуващ с физическата форма и физическо развитие на спортуващите; установяване на разликите; *Евентуални намерения за физическа активност.	МИНУСИ WEAKNESSES(W) – СЛАБИ СТРАНИ *Зона на комфорт; *Слаба мускулатура, *Предпоставки за наднормено тегло; *Липса на желание за двигателна активност; *Липсата на време като неубедителна причина
В Ъ Н Ш Н А С Р Е Д А	ВЪЗМОЖНОСТИ OPPORTUNITIES (О) Резултатите като неспортуващ с насока за вземане на решение да спортува, по-добро осъзнаване на ползата от двигателна активност и предаване на личния си опит; Проучване и търсене на предпочитана двигателна дейност.	S – О – Стратегии Използване на възможностите за реализиране на плюсовете: 1. Осъзнаване на последствията от липсата на движение насочва към самооценка на здравия и личностен статус; 2. Проучване на предпочитана двигателна дейност, провокирана от евентуални намерения за физическа активност.	W – О – Стратегии Преодоляване на слабостите за създаване на нови възможности *Напускане на Зоната на комфорт; *Анализ на Слабата мускулатура, *Балансирано хранене; *Желание за двигателна активност; *Съставяне на двигателен режим.
	ОПАСНОСТИ/РИСКОВЕ TREATMENTS (Т) Промени в тонуса на мускулите; Предпоставки за гръбначни изкривявания; Хиподинамия; Хипокинезия, Наднормено тегло; Слаба имунна система	S – Т – Стратегии Използване на плюсовете за елиминиране на опасностите.	W – Т – Стратегии Използване на стратегии, които да предпазят слабостите да бъдат активизирани от заплахи

References:

- [1] Boeva, B., V. Ivanova (2018) Teoretichni i metodicheski osnovi na fizicheskoto vazpitanie – parva chast, St. Z. (Оригинално заглавие: Боева Б., В. Иванова (2018) Теоретични и методически основи на физическото възпитание, Ст.3.)
- [2] Doncheva, J. (2016) Communicative Competence of The Teacher as The Fundamental Obtaining of its Professionalism, Novokuznezk, voll. 1, pp. 96, <http://infed.ru/articles/452/> (Оригинално заглавие: Дончева, Ю. (2016) КОМУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНЦИЯ УЧИТЕЛЯ КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩАЯ ЕГО ПРОФЕСИОНАЛИЗМА.// Новокузнецк, брой 1, стр. 96-104, ISSN 978-5-8353-1991-6.
- [3] Evropeiska komisija (2008), Byala kniga na sporta.
- [4] Ilieva, B. (2017) Socialna podkrepa na vazrastni i stari hora (teoretichni osnovi), R, (Оригинално заглавие: Илиева, Б., СОЦИАЛНА ПОДКРЕПА НА ВЪЗРАСТНИ И СТАРИ ХОРА, (теоретични основи). Русе, 2017, ISBN 978-619-7418-07-1).
- [5] Kozhuharov, K., V. Kozhuharov (2006). Dvigatelna anatomia, Ruse: Izdatelska baza na RU „A. Kanchev“ (Оригинално заглавие: Кожухаров, К., В. Кожухаров (2006) Двигателна анатомия, Изд. База на РУ „А. Кънчев“, Рс).

- [6] Mileva, E. (2009) Pedagogika na fizicheskoto vazpitanie i sporta, Sofia: Izdatelstvo „Avangard Prima” (Оригинално заглавие: Милева, Е. (2009) Педагогика на физическото възпитание и спорта, Авангард Прима, Сф.).
- [7] Mihailova, N., I. Borisov, T. Megova (2012). Nasoki vav fizikalното lechenie pri deformacii na grabnachnia stalb vav frontalnata ravnina, Nauchni trudove RU and SU 2012, Ruse, volume 51, s. 8.1. (Оригинално заглавие: Михайлова, Н. И. Борисов, Т. Мегова. (2012) Насоки във физикалното лечение при деформации на гръбначния стълб във фронталната равнина, Научни трудове РУ и СУ 2012, Русе, т. 51, с. 8.1.).
- [8] Momchilova, A. (2017) Teoria i metodika na fizicheskoto vazpitanie i sporta, Ruse: Izdatelstvo „MEDIATEH-Pleven” (Оригинално заглавие: Момчилова, А. (2017) Теория на физическото възпитание и спорта, МЕДИАТЕХ - Плевен, Рс.).
- [9] Pencheva, V., Hr. Beloev, M. Fartunova, R. Kyuchukov. (2017) New Educational Platforms in Higher Education, PROCEEDINGS OF UNIVERSITY OF RUSE - 2017, volume 56, book 9, (Оригинално заглавие: Пенчева, В., Хр. Белоев, М. Фъртунова, Р. Кючуков. (2017) Нови образователни платформи във висшето образование, Научни трудове РУ и СУ, т.56, с. 10, стр. 9, Рс.).
- [10] Peneva, B. (2011) Uchilishtното fizichеско obrazovanie i sport v Evropa – sastoyanie I tendentsii na XXI vek, Sofia: Izdatelstvo „Avangard Prima” (Оригинално заглавие: Пенева, Б. (2011) Училищното физическо възпитание и спорт в Европа – състояние и тенденции на XXI век, Авангард Прима, Сф.).
- [11] Rusev, R. (2006) Kibernetika i upravlenie na dvijeniata v sporta, Sofia: Izdatelstvo „GERA ART” (Оригинално заглавие: Русев, Р. (2006) Кибернетика и управление на движенията в спорта, ГЕРА АРТ, Сф.).
- [12] Smrikarov, A. How to Make a Lecture more Interesting or Students of The Digital Generation, PROCEEDINGS OF UNIVERSITY OF RUSE - 2017, volume 56, book 9, (Оригинално заглавие: Скрикаров, А. (2017) Как да направим една лекция по-интересна за студентите от дигиталното поколение, Научни трудове РУ и СУ, т.56, с. 10, стр. 82, Рс.).
- [13] Stefanova, I. (2017) Kineziologichni osnovi na kineziterapiata, Ruse: Izdatelska baza na RU „A. Kanchev” (Оригинално заглавие: Стефанова, И. (2017) Кинезиологични основи на кинезитерапията, Изд. База на РУ „А. Кънчев”, Рс.).
- [14] Tahtakov, Kr. (2012) Ustroistvo za prevencia na grabnachni izkrivyavaniya i eksperimentalna ocenka na prilozimostta mu, avtoreferat, Sofia. (Оригинално заглавие: Тахтаков, Кр. (2012) Устройство за превенция на гръбначни изкривявания и експериментална оценка на приложимостта му, Изд. База на РУ „А. Кънчев” автореферат, Сф.).
- [15] Vasilev, J., N. Orloev. (2010) Creative non Linear SWOT Analysis, http://mechanism.com/journal/Archive/2010/6/2.tehnologii/62_Jordan%20Vasilev.pdf, (Оригинално заглавие: Василев, Й., Н. Орлов (2010) Креативен нелинеен SWOT анализ).
- [16] World Health Organization, <http://www.who.int/about/who-we-are/en/>
- [17] Метод SWOT анализа в стратегическом управлении, <http://powerbranding.ru/biznes-analiz/swot/matrix/>
- [18] SWOT analysis <http://www.promise.org.uk/swot.htm>

Адрес за контакти:

гл.ас. д-р Искра Илиева,
катедра „Физическо възпитание и спорт“,
Русенски университет „Ангел Кънчев“,
Доцент, сектор „Физическо възпитание и спорт“, Медицински университет - Плевен
E-mail: isilieva@uni-ruse.bg

РАЗВИТИЕ НА ФИНА МОТОРИКА. ПОМОЩНИЦИ НА ФИНАТА МОТОРИКА

Теодора Янева¹, Стефан Янев²

1. 81 СУ „Виктор Юго“ - София
2. Медицински университет – София

DEVELOPMENT OF FINE MOTOR SKILLS. FINE MOTOR ASSISTANCE TOOLS

Teodora Yaneva¹, Stefan Yanev²

1. 81 Victor Hugo Secondary School - Sofia
2. Medical University - Sofia

Abstract: Fine motor are movements that require very high accuracy. For this purpose, the child should be able to move his fingers independently and be able to place the thumb on the other fingers. The proper development of fine motor skills leads to proper speech development.

If there is a problem with speech, it certainly has problems with fine motoring. If we want children to develop properly and in time, the least we can do for them is to choose the right assistance tools and teach them to play with them.

Keywords: fine motor skills, children development, evaluation tools, assistance tools

ВЪВЕДЕНИЕ

Развитието на фината моторика е изключително важен момент в процеса на логопедичното въздействие. Нейната цел е да повиши ефективността на корекционната работа на децата с логопедични проблеми. Научно е доказано, че развитието на моториката на ръцете е тясно свързано с развитието на речта на детето и неговото мислене. Степента на развитие на движенията на пръстите, съответства на степента на развитие на речта. При децата с нарушена реч се забелязва обща моторна недостатъчност, а така също и отклонения в развитието на движенията на пръстите на ръцете, изразени в различна степен. Движението на пръстите е в тясна връзка с речевата функция. Съществува следната закономерност: ако развитието на двигателните умения на пръстите съответстват на възрастта на детето, то и речевото развитие ще се намира в рамките на нормата и обратно - ако двигателните способности на пръстите на ръцете изостава, то ще се задържа и общото речево развитие, независимо, че общата моторика (бягане, скачане, катерене) може

да бъде в норма. Следователно формирането на речевите области се извършва под влияние на сетивните импулси от пръстите на ръцете. Обикновено детето с добре развита фина моторика има и високо ниво на интелект: умее да разсъждава логически, има добре развити памет, мислене, внимание, свързана реч. Нивото на развитие на фината моторика е един от показателите за интелектуалната готовност на детето за училище.

Лошата моторика на пръстите на ръцете дава ниски резултати при изпълнение на различни задачи като рисуване по контур, оцветяване, прерисуване по образец, отвързване на възли, изрязване с ножица и др. Детето бързо се уморява, губи интерес и недовършва поставената задача. Писането е сложен навик, включващ изпълнението на фини координирани движения на ръцете. Недостатъчното развитие на фината моторика води до затруднения в писането, а оттам до негативно отношение към ученето, тревожност и др. Ето защо е особено важно да се развиват механизмите необходими за овладяването

на писането в предучилищна възраст и дори по-рано.

ИЗЛОЖЕНИЕ



Овлабяването на фините движения е дълъг процес, който започва още от раждането на детето. Още през първата година от живота то започва да хваща и стиска пръста на родителя, да му скубе косата, да дърпа различни играчки закачени по количката или креватчето му.

Във възрастта между 2 и 6 години, децата се научават да използват ръцете си все по-добре. С усъвършенстването на своите двигателни умения, децата са в състояние да си помагат сами в изпълнението на ежедневните дейности.

Постепенно детето усвоява функцията на предметите, чрез подражание. То възприема моделът на поведение на родителите си и другите близки, които го заобикалят. Започва да изяснява ясно желанията си и да развива своята социална компетентност (особено около 3 година). Учи се да храни и преоблича куклите, да „готви“, слагайки различни неща в кутийки и панички, да вади дрехи, да



ги сгъва и прибира; да „кара“ колата или камиончето, да се храни, облича и съблича самостоятелно, да общува. То започва да движи ръце, да дърпа, да пълзи, да развива физическа сила, да върви и бяга, да рисува и да пише. В този период възрастните трябва само да подготвят атмосферата на развитие: пространство, в което детето свободно и безопасно да се движи и развива. Добре е да бъде окуражавано да върши всичко това само. Когато детето е активно,

нашата задача е да престоим на заден план и да му дадем нужното поле за изява.

Диагностични инструменти

За оценка на състоянието и на терапевтичният резултат върху моторната функция на децата със затруднения във фината моторика съществуват няколко комплексни теста:

1. Bayley III Scales of Infant and Toddler Development.
2. Peabody Developmental Motor Scales II
3. Denver Developmental Screening Tests II
4. Battelle Developmental Inventory II
5. Quality of Upper Extremity Skills Test

В действителност никой от тестовете не е стандартизиран за България.

За развитието на моториката на децата над 3 години, са подходящи пластилин, ножичка и гланцово блокче, флумастери и моливи, книжки за оцветяване и очертаване, триизмерни пъзели и комплект фокуси с топчета и карти. Те изискват много добра концентрация, координация и сръчност, възпитаване в самоконтрол. Детето само започва да вижда грешките си, без възрастния да ги посочи.

Подходящи развиващи играчки:

1. *Дрънкалки* – спомагат развитието на глобалната моторика (движение на целия горен крайник) и на фината моторика (захват и движение на елементите с два



пръста) още от съвсем ранна детска възраст.

2. *Кубчета*:

Кубчета с текстилно покритие – всяка страна с различен цвят, картинка и материал – подходящи за деца от 7-8 м. Развиват цветоусещането и спомагат за опознаването на различни материали, чрез

докосване. Може да имат шумяща част, светлоотразителна или комбинация от наситени цветове. Има и кубчета, които са комбинирани с дрънкалка, така се развива комплексното светоусещане на детето.



Кубчета от пластмаса – всяко кубче е различен цвят /за деца от 6 до 18 м./. Развиват способността да се разпознае общото и отдели излишното. Чрез тях децата съзнателно научават основните цветове и техните наименования.

Кубчета от дърво с картинки, които образуват пъзел /над 18 м./ С тях детето ще развие своите способности за хващане, редене, строене, логическо и последователно мислене, търсене и намиране на определен елемент, поставяне на определено място.

3. Топки :

Цветна топка от текстилна материя – развива цветоусещането и усещането за допир на различни материали, хващането и хвърлянето.

Пластмасови топки – всяка с различен цвят – развиват разбирането за действие и последствие – бутане-търкаляне, хвърляне-падане. Спомагат за научаването на цветовете и формите при игра, в комбинация с кубчета.

Гумена топка – помага за развитието на общата моторика – ритане, хвърляне, хващане.

4. *Пирамиди с цветни рингове* – развиват координацията и познанието за размер, цвят и форма

5. *Цветни кутийки за вгнездяване* – отново се набляга на цветовете и размера.

6. Музикални играчки:

Въртележка - развива способността да се концентрират върху определена фигура, развива зрението и слуха.

Музикални играчки с бутони – развиват познанието за действие и последствие – бутон-песен, както и

способността за точност на движението (посочване и натискане с едно пръстче). Тук се намесва и подражанието – мама говори по телефона, детето също говори. Развива се и говорът.

Малко пиано или друг музикален инструмент – развива слуха, говора, концентрация и координация.

7. *Животни-фигурки* – развиват фината моторика на детето, както и логическото мислене и познанието за размер, форма и цвят.

8. *Строител* – развива координацията, концентрацията и цветоусещането. Развива и фината моторика – точно поставяне, внимателно вземане и общата моторика – внимателно минаване покрай построеното, познание за размер и форма на различните елементи. В началото строителите трябва да са с едри елементи.

9. *Бутащи играчки* – развиват координацията и комбинацията фина-обща моторика – хващане, бутане, дърпане, ходене (количка за кукли, топка с дръжка, кола и т.н.).

10. *Книжки* – развиват говора, визуалната представа за разказа, координация за показване и концентрация за разбиране на въпросите и текста.

„Творчество - рисунки“

- Използват се различни видове хартия и принадлежности за писане, където детето да изразява творчеството си. Това могат да бъдат малки хартийки, листа в различен размер, компютърна хартия, картон, кутийки и други. Средствата за рисуване могат да бъдат цветни моливи, химикали, маркери, пастели, тебешери.

Използвайки различните размери на хартията, малките деца развиват моториката. По-малките размери хартия способстват за развитие на фината моторика. Големите размери на хартията или картоната подпомагат движението на цялата ръка.

Игри за развитие на фината моторика:

Късането и мачкането на хартия добре подсилва ръцете. Вестниците, салфетките се късат лесно и по-удобно се държат.

Апликации с ярките цветове на хартията, различните детайли и фигури - формират качества като умствена активност, инициатива и самостоятелност, стимулира се творчеството и креативността

Работата с глина, меки материали, тесто - действа отлично за подсилване на



мускулите на ръцете и раменните стави. Колкото глината или пластилинът са по-твърди, толкова повече сила ще

трябва да използва детето.

Пъзел според възрастта – с негова помощ се развиват зрительно-пространствените умения на детето и координацията му.

Закачане на малки кукленски дрехи на ниско въже с щипки

Пускане на монети/жетони в касичка – можем да използваме касички с два различни цвята; жетоните да са с различна големина, отговаряща на отвора на касичката.

Пъхане на топчета в пластмасови бутилки – отново могат да се групират по големина и цвят.

Творчески игри, подобни на рисуването - използваме “инструменти” с големи дръжки, напр. бояджийска четка, бои в чашка, големи тебешери. Ако детето има проблеми в координацията и затова не обича да рисува, би било по-лесно да рисува върху отвесна повърхност (стена, дъска, флипчарт), отколкото върху масата.

Навиване на листов хартия на руло като работим последователно с двете ръце.

С палец и показалец *събираме на зърна (боб или леща)* – едновременно с двете ръце или с редуване.

Мачкане на мека топка - действа отпускато.

Игра с ластик или конец като с помощта на двете ръце го преплитате и получавате различни форми

Пластмасови букви – караме детето да ги опипа, проследи с очи, назове, обрисова.

Изработване на букви от глина или пластилин.

Рисуване и игра в пясък – пълним сандъче или леген с пясък. Детето може



да рисува с пръст, с клечка в сух или мокър пясък. Пясъкът е подходящ и за игра с дребни

фигури, чрез които се пресъздават различни сюжети.

Предимства на игрите с пръсти - развитие на езика, мускулна координация, осъзнаването на тялото, овладяване на ритъма, подготовка за свирене на музикален инструмент, способност за концентрация, развитие на самочувствието.

