

ISSN 1311-3321

РУСЕНСКИ УНИВЕРСИТЕТ „Ангел Кънчев“
UNIVERSITY OF RUSE „Angel Kanchev“

Факултет „Обществено здраве“
Faculty of Public Health

СБОРНИК ДОКЛАДИ
на
СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ – СНС’11

СБОРНИК ДОКЛАДОВ
СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ СЕСИИ – СНС’11

PROCEEDINGS
of
the SCIENTIFIC STUDENT SESSION – SSS’11

Русе
Ruse
2011

Сборникът включва докладите, изнесени на студентската научна сесия **СНС'11**, организирана и проведена във факултет „**Обществено здраве**” на Русенския университет “Ангел Кънчев”.

Докладите са отпечатани във вида, предоставен от авторите им.
Доклады опубликованы в виде, предоставленном их авторами.
The papers have been printed as presented by the authors.

ISSN 1311-3321

Copyright ©

◆ **СТУДЕНТСКАТА НАУЧНА СЕСИЯ** се организира от **АКАДЕМИЧНОТО РЪКОВОДСТВО** и **СТУДЕНТСКИЯ СЪВЕТ** на **РУСЕНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ (РУ)** с цел да се предостави възможност на студенти и докторанти да популяризират основните резултати от своята учебно-изследователска работа и да обменят опит.

◆ **ОРГАНИЗАЦИОНЕН КОМИТЕТ:**

• **Съпредседатели:**

проф. д.т.н. Христо Белоев – РЕКТОР на РУ
Александър Стойчев – ПРЕДСЕДАТЕЛ на СС

• **Научни секретари:**

доц. д-р Ангел Смикаров – Заместник-ректор на РУ
ASmrikarov@uni-ruse.bg

Мирослав Петков – Заместник-председател на СС
mirko_b88@abv.bg

• **Членове:**

Факултет „Аграрно индустриален”

доц. д-р Чавдар Везиров
vezirov@uni-ruse.bg
Цветелина Василева
cvete@abv.bg

Факултет „Машинно технологичен”

доц. д-р Стоян Стоянов
sgstoyanov@uni-ruse.bg
Виктория Карачорова
Vickie_best@abv.bg

Факултет „Електротехника, електроника, автоматика”

доц. д-р Русин Цонев
rtzonev@uni-ruse.bg
Филип Трифонов
filman@abv.bg

Факултет „Транспортен”

доц. д-р Валентин Иванов
vdivanov@uni-ruse.bg
Павел Павлов
pawel_pavlov@abv.bg

Факултет “Бизнес и мениджмънт”

доц. д-р Юлиана Попова
jrrorova@uni-ruse.bg
Виктория Ангелова
viktoriya.angelova88@gmail.com

Факултет „Юридически”

гл.ас. Боряна Милкова
b.milkova@mail.bg
Миглена Маринова
megs90@abv.bg

Факултет „Природни науки и образование”

доц. д-р Петър Сигалов
sigalov@ami.uni-ruse.bg
Благовест Николов
blago_nikolov_86@abv.bg

Факултет „Обществено здраве”

гл.ас. д-р Стефан Янев
jane6_bg@yahoo.com
Александър Атанасов
raceface@abv.bg

Филиал Разград

гл.ас. д-р Цветан Димитров
tz_dimitrow@abv.bg
Деница Бонева
deni4ka_boneva@abv.bg

Филиал Силистра

гл.ас. Галина Лечева
lina_acad.bg@abv.bg
Александър Господинов
lordsweet@mail.bg

С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

1. Медицинска рехабилитация при Болестта на Пертес	7
автор: Н. Михайлова, М. Панчукова научен ръководител: Н. Михайлова	
2. Резултати от прилагането на кинезитерапевтичен комплекс при деца с детска церебрална парализа в Центъра за настаняване от семеен тип - град Русе	12
автор: В. Добрева, П. Пенева, Е. Тодорова, Ц. Цанков научен ръководител: доц. П. Баракова	
3. СОРОRE – нашият принос към европейските компетенции за борба с бедността	17
автор: Е. Великова научен ръководител: гл. ас. Л. Тодорова	
4. Кинезитерапия при плоскостъпие-представяне на клиничен случай	22
автор: Н. Михайлова, В. Цанева научен ръководител: Н. Михайлова	
5. Доброволческа кампания „Приказка за малчуганите от домовете“	27
автор: Р. Салиева, К. Каспа научен ръководител: гл. ас. Л. Тодорова	
6. Ранно функционално възстановяване на пациенти с ендопротезиране на тазобедрена става-представяне на клиничен случай	32
автор: Н. Михайлова, И. Миткова научен ръководител: Н. Михайлова	
7. Да поемем предизвикателството за преодоляване на детската бедност	38
автор: М. Иванова научен ръководител: гл. ас. Л. Тодорова	
8. Кинезитерапия на pes planus в детска възраст	43
автор: П. Апостолова, К. Кафева научен ръководител: ас.Св.Шопова; ас.Й.Гавраилов	
9. „Да пораснем заедно“ – рефлексия върху студентски проект	46
автор: А. Петрова научен ръководител: гл. ас. Л. Тодорова	
10. Q.U.E.S.T. тест за изследване функциите на горен крайник при деца	50
автор: И. Маринова научен ръководител: гл. ас. д-р Ст. Янев	
11. Приложение на обучителни подходи при клиент с тежко умствено изоставане	61
автор: Е. Великова научен ръководител: гл.ас. Лилия Тодорова	
12. Въведение в източния метод на лечение Иумеихо	65
автор: С. Дочева, Л. Нишанян научен ръководител: гл. ас. д-р Ст. Янев	
13. Преддипломен стаж в Убунту груп (Белгия) по програмата Еразъм ..	70
автор: Е. Великова, Д. Парашкевова научен ръководител: гл.ас. Петя Минчева	
14. Рехабилитация при гонартроза	74
автор: Т. Маринова, Р. Димитрова	

- научен ръководител: ас.Св.Шопова; ас.Й.Гавраилов
15. **16-та годишна среща на Европейската мрежа по ерготерапия във висшето образование в Стокхолм, Швеция** 79
автор: М. Иванова
научен ръководител: гл. ас. Л. Тодорова
16. **Възстановяване комплексната функция на горния крайник след капсуло-лигаментарни увреди в областта на лакътния комплекс с представяне на клиничен случай** 83
автор: Л. Рашева
научен ръководител: ас. Р. Костов
17. **Участие на студенти от специалност Кинезитерапия в проект по Европейската програма "Youth in action"** 89
автор: Г. Иванова, Н. Цмел
научен ръководител: гл. ас. Б. Тодорова
18. **Функционално възстановяване на оперативно лекувани фрактури в областта на глезенна става** 93
автор: Н. Михайлова, Д. Никифорова
научен ръководител: Н. Михайлова
19. **Аспекти на консервативното лечение при гонартроза** 96
автор: Н. Михайлова, В. Станчева
научен ръководител: Н. Михайлова
20. **Съвременни схващания за кинезитерапевтично лечение след оперативно възстановяване при руптура на Ахилесовото сухожилие** 104
автор: Н. Михайлова, Д. Тодорова
научен ръководител: Н. Михайлова
21. **Тържество за посрещане на есента в Дом „Надежда”, гр. Русе** 109
автор: М. Тодорова, И. Минева
научен ръководител: ас. А. Анчева
22. **Въведение в изкуството на лечението чрез Рейки** 112
автор: С. Дочева, Л. Нишанян, Вл. Ников
научен ръководител: гл. ас. д-р Ст. Янев

Медицинска рехабилитация при Болестта на Пертес - представяне на клиничен случай

автор: Нина Михайлова, Моника Пачункова

Медицински Университет – Плевен

ВЪВЕДЕНИЕ

Болестта на Пертес, известна още като болест на Legg-Calve-Perthes е описана около 1910г. от американеца Лег, французина Калве, и германеца Пертес. Характеризира се със загуба на кръвоснабдяване на главичката на фемура (заоблената част от бедрената кост) при подрастващи деца, като в резултат на това се получава асептична некроза (умиране на костните клетки на фемура). Обикновено след този процес следва процес на реваскуларизация (изграждане на нови кръвоносни съдове), който период трае между 18 – 24 месеца. По време на периода на реваскуларизация костта е трошлива и податлива на счупвания в следствие на натиск, което кара главичката на бедрената кост да се деформира. С времето главичката на бедрената кост оздравява, но приема деформираната форма, без типичната за ставата сферичност. Тази липса на сферичност причинява скованост и болка.

Анатомия на ТБС:

Бедрената кост е съставена от тяло, проксимален и дистален край. На проксималния край се намира главата (*caput ossis femori*) отделена от костта с шийка (*colum ossis femoris*). Тя влиза в ставната трапчинка на таза като участва в образуването на хълбочната става. На срещуположната страна се намират груби възвишения наречени въртели (*trochanter*). Обикновено техния брой е три, но при някои видове един от тях може да липсва. Дисталната част на костта е задебелена и образува два кондила (*condylus medialis et lateralis*) разделени с трапчинка (*fossa intercondylaris*). Те влизат в образуването на колянната става.

Тазобедрената става е една от най големите в ОДА на човека. Тя е разположена в основата на кинетичната верига на долния краиник и е най – подвижната в него.Тазобедрените стави обезпечават значителна подвижност на бедрото, а от там и голям обсег на действие на ходилото. Едновременно осигуряват необходимата стабилност при стоеж и ходене. Движенията в ставата се подпомагат и синхронизират с движенията на таза- лумбо-пелви-феморален ритъм.

Характеристика на заболяването

Причини за възникване на болестта на Пертес

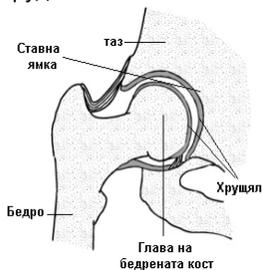
Има различни теории за причините за болестта на Пертес, но никой не знае със сигурност защо се получава загуба на кръвоснабдяване на главичката на костта.

Механизъм на развитие на болестта на Пертес

Бедрената кост се кръвоснабдява от артерия (a. circumflexa posterior), при запушването или стесняването на която (по-често на нейни клонове) се стига до нарушения в оросяването и се стига до обезкървяване (исхемия). Части от главата на бедрената кост не могат да се изхранват, което предизвиква масовото загиване на костни клетки (некроза) в засегнатите райони. То вече води до нейното размекване, а при напреднал процес се получават и счупвания.

До няколко месеца изхранващите кръвоносни съдове се възстановяват и костта започва да се оросява отново. По този начин се регенерира главата на бедрената кост, която трябва да има сферична форма. В противен случай функцията на

тазобедрената става ще бъде затруднена.



Симптоми на заболяването

Симптомите зависят от етапа на развитие на болестта. В исхемичния период (обезкървяване) детето може да се оплаква от остра болка в бедрото, поради възпаление на синовиалното покритие на ставата. На лице е болка в хълбока и околните тъкани. Болката може да се премести към коляното или нагоре. Понякога болката дори може да се усеща в коляното вместо в горната част на бедрото (отразена болка). Може изведнъж да започне да накуцва от болка за няколко часа.

По-често оплакванията се дължат на счупване на главата на фемура, което се появява в стадия на реваascularизация. Тогава накуцването е болезнено и трае дни и седмици. С времето засегнатият крак може да стане по-тънък поради атрофия на мускулите и с времето да стане по-къс от здравия крак. Освен всичко това имаме скованост и намален обем на движение в ТБС.

Много често се случва пациентът да премине през периодите на исхемия и некроза, реваascularизация, фрактура и деформация, възстановяване и премоделиране без да покаже някакви особени симптоми. Може да стане така, че болестта, прекарана в детството, да бъде диагностицирана чак когато като възрастен (в сравнително млада възраст) покаже симптоми на дегенеративен артрит на бедрото, който всъщност е резултат от прекараната болест на Пертес.

Стадии на болестта на Пертес

Аваскуларната некроза (загиването на клетки) на Пертес протича в няколко фази:

Начален стадий – може да е без изменения или да е на лице субхондрално разположена лентовидна остеопоротична зона в главата и шийката на бедрената кост.

Некротична фаза (фаза на импресионното фрактуриране) – главата на бедрената кост се уплътнява, ставните очертания са неравни и ставната кухина разширена.

Стадий на секвестриране – секвестрация на ядрото на главата, разширява се сянката на епифизарната ивица, появяват се периостални наслагвания и субхондрална остеопороза в областта на бедрената шийка. След трета фаза има два пътя на развитие: на репарация или на трайни последствия.

Стадий на възстановяването – при репарацията се реконструира формата на главата на бедрената кост до пълното изчезване на фрагментацията (клинично и рентгенологично оздравяване).

Стадия на остатъчните изменения – като трайни последствия може да има каскетовидно деформиране и уплътняване на главата на фемура. Остатъчните деформации могат да са соха plana

Диагностика и изследвания при болестта на Пертес

Диагностицирането се прави въз основа на симптомите на болното дете в

комбинация с характерната находка от образната диагностика. Често симптомите на болестта на Пертес се появяват в сравнително късна фаза и провеждането на рентгеново изследване е достатъчно за поставянето на диагноза.

При скитинграфско изследване ранен радиологичен белег при болестта на Пертес може да бъде липсата на натрупване на радионуклид в цялата феморална глава. Ядрено-магнитният резонанс диагностицира това заболяване преди рентгенографиите да станат абнормални.

Целта на лечението на болестта на Пертес е предпазването от деформации на бедрената кост и тазобедрената става.