Детските песни и стихчета за пръсти предлагат на детето естествен преход в израстването му, към етапа на учене и усвояване на символичния език на думите и буквите. Символите с ръце, думите, използвани в римите за игри с пръсти, предлагат преход към идеята, че символи или букви, може да се представят със звуци.

Понякога децата постъпващи в първи клас имат проблеми с писането. Те може да са от различен характер. Най-честото е, че детето пише с лява ръка. Това в никакъв случай не е лошо! Просто почерка му е по-лош, трудно изписва буквите и пише с по-бавен темп от останалите. За разлика от предходните десетилетия, това вече е проблем и съвременният учител е свикнал и приема различията от нормата. В помощ на тези ученици са създадени различни помощници. На българския пазар вече свободно може да се закупят ножички,

химикалки и други материали направени за лява ръка. И не само това. Има разработени и се предлагат в търговската и онлайн мрежа различни помощници за деца с нарушена моторика на крайниците:

- ограничител за писане;



- адаптиран държач за писане;



- различни тренажори за писане за лява



и/или дясна ръка;



- адаптирани ножички с дълго рамо;



- с двоен контрол;



- самоотварящи се, както за дясна, така и за лява ръка;



Литература:

[1] Янев, С. Комплексна кинезитерапия за деца с церебрална парализа, монография, Университетско издателство „Епископ Константин Преславски“, Шумен, 2012,

- [2] Craig A. Albers, Adam J. Grieve Test Review: Bayley, N. (2006). Bayley Scales of Infant and Toddler Development– Third Edition. San Antonio, TX: Harcourt Assessment, Journal of Psychoeducational Assessment, Volume: 25 issue: 2, page(s): 180-190 2007
- [3] C. DeMatteo, M. Law, D. Russell, N. Pollock, P. Rosenbaum, S. Walter. Quality of Upper Extremity Skills Test, 1992
- [4] <http://www.alterco.bg/>

Адреси за контакти:

Теодора Янева

Логопед

81 СУ „Виктор Юго“ – София

tedi_me@abv.bg

Доц. Стефан Янев, доктор

Катедра Кинезитерапия

Факултет по обществено здраве

Медицински университет – София

s.janev@foz.mu-sofia.bg

РОЛЯ НА ЕРГОТЕРАПИЯТА В РАННАТА ИНТЕРВЕНЦИЯ НА ДЕЦА СЪС СИНДРОМ НА ДАУН

Петя Минчева¹, Надежда Христова²

1 Русенски университет „Ангел Кънчев“, 2 ДЦДУ-СТ гр. Русе

ROLE OF OCCUPATIONAL THERAPY IN THE EARLY INTERVENTION FOR CHILDREN WITH DOWN SYNDROME

Petya Mincheva¹, Nadejda Hristova²

1 University of Ruse, 2 DCDU-SG Ruse

Abstract: Early intervention is very important for achieving optimal development in Down syndrome children, providing satisfaction not only to children but also to parents and specialists. Children increase their chances for independent living, successful socialization with peers, and integration into society as a whole. The occupational therapist works not only with the children, but also with their families by actively involving them in the intervention, through trainings, consultations and information. Both the therapist and the parent should always be supportive of the child and encourage development through various activities, games and inclusion in groups with other children.

Key words: early intervention, Down syndrome, occupational therapy

ВЪВЕДЕНИЕ

Деца с синдром на Даун се диагностират още от раждането поради специфичните външни белези. Това позволява да се започне рехабилитация и работа с родителите още от най-ранна детска възраст. Ерготерапията е част от комплексната рехабилитация на деца с различни увреждания, а при деца със синдром на Даун тя е от особено важно значение.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Познати са 4 типа синдром на Даун със следните характеристики:

1. Стандартен (Тризомия 21) – среща се при 94% от засегнатите. Стандартният синдром на Даун има случаен характер.

2. Разместване (транслокация) – много рядък вид, засяга около 3-4% от бебетата със синдром на Даун. Част от 21-ва хромозома или цялата, се отдели по време на мейозата и се прикрепил към друга хромозома. Това е единственият тип синдром на Даун, който се

унаследява и може да е резултат от проблеми в хромозомите на родителите.

3. Мозаичен – също много рядък вид, между 2-3% от хората със синдром на Даун попадат в тази група. Тук клетките с допълнителната 21-ва хромозома са смесени с други клетки. Това означава, че само определен процент от клетките са засегнати.

4. Частична тризомия 21 – среща се при сложни хромозомни транслокации, включващи 21-ва и други хромозоми. В зависимост от това коя част от допълнителната хромозома е налична у детето с частична тризомия 21, то може да има по-малко от физическите белези или умствено изоставане в сравнение с други деца със синдром на Даун или да е неразлично от децата с типична тризомия 21. [1]

Клинична картина

Външните белези на дете със синдром на Даун са: кръгла глава с плоско лице, монголоидни очи и кожна гънка във вътрешния ъгъл на окото, голям език, аномалии на зъбите, дефекти в ушните миди нисък ръст, къси пръсти.

Характеризира се с умствено изоставане, понижен мускулен тонус и

повишена подвижност на ставите. Често срещани придружаващи заболявания са вродените сърдечни пороци, затлъстяване, зрителни и слухови смущения. Развитието на нервната система е по-бавно, а оттам и процесът на заучаване при тези деца е по-бавен (Brunnie M, 2006).

Пониженият мускулен тонус (заедно с хипермобилност в ставите и понижена мускулна сила) влияят на нормалното хранене, говор и двигателно развитие и най-вече на фината моторика. Когнитивни нарушения са свързани с умствено изоставане, понижена концентрация и внимание и обучителни затруднения. Тези характеристики оказват негативно влияние на цялостното развитие на децата и на успешното им участие в дейности от ежедневието.

Ерготерапията предоставя подходи, които могат да стимулират доброто развитие на детето със синдром на Даун, както и да подпомогне родителите, като част от ежедневието на детето, да поддържат и продължат това развитие в средата извън услугите за ранна интервенция.

МЕТОДИКА

Проведена е програма за ерготерапевтична ранна интервенция за деца със синдром на Даун на възраст от 1 г. и 6 м. до 2 г. и 9 м., ползващи услуга за Ранна интервенция. В процесът на изследване се включват родителите и детето. Основната цел е да се събере информация относно влиянието на заболяването върху живота на семейството и върху развитието на детето. Наблюдават се пряко дейностите с които детето се затруднява и се отчита ролята на околната среда. За оценка на общото развитие е използвана оценката на Манова-Томова (КоР). Разработен е и формуляр за оценка на глобална и фина моторика, когнитивни умения, социални умения и самообслужване.

Подходи

Работата в услуга за ранна интервенция предоставя възможност да се използват различни модули за

развиването на глобалната моторика, сензорно-интегративни играчки и консистенции, играчки и предмети за развиване на фината моторика, различни адаптирани и помощни средства. Протичането на сесиите става индивидуално с детето, а честотата е в зависимост от седмичните посещения. Съчетават се различните избрани подходи, които се предават и на родителя, за продължаване на работата в домашни условия. Идеята на сесиите е да се включат разнообразни и интересни занимания, за да може детето да усвоява нови умения, чрез игри, така като в ранна детска възраст играта е основното средство за стимулиране на развитието на двигателно и психично ниво.

В най-ранна възраст се работи за постигане на оптимално двигателно и когнитивно развитие, които са основа за по-успешно участие на децата в дейности от сферата на самообслужване и игрите. Интервенцията е под формата на игра с активното участие на родителите. Основни подходи са:

Игри и целенасочени действия за подобряване на двигателните умения:

- Включване в активни дейности за глобална и фина моторика – игри от изискващи заемане на различни положения на тялото и различни захвати.
- Повишаване на мотивацията и желанието за игра, като задачите са постижими и интересни за детето.
- Развиване на основни умения като: контрол на позата, издръжливост и осъзнаване на положението на тялото в пространството
- Степенуване на игрите и задачите, за да може детето постепенно да развие сила и издръжливост.

Сензорна интеграция и сензорно стимулиране

В терапевтичния процес се включват различни консистенции, текстури, действия и сензорни стимули, които да спомогнат за изграждането на адаптивен отговор. Използват се макарони, боб и леща, пяна, пластилин и още различни

предмети с различни текстури. За получаване на адаптивен отговор при участие на двигателния и вестибуларния апарат се използват модули, люлка, барбарони, голяма топка и др.

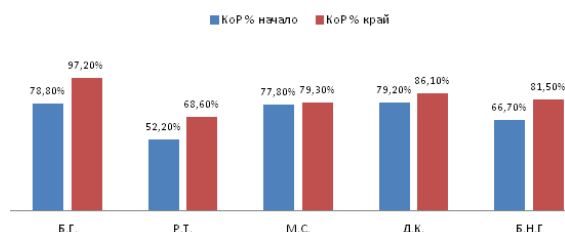


Фиг. 1. Игри за развиване на глобалната моторика

Обучение и участие в дейности от ежедневието – чрез различни развлекателни дейности и игри, децата със синдром на Даун могат да се стимулират в развиване на умения, нужни в изпълнението на съответните за възрастта самообслужващи дейности (Pawar, 2017). Според същия автор се използват основно целенасочени действия, които да подпомогнат функционалното поведение на детето. Под формата на игра и целенасочени дейности детето се включват в дейности от ежедневието (хранене, пиене, обуване, събуване, обличане, събличане и др.), като процесът служи за обучение в самостоятелно изпълнение. В зависимост от възрастта и възможностите на децата се подбират игри и занимания, които постепенно да изградят увереност в изпълнението им.

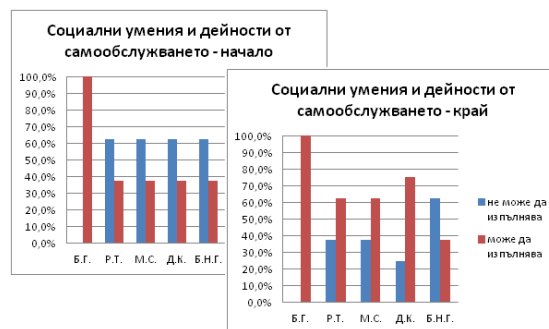
РЕЗУЛТАТИ

Според повторното изследване на общото развитие, в края на периода децата са с повишен общ коефициент на развитие (фигура 2).



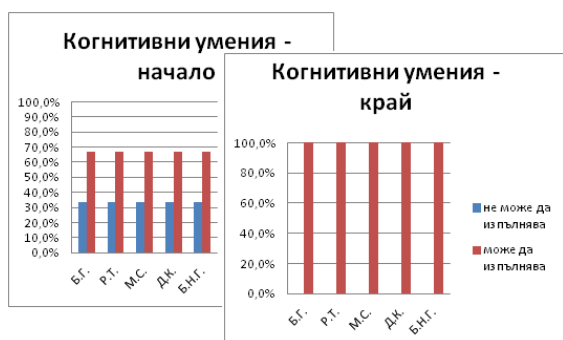
Фиг. 2. Резултати от изследването по Манова-Томова

Наблюдава се значително покачване във функционалността и двигателните умения на всички деца от изследваната група и съответно намаляване на процентите на неизвършените компоненти (фигура 3). Имайки в предвид факта, че работата с тях е в различни периоди, това не е възпрепятствало постигането на добри резултати, като за тях е допринесено и от сътрудничеството на родителите за продължаването на дейностите в домашни условия.



Фиг. 3. Резултати от формуляра за социални умения и самообслужване

На фиг.4 са показани резултатите, а именно увеличение в изпълнението на социални умения и дейности от ежедневието при повечето деца, като в този напредък има участие и работата с логопед, след като родителите на децата бяха насочени към такъв.



Фиг. 4. Резултати от формуляра за когнитивни умения

При родителите бяха използвани подходите информиране, консултиране и обучение. Те имат за цел да подготвят родителите за успешна дългосрочна рехабилитация в домашни условия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ерготерапевтът работи в условията на ранна интервенция не само с децата, но и с техните семейства като активно ги

включва в интервенцията, чрез обучения, консултации, информация и др. Както ерготерапевтът, така и родителите трябва да са винаги подкрепящи детето и да го стимулират да се развива, чрез разнообразни дейности, игри и включване в групи с други деца.

Ерготерапията в ранната интервенция е способна да окаже значително влияние върху семейството на малкото дете със синдром на Даун. Родителите често чувстват разочарование, социална изолация, допълнителен стрес, тревожност и безпомощност. Това влияе върху благополучието в живота на семейството, а оттам и върху развитието на детето. С помощта на ерготерапията, и ранната интервенция, като цяло, родителите могат да подобрят представите за себе си и отношението си към детето, да имат повече информация и умения да подпомагат развитието му.

Литература:

- [1] Бобев, 2000, Учебник по Педиатрия
- [2] Минчева П., 2015, Автореферат на дисертация на тема „Ерготерапевтични подходи в ранната комплексна рехабилитация на деца в риск от неврологични увреждания и изоставане в нервно-психическото развитие“, Русенски университет
- [3] Brunnie M., 2006, Fine motor skills for children with Down syndrome
- [4] Pawar P., Occupational Therapy for Down syndrome, 2017, www.occupationaltherapyot.com
- [5] Case-Smith, J., 2001 Occupational therapy for children, 4th edition, An Affiliate of Elsevier Science. St Louis, London
- [6] <http://downsyndrome.bg>

Адреси за контакти:

1. Доц. Петя Минчева, д-р
Катедра „Обществено здраве и социални дейности“,
Русенски университет „Ангел Кънчев“,
тел.: 082-821993,
pmincheva@uni-ruse.bg

2. Надежда Христова, ерготерапевт
ДЦДУ-СГ, гр. Русе
Тел: 0988992257
n.hristova08@gmail.com

САМООЦЕНКА НА СТУДЕНТИТЕ ПО ВЪПРОСИ ОТНАСЯЩИ СЕ ДО ОБУЧЕНИЕТО ПО ДИСЦИПЛИНАТА „СПЕЦИАЛИЗИРАНА СПОРТНА ПОДГОТОВКА „ В ТУ ВАРНА

Мария Дончева

Технически университет – Варна

STUDENTS' SELF-ASSESSMENT ON ISSUES RELATED TO THE TRAINING IN THE SUBJECT „SPECIALIZED SPORTS TRAINING" AT THE TECHNICAL UNIVERSITY OF VARNA

Maria Doncheva

Technical university of Varna

Abstract: Forty students from groups of specialized sports training were studied. The conducted survey is a self-assessment of students on issues related to their opinion on the subject. The data from the survey show that the problem of interest and motivation for sports and motor activity affect most of the people surveyed. The questions contained in the questionnaire are relevant both for the active participation in the sports classes for the impact of the sport on the future professional realization of the students.

Key words: students, survey, physical education and sports.

ВЪВЕДЕНИЕ

Физическото възпитание и спортът във висшите училища се разглежда като подсистема на обучение, възпитание, подобряване здравето на студентите и тяхната подготовка със средствата на ФВ и спорта, за осъществяване на бъдещата им трудова дейност. Усъвършенстването на тази система преимуществено се свързва с повишаване ефективността на управление на учебно-възпитателния процес. (1).

Обучението във висшето училище е свързано с постоянно нарастващо напрежение и интензивност на учебния труд на студентите, което предопределя достатъчно високи изисквания към тяхното здравословно състояние, умствена и физическа работоспособност. Сред разнообразните средства за успешна учебно-професионална дейност на бъдещите специалисти важно място заемат спортните занимания. (2).

Основните аргументи и предпоставки за потребностите и ефективността от реализацията на теоретичните и научно-приложни изследвания в областта на

учебно-тренировъчната и спортно-състезателната дейност на студентите, се свеждат до възможността тези изисквания да представят своевременна и качествена информация за усъвършенстване на организацията и повишаване на ефективността на учебно-тренировъчния процес (3).

Заниманията по учебната дисциплина „Специализирана спортна подготовка - ССП" в ТУ-Варна са единствените, които имат пряко отношение към укрепване на здравето, подобряване общата и професионална работоспособност на студентите, като важно средство за компенсиране отрицателните последици от повишеното умствено натоварване.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Един от недостатъчно проучените въпроси, имащ важно значение при съвременното управление на учебния процес по спорт във висшето училище, е неговата предварително очертана рамка: моментното състояние, посоката на развитие, стратегията за целесъобразни промени и др. На тази база все по-

актуален става въпросът за възможности при осъществяване на обратна връзка между студентите и преподавателя.

Цел на настоящото изследване е самооценката на студентите по съществени въпроси, отнасящи се до обучението по дисциплината „ФВС – Специализирана спортна подготовка“ в ТУ Варна.

Задачи на изследването:

1. Да се проучи мнението на студентите по въпроси свързани с обучението по „ФВС – Специализирана спортна подготовка „ в ТУ Варна.
2. Да се направят изводи и се дадат препоръки, които биха били полезни в тази насока.

МЕТОДИКА

С проведената стандартна анонимна анкета обобщаваме мнението на 40 студенти, представляващи обект на изследването. От тях 18 са в група по волейбол; 12 – група по фитнес и 10 – група по баскетбол.

Изследването е проведено през зимния семестър на учебната 2017/18 със студенти - първи курс от специалностите: ИКТ, МТТ, КТМ, АТ, ТТТ, ИНД, СМ, А.

Въпросите в анкетната карта имат за цел самооценка на студентите по интересувашите ни въпроси. Въпросите са 10 на брой и изискват конкретен отговор, по който бихме могли да оценим състоянието на проблема.

За обработка на данните използвахме алтернативен анализ. Получените резултати са представени в проценти и са онагледени графично с цел по-добро тълкуване.

Анкетна карта за отношението на студентите към дисциплината ФВС – Специализирана спортна подготовка

I. С желание ли посещавате занятията по ФВС – ССП?

- Да
- Не
- Донякъде

II. Отношението Ви към занятията по ФВС е?

- Положително
- Негативно
- Нямам мнение

III. Оказват ли заниманията със спорт влияние върху здравето Ви?

- По-скоро да
- По-скоро не
- Донякъде
- Не мога да отговоря

IV. Вие спортувате защото:

- Обичам да спортувам
- Освобождавам се от натрупаната умора
- Възможност за нови запознанства
- За регулиране на теглото

V. С какво ви привличат занятията по спорт?

- Занятията са интересни
- Има състезание
- Няма изпит
- Не ме привличат

VI. Оценката Ви за професионалните качества на преподавателя по спорт?

- Много добра
- Добра
- Задоволителна
- Незадоволителна

VII. Какво би довело до ограничаване на активността Ви в занятията по спорт?

- Ниско ниво на двигателна подготовка
- Ниско ниво на техническа подготовка
- Здравословни проблеми
- Други

VIII. За какво смятате, че ще допринесат занятията по спорт за бъдещата Ви професия?

- За по-добра работа в екип
- Ще окажат положително влияние върху характера

- Ще допринесат за подобряване на комуникацията
- Ще се отразят положително върху здравето

IX. Причини, които биха възпрепятствали практикуването на спорт в свободното Ви време:

- Интерес и мотивация за спортуване
- Недобри условия за практикуване на желаната спорт/ двигателна активност
- Ограничени финансови възможности
- Други

X. Коя, според вас е основната социална функция на спорта/ посочете:

- Положително влияние върху здравето
- Овладяване на умения за бъдещо практикуване на вид спорт
- Подобряване на работоспособността
- Други

Анализ на резултатите

Данните на фиг. 1 и фиг. 2 отразяват резултатите на всички изследвани лица по въпроси, показващи отношение на студентите към дисциплината „ФВС – Специализирана спортна подготовка“. За по-добро възприемане на резултатите ще анализираме всеки от съдържащите се в анкетния лист въпроси.

Анкетното проучване започва с питане относно желанието на студентите да посещават занятията по спорт. Мнозинството от анкетирания (4.9%) дават категоричен отговор в полза на тезата. Това означава, че по-голямата част от студентите не поставят под съмнение необходимостта от занятията по спорт. Прави впечатление, че процентът на студентите от групата по волейбол, изразили това мнение (1.6%) е по-малък от този в групите по баскетбол и фитнес (3.3%).

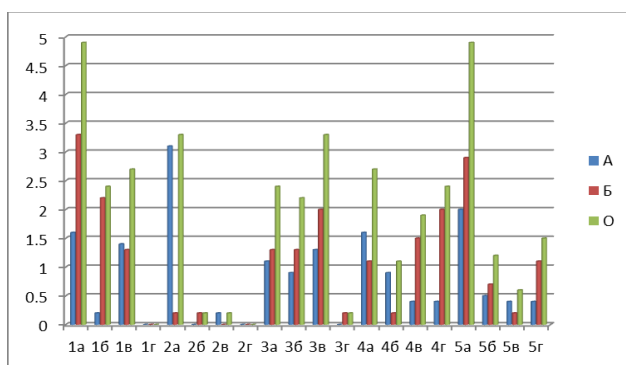
Доста неравномерно е разпределението на отговорите на втори въпрос, отнасящ

се за отношението на студентите към занятията по ФВС – ССП. Отговорите са представени на фиг.1. Най-голям е процентът на групата по волейбол, с изразено положително отношение по поставения проблем (3.3%). Твърде нисък е резултатът по изразеното твърдение на анкетирания в групата по фитнес (2.2%). Разминаването в отговорите би могло да е резултат на ниска мотивация от страна на студентите или на други фактори, свързани с организацията и провеждането на занятията. Получените данни са в противоречие с нашите очаквания.

Важен акцент се поставя с въпроса за „влиянието на заниманията със спорт върху здравето на студентите“. Тук се забелязва по-равномерно разпределение на изразените мнения. Отговорилите с твърдението „по-скоро да“ (1.1%) са от групата по волейбол и (0.9%) от група по фитнес. Смятаме, че първите спортуват активно и са убедени във въздействието на спорта върху тяхното здраве. Разпределението на отговорилите с „по-скоро не“ е 1.3% и при двете групи. Тук липсата на позитивна нагласа би могла да се дължи на недостатъчна убеденост в ползите от двигателната дейност за здравето. Положителен отговор са дали 3.1% от групите по волейбол и само 0.2% от студентите са изразили негативно отношение. Получените данни съвпадат с нашите очаквания.

Най-голям е броят на изследваните лица, които на въпроса „защо спортуват“ са отбелязали твърдението – „защото обичам да спортувам“ (4,9%). Това мнение са изразили (1.6%) от групата по волейбол и (3.3%) от групата по фитнес. 2.2% са студентите, които спортуват за да се освободят от натрупаната умора. Възможността за нови запознанства (2.7%) е отбелязана от почти еднакъв брой студенти от двете групи. Сходството в позициите на изследваните лица показва, че спортните занятия са оказали положително влияние върху тях.

На въпроса „с какво са привлекателни часовете по спорт за студентите“, най-голям брой участници в допитването (4.9%) са посочили че занятията за тях са интересни. Най-малък е броят на лицата от групата по фитнес (0.2%) за които интерес представлява това, че по дисциплината не се полага изпит. Такъв отговор навежда на мисълта за липса на мотивация за спортуване, от страна на изразилите това мнение. „Наличието на състезание“ е отбелязано като отговор от групите по волейбол (1.2%), което е напълно адекватен отговор, изхождайки от атрактивността и емоционалния характер на волейболната игра.



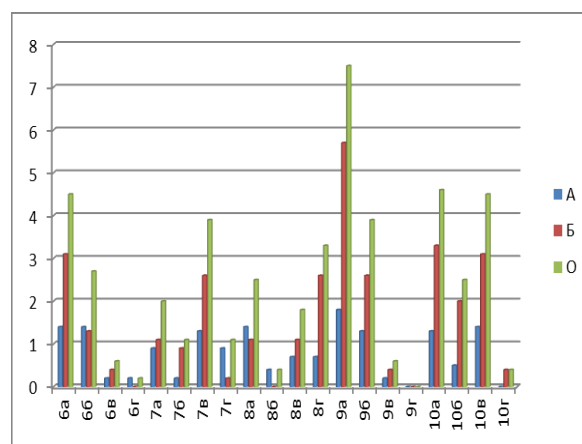
Фиг.1

Един от основните акценти в проведеното анкетно проучване е поставен върху „оценката за професионалните качества на преподавателя по спорт“. Най-високата оценка „много добра“ са изразили 1,4% от анкетираниите: „добра“ е оценката на 3,1% от анкетираниите. Данните сочат, че мнозинството от студентите осъзнават и ценят формиращата функция на преподавателя в университетския тип обучение в неспециализирано по спорт Висше училище. Считаме, че процентът на далите оценка „задоволителна“ е пренебрежимо нисък (0,2%).

Друг основен акцент в проведеното допитване е върху някои причини, които биха довели до ограничаване на активността на студентите в занятията по спорт. Чрез въпроса се регистрират

нагласи за активно участие в занятията по спорт. Най-голям процент от изследваните (3,9%) са изразили мнението, че ограничаването на активността им в часовете е в резултат на „ниското ниво на техническата подготовка“. Следващият по значимост отговор (1,1%) сочи „ниско ниво на двигателната подготовка“. Доминиращ е отговорът на 3,3% от анкетираниите, според които здравословните проблеми биха довели до ограничаване на активността в занятията.

Следващото питане се отнася до „ползата на занятията по спорт за бъдещата професия“. Преобладаващ е отговора на 7,4% от студентите, които смятат, че занятията по спорт ще допринесат за по-добра работа в екип. За сравнително голям брой анкетирани (3,3%), занятията ще се отразят положително върху тяхното здраве. Едва 0,4% са изразили мнение, че занятията ще окажат положително влияние върху техния характер.



Фиг.2

Наблюдават се значими различия в твърденията на въпроса за основни причини, които биха възпрепятствали заниманията със спорт в свободното време. „Интерес и мотивация за спорт са отбелязали 7,5% от анкетираниите. Вторият предпочетен отговор (3,9%) е свързан с неблагоприятните условия за практикуване на желаните от тях спорт/двигателна активност. Ограничените финансови възможности са проблем за едва 0.6% от

изследваните лица, което дава повод да се допусне, че при по-добра мотивация, този проблем би могъл да бъде преодолян.

Последният въпрос „коя е основната функция на спорта“, макар и да няма пряко отношение към занятията по спорт във Висшето училище, е важен тъй като спортът е едно от най-значимите обществени движения, обединяващо младите хора и съдействащи за тяхното развитие. За 4,6% твърдението за положително влияние върху здравето е определящо. Други 4,5% от анкетираните лица смятат, че спорта ще допринесе за подобряване на работоспособността им.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оптимизирането на учебния процес по спорт е основен теоретико-методически и приложен проблем с важно значение за ефективността на занятията по спорт и професионалната работа на преподавателя.

Литература:

- [1] Муцук М. и съавт., 1987.
- [2] К. Костов, Зл. Златев. Физическото възпитание във висшето училище – реалност и възможности. //Спорт и наука, 1/2005, с.202-205.
- [3] Божкова, А. Моделиране на подготовката при студенти волейболисти. Монография, София, 2008.
- [4] Дончева, М. Теоретични аспекти при контрола и оценката на двигателните способности на учащи. С., СН, 2007, изв.бр.1.
- [5] Златарова, Й., Л. Касабова. Нови критерии за оценяване успеваемостта на студенти. Сб. „Личност, мотивация, спорт“, НСА., 2005.
- [6] Иванов, А. Отношението към спорта и здравословното състояние на студентите. „Личност, мотивация, спорт“, т.14, 2009г

Адрес за контакти:

Доц. д-р Мария Дончева,
Технически университет – Варна, e-mail; m_doncheva@abv.bg

Анализа на резултатите от анкетното проучване показва, че:

1. Съществува еднопосочност в мненията при по-голяма част от отговорите на твърденията. Сходството в становищата на студентите би се отразило положително на тяхното обучение.

2. Резултатите от допитването ще допринесат за координиране на усилията на преподаватели и студенти, при решаване на задачи от спортно-технически и социален характер.

3. Различията в твърденията по поставените въпроси би могло да се дължат на: личностна мотивация за спортуване и спортна изява, нивото на подготовката; пасивната позиция на студентите в условията на неспециализираното висше училище и други.

ПАЦИЕНТЪТ В ДИДАКТИЧЕСКИЯ ПРОЦЕС НА СТУДЕНТИТЕ АКУШЕРКИ – ФОРМИРАЩ ФАКТОР ЗА ПРОФЕСИОНАЛНИ КОМПЕТЕНЦИИ

Ц. Христова, И. Сербезова
Русенски университет „Ангел Кънчев“

THE PATIENT WITHIN THE DIDACTIC PROCESS OF STUDENT MIDWIVES – A FORMING FACTOR FOR PROFESSIONAL COMPETENCE

Ts. Hristova, I. Serbezova
„Angel Kanchev“ University of Ruse

Abstract: Within the educational process in higher medical school, patients, being either ill or healthy, have a key spot as a subject of the didactic concept. Each of them represents a personality with specific characteristics, giving the opportunity for student midwives to integrate theory within practical professional situations. This results in the formation of instrumental skills and habits for performing interventions, midwife competences and ability to accomplish quality health care. An independent research, conducted among women in Ruse and the area is presented. A conclusion has been drawn that the patient is a complex subject within the educational process, who forms professional competences and personal characteristics, necessary for organizing and providing midwife led care.

Key words: patient, didactic process, student midwives, professional competence

ВЪВЕДЕНИЕ

Специфична и съществена особеност при обучението на студентите акушерки е, че то се осъществява не само в университетските аудитории и лаборатории, но и в клиничните бази. Съгласно Наредбата за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалност „Акушерка“ за образователно-квалификационна степен „бакалавър“, 50% от обучението е клинично и е изнесено в клиничните учебни бази, където пациентът е сериозен фактор при добиване на професионални компетенции у студентите. Целите на обучението определят желания краен резултат и визират предварително зададеното изискване към образователната подготовка на студента, те служат за формулиране на компонентите на професионалните компетенции като комплекс от знания, умения, отношения и личностни качества, които трябва да

притежава бъдещата акушерка в края на обучението. Целите визират възможностите за осъществяване на качествени здравни грижи за човека – здрав или болен. Изнасянето на учебния процес в болниците и други социални и здравни заведения („до леглото на болния“), дава възможност на студентите да използват интегрирани знания, умения и навици в контакта с пациентите, семейството им и членовете на медицинския екип.

Медицинското образование е един емоционален развиващ процес, а не просто процес на информационен трансфер. По-скоро става дума за професионална идентификация, чиито главни аспекти се формират в медицинските висши училища (Ванева, В., 2010).

ИЗЛОЖЕНИЕ

ПАЦИЕНТЪТ КАТО СУБЕКТ В ДИДАКТИЧЕСКИЯ ПРОЦЕС

Думата „субект“ е с латински произход (лат. Subjectum – подлог) и означава „активно действащ и познаващ, притежаващ съзнание и воля човек“ (Буров, С., кол., 2002).

Субектът е личността, която извършва активна дейност в процеса на взаимодействие и взаимоотношения с другите субекти и обекти в социалната среда.

Разглеждайки пациента като субект в процеса на обучение, утвърждаването на субектността се приема като фактор на влияние за формиране на характеристики за студентите и предоставяне на възможности за самоусъвършенстване – обучение, образование и отговорност за здраве.

Всеки индивид е субект на дейността си и се изявява посредством нея.

Терминът „пациент“ означава „болен, който се лекува при лекар“.

В акушеро-гинекологичната специализирана медицинска област, пациентите са здрави и болни жени, бременни, раждащи, бъдещото новородено дете.

Под думата „болен“ се разбира „човек, който не е здрав“. Следователно, пациентът се нуждае от помощ – профилактична или специализирана, за да предпази или възстанови здравето.

Пациентът като участник в учебния процес е личност с темперамент, характер, мироглед и потребности, които детерминират неговото поведение. Присъствието на пациента като страна в дидактическия процес реализира специфични характеристики в начина на организация и провеждане на учебните форми и ефекта на педагогическото взаимодействие. Болният, със своите страхове, нагласи и отношение към здраве и болест, към медицинския екип и студентите, може да подпомогне или да провали и най-добрите педагогически цели на преподавателя. Влияние върху учебния процес оказват вида и тежест на

заболяването, етапа на протичане, усложненията, прогнозите, възраст, образование, здравна култура (Воденичаров, Ц., М. Митова, С. Младенова, 2008).

Пациентът е съвкупност от физически, психически и социални образувания – личност, която участва активно в процеса на взаимодействие със студентите. Многообразието от характеристики на състоянието му води до поява на различни типове поведение, които формират знания, умения, компетенции за бъдещата професионална реализация и личностни качества у студентите-акушерки.

За бъдещите професионалисти е важна класификацията на типовете поведение на пациентите по отношението към собственото здраве:

- с оптимистично отношение – омаловажават функционирането на своя организъм и ранните симптоми на заболяване;
- с фаталистично отношение – приемат решаващото значение на външните фактори за здравословното им състояние;
- с песимистично отношение – с хипохондрична ангажираност за собственото здраве;
- с реалистично отношение – поемат лична отговорност за здравето си (Ачкова, М., 2001).

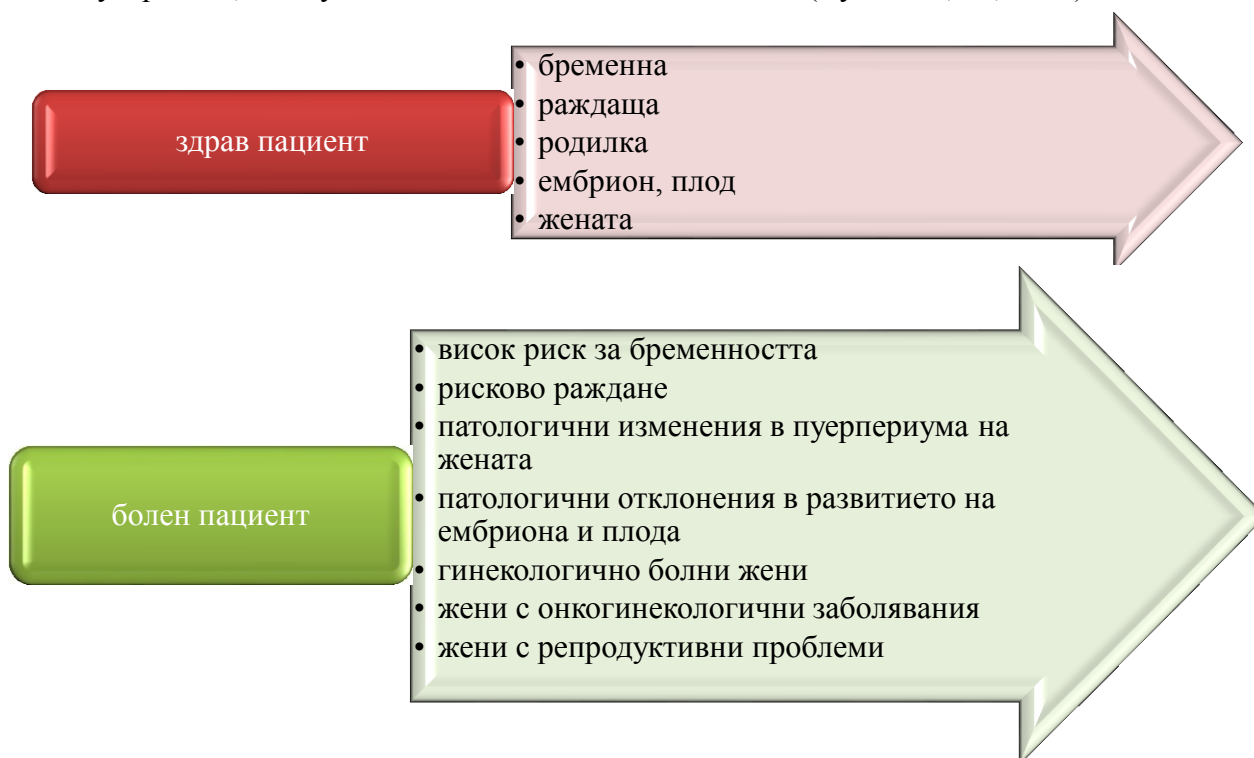
Работейки ежедневно с различни пациенти, бъдещите акушерки трябва да формират както умения за разпознаване на отделните типове поведение, така и подходящо поведение към тях.