Естественото развитие на болестта е такова, че много деца излизат с благоприятен изход от заболяването без активно лечение. Поради липсата на тест, определящ кой се нуждае от активно лечение и кой не, лекарят може да се окаже пред дилема. От малкото което знаем за болестта можем да кажем, че има определени фактори, които трябва да се вземат предвид при определяне на лечението.

1. Ако заболяването се е развило преди навършване на 4 години, резултатът има голяма вероятност да е добър, със или без лечение. Колкото в по-късна възраст се развие заболяването, толкова вероятността за благоприятен изход намалява.

2. Ако се открие скованост (ограничение на движението) особено стегнати аддуктори на бедрото (когато кракът не може да бъде изнесен извън средната линия на тялото – движение навътре) резултатите не са благоприятни. В тези случаи пациентът се приема в болница и подлага на тракция и физиотерапия, за да се облекчи напрежението/сковаността.

3. Ако цялата глава на фемура е засегната, прогнозата е по-неблагоприятна. Ако само част от нея е засегната и латералната част на главата не е засегната, рискът от деформации е по-малък и резултатите в дългосрочен план са по-благоприятни. Ако снимките показват, че главата се държи добре в ацетабулума (ставната ямка), резултатите вероятно ще са добри. Ако главата е прекалено голяма за ацетабулума или ако част от нея излиза изпод ямката, резултатът вероятно ще е неблагоприятен.

Прогноза

Ако главата на фемура може да бъде задържана в ямката по време на активния период на болестта и формата да се поддържа сферична, прогнозата е за отличен резултат. Това често се случва при деца, при които заболяването е започнало преди четиригодишна възраст и при което обхватът на движение на крака се е запазил (няма ограничение на движението).

Ако главата не се задържа в ацетабулума и е сплескана, прогнозата е по-неблагоприятна. Това по-често се случва при по-големите деца, при които има засягане на цялата глава и скованост / ограничение на движението на бедрото. С езика на статистиката можем да кажем, че 60% - 70% от децата с Пертес изкарват заболяването без остатъчен физически недъг. С лечение резултатите са съвсем малко по-добри. Всеки пациент трябва да бъде индивидуално оценен. Трябва да се разгледат всички „за“ и „против“ лечението или липсата на такова, поставяне на колани или хирургическа интервенция. Тези неща трябва да се обмислят от лекарят и родителите, за да се намери рационален подход.

Цел на КТ: Проследяване на ефекта от приложената рехабилитационна програма.

Материал и методи. Обект на проучването е пациент на 21 години. Заболяването се проявява когато той е на 16 години (2005 г.). През 2006 г му се прави операция, с която операция се постигат положителни резултати- подобрява се

екстензията на ТБС. От тогава два пъти годишно провежда 10 дневен курс по рехабилитация. Значителен проблем при ходене за пациента е скъсяването на левият крак с 4 см, което води до натоварване на десния крак.

На базата на патокинезиологичния анализ и изследване на относителна и абсолютна дължина на долни крайници, физиологична подвижност и мускулна хипотрофия, оценка на мускулна слабост и тестване на скъсени мускули, изградихме методиката на КТ. Приложихме следните КТ средства:

- За засилване на отслабените мускули - изотонични упражнения срещу съпротивление, упражнения в ОКВ и ЗКВ
- За подобряване ОД – ПИР, стречинг, клетка на Роше
- За стабилизиране на мускулите на трупа - упражнения за коремна и гръбна мускулатура
- За общо повлияване на физическото състояние - общоразвиващи и дихателни упражнения, упражнения за колянна и глезенна стави

Освен тези кинезитерапевтични средства включихме в лечебния курс още: топлолечение, подводен душ масаж и електро процедури. С приложената комплексна рехабилитационна програма, решихме основните задачи на кинезитерапията - подобряване на функционалното състояние на пациента, намаляване на болката, поддържане на подвижността на ТБС, КС и глезенна става, преодоляване на контрактурите и мускулния дисбаланс, общо укрепване и тонизиране на организма.

Резултати и анализ

	Преди курса на лечение		След курса на лечение	
	Десен крак (здрав)	Ляв крак (болен)	Десен крак	Ляв крак
Измерване на абсолютна дължина	87 см	83 см	87 см	83 см
Измерване на относителна дължина	91,5 см	91 см	91,5 см	91 см
Измерване на обиколка подбедрица	36 см	34 см	36 см	35 см
Измерване обиколка на КС	28 см	30 см	28 см	29 см
Измерване ОД в ТБС	S: 15° - 0° - 125° F: 40° - 0° - 15° R: 45° - 0° - 45°	S: 15° - 0° - 125° F: 15° - 0° - 15° лека fl. в КС R: 15° - 0° - 5°	S: 15° - 0° - 125° F: 40° - 0° - 15° R: 45° - 0° - 45°	S: 15° - 0° - 125° F: 20° - 0° - 15° без fl. в КС R: 20° - 0° - 10°
Измерване ОД в КС	S: 0° - 0° - 130°	S: 0° - 0° - 110°	S: 0° - 0° - 130°	S: 0° - 0° - 120°
ММТ	О Ц Е Н К А			
Flexia в ТБС	5	4+	5	5-
Abductia в ТБС	5	3+	5	4
Adductia в ТБС	5	4+	5	4
Extensia в КС	5	3-	5	5
Rot. Int. в ТБС	5	3	5	4-
Rot. Ext в ТБС	5	4+	5	5-

След приключване на курса на лечение отчетохме динамика в обема на движение с 5° за abd, Rot. Int и Rot. Ext. в ТБС и с 10° за flex. в КС след преодоляване на мускулния дисбаланс. При сантиметрия на колянната става имаме редуциране на отока, който е в незначителни стойности – 1 см. Хипотрофията е по

изразена в левия крак, след проведеното лечение има подобрене с 1 см. От таблицата се вижда, че имаме мускулна слабост за движенията *abductia* и *Rot. Int.* в ТБС, и *ext.* в КС. След проведения курс мускулната сила се е увеличила с около 1 единица за същите движения. При изследване на пациента отчетохме подобрене на стойката и походката. Пациента извършва без затруднение нормалните ДЕЖ.

Извод

След проведения курс на лечение е отчетен значителен ефект от приложената рехабилитационна програма към подобрене на двигателната активност на пациента и самостоятелно извършване на ДЕЖ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Болестта на Пертес или още Болест на Legg-Calve-Perthes представлява аваскуларна некроза на главичката на бедрената кост. Точната диагноза и навременно започнало лечение на болестта, могат да предотвратят евентуалните деформации на бедрената кост и тазобедрената става. Неизменна част от възстановяването на пациента е и кинезитерапевтичното лечение, чиято основна цел е да улесни и подобри функционалната дееспособност и възвръщане на нормална двигателна активност.



ЛИТЕРАТУРА

- [1] Топузов Ив. Ерготерапия - втора част. – София: СИМЕЛ, 2008
- [2] Попов Н. Кинезиология и Патокинезиология на ОДА – София. НСА – ПРЕС, 2009



Резултати от прилагането на кинезитерапевтичен комплекс при деца с детска церебрална парализа в Центъра за настаняване от семеен тип - град Русе

автор: Виктория Добрева, Пепа Пенева, Елина Тодорова, Цветомир Цанков, научен ръководител: доц. Пенка Баракова, д-р

Abstract: *This report announces the results from the kinesotherapy complex of children with paralysis cerebri placed at Family centre – Ruse. It examines the results from GMFM-66 – Gross Motor Function Measure of four children in the “Pink House” – Rousse.*

Key words: *kinesotherapy, paralysis cerebri, Family centre, GMFM*

ВЪВЕДЕНИЕ

По време на целия процес на обучение, в рамките на учебно-клиничната практика, летните и преддипломни стажове, студентите - кинезитерапевти усвояват умения за прилагане на основните кинезитерапевтични средства и техники за въздействие върху всички органи и системи на човека. Те изучават методичните правила и стратегии за провеждане на кинезитерапия при вътрешни, неврологични, хирургични, ортопедични заболявания при различни възрастови групи – средна, напреднала възраст и в педиатрията. Едновременно с процеса на обучение, студентите участват и в научно-изследователската дейност на Русенски университет. През 2010 година седем студенти участваха в научно-изследователски проект „Създаване на алгоритъм на действие на научно-изследователски екипи от студенти на Факултет „Обществено здраве“ в условията на учебно-клиничните практики”. [1] Изследванията в него, резултатите от практическата работа, станаха база за разработване на редица дипломни работи, студентски и преподавателски научни съобщения и доклади. През майската студентска сесия на РУ - 2010 бе изнесен доклад, чиято цел бе да презентира приложена от нас методика на кинезитерапия при деца с детска церебрална парализа в Центъра за настаняване от семеен тип „Розовата къща” - Русе. [1] Комплексното кинезитерапевтично лечение бе проведено с осем деца, настанени в центъра, на възраст от 7 до 18 години, като кинезитерапията се ръководеше от кинезитерапевта Цветомир Цанков. С децата се занимаваха и други специалисти, работещи в един екип - психолог, логопед, педагози. В практическата реализация на кинезитерапевтичната програма участваха студенти от Факултет „Обществено здраве” на РУ.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Цел: Целта на настоящето съобщение е да представим резултатите от приложената от нас методика за работа с деца с детска церебрална парализа.

Материал: Рехабилитационната ни работа в Центъра се провеждаше ежедневно, комплексът бе прилаган в продължение на една година - от март 2010 до март 2011. В настоящото съобщение проучваме въздействието му при четири от осемте деца, живеещи в „Розовата къща”, които са с различна степен на нива на увреда, в зависимост от преобладаването на едни или други патологични и тонични рефлексии. [3] Три от включените в настоящото проучване деца са със спастично-паретична форма на церебрална парализа (спастична диплегия, болест на Литъл) и едно дете е с екстрапирамидно-дистонично-хиперкинетична форма. [2] Освен това картината често се усложняваше от появяващите се неволеви съпридружаващи движения (според Ив. Чавдаров, най-вероятно дължащи се на увредения контакт между кората и базалните ганглии – III ниво). [4]

Методика: Включваше всекидневна работа с децата, с индивидуални кинезитерапевтични комплекси, съобразени с моторната възраст на всяко дете. Основно работехме с три комплекса: при деца с по-малка моторна възраст, при такива с по-голяма и при деца, заемащи изправен строеж. Комплексите отговаряха на двигателна активност от 7 до 12 месеца, от 13 до 18 месеца и над 18 месеца.



Сн. 1 и 2 Пасивни упражнения по Бобат и упражнения с голяма топка по Симеонова

В комплекса се очертаваха две основни фази.

Първата фаза на комплекса бе насочена към запазване обема на движение. Тя имаше алгоритъм на: поддържане на обема на движение чрез пасивни движения; релаксиране на мускулите, показващи хипертонус чрез „рефлексно потискащи позиции“ по Бобат; „рефлекторно търкаляне и пълзене“ по Войта; упражнения на голяма надуваема топка. В алгоритъма следва засилване на отслабените, антагонистични мускули чрез масаж; кожна стимулация, предизвикваща рефлекторни движения; активни движения – „действия, стимулиращи изправянето“, по Бобат; „майсторски позиции“ по Войта - реакции на противодействие; движение срещу съпротивление. [5]



Сн. 3 и 4 Упражнения, стимулиращи седежа и строежа

Втората фаза на комплекса обхващаше стимулиране на двигателна активност според моторната възраст.



Сн. 5 и 6 Действия, стимулиращи изправянето и ходенето

Методика на изследване: Включва тест за измерване на грубите моторни функции (GMFM-88 and GMFM-66 scoring; D. Russell). [6, 7] Измерването на грубите моторни функции представлява стандартизиран метод за наблюдение и е предназначен за измерване промените на общите моторни функции – етапно при деца с детска церебрална парализа. Оценката е с общонасочващо значение, но повечето позиции имат специфично описание за всяко измерване.

Софтуерът на оценителя на грубите моторни способности е придружен от наръчник с указания за изследванията на всяка позиция. Оценките са: 0 – няма инициация; 1 – инициация; 2 – частично извършване; 3 – извършено; NT – непроведен тест. Тази програма (софтуер) дава възможност за преобразуване на обективната изчислителна система в интегрална, с което детските способности се оценяват по-точно. Изисква се спазване на всички условия за извършване на тестово изследване (време, изпълняващ, облекло, стая и др.). Тестовите движения са групирани в 5 групи: лежане и обръщане; седеж; лазене и коленичене; стоещ; ходене, бягане, скачане. Тези групи включват общо 88 дейности и движения. След точковото оценяване, резултатите от петте групи се сумират и крайният резултат се изчислява по формула. По тази формула, крайният резултат е равен на сумата от процентните резултати за всички целеви измервания, разделен на броя на съответните целеви измервания. Тестът позволява по точна оценка на детските способности и осигурява измерване, което в еднаква степен реагира на всички нива на подвижност. [6, 7]

В практическата си работа добавихме и скалата на Ashworth за спастичност на мускулите, с което приемаме, че на този етап на нашата работа оценъчността е на добро ниво. Възможни са промени и добавяне на други тестове и проби. Проследявахме промените в етапните оценки.

Таблица 1 - Начални тестови оценки по GMFM

Име	I позиция - лежане и обръщане	II позиция - седеж	III позиция - лазене и коленичене	IV позиция - стоещ	V позиция - ходене, бягане, скачане	Краен резултат
С. С.	24	25	5	0	0	20 %
Ив. Ст.	7	7	3	0	0	7 %
В. Т.	27	21	8	0	0	21 %
Пл. Г.	47	57	42	35	45	88 %

Анализ на резултатите: За нашата работа проведохме и проучихме резултатите от две тестувания, в началото и в края на проекта, по време на шестмесечно кинезитерапевтично лечение.