Бъдещите акушерки получават качествена професионална подготовка, формираща не само професионални компетенции, но и личностни качества, необходими за упражняване на професията (Милчева, Хр., 2012).

Мястото на акушерската професия е до жената – фигура 1.

Една от основните ѝ задачи се свързва с умението да изгражда ефективни професионални взаимоотношения, да мотивира жената за активно участие и съдействие, да поддържа емоционална връзка с нея, да вдъхва увереност, да я учи и подпомага в

поддържането на подходящо за нея здравно поведение. Като специалист, занимаващ се с личния живот на жените, ежедневната ѝ дейност изисква емоционална съдържаност, тактичност, деликатност, емпатия и съчувствие към пациента (Луканова, Й., 2016).



Фиг. 1. Пациентът в акушеро-гинекологичната медицинска практика

Акушерката има специфична роля в системата на здравеопазването и притежава специална професионална идентичност.

АКУШЕРСКИТЕ КОМПЕТЕНЦИИ КАТО РЕЗУЛТАТ НА ДИДАКТИЧЕСКО ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

Латинската дума *competentia* характеризира компетентния в определена област човек, който притежава знания и способности, позволяващи му ефективно да действа в нея.

А. Хуторской определя компетенцията като „свкупност от взаимосвързани качества на личността (знания, умения, навици), необходими за качествена продуктивна дейност,

зададени като изискване към образователната подготовка” (Митева, К., З. Атанасова, 2011).

Реформите и последващите ги процеси в сферите на здравеопазването и медицинското образование поставят нови приоритети пред студентите акушерки. Пациентът е в центъра на здравните грижи и дейностите към него имат генералната цел – по-добро здраве. Промяната на отношението към пациента утвърждава холистичния подход. Пациентът се позиционира като субект с качества, ценности, убеждения. Пациентът не е само болен, той е потребител на качествени здравни услуги.

Обществено-икономическото развитие на страната и членството в Европейския съюз наложиха промяна в системата на медицинското образование в

професионално направление „Акушерка“. Ясно очертана е тенденцията за иновационни методи, средства и подходи в педагогическата практика за оптимизиране и усъвършенстване на обучителния процес. По този начин се повишават познавателните и професионални интереси на студентите, подпомагат се формирането на гъвкави интелектуални умения и навици за самостоятелно решаване на проблеми и се мотивира самоусъвършенстването на личността.

Обектът на въздействие на акушерските здравни грижи - живият човек, налага високи изисквания към качеството на подготовка на студентите.

Пациентът е фактор, който внушава респект и кара бъдещия медик да проявява максимална отговорност и активност (Торньова, Б., 2010). Това от своя страна съдейства за формиране у студентите на ценности и качества, адекватни на медицинския морал; на умения за вземане на решения и отговорности в сложни и непредвидими ситуации и утвърждаване на субектната им позиция.

СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ

Във връзка с настоящия доклад е изготвено собствено проучване за ролята на пациента при формиране на основните елементи от професионалните компетенции на бъдещите акушерки.

Материал и методи

Изготвена е представителна извадка, генерирана на случаен принцип, обхващаща 470 жени от град Русе и областта и група от 20 стажант-акушерки на Преддипломен стаж през учебната 2017/2018 г.

За събиране, анализ и оценка на резултатите са използвани следните методи:

- доброволна и анонимна онлайн анкета за жените от град Русе и областта;

- индивидуални анонимни анкетни карти за студентите-акушерки на Преддипломен стаж;
Данните са представени графично.

Резултати и обсъждане

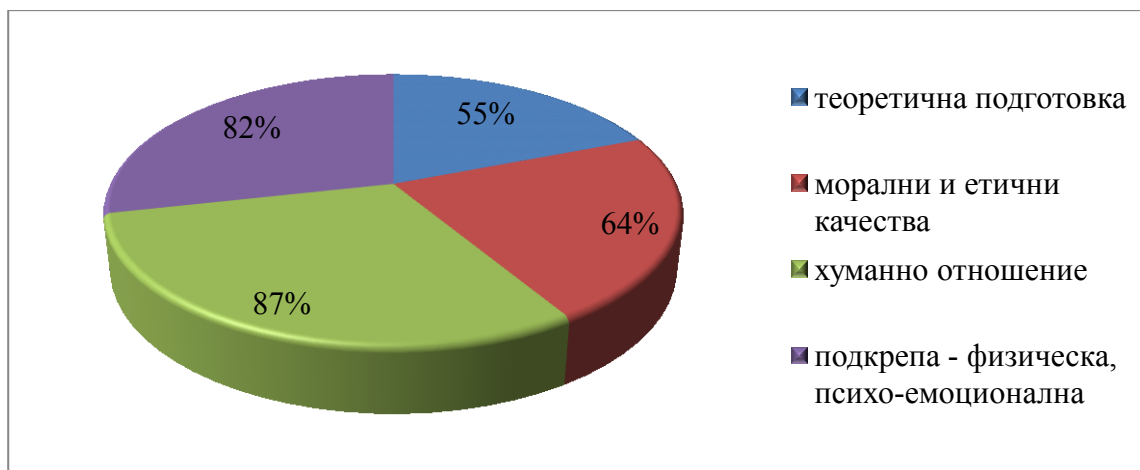
Пациентките, доброволно и устно са декларирали участие в изследването. Активното включване на студентите стимулира утвърждаването и изявата на субектната им позиция в дидактическия процес в университета.

В анализа са включени само онези въпроси, които имат отношение към изследвания проблем.

Анкетираните жени са посочили нужните здравни грижи според тях, при които е значимата роля на акушерката:

- ✓ здравна информация – профилактична и специализирана (79%);
- ✓ здравна информираност за състоянието, което им осигурява възможност за личен избор и съгласие (87%);
- ✓ използване на подходяща професионална комуникация с достъпна медицинска терминология (89%);
- ✓ съобразяване с моментното им състояние – физическо и психоемоционално (77%);
- ✓ зачитане на чест, достойнство и доверие (91%);
- ✓ осигуряване на ресурса време в контакта с акушерката (92%).

Отговорите надвишават 100% поради факта, че участничките са посочили повече от една здравна грижа. Те са обобщени и нагледно представени на фигура 2.



Фиг. 2. Необходими качества за акушерката според анкетираните жени

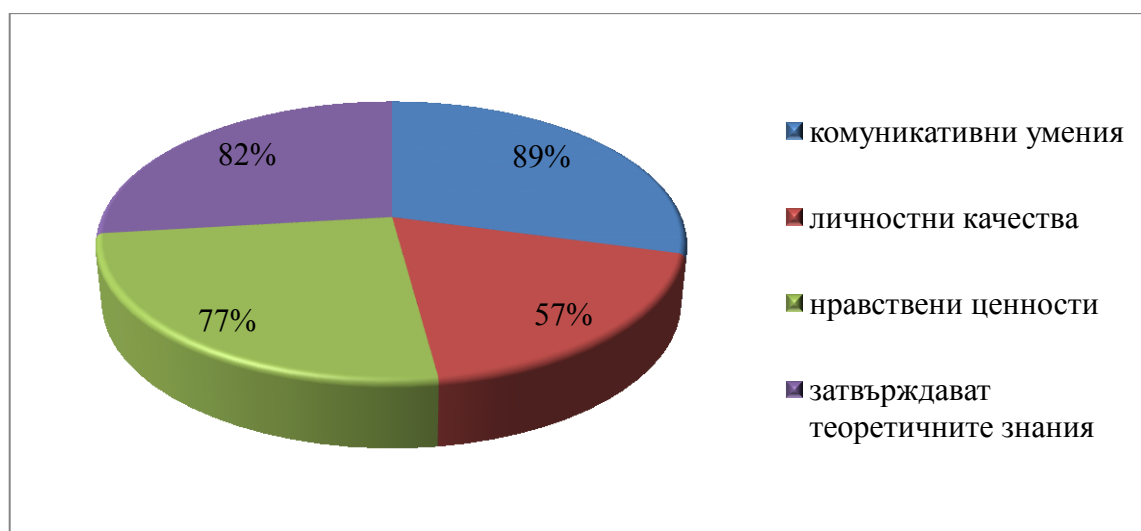
Почти всички анкетираните жени (93%) посочват необходимост от професионална комуникация. Те имат следните изисквания към акушерката:

- ☐ да формулира ясно и точно здравната информация (44%);
- ☐ да се поднася информацията на достъпен език, без медицинска терминология (83%);
- ☐ да има достатъчно време за диалог с пациентите (64%);
- ☐ да осъществява обратната връзка – разбиране на посланието (37%);
- ☐ да провежда здравни обучения с пациентите (81%).

В професията на акушерката комуникативните умения се явяват неразделна част от професионалната им компетентност. Именно поради близостта на акушерката с пациента, към нея има едно, на практика безалтернативно изискване – да притежава и непрекъснато да развива своите комуникативни умения и навици. Акушерската практика изисква създаването на добри условия за комуникация, както и доверие между акушерката и жената – бременна или пациентка с гинекологични проблеми,

които могат да бъдат постигнати, когато е показано уважително отношение и представяне. Изграждането на взаимна връзка и общуване трябва да започва със запознаване, базирано на професионалното поведение на акушерката. Трябва да се обърне внимание, че на въпроса до каква степен комуникативните умения благоприятстват осъществяването на по-добри взаимоотношения между акушерката и пациентката, няма посочени отрицателни отговори. Действително по време на акушерските грижи, дейности и манипулации, уменията на една акушерка да провежда разговор с пациентката заема водещо място за нейното предразполагане. Пациентките желаят да споделят с акушерката проблеми, задават въпроси, очакват съвети.

Голяма част от анкетираните студенти са единодушни, че практическото обучение с участието на пациента съдейства във висока степен за изграждане на комуникативни умения, личностни качества и нравствени ценности като съществени компоненти от професионалните компетенции на медицинския специалист (фигура 3)



Фиг. 3. Мнение на студентите за възможността да формират компетенции чрез общуване с пациента

Данните са показателни за това, че включването на студентите в активната, реална професионална среда с пряко участие на пациентката, създава благоприятна възможност да се изгражда нравственото съзнание, да се формират и натрупват морални качества и ценности, да се усъвършенстват уменията за общуване с пациента, неговите близки и медицинския персонал.

Специалистите по здравни грижи често са отговорни за повече пациенти и

трябва да направят преценка за изпълнение на приоритетни здравни грижи и нужди. Те трябва да управляват процеси на конфликти, конфиденциалност на информация, колаборативност с други институции, управление на здравната грижа.

Участието на пациента води до формиране на професионални компетенции, по-висока активност и удовлетвореност и повишава качеството на учебния процес.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Присъствието на пациента като субект на дидактическата концепция изгражда отговорното отношение към статуса на професията, качеството на осигуряваните грижи и желание за самоусъвършенстване.

Литература:

- [1] Ачкова, М., Приложна психология в медицината и здравеопазването, Конти – ЕООД, София, 2001
- [2] Буров, С., кол., Съвременен тълковен речник на българския език, GABEROFF-ЕОД, Търново, 2002
- [3] Ванева, В., Педагогика и медицина, Научни трудове на РУ Ангел Кънчев, том 49, серия 6.2, Русе, 2010
- [4] Воденичаров, Ц., М. Митова, С. Младенова, Медицинска педагогика, АРТИК София, 2008.
- [5] Луканова, Й. Клиничната практика като формиращ фактор за изграждане на професионална компетентност на акушерките, Дисертационен труд за присъждане на ОНС Доктор, Русенски университет Ангел Кънчев, 2016
- [6] Митева, К., З. Атанасова, Практическото обучение за изграждане на професионалните компетенции на медицинските специалисти, Тракийски университет, Стара Загора, 2011

[7] Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите медицинска сестра и акушерка за образователно-квалификационна степен „бакалавър”, ДВ, бр. 95/ 2005, изменение и допълнение с Постановление № 257/1 ноември 2010 г.

[8] Торньова, Б., Същност и специфика на обучението във Висшето медицинско училище. В: Медицинска педагогика, Габрово, 2010

[9] Милчева, Хр., От традицията към иновацията при обучението на медицинските сестри и акушерките, ЕКС – ПРЕС ООД, Габрово, 2012

Адреси за контакти:

Проф. Иваничка Сербезова дп
ръководител катедра „Здравни грижи“,
Русенски университет „Ангел Кънчев“,
e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Ас. Цвета Христова дп
катедра „Здравни грижи“,
Русенски университет „Ангел Кънчев“,
e-mail: tshristova@uni-ruse.bg

SWOT АНАЛИЗ И СТРАТЕГИИ ЗА ФИЗИЧЕСКА АКТИВНОСТ НА СПОРТУВАЩИ СТУДЕНТИ

Искра Илиева

Русенски университет "А. Кънчев"
Медицински университет - Плевен

SWOT ANALYSIS AND STRATEGIES FOR PHYSICAL ACTIVITY OF SPORTING STUDENTS

Iskra Ilieva

University of Rousse "A. Kanchev"
Medical University Pleven

Abstract: This paper propose an options for rising efficiency of individual-logic techniques and methods for analysing phisycal activtyty of sporting students inside university environment. Special attention is given to the resources and efficiency of the SWOT analysis technique and self-assessment.

Key words: Physical Education, Sport, Sporting Students, Body Posture, Body's Alignment, Self-assessment, Phisycal Activtyty Analysis Approach; Creative-Innovation Toolbox of the Creative Management of Phisycal Educational

ВЪВЕДЕНИЕ

Обществено значимата роля на физическото възпитание и спорта се разглежда подробно чрез няколко аспекта в Бялата книга за спорта: укрепване на общественото здраве чрез физическа активност; обединяване на силите в борбата срещу допинга; увеличаване на ролята на спорта в образованието и обучението; поощряване на доброволното участие и активното гражданство чрез спорта; използване на спортния потенциал за социално включване, интеграция и равни възможности; превантивни мерки и борба срещу расизма и насилието; споделяне на нашите ценности с други части на света; подкрепа за устойчивото развитие. [3]

Във формалното и неформалното образование, спортът подсилва човешкия капитал на Европа. Ценностите, които се предават чрез спорта, помагат за развитието на знанията, мотивацията,

уменията и готовността за полагане на лични усилия. Времето, прекарано в спортни дейности в училище и в университета оказва благоприятно въздействие върху здравето и образованието, като това въздействие трябва да се активизира.

Спортът и физическата активност могат да бъдат подпомогнати чрез Програмата за учене през целия живот. По този начин поощряването на участието в образователни спортни мероприятия става приоритетна тема за привличане на студентите към здравословен начин на живот.

SWOT анализът е модел за стратегическо планиране в бизнеса, използван за оценка на Strengths (силни страни), Weaknesses (слаби страни), Opportunities (възможности), Threats (заплахи), възникващи в проект или бизнес начинание. [12, 14, 15] Тази техника е създадена от Albert Humphrey,

ръководител на проект в периода 1960 – 1970 г. в Stanford University, използвайки данни за компании от Fortune 500. (Vasilev, J, N. Orloev, 2010)

Същите автори разглеждат приложението на креативен нелинеен SWOT анализ от гледна точка на личността.

Във връзка с постигането на целите на физическото възпитание и спорта при активно спортуващите студенти, е необходимо да се разгледат периодите на образователна и социална ангажираност, проучване на тяхната самооценка за физическо развитие, физическа дееспособност и удовлетворение от активни спортни занимания.

ИЗЛОЖЕНИЕ

SWOT анализът ще осигури възможности за оценяване как стратегията на физическото възпитание и спорт при студентите ще повиши резултатите от тяхната двигателна активност за постигане на физическо, психическо и емоционално здраве.

Съпоставянето на резултатите при спортуващи и неспортуващи студенти, ще открие нови възможности за стимулиране и мотивиране на младите хора към физическа активност. Дигиталното поколение е ориентирано към новите технологии, които се усъвършенстват ежедневно и е необходимо постигането на баланс.

При спортуващите студенти се наблюдава реална самооценка по отношение на следните качества:

- Нравствено-характерологични качества като критичност, увереност, принципност, упоритост и настойчивост;
- Когнитивни предпоставки за успех – целеустременост, любознателност, съобразителност, трудолюбие;
- Отношение към хората – общуване, емпатия, чувство за хумор, креативност;
- Саморегулация – самостоятелност, независимост, самоконтрол,

самокритичност, уравновесеност, отговорност, инициативност.

Поддържането на физическата дееспособност, двигателната координация изисква отговорно отношение, постоянство и целенасочени действия. Физическата активност има положително въздействие освен върху самооценката и върху правилната телесна стойка. [1, 11] Тя се оформя под влияние на външната среда, формира се като всеки двигателен навик и трябва да се поддържа, тъй като може да се промени както в положителен, така и в отрицателен аспект /Соколов Б., Маркова-Старейшинска Г, 1991/.