Таблица 1 – Крайни тестови оценки по GMFM

Име	I позиция - лежане и обръщане	II позиция - седеж	III позиция - лазене и коленичене	IV позиция - стоеж	V позиция - ходене, бягане, скачане	Краен резултат
С. С.	26	26	5	0	0	21 %
Ив. Ст.	10	7	5	0	0	9 %
В. Т.	31	25	9	0	0	25 %
Пл. Г.	49	57	42	38	45	90 %

От таблиците се вижда се, че по отношение на двигателната активност за първа позиция от теста /лежане и обръщане/, макар и леко, резултатите са подобрени – с 4,5 точки. Във втора позиция от теста /седеж/ тестът е подобрен с 1,2 точки, а в трета /лазене и коленичене/ – с 0,75 точки. Подобриение в четвърта позиция /стоеж/ имаме само при едно дете, съответно с 3 пункта. В пета позиция /ходене, бягане, скачане/ същото дете задържа своя показател. Подобриенията на средния краен резултат за четирите наши пациентчета е 4,5%. Тежката патология, с която работим, ни кара да се чувстваме удовлетворени дори и от скромните положителни резултати, които сме получили в този шестмесечен период при ежедневната ни работа с нашите малки пациенти от „Розовата къща”. Работата с децата продължава.

ИЗВОДИ

1. Изработването на алгоритъм и индивидуален кинезитерапевтичен комплекс при деца с церебрална парализа дава възможност за оценка на промените в тяхната двигателна активност и моторно развитие и отчитат ефективността на кинезитерапевтичната работа.

2. Децата с церебрална парализа, настанени в Центъра за настаняване от семеен тип - гр. Русе, се нуждаят от всекидневни грижи, задължително е прилагането на всекидневна научнообоснована кинезитерапия и от комплексна медико-социална рехабилитация, изпълнявана от екип специалисти.

3. Практическата работа със студенти и включването им в научно-изследователски проекти и екипи повишава техния интерес към бъдещата професия и ги въвежда по-пълноценно и бързо в ежедневната клинична практика.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Баракова П.. Създаване алгоритъм на действие на научноизследователски екипи от студенти на ФОЗ в условията на учебно-клиничните практики, РУ, НУП, 2010
- [2] Райчев, Р., И. Райчев, Основи на неврологията, София, Артик, 2001
- [3] Рязкова, М., Нашият опит от приложение на равновесни реакции в нервно-мускулната редукация на спастично болни, VII-ма Национална конференция СМЛФК, София, 1983
- [4] Чавдаров, Ив., Физикална терапия, лекционен курс, РУ-Русе, 2009

- [5] Bobath B., Adult Hemiplegia Evaluation and Treatment, Heinemann Medical Books, 1990
- [6] Russell, D.J., Rosenbaum, P.L., Lane, M., Gowland, C., Goldsmith, C.H., Boyce, W.F., Plews, N. (2000) Training users in the Gross Motor Function Measure: methodological and practical issues. *Physical Therapy*, 74 (7), 2002, 630-636.
- [7] Russell, D.J., Avery, L.M., Rosenbaum, P.L., Raina, P.S., Walter, S.D., Palisano R.J. (2002) Improved scaling of the Gross Motor Function Measure for children with cerebral palsy: Evidence of reliability and validity. *Physical Therapy*, 80(9), 873-885.

За контакти:

Виктория Добрева, РУ „Ангел Кънчев”, катедра Кинезитерапия, тел.: 0893463209, e-mail: dobreva@abv.bg

Елина Тодорова, РУ „Ангел Кънчев”, катедра Кинезитерапия, тел.: 0889155001, e-mail: elina_tuki@abv.bg

Пепа Пенева, РУ „Ангел Кънчев”, катедра Кинезитерапия, тел.: 0893463209; e-mail: peri9003@abv.bg

Цветомир Цанков, кинезитерапевт, тел.:0893463216; e-mail: sesi_sancov@abv.bg

Научен ръководител: Доц. Пенка Баракова, д-р, РУ „Ангел Кънчев”, катедра Кинезитерапия, тел.: 0899955088; e-mail: mrsbarakova@abv.bg

COPORE – нашият принос към европейските компетенции за борба с бедността

автор: Елица Великова

COPORE – our contribution to European competences for poverty reduction: The paper presents what is happening during the European year for combating poverty and social exclusion 2010, the project COPORE and the participation of the University of Ruse in the final conference of this project. COPORE is a consortium of health, social and educational networks that presented to the European Commission successfully an ERASMUS Accompanying Measures Project within the framework of the European Year 2010 for combating poverty and social exclusion. The COPORE project aims to define competences and recommendations for health, education and social work students and practitioners on how to contribute to poverty reduction strategies.

Key words: European year, competences for poverty reduction, social exclusion

ВЪВЕДЕНИЕ

Почти 84 милиона европейци живеят застрашени от бедност, изправени са пред несигурност и преживяват без неща, които повечето хора често приемат за даденост.

Бедността води до различни проблеми, като се започне от това да не достигат парите за храна и облекло и се стигне до неблагоприятни жилищни условия и дори загуба на дома. Бедността също означава да имаш ограничен избор за начина си на живот, който може да доведе до социално изключване.

Вдъхновен от основополагащия си принцип на солидарност, Европейският съюз обедини усилия със своите държави-членки и обяви **2010 за Европейска година за борба с бедността и социалното изключване** [4].

Основната цел е повишаване на общественото съзнание и ангажираност с реални мерки за преодоляване на бедността.

За нейното постигане са формулирани следните задачи [1]:

- *Признаване на права* – признаване на правото на достоен живот и на правото да бъдат активна част от обществото за хората, живеещи в бедност и социално изключване;
- *Споделена отговорност и участие* – насърчаване на съвместните усилия и отговорност в борбата с бедността и социалното изключване на различни нива както в държавния, така и в частния сектор;
- *Сближаване* – създаване на единно общество, за което преодоляването на бедността е обща цел;
- *Ангажираност и конкретни действия* – подновяване усилията на ЕС и неговите членки за борба с бедността и социалното изключване на всички нива.

Националната програма за провеждане на Европейската година 2010 в България се базира на политическите приоритети, заложили в Националния стратегически доклад по социална закрила и социално включване за 2008 – 2010 г. с поглед към следващия цикъл на Отворения метод на координация по социална закрила и социално включване. Конкретните приоритетни области в рамките на годината са [3]:

- борба с предаването на бедността между поколенията и най-вече бедността сред децата;
- насърчаване на включващ пазар на труда и прилагане на интегрирана стратегия за активно включване;
- равен достъп до услуги (образование, здравни грижи и др.), култура и спорт;

- преодоляване на дискриминацията и социално включване на уязвими етнически групи.

В рамките на тези приоритетни тематични области се планира реализирането на четири основни групи дейности, с които най-общо се цели постигането на:

- равностетка относно генераторите на бедност и изключване в България, резултатите от провежданите политики, пропуските и необходимите промени и инструменти;
- повишаване на обществената информираност и ангажираност по въпросите на бедността и социалното изключване;
- засилване на солидарността с по-уязвимите групи в обществото;
- идентифициране на основните приоритети на българската стратегия за борба с бедността и социалното изключване в дългосрочен и средносрочен план след 2010 г.

Четири основни групи дейности, предвидени за реализация на Европейската година 2010, включват [2]:

- *Първа група дейности:* конференции, семинари, кръгли маси, дебати и други инициативи на национално и местно ниво;
- *Втора група дейности:* кампании, чествания и иновативни инициативи;
- *Трета група дейности:* разработване на местни планове за борба с бедността и социалното изключване;
- *Четвърта група дейности:* изследване и анализ по въпросите на бедността и социалното изключване.

ИЗЛОЖЕНИЕ

СОПОРЕ е един от международните проекти по програмата Еразъм/ Съпътстващи мерки в рамките на Европейската година за борба с бедността и социалното изключване 2010.

Проектът СОПОРЕ (COmpetences for POverty REducation) – Компетенции за борба с бедността, е плод на съвместната работа на няколко европейски мрежи в областта на образованието, социалната сфера и здравеопазването с цел идентифициране на компетенции за борба с бедността в обучението по социалните и здравните специалности, тъй като преодоляването на бедността изисква интердисциплинарна подготовка на бъдещите специалисти [7].

Идеята и координацията на проекта се осъществява от Европейската мрежа по ерготерапия във висшето образование (ENOTHE), а Русенският университет чрез катедрите Кинезитерапия и Педагогика, психология и история е един от основните партньори. В проекта са включени още 14 организации.

Основните дейности, предприети в рамките на проекта СОПОРЕ, са [5]:

- идентифициране на проекти и добри практики в социалното включване;
- конференция за разпространяване и обсъждане на стойността на тези проекти за образованието;
- препоръки за определяне на компетенциите на работещите в здравната, социалната област и образованието;
- студентски проекти за преодоляване на бедността.

Група от 4 преподаватели, 1 докторант и 3 студенти от Русенския университет взе участие в заключителната конференция на проекта СОПОРЕ, която се състоя на 23 и 24 април 2010 г. в Амстердам, Холандия.

Конференцията включваше представители на общо 27 страни от академични общности, здравната, образователната и социалните сфери. Основната идея на събитието бе да се обединят усилията за справяне с последиците от социалното изключване и бедността.

Целта на конференцията беше да доведе до нови знания и нов поглед върху фактите и аспектите за намаляване на бедността, да дефинира и насърчи развитието на компетенции в тази област чрез използване на опита на различните професионални сфери, да формулира общи препоръки по начин, който да бъде от полза за тези, които работят върху планирането на реформи, и не на последно място да предостави възможност за взаимодействие и сътрудничество на интернационално и мултидисциплинарно ниво.

Конференцията беше посветена на различни стратегии, модели и примери за добри практики в здравеопазването и социалните сфера. Нейните основни задачи бяха:

- да очертае настоящата ситуация в Европа;
- да повиши разбирането на европейската стойност на интердисциплинарното сътрудничество;
- да провокира взаимодействие със социални, здравни и образователни мрежи чрез съвместни инициативи с клиентски мрежи и неправителствени организации;
- да се използват инструментите и опита на програмата Еразъм при определянето на интердисциплинарни компетенции за намаляване на бедността в областта на здравеопазването, социалните услуги и образованието;
- да се предложат най-добрите подходи за обучение и оценяване в този контекст.

Конференцията премина през 5 основни етапа:

1. Пленарни сесии
2. Презентации на студентски проекти
3. Дискусии в малки групи по 5 различни теми
4. Паралелни презентации на най-добрите практики
5. Заключителна пленарна сесия

Пленарни сесии

Лектори на пленарните сесии бяха изтъкнати представители на международни организации и мрежи.

Д-р Ананд Сивасанкара Куруп от Отдела по етика, справедливост и човешки права на Световната здравна организация, Женева представи първичната здравна помощ и социалните детерминанти на здравето в сътрудничеството за справедливо отношение към здравето.

Холандската представителка на Европейската мрежа за борба с бедността Куинта Ансем изнесе лекция на тема: "Бедността и социалното изключване – реалност в Европейския съюз и въздействие на растящите нива на неравенство".

Проф. Де Масенеер, председател на Европейския форум за първична медицинска помощ, представи постиженията на форума на обществено ориентираната първична медицинска помощ.

Марк Рекерс, преподавател по социални дейности във Висшето професионално училище в Амстердам, което беше домакин на конференцията, сподели опит за преодоляване на бедността чрез изграждане на здрави и устойчиви социални структури.

Проф. Кати Исаакс, координатор на CLIOHRES.net – европейска мрежа в областта на историята по проект на Шестата рамкова програма за върхови постижения, представи бедността и гражданското общество в Европа в исторически аспект.

Презентации на студентски проекти

Студентски групи от всички европейски партньори в проекта СОПОРЕ, бяха поканени да разработят **мултидисциплинарен** проект за намаляване на бедността в сътрудничество с групи в неравностойно положение от местните общности.

Студентите имаха възможност да избират от следните идеи за дейности по проекта:

- Информативни дейности: какво е бедност и начини да се справим с нея
- Гласовете и разказите на уязвимите групи
- Проекти с общността: проучване на дейности, насочени към задоволяване на нуждите на хората, които живеят в бедност
- Действия за подобряване достъпността до здравни и социални услуги
- Ангажиране на различните местни общности в плановете и стратегиите за борба с бедността
- Разработване на ключово послание и лого с участието на групи в неравностойно положение
- Други добри идеи и действия.

Проектите бяха оценени на два етапа от международно жури по предварително оповестени критерии [6], включващи мултидисциплинарен подход, яснота и последователност в методологията на проекта, описание на творческото и новаторското в проекта, рефлексия и качество на писмения отчет и резюмето.

От името на Русенския университет студенти от специалност Еготерапия разработиха заедно със студенти от специалностите Европеистика и Социална педагогика мултидисциплинарен проект на тема “Да поемем предизвикателството за преодоляване на детската бедност”.

Четири от предложените проекти – от Белгия, България, Турция и Испания, бяха отличени с правото да направят презентация на своите плановете и работата, извършена до момента пред елитната аудитория на научната конференция в Амстердам. В края на втория ден престижно жури, включващо представители на Европейската мрежа по ерготерапия (ENOTHE), обяви победителите. Тъй като наградата бе само една, а изборът труден, тя бе поделена между два университета Русенския университет и Университетът на Коруня, Испания.