Заниманията със спорт развиват и поддържат балансиран опорно-двигателния апарат, а това е една от базовите оздравителни задачи на физическото възпитание. [2, 4, 5, 6, 7, 8, 10]

Матрицата на SWOT анализа включва силни страни, слаби страни, възможности, заплахи/рискове. В таблица 1 е представено взаимодействието между S–O – Стратегии: Използване на възможностите за реализиране на плюсовете; W–O – Стратегии: Преодоляване на слабостите за създаване на нови възможности; S – T – Стратегии: Използване на плюсовете за елиминирание на опасностите; W – T – Стратегии: Използване на стратегии, които да предпазят слабостите да бъдат активизирани от заплахи.

За решаването на задачите на физическото възпитание във Висшите училища, ефективно могат да се използват съвременните технологии. А. Смрикаров (2017) препоръчва иновативните форми за дигиталното поколение. Информацията за ползата от физическата активност и спорта също може да се представи чрез интерактивни и мултимедийни презентации, да се използват възможностите на видео ресурсите, видео анимациите, различни мобилни приложения, под ръководството на преподавателя.[9]

Таблица 1

SWOT анализ на спортуващи студенти

SWOT АНАЛИЗ		ВЪТРЕШНА СРЕДА	
		ПЛЮСОВЕ STRENGTHS(S) – СИЛНИ СТРАНИ	МИНУСИ WEAKNESSES(W) – СЛАБИ СТРАНИ
		* Мускулен тонус; * Профилактика на гръбначните изкривявания; * Симетрично развита и балансирана мускулатура; * Физическо усъвършенстване; * Здраве, тонус и енергия; * Добра физическа форма; * Реална самооценка.	* Адаптиране към физическите натоварвания; * Пренебрегване на разгръването в началото на тренировката; * Пренебрегване на стречинга в края на тренировката.
ВЪНШНА СРЕДА	ВЪЗМОЖНОСТИ OPPORTUNITIES(O)	S – O – Стратегии Използване на възможностите за реализиране на плюсовете: 1. Реална самооценка на здравния и личностен статус; 2. Поставяне на краткосрочни и дългосрочни цели. 3. Съставяне на план за реализиране на целите. 4. Изпълняване на плана с оглед предотвратяване на евентуална зона на комфорт.	W – O – Стратегии Преодоляване на слабостите за създаване на нови възможности Практикуване на различна по вид двигателна дейност и задължителни комплекси от общоразвиващи упражнения за утринна гимнастика с периодична промяна на комплексите или натоварването.
	ОПАСНОСТИ/ РИСКОВЕ TREATMENTS(T)	S – T – Стратегии Използване на плюсовете за елиминиране на опасностите. 1. Проучване на източници за принципите на оптимално физическо натоварване. 2. Системни тренировки и за слабите мускулни групи. 3. Упражнения за координация и баланс. 4. Кардио тренировки.	W – T – Стратегии Използване на стратегии, които да предпазят слабостите да бъдат активизирани от заплахи 1. Задължителни упражнения за разгръване в началото на тренировката. 2. Задължителни упражнения за стречинг в края на тренировката. 3. Дозировка и физическо натоварване, съобразно възрастта и индивидуалните възможности.

ИЗВОДИ

SWOT анализа разглежда и факторите по двойки, а именно: „S-W”; „S-O”; „S-T”; „W-O”; „W-T”; „O-T”. Използване на възможностите за реализиране на плюсовете; Преодоляване на слабостите за създаване на нови възможности; Използване на плюсовете за елиминиране на опасностите; Използване на стратегии, които да

предпазят слабостите да бъдат активизирани от заплахи.

Представените SWOT матрици дават информация за силни страни, слаби страни, възможности, заплахи/рискове на спортуващи студенти. Тяхното ранжиране определя взаимовръзките между компонентите за насърчаване на благоприятната за здравето физическа активност.

References:

- [1] Batoeva, M. (2006). Pedagogicheska psihologia, Sofia: Izdatelstvo „Askoni-Izdat” (Оригинално заглавие: Батоева Д. и кол. (2006) Педагогическа и психологическа диагностика, Аскони-Издат, Сф.).
- [2] Boeva, B., V. Ivanova (2018) Teoretichni i metodicheski osnovi na fizicheskoto vazpitanie– parva chast, St. Z. (Оригинално заглавие: Боева Б., В. Иванова (2018) Теоретични и методически основи на физическото възпитание, Ст.3.)
- [3] Evropeiska komisia (2008), Byala kniga na sporta.
- [4] Kozhuharov, K., V. Kozhuharov (2006). Dvigatelna anatomia, Ruse: Izdatelska baza na RU „A. Kanchev” (Оригинално заглавие: Кожухаров, К., В. Кожухаров (2006) Двигателна анатомия, Изд. База на РУ „А. Кънчев”, Рс).
- [5] Mileva, E. (2009) Pedagogika na fizicheskoto vazpitanie i sporta, Sofia: Izdatelstvo „Avangard Prima” (Оригинално заглавие: Милева, Е. (2009) Педагогика на физическата възпитание и спорта, Авангард Прима, Сф.).
- [6] Momchilova, A. (2017) Teoria i metodika na fizicheskoto vazpitanie i sporta, Ruse: Izdatelstvo „MEDIATEH-Pleven” (Оригинално заглавие: Момчилова, А. (2017) Теория на физическото възпитание и спорта, МЕДИАТЕХ - Плевен, Рс.).
- [7] Pencheva, V., Hr. Beloev, M. Fartunova, R. Kyuchukov. (2017) New Educational Platforms in Higher Education, PROCEEDINGS OF UNIVERSITY OF RUSE - 2017, volume 56, book 9, (Оригинално заглавие: Пенчева, В., Хр. Белоев, М. Фъртунова, Р. Кючуков. (2017) Нови образователни платформи във висшето образование, Научни трудове РУ и СУ, т.56, с. 10, стр. 9, Рс.).
- [8] Rusev, R. (2006) Kibernetika i upravlienie na dvijeniata v sporta, Sofia: Izdatelstvo „GERA ART” (Оригинално заглавие: Русев, Р. (2006) Кибернетика и управление на движенията в спорта, ГЕРА АРТ, Сф.).
- [9] Smrikarov, A. How to Make a Lecture more Interesting or Students of The Digital Generation, PROCEEDINGS OF UNIVERSITY OF RUSE - 2017, volume 56, book 9, (Оригинално заглавие: Скрикаров, А. (2017) Как да направим една лекция по-интересна за студентите от дигиталното поколение, Научни трудове РУ и СУ, т.56, с. 10, стр. 82, Рс.).
- [10] Stefanova, I. (2017) Kineziologichni osnovi na kineziterapiata, Ruse: Izdatelska baza na RU „A. Kanchev” (Оригинално заглавие: Стефанова, И. (2017) Кинезиологични основи на кинезитерапията, Изд. База на РУ „А. Кънчев”, Рс).
- [11] Tahtakov, Kr. (2012) Ustroistvo za prevencia na grabnachni izkrivyavaniya i eksperimentalna ocenka na prilozimostta mu, avtoreferat, Sofia. (Оригинално заглавие: Тахтаков, Кр. (2012) Устройство за превенция на гръбначни изкривявания и експериментална оценка на приложимостта му, Изд. База на РУ „А. Кънчев”автореферат, Сф).
- [12] Vasilev, J., N. Orloev. (2010) Creative non Linear SWOT Analysis, http://mech-ing.com/journal/Archive/2010/6/2.tehnologii/62_Jordan%20Vasilev.pdf, (Оригинално заглавие: Василев, Й., Н. Орлов (2010) Креативен нелинеен SWOT анализ).
- [13] World Health Organization, <http://www.who.int/about/who-we-are/en/>
- [14] Метод SWOT анализа в стратегическом управлении, <http://powerbranding.ru/biznes-analiz/swot/matrix/>
- [15] SWOT analysis, <http://www.promise.org.uk/swot.htm>

Адрес за контакти:

гл.ас. д-р Искра Илиева,
катедра „ Физическо възпитание и спорт“ ,
Русенски университет „ Ангел Кънчев“,
Доцент, сектор „ Физическо възпитание и спорт“,
Медицински университет - Плевен
E-mail:isilieva@uni-ruse.bg

КИНЕЗИТЕРАПИЯ ПРИ ПЛОСКОСТЪПИЕ

Юлияна Пашкунова

Русенски университет „Ангел Кънчев”

PLATE KINESITHERAPY

Juliana Pashkunova

„Angel Kanchev “Univesity of Ruse,,

Abstract: The arch of the foot is included in the motor apparatus as a whole and affects all its units. This deformation is usually accompanied by a disturbance of the mutual arrangement of the bones forming the sole and causing functional disorders. The altered shape of the arches, as in the flat foot, alters the static position of the lower leg, hip, pelvis, spine and others, which affects the function of their muscles.

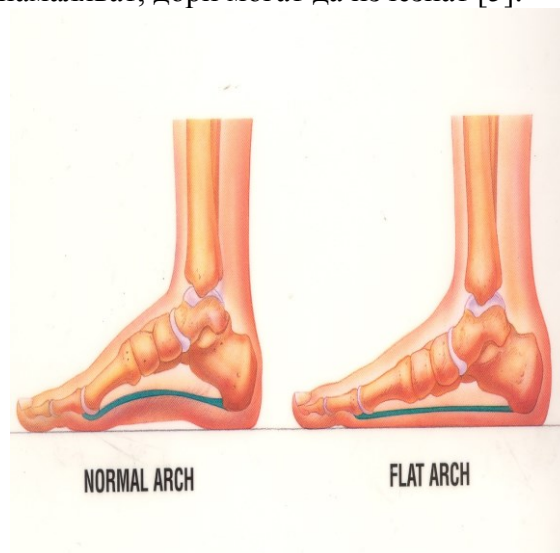
Key words: step, arch, pain, gait.

ВЪВЕДЕНИЕ

Стъпалото представлява куполообразно формование, омекотяващо при ходене тласъците от тежестта на тялото при контакта на долните крайници със земята. То е изградено от значителен брой сложно подредени кости, свързани солидно една с друга, посредством много здрави околоставни връзки. Това е пасивната част на поддържащия стъпалото апарат /фиг.1./. Към нея се прибавя и действието на мускулите и специално на mm. tibialis posterior, fibularis longus et brevis, flexor hallucis longus, flexor digitorum longus, triceps surae. Стъпалото образува два свода – напречен и надлъжен. Когато те се снижат или изчезнат напълно, се получава т. нар. плоско стъпало. То може да бъде вродено и придобито. Първото се среща изключително рядко и се дължи на вродени промени в ставно-лигаментарния и мускулния апарат. Обикновено деформацията е ригидна и се препоръчва ранно оперативно лечение [5].

Придобитото плоско стъпало се среща много често и се обуславя както от слабост на статичната, така и на динамичната стабилизация. До това състояние може да се стигне при системно претоварване, наднормено тегло, заболяване на долните крайници, бременност, продължителна

имобилизация на ходилната област [4]. Постепенно започва да се деформира, сводовете се изглаждат, появяват се болки по гърба на стъпалото, в глезената става, подбедрицата, даже и в бедрото. Болките са по-подчертани при по-бързо спадане на сводовете и особено в началната фаза. Характерната е бързата уморяемост и нееластичност на походката. Не рядко стъпалото отича главно по дорзалната страна. При почивка оплакванията намаляват, дори могат да изчезнат [5].



Фиг. 1. Структура на нормално и плоско стъпало

ИЗЛОЖЕНИЕ

Лечението на плоскостъпието има две основни направления. Първото е

стремежът да се възстанови най-бързо нормалната форма на стъпалото [4]. Търси се най-напред пасивното преодоляване на валгитета на петата /повдигане на вътрешната половина на тока, специални супинатори за петата/ при децата. При по-големите деца и при възрастните възстановяване на формата се постига с поставяне на съответните стелки, които поддържат и моделират сводовете [5]. При второто направление се цели засилване на мускулите участващи в активните стабилизиращи механизми [4].

При плоскостъпие се прилагат общоразвиващи упражнения за долните крайници и специални упражнения [1]. Най-напред от облекчено изходно положение /и. п./: тилен лег, седеж, а по-късно и стоеж. Времетраенето на комплекса 25-30 мин, изпълнява се 2-3 пъти дневно. При изпълнение на специалните упражнения, стъпалото винаги трябва да се завъртва навътре. Плантарните флексори се засилват при изправяне на пръсти, а при завъртането на стъпалото, така че тежестта да пада на външната му страна – супинаторите.

ПРИМЕРЕН КОМПЛЕКС ПО КИНЕЗИТЕРАПИЯ ПРИ ПЛОСКОСТЪПИЕ

1. И. П.: Седеж на стол. На 1 – повдигане на двете ръце догоре – вдишване, на 2 – връщане в и.п. – издишване. Дозировка 5-6 пъти.

2. И. П.: Седеж на стол. На 1 – повдигане на единия крак свит в коляното и притискане с ръце към гърдите – издишване, на 2 – и.п. – вдишване. На 3,4 упражнението се изпълнява противоравно. Дозировка 4-6 пъти.

3. И. П.: Опорен седеж на стол. На 1 – повдигане на единия крак с екстензирано коляно – издишване, на 2 – и.п. – вдишване. На 3,4 упражнението се изпълнява противоравно. Дозировка 5-6 пъти.

4. И. П.: Опорен седеж на стол. “Ходене на място” с високо повдигнати колене. Дозировка 30 сек.

5. И. П.: Опорен седеж на стол. На 1 – абдукция в тазобедрени стави – вдишване, на 2 – и.п. – издишване. Дозировка 4-6 пъти.

6. И. П.: Опорен седеж на стол. На 1 – клякане пред стола – издишване, на 2 – връщане в и.п. – вдишване. Дозировка 4-6 пъти.

7. И. П.: Седеж на стол, стъпалата прибрани. На 1 – отвеждане на коленете встрани със завъртане на стъпалата навътре. На 2 – и.п. Дозировка 6-8 пъти.

8. И. П.: Седеж на стол. Сгъване и разгъване на пръстите на краката. Дозировка 10-12 пъти.

9. И. П.: Седеж на стол. Сгъване и разгъване в глезенните стави. Дозировка 8-10 пъти.

10. И. П.: Седеж на стол. Кръгови движения в глезенните стави. Дозировка по 5-6 пъти във всяка посока.

11. И. П.: Седеж на стол. Отвеждане и привеждане на краката чрез последователно пристъпване на пръсти и пети. Дозировка 4-5 пъти.

12. И. П.: Седеж на стол. Придвижване на ходилото напред и назад с помощта на пръстите. Дозировка 5-6 пъти.

13. И. П.: Седеж на стол. Хващане и пускане на дребни предмети с пръстите на ходилото. Тренират се късите и дългите флексори на пръстите. Дозировка 1-2 мин.

14. И. П.: Седеж на стол. Търкаляне на малка твърда топка, конус. Дозировка 1 мин.

15. И. П.: Седеж на стол, стъпалата допрени. На 1 – допиране на плантарната повърхност на стъпалата на двата крака, на 2 – и.п. Дозировка по 5-6 пъти.

16. И. П.: Стоеж. На 1 – повдигане на пръсти, задържане 5-6 сек., на 2 – и.п. Дозировка 5-6 пъти.

17. И. П.: Стоеж, стъпалата допрени. На 1 – повдигане на пръсти, на 2 – отпускане върху външния ръб на стъпалото, на 3 – отново на пръсти, на 4 – и.п. Дозировка 5-6 пъти.

18. И. П.: Стоеж. На 1 – сгъване на пръстите, извиване на стъпалата навътре с повдигане на вътрешния ръб, на 2 – и.п. Дозировка 4-6 пъти.

19. И. П.: Стоеж с лице към гимнастическата стена, ръцете в хват на височината на раменете. На 1 – наклоняване на тялото напред, натискане с пръстите пода, без да се отделят петите, на 2 – и.п. Дозировка 5-6 пъти.

20. И. П.: Стоеж с лице към гимнастическата стена, ръцете в хват на височината на раменете, успоредни стъпала, допрени палци. На 1 – клякане с раздалечаване на петите, на 2 – и.п. Дозировка 5-6 пъти.

21. И. П.: Стоеж с лице към гимнастическата стена, ръцете в хват на височината на раменете. На 1 – повдигане на пети със свити пръсти, на 2 – и.п. Дозировка 4-5 пъти.

22. И. П.: Стоеж. Ходене на пръсти, петите не се отделят много от пода. Дозировка 30 сек.

23. И. П.: Стоеж. Ходене на пети. Дозировка 15 сек.

24. И. П.: Стоеж. Ходене на външния ръб на стъпалото със свити

пръсти и супинирано стъпало. Дозировка 10-15 сек.

25. И. П.: Стоеж. Последователно разтърсване на долните крайници. Дозировка 10-15 сек.

26. И. П.: Стоеж. Свободни махове с краката. Дозировка 5-6 пъти [2].

За натоварването в отворена кинетична верига се използва еластична лента или авто-съпротивление при упражняване върху люлееща платформа. Много голямо значение имат упражненията в затворена кинетична верига с пълно или частично обременяване с тежестта на тялото [3].

Специалните упражнения за мускулите, които поддържат сводовете на ходилото, могат да се изпълняват от 4-5 до 15-20 пъти. След изпълнението на 2-3 специални упражнения могат да се дава кратка почивка или да се редуват с общоразвиващи упражнения [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Болните, страдащи от плоскостъпие трябва да носят ортопедична подложка – супинатор. Желателно е през лятото да ходят боси по пясък и трева. Препоръчва се, ако стоят продължително време прави, тежестта да се прехвърля на външния ръб на стъпалото и да се изправят на пръсти на всеки 5 мин. За намаляване на болките се прилага самомасаж и масаж на стъпалата и подбедриците.