Представяне на добри практики

Освен състезанието за студентски проекти през февруари 2010 по СОПОРЕ бе обявено и съревнование на добри практики за борба с бедността. На финала 9 организации бяха избрани от журито като еталони в своята област и съответно техни представители бяха поканени да представят работата си пред участниците в конференцията. СНЦ „Еквилибриум“ – Русе бе една от тези организации. Дейвид Бисет, председател на Управителния съвет, и Десислава Енчева, директор на Комплекса за социални услуги за деца и семейства, представиха работата на комплекса под заглавието „Как се създава Център за най-добра практика при предоставянето на интегрирани социални услуги“. Останалите отличени практики бяха от Белгия, Гърция, Холандия, Великобритания, Албания и Испания.

Работни групи

Работните групи бяха организирани около различни аспекти на общата тема за преодоляване на бедността.

1. Интердисциплинарен подход в социалните и здравни грижи за превенция и/или борба с бедността;
2. Обществено развитие и подходи с участието на клиентите за решаване на здравните неравенства;
3. Превантивни подходи и системни усилия за осигуряване на здравна помощ, работа и др. на бедни хора;
4. Изкореняване на неравенствата в образованието;
5. Работа и безработица.

Общата цел на работата по групи беше да предостави насоки и ориентири, които да са в помощ при развиването на компетенции за преодоляване на бедността

в европейското висше образование. Всяка работна група проведе дискусия и докладва резултатите по специфичната тема, включително и становище за необходимите компетенции за борба с бедността по следните три точки: компетенции на входа на висшето образование, компетенции на изхода на висшето образование и подходи за преподаване, обучение и оценка, необходими за формирането на тези компетенции, като се използва интердисциплинарния опит на мрежите.

Заклучителна пленарна сесия – всяка малка дискусийна група представи своите идеи чрез свой избран говорител, а в края на конференцията резултатите бяха обобщени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ползите от участието на студенти и преподаватели от Русенския университет в проекта COPORE и заключителната конференция в Амстердам са многостранни:

- запознахме се с много добри практики, което ще ни помогне в професионалната ни практиката в бъдеще;
- получихме международно признание за положените усилия и свършената работа и показахме пред Европа, че сме не по-малко способни от своите колеги от другите европейски университети, въпреки че специалността Ерготерапия е нова за България;
- създадохме възможности за бъдещи сътрудничества и обмяна на опит.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Европейска година на борбата с бедността и социалното изключване 2010 г. Стратегически рамков документ:

<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=1693&langId=bg>

[2] Национална програма за провеждане на Европейска година на борбата с бедността и социалното изключване – 2010 г.:

http://ophrd.government.bg/view_doc.php/4540

[3] Национален доклад на Р България по стратегиите за социална закрила и социално включване за 2008 – 2010 г.:

http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/bulgaria_bg.pdf

[4] Проучване на Евробарометър за бедността и социалното изключване 2009: www.2010againstpoverity.eu

[5] COPORE – Competences for Poverty Reduction: www.enothe.hva.nl/copore

[6] COPORE – Student Projects: www.enothe.hva.nl/copore/student_projects

[7] Programme COPORE Conference: <http://www.enothe.hva.nl/copore/conference.htm>

За контакти:

Елица Великова – специалност Ерготерапия, III курс, Русенски университет “Ангел Кънчев”, e-mail: el_velikova@abv.bg

Научен ръководител: гл. ас. Лилия Тодорова, катедра Кинезитерапия, Русенски университет “Ангел Кънчев”, e-mail: litod@uni-ruse.bg

КИНЕЗИТЕРАПИЯ ПРИ ПЛОСКОСТЪПИЕ – ПРЕДСТАВЯНЕ НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

автор: Нина Михайлова, Валентина Цанева
Медицински Университет- Плевен

ВЪВЕДЕНИЕ

Плоскостъпието е често срещан биомеханичен проблем, появяващ се в процеса на ходене, когато стъпалото пропада под тежестта на телото, което носи. Резултатът може да бъде извънредно натоварване или възпаление на плантарната фасция, свързани с остри болки, а също и възникване на други проблеми на стъпалото и като цяло на опорно-двигателния апарат.

Анатомо– кинезиологичен анализ „глезен–ходило”

Ставите и мускулно-сухожилните структури на глезена и ходилото анатомически са устроени за обезпечаване на стабилност и подвижност в терминалните структури на кинетичната верига на долния крайник. Ходилото трябва да е достатъчно ригидно, за да поеме обременяването при стоеж, с минимално мускулно участие. От друга страна при ходене трябва да може да се адаптира към неравностите на терена, да абсорбира силите на реакция на опората. Анатомо-кинезиологичната структура на ходилото и глезена е комплексна. Най-големите стави и от най-голямо значение в глезенно-ходилния комплекс са: талокруралната, субталарна, транзверзотарзалната и предноходилни стави. Те, заедно с предноходилните стави, в затворена кинетична верига предизвикват пронаторно усукване на ходилото при вътрешно ротиране на подбедрицата и спадане на медиалния надлъжен свод и супинаторно усукване на ходилото при външна ротация на подбедрицата, предизвикващо увеличаване на медиалния надлъжен свод. Контралатералните движения на предноходилната част дават възможност да се запази контакта с опората. В отворена кинетична верига супинацията на ходилото предизвиква обръщане на стъпалната му повърхност навътре, а пронацията-обръщане навън.

Сводове

Разграничават се два свода- надлъжен и напречен. Надлъжният бива медиален и латерален свод.

Медиалният надлъжен свод е изграден от *os calcaneus*, *os talus*, *os naviculare*, клиновидните и медиалните три метатарзални кости. Разполага се между петата и възглавничките на ходилото по продължение на медиалния ръб. При динамично натоварване (ходене, бягане, скачане) е необходима допълнителна стабилизация от активната мускулна тяга предимно от *mm. tibialis anterior et posterior*, *m. flexor digitorum longus*, *m. flexor hallucis longus* и собствените мускули на ходилото.

Латералният надлъжен свод се изгражда от петната, кубовидната и двете латерални метатарзални кости. Той върви паралелно на медиалния надлъжен свод, но от външната страна на ходилото. Неговото основно свойство е да предава натоварването. Мускулите, които имат отношение към поддържането на този свод са: *mm. fibularis longus et brevis* и плантарните мускули на пети пръст. Напречният свод е най-добре изразен в областта на тарзалните и основите на метатарзалните кости. Най-високата му точка е в основата на втора метатарзална кост.

Плоскостъпие – видове и причини

Плоскостъпието може да бъде вродено или придобито. Вроденото плоскостъпие представлява около 5% от всички случаи и се дължи на различни вродени малформации на ходилото, ставна халтавост по наследство (по-голяма подвижност на ставите и по-слаба съединителна тъкан) – това е най-честата причина. Останалите 95% се придобиват впоследствие, като се среща при всички възрасти.