Литература:

- [1] Каранешев, Г. Теория и методика на лечебната физкултура. Медицина и физкултура. С., 1987, стр. 252-256.
- [2] Костадинов, Д. и кол. Практическо ръководство по лечебна физкултура. Медицина
- [3] Попов, Н. Въведение в кинезитерапията. НСА – прес. С., стр. 106-107.
- [4] Попов, Н. Кинезитерапия в спортната практика. Обща методика. НСА – прес. С., 2006, стр. 150-152.
- [5] Слънчев, П. и кол. Ръководство по кинезитерапия. Медицина и физкултура. С., 1986.

Адрес за контакти:

Гл. ас. Юлияна Пашкунова, доктор
e-mail: ypashkunova@uni-ruse.bg

КОРЕКТИВНА ТЕХНИКА ЧРЕЗ АПЛИКИРАНЕ НА КИНЕЗИОТЕЙП ЛЕНТИ ЗА ЗАПАЗВАНЕ ПОЗИЦИЯТА НА ГЛЕЗЕННА СТАВА СЛЕД ИНСУЛТ В РАНЕН ПЕРИОД

Деница Василева, Стефка Миндова, Ирина Караганова

Русенски университет „А. Кънчев“, ФОЗЗГ,

Катедра “Обществено здраве и социални дейности”

CORRECTIVE TECHNIQUE WITH KINESIOTAPE APPLICATION FOR ANKLE POSITION PROTECTION AFTER STROKE IN EARLY RECOVERY PERIOD

Denitza Vasileva, Stefka Mindova, Irina Karaganova

University of Rousse “Angel Kanchev”, Faculty of Public Health and Health Care

Abstract: The foot drop is one of the most significant sign of activity deficiency approach to the lower limb in states after stroke, manifested still in early period of recovery. Impossibility for the active dorsiflexion in the ankle and impossibility to support the ankle in anatomic position of 90 influence negative of the locomotion like the most often type of pathological gait in patients with stroke is a type of “Vernike – Man”. The ankle position correction is used to very different orthoses types like gypsus bus, linguists, cuffs and all. In the last years with using of the new physiotherapy means like kinesiotape application, is attempted for use them to solve this problem. In this moment there is only one described experience like case report by C. Lazarus for ankle correction and foot drop prevention with good result in patient with stroke in early period of recovery. Any attempt to create an effective and relatively easy – to – use method with an affordable performance technique aimed at preventing the foot drop would be great benefit to the physiotherapy practice.

Key words: stroke, kinesiotape, foot drop prevention, physiotherapy program

ВЪВЕДЕНИЕ

Спадането на ходилото е една от най - сигнификатните прояви на двигателен дефицит по отношение на долният крайник при слединсултни състояния, проявяваща се още в ранен период. Невъзможността за активна дорзифлексия и способността за поддръжка на глезена в анатомична позиция от 90 градуса се отразява неблагоприятно върху общия локомоторен стереотип, като най – честият тип патологична походка, проявяваща се при пациенти, преживели инсулт е тип „Вернике – Ман”. [1] Опитите за корекция на ставната глезенна позиция минават през най – различни методи като използването на ортезни средства (гипсови шини, лонгети, маншети и др.), твърди обувки и др. В последните години с навлизането на нови

кинезитерапевтични средства като апликирането на кинезиотейп лентите се прави опит за използването им при решаването на този проблем. [2] Към настоящият момент има описан само един опит с клиничен случай, описан от С. Lazarus за корекция на позицията на глезена и профилактика от спадане на ходилото с добър резултат при пациент в ранен период след прекаран инсулт. [3] Всеки опит за създаване на ефективен и сравнително лесно приложим метод с достъпна техника на изпълнение, насочен за профилактика от спадане на ходилото, би бил от изключителна полза за кинезитерапевтичната практиката.

ИЗЛОЖЕНИЕ

„Настоящото изследване е проведено в периода Септември 2016 – Май 2017г. на територията на УМБАЛ –

Русе, отделение по „Неврология”, както и в домашни условия. Изследването обхваща 52 на брой пациенти, разпределени в две групи от по 21, контролна и работна. Контролната група се състоеше от 13 мъже и 8 жени на средна възраст 63,5 год., а работната от 11 жени и 10 мъже на средна възраст 65,4 год. Всички те бяха с преживян исхемичен мозъчен инсулт, без сериозни съпътстващи заболявания, обхванати от момента на диагностицирането до края на 1-вия месец. Критериите за включване на пациентите в изследването бяха: наличие на исхемичен мозъчен инсулт, лево/десностранна хемипареза, оценка за спастичност по Ashworth 3 и/или по – малко. Критерии за изключване от изследването: поява на тежки усложнения от страна на сърдечно-съдовата, дихателната система и др., неуточнени инсултни състояния, пациенти с придружаващи заболявания, при които кинезитерапията не е показана. При пациентите и от двете групи се провеждаха еднакви кинезитерапевтични мероприятия, веднъж дневно. Разликата беше само в това, че при едната група в края на кинезитерапевтичното занимание се апликираха кинезиотейп ленти, които бяха подменяни на всеки 4 дни. Апликацията се осъществяваше посредством две на брой ленти – едната водеше началото си проксимално от палеца по медиалната дорзална повърхност на ходилото, като преминава надлъжно и завършва на ниво на дисталната латерална 1/3 от подбедрицата; другата започваше от латералната страна на ходилото на ниво около пета метатарзална кост и завършва по медиалната повърхност на дисталната 1/3 от подбедрицата, като двете ленти се кръстосват около нивото на os cuneiforme.

Основната цел на кинезитерапията в началния период при пациенти, прекарвали исхемичен инсулт, е профилкатика на застойните явления и

подпомагане функционалното възстановяване на засегнатите крайници.

Задачите на кинезитерапията в този период най – общо са:

- ✓ Профилактика на застойните явления в белите дробове и крайниците;
- ✓ Предпазване от появата на декубитуси;
- ✓ Предпазване от контрактури и подобряване трофиката на засегнатите участъци;
- ✓ Подпомагане възстановяването на активните движения на паретичните крайници и намаляване на спастично повишения мускулен тонус;
- ✓ Потискане на появилите се синкинезии;
- ✓ Подобряване на равновесието и координацията;
- ✓ Обучение в изправяне, ходене и дейности от ежедневиия живот;
- ✓ Повлияване върху психоемоционалното състояние на пациента.

Средства на кинезитерапията

В комплекса по кинезитерапия беше използван богат набор от средства. Едно от най-важните средства, което беше приложено още в самото начало след инсульта, е лечението чрез положение. Паретичните крайници се поставяха в положение обратно на позата „Вернике-Ман“: ръката се поставяше в лека външна ротация и абдукция в раменната става, екстензия и супинация в лакътна става, умерена екстензия в гъривнена става и пръстите, с абдуциран и умерено екстензиран палец. За да се запази това положение на горния крайник, бяха използвани специални шини, възглавнички и пясъчни торбички. За долния крайник е важно стъпалото да бъде задържано в неутрална позиция в глезената става, да се попречи на варуса на ходилото. За да се противодейства на екстензионната контрактура в колянната става бяха поставени възглавнички под нея, също трябваше да се ограничи ротацията и абдукцията в тазобедрената става.

За профилактика от декубитуси и от застойни явления в белите дробове, пациентите бяха обучени в обръщане в леглото и смяна на положението през 3-4 часа. Под застрашените от декубитуси участъци бяха слагани меки гумени или дунапренови кръгове.

Средствата на кинезитерапия, използвани в комплексите и при двете групи пациенти бяха следните: дихателни упражнения, диагонално – спирални модели на Кабат, пасивни, активно – асистиранни, активни упражнения, упражнения за възстановяване на равновесно – координационните способности, упражнения за нормализиране на локомоторния стереотип, релаксиращи упражнения.

За отчитане на получените резултатите и ефикасността от кинезитерапевтичните методики при двете групи пациенти бяха използван следните тестове: Индекс на Бартел, тест на Brunnstrom, тест на Ashworth, Six Minute Walk Test и Анализ на походката.

За оценка на степента на възможност за извършване на ежедневни дейности, при пациентите от двете групи беше приложен тестът на Бартел. Разликите между получените и изходните стойности при пациентите от двете групи са представени на табл.1.

Табл.1 Средни стойности на резултатите от теста на Бартел

	КГ	ЕГ
	X±SD	X±SD
Начало (точки)	28,5±4,86	28,5±4,86
1 месец (точки)	46,5±4,86	68±4,86
t-критерий	-11,76	-25,81

След провеждане на теста в началото на лечението, резултатите показват, че пациентите и в двете групи имат еднакво намалена степен на възможност за извършване на дейностите от ежедневния живот. Както при контролната, така и при

експерименталната група, събраните точки след проведения тест са по 28,5, при което се наблюдават затруднения в дейностите, свързани с придвижване.



Фиг. 1 Средни стойности на точките при теста на Бартел при експерименталната и при контролната група

При повторно тестване в края на първия месец от началото на лечението се наблюдава подобрение в самообслужването при пациентите и от двете групи, като в експерименталната то е значително по-голямо. При контролната група точките са се увеличили на 46,5 и t-критерий - 11,76. Темпът на прираст при тази група е 48.

При експерименталната група се наблюдава по-голямо подобрение при изпълняване на ежедневните дейности. При тази група точките са се увеличили на 68 и t-критерий - 25,81, като в сравнение с контролната група, тук се отчита по-голямо подобрение в дейностите, свързани с преместване, придвижване, изкачване и слизане по стълби. Темпът на прираст е значително по-голям – 81,8, а статистическата достоверност е над 99%. Промените в броя на точките при двете групи, са представени на фиг.1.

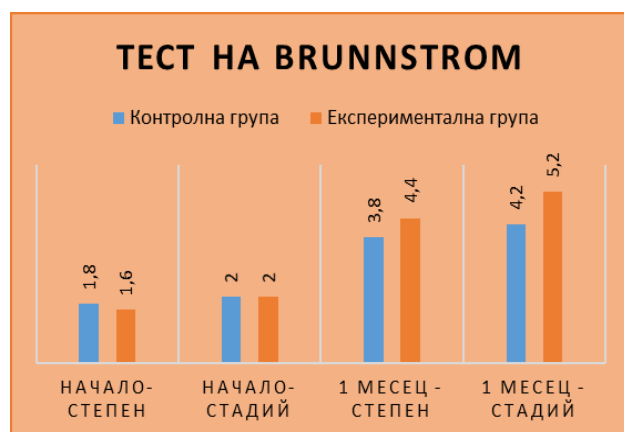
Отчетените по - добри резултати на пациентите от експерименталната група може да се каже, че са в резултат на ефективността на поставената апликация, която чрез успешната корекция на положението и функционалността на глезенната става е подобрила качеството

на самообслужване и придвижване на пациентите.

От теста на Brunnstrom, който беше проведен на пациентите от двете групи, бяха изведени следните резултати за степента на функционалните възможности и стадия на функционално възстановяване (табл. 2), даващи информация за цялостното състояние на пациентите.

Табл. 2 Средни стойности на резултатите от теста на Brunnstrom а

		КГ	ЕГ
		X±SD	X±SD
Начало	Степен	1,8±0,64	1,6±0,64
	Стадий	2±0	2±0
1 месец	Степен	3,8±0,64	4,4±0,32
	Стадий	4,2±0,64	5,2±0,64
t-критерий/Pt (степен)		-10/0,95	-17,5/0,99
t-критерий (стадий)		-15,7	-22,8



Фиг. 2 Промени в степента и стадия на възстановяване при пациентите от двете групи

При изследване на степента на функционалната възможност в началото на лечението при двете групи се определя средна стойност от 1,6 степен при експерименталната и 1,8 при контролната група или наличие на частично извършване на движението. След проведената кинезитерапия и повторно провеждане на теста в края на първия месец, при контролната група степента нараства на 3,8 и t-критерий -10 или пълно достигане края на движението с наличие на асиметрия. Темпът на прираст е 71,4, а

статистическата достоверност 0,95. При експерименталната група, след провеждане на кинезитерапевтичната методика, се наблюдава степен 4,4 и t-критерий -17,5 или извършва движението, което трябва, като то е почти еднакво с това на здравия крайник. Темпът на прираст е 93,3, а статистическата достоверност е 0,99.

При изследване на стадия на функционално възстановяване на контролната група, в началото е определен 2-ри стадий, при който има слабо до умерено изразена спастичност. Налице са някои основни синергии, главно при опит за извършването на силни активни движения. След проведеното лечение и кинезитерапия, в края на първия месец е определен стадий 4,2, при който спастичността намалява и има наличие на движения в различни равнини. Пациентите са само частично зависими при изпълнение на по-фини дейности и ходят самостоятелно. t-критерият е -15,7, статистическата достоверност е 99%, а темпът на прираст е 70,9.

При експерименталната група при началното изследване, също е определен 2-ри стадий на функционално възстановяване. След провеждане на кинезитерапевтичната методика в продължение на един месец се установява по-голямо подобрение в сравнение с това на пациентите от контролната група, като е определен стадий 5,2 или значително намалена спастичност. Пациентите са напълно самостоятелни, като моторният дефицит се проявява при поставяне на по-големи изисквания. t-критерият при тази група е -22,8, а темпът на прираст е 88,8, значително по-висок. статистическата достоверност на резултатите е 99%. Резултатите от този тест са представени на табл.2 и диагр. 2.

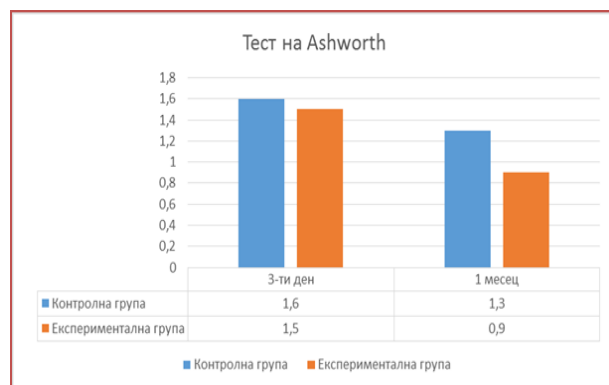
Статистически достоверно доказаните по – добри резултати при пациентите от експерименталната група дават основание да се каже, че апликирането на кинезиотейп, чрез

ставната корекция на позицията на глезенната става, осъществява и корекция на тонуса на мускулните групи, осъществяващи движението в нея. В резултат на това се повлияват по-благоприятно скоростта и степента на функционално възстановяване на пациентите от тази група, в сравнение с пациентите, включени в контролната.

Резултатите от теста на Ashworth, обективизиращ промените в мускулния тонус на долния крайник, при пациентите от контролната и експерименталната група, както и значимостта на промените в хода на лечението са представени в табл.3.

Табл. 3 Средни стойности на резултати от теста на Ashworth

	КГ	ЕГ
	X±SD	X±SD
Начало (точки)	1,6±0,6	1,5±0,6
1 месец (точки)	1,3±0,3	0,9±0,3
t /Pt	1,87/0,93852	3,75



Диагр. 3 Промени в оценката на мускулния тонус на пациентите от двете групи

От представените данни се вижда, че в началото на проведеното лечение и двете групи имат повишен мускулен тонус. Не са налице значими различия в началните данни между контролната и експерименталната група, което дава основание те да бъдат сравнявани. Те са съответно 1,6 точки за контролната и 1,5 за експерименталната група или увеличение на тонуса при около половината от пасивния обем. След проведеното лечение и кинезитерапия, в

края на първия месец се отчита намаление на мускулния тонус на долния крайник, като за експерименталната група то е по-значително – 0,9 точки при t-критерий 3,75, а за контролната – 1,3 точки, при t-критерий 1,87 и коефициент на статистическа достоверност Pt 0,93852, т.е. налице е леко повишен мускулен тонус. Темпът на прираст в показателите за контролната група е -20,7, а за експерименталната той е -50. Темпът на прираст е отрицателен заради намаляване на стойностите в края на лечението. Промените в мускулния тонус са представени на диагр. 3.

Резултатите от теста на Ashworth отново потвърждават твърдението, че приложеният кинезиотейп на пациентите от експерименталната група е допринесъл за сигнификантното намаляване на повишения мускулен тонус на мускулните групи на подбедрицата и ходилото, който се наблюдава в началото и при двете групи, чрез корекцията на ставната позиция на глезена.

За оценка на издръжливостта и способността за придвижване на далечни разстояния на пациентите, беше използван Six Minute Walk Test, с който бяха проследени изминатите метри от пациентите в рамките на 6 минути. Резултатите от този тест са представени в табл.4.

Табл.4 Средни стойности на резултати от Six Minute Walk Test

	КГ	ЕГ
	X±SD	X±SD
Начало (метри)	91,5±16,2	86,5±14,5
1 месец (метри)	214±25,9	313,5±42,1
t/Pt	-18/0,963	-22,81/0,987

След извършване на началното изследване, резултатите показват, че при пациентите от контролната и от експерименталната група е налице значително намаление на способността за придвижване. При контролната група началния резултат показва изминаване на 91,5 метра в продължение на 6 мин. След

провеждане ежедневно на кинезитерапия, се установява увеличаване на изминатото разстояние, при повторно прилагане на теста в края на първия месец. Тогава резултатът е подобрен на 214 метра, при t-критерий -18. Темпът на прираст за контролната група е 80,22a Pt е 0,963.



Фиг. 4 Промени в изминатото разстояние за 6 мин.

При експерименталната група се установява изминаване на 86,5 метра при началното изследване. След провеждане на кинезитерапевтичната методика в продължение на 1 месец, се наблюдава значително подобрение на издръжливостта на пациентите по време на ходене, както и увеличение на изминатото разстояние за определеното време – 313,5 метра и t-критерий -22,81. Темпът на прираст е значително по-добър в сравнение с този на контролната група. При експерименталната той е 113,5, а статистическата достоверност е Pt е 0,987. Резултатите са представени графично на фиг.4.

Така получените резултати в края на проследявания период при сходни първоначални такива, при пациентите от двете групи показват по – добри стойности отново при пациентите от експерименталната. Предполага се, че те се дължат на апликирания кинезиотейп, който оказва доказано положително влияние върху локомоцията и издръжливостта на пациентите, в резултат на което се подобрява и способността за изминаване на по-дълги разстояния.

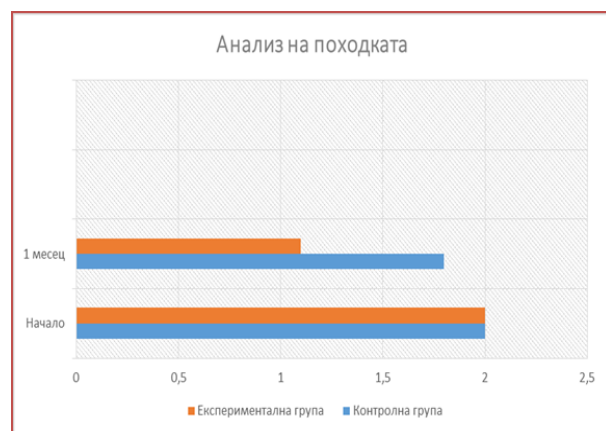
За да бъде проследен резултатът от проведената кинезитерапия и ефектът от

апликацията на кинезиотейпът върху позицията на ходилото, беше направен анализ на походката в началото и в края на проследения период при пациентите от двете групи.

За да бъде възможно представянето на резултатите от анализа на походката, тестът беше преобразуван от качествен в количествен, като степените за леко, умерено и трудно бяха заменени с числови стойности както следва: лека степен – 1; умерена степен – 2; тежка степен – 3. Резултатите от анализа на походката са представени в табл. 5.

Табл. 5 Средни стойности на резултати от анализа на походката при двете групи

	КГ	ЕГ
	X±SD	X±SD
Начало (точки)	2±0,64	2±0,64
1 месец (точки)	1,8±0,64	1,1±0,32
t-критерий/pt	1/0,68269	5,6/0,973



Фиг. 5 Средни стойности на резултатите от анализа на походката при двете групи

Както се вижда от табл.5, при началното изследване бе установено, че пациентите от двете групи имат умерено нарушена походка. В опорната фаза при някои пациенти се забелязваше навеждане на тялото настрани, при което коляното остава сгънато или се хиперекстензира, а стъпалото е във варусно положение и слабо отгласкване. В маховата фаза при някои пациенти коляното се държеше в екстензия, при други – в увеличена флексия. Стъпалото се държеше във

варусно положение и увиснало. Наблюдаваха се и проблеми в равновесието и координацията.

След проведената кинезитерапия на контролната група, се установи леко подобрене на показателите при анализа на походката, като точките в края на първия месец бяха 1,8 при t-критерий 1, а коефициент на статистическа достоверност $p_t = 0,68269$. Темпът на прираст е -10,5 и е отрицателен, тъй като в крайното изследване броя точки намалява, вследствие подобрене на резултатите.

При експерименталната група отново се отчитат по-добри резултати след проведената кинезитерапия и прилагането на кинезиотейп при сходни първоначални данни с контролната. При тези пациенти, в края на първия месец, бе отчетено подобрене на походката, като степента на нарушение е сведена до лека. t-критерият при тази група е 5,6. Темпът на прираст е значително по-висок -58, а статистическата достоверност е 0,973. Резултатите са изобразени на фиг.5.

И при резултатите от този тест може да се каже, че по-високите отчетени резултати при експерименталната група в края на първия месец, в сравнение с тези на контролната, се дължи на апликацията на кинезиотейп, който доказано подпомага поддържането на глезена в нормално положение и по този начин улеснява движението на долния крайник по време на маховата и опорната фаза на походката.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Направеното изследване и получените резултати дават основание да се твърди, че апликирането на кинезиотейп лентите с цел профилактика от спадане на ходилото е подходящо и ефективно за приложение при пациенти с прекаран исхемичен мозъчен инсулт в ранната фаза на възстановяването им. В допълнение се отчита и положителен резултат върху функционалното възстановяване като дейности за самообслужване и придвижване.

Литература:

- [1] Баракова, П., Кинезитерапия при нервни и психични болести, Русе, 2015;
- [2] Миндова С.; Кинезитерапия при нервни и психични болести, Русенски университет, 2015.
- [3] Lazarus C.; The Use of Kinesiotape for Treatment of Foot Drop in a Patient with Sub – Acute Stroke: A Case Report; A Thesis Presented to The Faculty of the College of Health Professions Florida Gulf Coast University, 2013

Адреси за контакти:

гл.ас. Деница Василева, д-р, ФОЗЗГ

Катедра “Обществено здраве и социални дейности”,
Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 082-821 993;
e-mail: ddechewa@uni-ruse.bg

доц. Стефка Миндова, д-р, ФОЗЗГ,

Катедра “Обществено здраве и социални дейности”,
„Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 082-821 993;
e-mail: smindova@uni-ruse.bg

доц. Ирина Караганова, д-р, ФОЗЗГ,

Катедра “Обществено здраве и социални дейности”,
Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 082-821 993;
e-mail: ikaraganova@uni-ruse.bg

ПАТОГЕНЕЗА И ИМУНОЛОГИЯ НА АНКИЛОЗИРАЩИЯ СПОНДИЛИТ

А. Андреев, К. Панайотов, Л. Андреева
Русенски университет „Ангел Кънчев”

PATHOGENESIS AND IMMUNOLOGY OF THE ANKYLOSING SPONDYLITIS

A. Andreev, K. Panayotov, L. Andreeva
„Angel Kanchev “Univesity of Ruse”

Abstract: Increasing awareness of the pathogenesis and immunology of ankylosing spondylitis in detail may lead to a better understanding of the nature of the disease. This review article presents a study of the current understanding of the disease.

Key words: physiotherapy, ankylosing spondylitis

ВЪВЕДЕНИЕ

Анкилозиращият спондилит (АС) е хронично възпалително ревматологично заболяване, характеризиращо се със спондилит в комбинация със сакроилеит. Протича в различни форми. За определяне наличието му се използва Нюйоркският модифициран критерий.

АС е заболяване с голямо медико-социално значение сред младите възрастови групи. Първите признаци на болестта се проявяват още през втората и третата декада на живота и се характеризират с високи нива на инвалидизация, като в последващото развитие на болестта може да доведе до образуването на синдесмофити и настъпването на анкилоза, понякога още в първите години след началото на заболяването.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Разпространението на АС в нашата географска област е между 0,2% и 0,5%. Липсата на точен процент се обуславя от големия брой недиагностицирани пациенти и такива, на които диагнозата закъснява. Пациенти с наличието на антигена HLA-B 27 имат голяма предпоставка за развитие на заболяването (положителен при 90–95% от пациентите с АС и в 8% от здравата популация)[1].

При изследване, проведено в Турция, се доказва едва 70% наличие на позитивен HLA-B27 антиген при пациенти с АС, при пациенти с АС в Гърция 80,5%, а в Северна Норвегия 93,0% (схема 1.1.).

S. Keidel и съавт., (2013) докладват, че АС е полигенно заболяване и определя ERAP1 (Endoplasmic Reticulum Aminopeptidase 1 или ARTS1) като следващия по значимост ген след HLA-B27. Тези два гена проявяват синергизъм при АС и псориазис. Смятат, че има терапевтичен потенциал, с модулацията на активността на ERAP1 [4].

Основна роля в патогенезата на АС имат генетични фактори, такива на околната среда – бактериални инфекции, и автоимунни реакции.

От съществено значение са наличието на бактериални инфекции, както и носителството на антигена на тъканна съвместимост HLA-B27.

В началото обикновено е налице бактериална стимулация, последвана от имунен отговор, който може да бъде както към бактериален антиген, така и кръстосана реакция към автоантиген[2].

• Значение на бактериалните инфекции в патогенезата на спондилоартропатите.

За реактивния артрит значение имат прекарани инфекции на гастроинтестиналния тракт и

урогенитални инфекции (Enterobacter, Salmonella spp и др.),
Chlamydia spp, Campylobacter spp,

Схема 1.1.

Процентно разпределение на HLA-B27 по света, (ASAS, 2013)



Percentage Prevalence of HLA-B27 in Various Populations of the World



Khan MA Curr Opin Rheumatol 1995;7:263-9

Khan MA J Clin Rheumatol 2008;14:50-2

Khan MA. In Mehra N (Ed). The HLA Complex in Biology and Medicine. New Dehli, India 2010; 422-46.

Reveille J et al. Arthritis Rheum 2012;64:1407-11



Съществуват и артрити вследствие на хронични възпалителни чревни заболявания.

При около 10% от пациентите с АС е налице реактивен артрит или хронично възпаление на червата, а също и псориазис. Може да се каже, че при всички пациенти с първична форма на АС е налице, може и в скрита форма, някои от другите типове спондилоартропатии. При хроничните възпалителни чревни заболявания е нарушена целостта на чревната лигавица, което осигурява пряк контакт между бактериите и локалните имунни клетки – провокира се развитие на имунен отговор, играещ важна роля в патогенезата на спондилоартропатиите.

Не може обаче да се твърди, че всички бактериални инфекции са в състояние да участват в имунопатогенезата на АС. Установено е

също, че продължителният прием на антибиотици с цел потискане развитието на АС няма практическо значени [1].

• Генетични фактори

През 1973 г. е открит антигенът на тъканната съвместимост HLA B27, чието наличие в голяма степен определя развитието на АС.

90–95% от пациентите с АС са носители на HLA B27, при 8% носителство в здрава популация. HLA B27 е най-важният генетичен фактор, но обяснява едва 1/3 от генетичната предекспозиция за развитието на АС, [2]. Това се доказва от генетични изследвания на роднини с АС на близнаци.

Например носител на HLA B27 с роднина с АС, рискът да развие болестта е двойно по-висок, отколкото при носител на HLA B27 без роднина с АС).

Монозиготните близнаци имат един и същ генетичен материал и би трябвало 100% и двата близнака да се засегнат, ако болестта е чисто генетична. Но тъй като влияние оказват и фактори на околната среда, изследванията показват, че АС се развива в 70% от случаите при монозиготни близнаци [1]. При дизиготните близнаци 12,5%, а при HLA B27 позитивни дизиготни близнаци само 23%. Като извод 90% от причините за АС са генетични фактори, от които HLA B27 едва 1/3 [2].

Освен HLA B27, все още не са открити други гени, които със сигурност да имат връзка с развитието на АС. Работи се в много насоки – имайки предвид генетичната хетерогенетика (отговорни за АС гени могат да са различни при различните хора), алелите (различното молекулно състояние на гена), отговорни за АС да са в едно състояние при здрав индивид и под влияние фактори на околната среда се променят и новото им състояние вече е причина за развитие на АС [2].

Засега фокусът е върху ERAP1/ARTS1 (Endoplasmic reticulum aminopeptidase 1) – свързан с белтъчната презентация и IL23R-рецептора на IL23, най-вероятно играещ роля във възпалението.

Единствената позната роля на HLA B27, като молекула HLA клас I, е да представя пептиди на Т-клетките. Нормално клас I молекули представят пептиди с до 9 аминокиселини преди всичко на CD8 положителни Т-клетки, докато HLA клас II молекули представят по-дълги пептиди на CD4 положителни Т-клетки [2].

Според т. нар. артритогенна пептидна хипотеза, HLA B27 се активира от бактериални протеини, например от *Chlamidia trichomatis*, *Yersinia enterocolitica*, на CD8 позитивните Т-клетки, което предизвиква имунен отговор и развитие на ревматологична болест. Не всички субтипове HLA B27 са

в състояние да представят съответните бактериални пептиди [2].

Има две основни хипотези, които се опитват да обяснят връзката на HLA B27 с АС:

– HLA B27 да няма характерното за HLA клас I молекули поведение. Тежките вериги на HLA B27 могат да образуват хомодимери, които не съдържат бета2-микроглобулин леката верига, с което наподобява поведението на HLA клас II молекули и да представя пептидина CD4 позитивни Т-клетки, като представяните пептиди могат да бъдат и собствени – т. нар. кръстосана реакция.

– Според втората хипотеза HLA B27 позитивните клетки се различават от другите клетки, тъй като поемат и в тях преживяват бактерии. Фокусът е върху първата хипотеза.

• TNFalfa и други цитокини в патогенезата на АС.

Цитокините са молекулите, чрез които се предава сигнала между клетките на имунната система и се осъществява имунният отговор. През последните години усилията са насочени към установяване наличието на определени цитокини (за Th1 – TNFalfa, Interferongama, за Th2- IL4, IL10) при болни с АС и други спондилоартропатии, в сравнение със здрави контроли.

Установено е при пациенти с АС относителна липса на TNFalfa позитивни Т-клетки [3].

Това противоречи на доказаното голямо наличие на TNFalfa в биопсии на сакроилиачни стави, както и на добрия отговор при лечение с TNFalfa блокери (т. нар. биологични лекарства). По всяка вероятност тази относителна липса на TNFalfa клетки има значение за бактериалната инициация на имунния отговор, бактериите в началото не могат да бъдат напълно елиминирани от имунната система и стават причина за една хронична стимулация на ИС [2]. Друго обяснение би могло да бъде, че измереното количество TNFalfa в

периферната кръв на пациентите с АС не корелира с количеството TNFalfa на мястото на възпаление.

Едно със сигурност е ясно: TNFalfa е важен цитокин в локалната имунопатология, което се използва при лечението на АС.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предстоят още изследвания за изясняване на цялостната клинична картина при анкилозиращия спондилит. Добрата колаборация между отделните специалисти, ангажирани с лечението, е предпоставка за успешно протичание на цялостната терапия. Трябва да се търсят нови връзки и да се работи интердисциплинарно.

Литература:[1] Андреев А. , Комплексна кинезитерапия при пациенти с анкилозиращ спондилит – Докторска дисертация, Русе, 2015

[2] Falkenbach A., Morbus Bechterew – Beratung, Betreuung, Behandlung, Springer Wien NewYork, 2005

[3] Rudwaleit M., Siebert S., Yin Z., Eri J., Thiel A. et al. 2001 Low T-cell production of TNF- α and IFN- γ in ankylosing spondylitis

[4] Keidel S, L. Chen, J. Pointon, P. Wordsworth, ERAP1 and ankylosing spondylitis, Current Opinion in Immunology, Volume25, Issue 1, February 2013, Pages 97–10

Адреси за контакти:

Гл.ас.д-р А. Андреев – aandreev@uni-ruse.bg

Доц. д-р К. Панайотов, ДМ – zkm@abv.bg

Маг.фарм.Л. Андреева – ladaandreeva@abv.bg

МОДЕЛ НА ДИДАКТИЧЕСКИ ПРОЦЕС В ОБУЧЕНИЕТО НА СТУДЕНТИТЕ АКУШЕРКИ С ИЗПОЛЗВАНЕ НА ИНДИВИДУАЛНИ КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ CASE STUDY

Ц. Христова

Русенски университет „Ангел Кънчев“

A DIDACTIC PROCESS PATTERN IMPLEMENTING INDIVIDUAL CLINICAL CASES (CASE STUDY) WITHIN STUDENT MIDWIVES EDUCATION

Ts. Hristova

„Angel Kanchev“ University of Ruse

Abstract: Applying individual clinical cases (case study) within the education of student midwives allows for a skilful implementation of theoretical knowledge in combination with practical skills, forming the professional competences of a midwife. This scientific report presents a didactic process pattern constructed for the education of student midwives, which implements case study methods, individual clinical cases and propositions for midwife led care. The pattern consists of two components, for students and academic staff, focusing on developing the necessary skills for future professional realisation. It aims for students to transition from deducting to inducting and from reproductive thinking to a productive one.

Key words: case study, educational pattern, professors, student midwives, professional competence

ВЪВЕДЕНИЕ

В своята съвкупност теоретичната и практическата подготовка на студентите акушерки формира професионалните компетенции като интегрална характеристика на личността, определяща нейната способност и готовност за решаване на професионални проблеми и задачи в реални ситуации, върху основата на умелото използване на придобитите знания, професионален и жизнен опит. В практическото обучение студентите се срещат с пациенти и техните проблеми, които трябва да бъдат разрешени. Способността за решаване на възникналите професионални проблеми, планирането и организирането на здравните грижи са умения и компетенции, които е необходимо да бъдат развити в процеса на клиничното обучение. Чрез метода на индивидуалния случай (case study), се развиват когнитивните възможности за анализиране, трансформиране на знания, прогнозиране и прилагане на логически

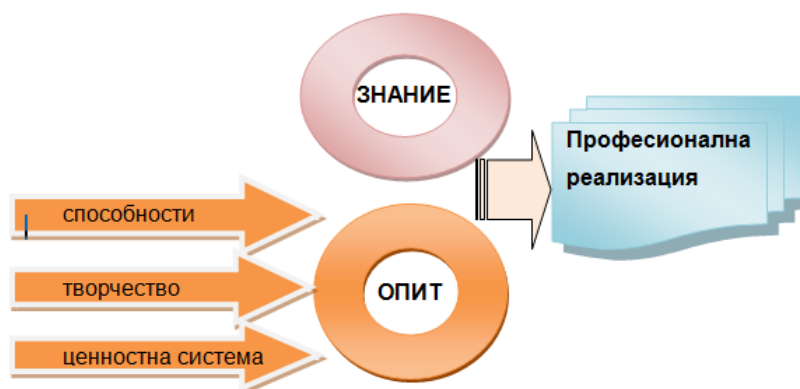
разсъждения. Той е ориентиран към бързата приложимост на знанията в практиката и формира позитивна професионална мотивация. Проблемните ситуации, представени в индивидуалните клинични случаи, обуславят зараждането на познавателна потребност в студентите и по този начин активизират познавателната им дейност. Те поемат ръководната роля в моделираната професионална среда, което ги мотивира да изразяват становища и решения, да организират самостоятелно необходимите здравни грижи, да „усещат“ отговорността на бъдещата си професия.

МОДЕЛ НА ОБУЧЕНИЕ С CASE STUDY

В предложения модел постановките са насочени към медицинската проблематика. В него са съчетани идеи, визиращи прилагането на case study, свързани с обучението на специалистите по здравни грижи. Условно

е присъствието на пациента (болен/ здрав, бременна, родилка, новородено), който участва във формирането на професионалните характеристики на професията „Акушерка“.

Реализацията на модела са свързани с изграждане на професионални компетенции на бъдещите специалисти по здравни грижи.

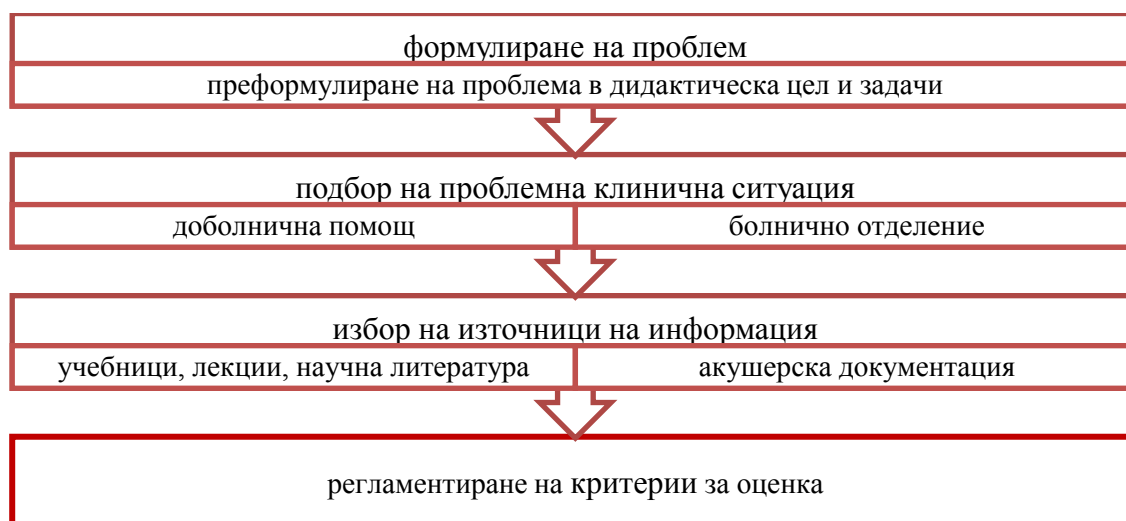


Фиг.1. Професионална реализация на студентите акушерки

Като съставна част от структурата на конструираният технологичен модел са разработени отделни методически конструкции по двата негови базови подструктурни компонента (подготовката на преподавателя и работа със студентите).

ПОДГОТОВКА НА ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ЗА РАБОТА С МЕТОДА CASE STUDY

Дейността на преподавателя е съвкупност от педагогическа, теоретична и материално-техническа подготовка.



Фиг.2. Етапи в работата на преподавателя

Педагогическата подготовка обхваща: формулиране целите на практическото занятие; разработване на индивидуални клинични случаи; подбор или изготвяне на нагледни материали; избор на подходящи критерии за оценка. Преподавателят конкретизира дидактическите цели на практическото занятие и изработва подходящи индивидуални клинични случаи.

При разработката на индивидуален случай е нужно предварително да се определи мястото му в структурата на образователния процес на съответната изучавана дисциплина. Умелото използване на case study в обучението при студентите акушерки позволява оптимално решаване едновременно на три педагогически задачи:

- преподавателят ръководи учебния процес;

- всички студенти са активни участници в учебната работа;
- съществува обратна връзка и контрол на качеството на обучение в процеса на усвояване на знания.

Работата с индивидуални случаи представлява организирана по определен начин учебно-познавателна дейност, съдействаща за изграждане на професионални компетенции. Това е проблемно обучение, в което е заложено самообучението.

Знанията не се поднасят в готов вид, а чрез индивидуални случаи, решаването на които моделира научното търсене, обединяващо познавателната дейност и наличния запас от знания.

ИНДИВИДУАЛЕН КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ ЗА СТУДЕНТИ АКУШЕРКИ

В късния следобед в Родилна зала е приключило раждане Partus normalis на жена в 39 г. с. с раждане на плод 3200 g, 50 cm. Това е петото раждане за деня на акушерката В. В. Всички родилки и новородени са добре. Акушерката е изморена и след последното раждане на новороденото извършва следните необходими манипулации:

- претегля новороденото;
- обработва пъпния остатък без да направи смяна на стерилните ръкавици;
- повива новороденото;
- попълва необходимата акушерска документация;
- наблюдава състоянието на родилката – контрахираност на маточната мускулатура; генитално кървене; соматични показатели - пулс, температура, артериално налягане; общо състояние на жената.

Определете проблема/ите, направете анализ на предложената клинична ситуация, предложете решение, формулирайте специфичните акушерски грижи подходящи за случая.

ПРИМЕРЕН ОТГОВОР:

□ АНАЛИЗ

В представения индивидуален клиничен случай case study не са спазени

от акушерката алгоритмите за последователност в извършване на първи грижи за новороденото в Родилна зала и за обработката на пъпната връв. Негативни последици:

1. Пълният остатък е обработен нестерилно – има опасност от инфекция. Нарушени са правилата на асептика и антисептика.
2. Непълна антропометрия – написване на нереални стойности в документацията. Обиколката на главата е важна при Hydrocephalia.
3. Не е извършен оглед на новороденото – пропуск на важни вродени аномалии и дефекти, които своевременно да се съобщят на майката.
4. Родови травми, които не са забелязани, а откриването им е важно за последващото поведение спрямо новороденото и неговото обгрижване и здраве.
6. Извършва се антропометрия на обиколките на глава, гърди, седалище.
7. Смяна на стерилните ръкавици.
8. Обработване на пълната връв, клампиране.
9. Извършва се пълен оглед на новороденото.
10. Поставяне на номер – идентичен с този на майката.
11. Повиване на новороденото с комплект пелени.

□ ПРИМЕРНО РЕШЕНИЕ

След претеглянето се измерва и ръст на бебето. Сменят се стерилните ръкавици с други такива и се обработва пълния остатък. Прави се антропометрия на обиколките на глава, гърди, седалище и последващ пълен оглед на новороденото за вродени аномалии, малформации и родови травми. Следва повиване на новороденото.

□ ПРИМЕРНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Алгоритъм за последователност в извършване на първи грижи за новороденото в Родилна зала:

1. Поставяне на еднократна маска и шапка.
2. Измиване и дезинфекция на ръцете на акушерката.
3. Обличане на стерилна престилка.
4. Поставяне на стерилни ръкавици.
5. Измерване на тегло (в грамове), ръст (в сантиметри).
6. Извършва се алгоритъм за обработка на пълна връв на новородено
1. Избърсване на пълния кордон в посока отгоре надолу /към стомахчето/, със стерилна марля, напоена със спирт 70°.
2. Поставяне на стерилна марля, напоена със спирт 70 °. около основата на пълния кордон /изолиране на полето/.
3. Клампиране на пълния кордон на 1,5 – 2 см от кожата на корема. /ако се връзва с конец: той трябва да е копринен; поставя се на същото място; връзва се трикратно/.
4. Поставяне на пълната връв на марля, напоена със спирт 70°.
5. Прерязване със стерилна, крива ножица на пълния кордон на 1 см над мястото на клампиране.
6. Накапване на йодна тинктура върху стерилна марля и с нея се изстиска пълното чуканче.
7. Напудряне пълното чуканче с антисептична пудра.
8. Покриване пълния остатък със стерилна марля, напоена със спирт 70°.
9. Поставяне на стерилна превръзка на обработения пълен остатък.

Индивидуалните клинични случаи в обучението на студентите акушерки могат да отразяват:

- приемане, превеждане и изписване на пациент;
- снемане на анамнеза;
- подготовката на пациент за манипулация и оперативна интервенция;
- акушерски грижи за рискова бременност;
- вземане на видове изследвания;
- психопрофилактика на пациент;
- подготовка и водене на раждане;
- обучение на майката в процеса кърмене и хранене на новороденото;
- профилактика на значими заболявания;
- обучение в първи грижи за новороденото;
- палиативните здравни грижи и др.

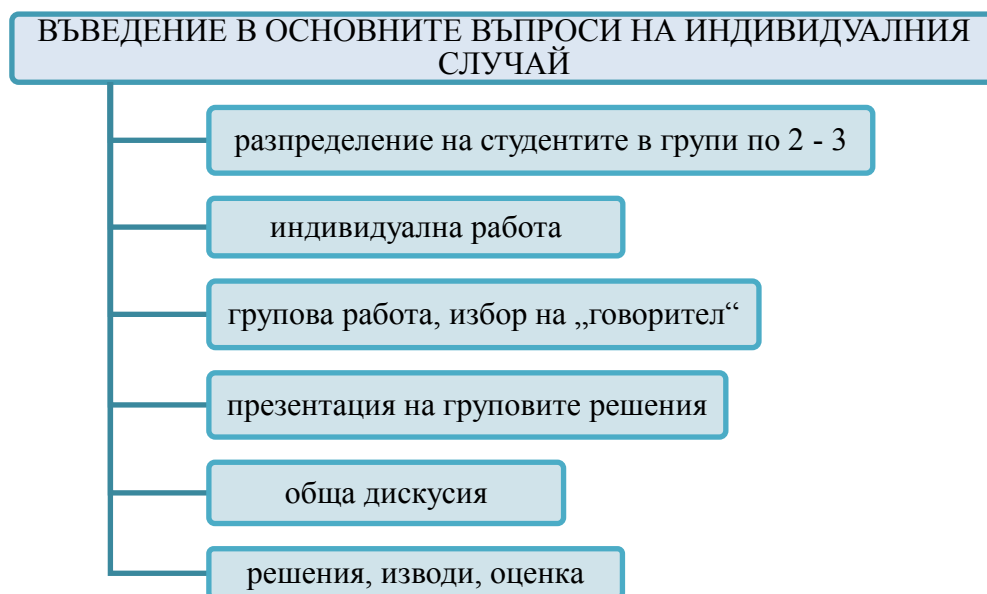
РАБОТА СЪС СТУДЕНТИТЕ С ИНДИВИДУАЛНИ КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ CASE STUDY

Case study свързва обучението с действителността [3,4,5]. Студентите се запознават и анализират реални професионални ситуации, а не абстрактни теоретични обобщения. Те заемат активна роля в обсъжданията, генерират идеи, комуникират творчески, поставят въпроси и търсят отговори. Всички теоретични знания се разглеждат в контекста на ситуацията, информацията се подкрепя със съответната научна литература.

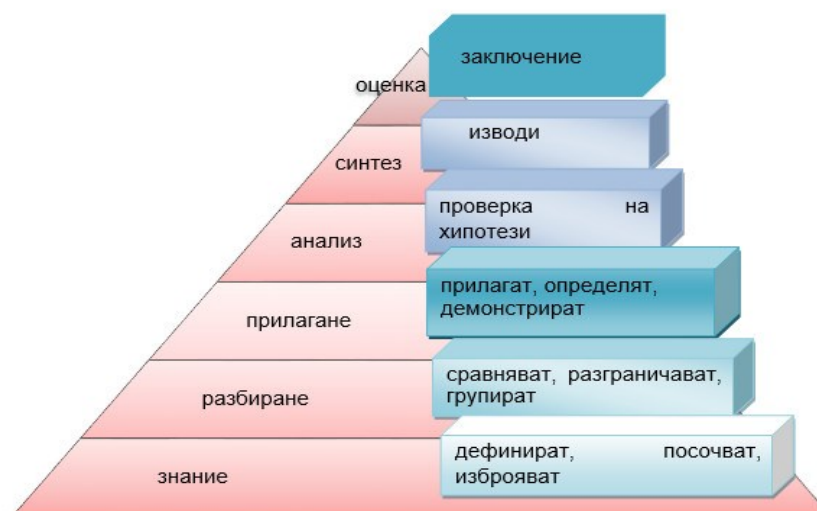
Спецификата на средата и условията, при които се организира и провежда учебния процес, осигуряването на комфорт и безопасност за пациента - участник в този процес, поставят определени изисквания и към поведението на студентите.

Участието на студента като субект в процеса на обучение е резултат от целенасочената и продължителна дейност на преподавателя във висшето училище.

К. Gaberson и М. Oermann цитират Б. Блум, според който всяко знание може да бъде овладяно на шест равнища, които следват едно след друго [1,2].



Фиг. 3. Етапи в работата на студентите



Фиг.4. Степени при формиране на знания и компетенции

Най-ниско е равнището „знание“ – предоставяне на нова информация (информирание). От обучаваните се очаква да запомнят и възпроизведат това знание. Второто равнище предполага овладяване на знанието с разбиране. Следва равнището на прилагане на новото знание в конкретни задачи и ситуации. Следващите три равнища се отнасят до прилагане на висши мисловни операции – анализ, синтез и оценка. Чрез анализа студентите откриват елементите от едно цяло и връзките между тях, правят изводи. На следващото пето равнище те трябва да синтезират различни мнения, части, елементи, за да достигнат до изводи. Последното равнище се отнася до оценката, която се явява резултат от предишните равнища (заклучение).

Решаването на проблемите в индивидуалните клинични случаи започва с тяхното разпознаване и дефиниране, достигане до правилни решения съобразно качеството на необходимата здравна грижа.

През първия етап студентът се запознава самостоятелно със ситуацията в предложения индивидуален случай, търси проблем и решение.

Вторият етап е свързан с работа в малката група, без участие на преподавателя. Студентите изказват

становище, обменят мнения и търсят заедно решение на проблема.

Третият етап е дискусията от общо обсъждане – прави се анализ на конкретната ситуация, диагностика на проблема. Преподавателят регулира обсъждането.

По време на четвъртия етап преподавателят извършва анализ на индивидуалния клиничен случай, оценка на работата на студентите.

В своята съвкупност теоретичната и практическата подготовка на студентите акушерки формира професионалните компетенции като интегрална характеристика на личността, определяща нейната способност и готовност за решаване на професионални проблеми и задачи в реални ситуации, върху основата на умелото използване на придобитите знания, професионален и жизнен опит.

В практическото обучение студентите се срещат с пациенти и техните проблеми, които трябва да бъдат разрешени. Способността за решаване на възникналите професионални проблеми, планирането и организирането на здравните грижи са умения и компетенции, които е необходимо да бъдат развити в процеса на клиничното обучение. Чрез метода на индивидуалния случай, се развиват когнитивните възможности за анализиране,

трансформиране на знания, прогнозиране и прилагане на логически разсъждения. Той е ориентиран към бързата приложимост на знанията в практиката и формира позитивна професионална мотивация. Проблемните ситуации, представени в индивидуалните клинични случаи, обуславят зараждането на познавателна потребност в студентите и по този начин активизират познавателната им дейност. Те поемат ръководната роля в моделираната професионална среда, което ги мотивира да изразяват становища и решения, да организират самостоятелно необходимите здравни грижи, да „усещат“ отговорността на бъдещата си професия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В индивидуалните клинични случаи за студентите акушерки, отличните резултати се свързват със своевременно откриване на проблема, предлагани решения (чрез анализ), организиране на необходимата здравна грижа. Оценяването е индивидуално за всеки студент. В анализа (писмен или устен), бъдещите акушерки демонстрират овладените теоретични и практически

знания, умения и компетенции. Това се наблюдава в техните хипотези, решения, пътища за справяне с проблема, свързани в логическа последователност чрез клинично мислене. Методът е подходящ за изпитна процедура и при постеснителните студенти, защото те спокойно могат да изложат становище непрекъсвани от дискуссионния анализ на цялата група. Индивидуалните клинични случаи могат да бъдат използвани за проверка на предварителната подготовка на студентите по темата на практическото занятие, като case study са по-кратки и изискват откриване на проблем, анализ и решение на част от медицинска документация (ИЗ, Рапортна тетрадка, Диабетичен лист, Лист от проведен консулт със специалист, Извадка от лабораторни изследвания и др).

Нарастващите изисквания за качество на здравната грижа и необходимостта от автономна професионална дейност на специалистите по здравни грижи, налагат въвеждането на образователни методи, стимулиращи когнитивната активност и професионална мотивация.

Литература:

- [1] Gaberson, K., M. Oermann, 2010, Clinical Teaching Strategies in Nursing, Springer Publishing Company, New York.
- [2] Merriam, S., 1998, Qualitative research and case study applications in education, San Francisco, California.
- [3] Stake, R., 1997, „Case Study Methods in Educational Research: Seeking Sweet Water,” in Richard M. Jaeger (ed.), Complementary Methods for Research in Education, American Educational Research Association, Washington, DC, 2nd edition, p. 401 – 427.
- [4] Yin, R. K. (2002). Case study research: Design and methods. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- [5] Yin, R., 2009, Case Study Research: Design and Methods. Fourth edition, Sage Publications, Thousand Oaks California.
- [6] <http://www.hbs.edu/teaching/casemethod> in practice/ (Accessed: 15.01.2014). Case Method in Practice [Electronic resource] // Harvard Business School.
- [7] <http://www.hopkinsmedicine.org/gec/studie>

Адрес за контакти:

Ас. Цвета Христова дп
катедра „Здравни грижи“,
Русенски университет „Ангел Кънчев“,
e-mail: tshristova@uni-ruse.bg