Десет процента от тях се дължат на различни заболявания като рахит, парализа и травми. Във всички останали случаи се касае за така нареченото статично плоско ходило. При него натоварването, което въздейства върху ходилата надвишава възможността на мускулно-свързочния апарат да поддържа сводовете. Причини за това могат да бъдат наднорменото тегло, честото претоварване на ходилото при професии, налагащи продължителен стоенеж, както и изборът на неподходящи обувки. Съществува и така нареченото лъжливо плоскостъпие (pseudo pes planus). При него реално спадане на сводовете няма, въпреки че цялото ходило е в контакт със земната повърхност. Среща се предимно при професионални спортисти.

Форми на плоскостъпие

От патокинезиологична гледна точка има две основни форми на плоскостъпие – ригидна и флексабилна:

- Ригидната форма е структурна деформация и обикновено е наследствена. При нея медиалния надлъжен свод е намален, както при обременено, така и при необременено ходило и при повдигане на пръсти.
- Флексибилно плоскостъпие е най-честата форма на плоско ходило. Характерно за него е намаляване на свода само при обременяване с тежестта на тялото, а при отбременено положение и при повдигане на пръсти ходилото възстановява куполообразната си форма.

Патокинезиологичните промени при двете форми на плоскостъпие са отклонение на талуса – вентрално, медиално и каудално. Това предизвиква депресия на *os navicularae*, преразтягане на плантарния калканеонавикуларен (ресорен) лигамент и удължаване на *m. tibialis anterior*.

Клинична картина и диагностика

Страдащите от плоскостъпие се оплакват от по-лесна изморяемост и чувство за тежест в ходилата, прасците, бедрата, дори в ТБС и кръста след натоварване. Спадането на сводовете често се вижда и визуално, като ходилото е видимо разширено и удължено. Възможно е да се увеличи и номерът на обувките. Походката е по-тромава и несигурна с широко разтваряне на краката и по-голямо размахване на ръцете. Променя се цялата поза, като тялото придобива неестествено положение. Обувките се износват предимно от вътрешната страна на ходилото, както и токовете.

За проследяване на ефекта от приложената Кинезитерапия използвахме следните методи: обиколка на глезен (по SFTR методика), MMT, тест на **Zaigfrid**:

I степен- от стоеж на един крак, тялото се ротира към опорния крак навън, при което трябва да се оформи свода на ходилото;

II степен- тилен лег, мануално се оформя свода чрез пасивна пронация на предноходилната област и супинация на петата;

III степен- от същата и. п. като степен II свода не може да се оформи;



Усложнения

Безобидното на пръв поглед плоскостъпие може да стане предразполагащ фактор за развитието на много проблеми на опорно-двигателния апарат. Това, до какви усложнения ще доведе, зависи от степента на плоскостъпието, от колко време датира, възрастта на пациента, двигателната му активност, както и предприетите мерки. Постепенно се появяват мозоли и втвърдявания, стига се и до изкривяване на пръстите на краката. Плоското ходило има тенденция към завъртане навътре, което може да доведе до деформация на глезенната става. Мускулното напрежение в подбедриците създава условия за появата на разширени вени. Увеличеното и неравномерно натоварване в колянната и тазобедрената става довежда до по-бързото износване на ставният им хрущял и артрозни изменения. Промяната на статиката на гръбначния стълб и походката преразтяга някои лигаменти, може да доведе до дегенеративни промени в прешлените и интервертебралните ставички, както и до появата на остеофити. Всичко това е гаранция за болки в кръста. Неравномерното разпределение на тежестта се прехвърля и върху интервертебралните дискове, за да се стигне до едно от най-сериозните усложнения вследствие на плоскостъпието, а именно лумбалната дискова херния.

Лечение.

1. Пасивна корекция - чрез носене на подходящи стелки.

2. Активно - чрез засилване на мускулите, участващи в активните стабилизиращи механизми. Противопоказани са упражнения, предизвикващи болка, скокове, подскоци, ходене на вътрешния ръб на ходилото.

Цел на КТ: намаляване оплакванията на пациента, възстановяване на правилната форма на ходилото и корекция на стойката.

Задачи на КТ: подобряване на функционалното състояние на пациента, намаляване на отока и болката в глезенно-ходилната област, поддържане на подвижността в ГС, засилване на мускулите, стабилизиращи ходилото и преодоляване на мускулния дисбаланс.

Материал и методи

Обект на проучването е пациентка на 21 години. От 10 годишна възраст започва да се оплаква от болки в глезено-ходилната област, които постепенно се увеличават при ходене и продължителен стоеж на място. Отначало болките са

неопределени, но постепенно се локализиращ по гърба на ходилото и в областта на прасците. Към 18 годишна възраст болката ирадираща нагоре като засяга колянната става. В момента се оплаква и от болки в кръста. Причината за това е системно натоварване на долните крайници, тъй като тя е танцувала народни танци в продължение на 13 години. Бързото покачване на теглото допълнително увеличава спадането на медиалния надлъжен свод. Провеждани са редица рехабилитационни курсове на лечение, но с временен ефект, като с прилаганите кинезитерапевтични средства се цели да не се задълбочи деформацията на ходилото. Изготвена е кинезитерапевтична програма на базата на получените резултати при изследване функционалното състояние на пациентката. То включва: антропометрични изследвания (тегло, обиколки на глезен), ММТ, плантограма, тест на Zaigfrid. Изработихме индивидуална програма по кинезитерапия и използвахме следните кинезитерапевтични средства:

- Оточен масаж, поставяме крайника в елевация за намаляване на отока;
- За подобряване на динамичната стабилизация прилагаме изометрични упражнения за mm. Fibularis longus et brevis, ритмична стабилизация;
- Мобилизации на горна скочна става, трансверзотарзална става с цел поддържане на подвижността в ГС;
 - За релаксация на скъсени мускули(дълги и къси екстензори на пръсти и палец) прилагаме ЛМ(релаксиращ) ;
 - За засилване на отслабените мускули на ходилото(mm.tibialis anterior et posterior, m.triceps surae - медиалната глава на m.gastrocnemius, дългите и къси сгъвачи на пръсти и палец) прилагаме аналитична гимнастика от различни и. п. срещу мануално съпротивление, пуллитерапия за засилване на плантарните флексори, набиране на кърпа, плъзгане на ходилото по тибията на противоположния крайник;
 - Прилагане на изправителни гимнастически упражнения с изометрия и изтегляне на гръбначния стълб, упражнения за правилно телодържане със зрителен контрол за профилактика на гръбначни изкривявания;
 - За засилване на коремна мускулатура прилагаме упражнения от тилен лег;
 - Упражнения в отворена и затворена кинетична верига за подобряване на мускулната функция и динамичната стабилизация;

В рехабилитационната програма освен кинезитерапевтични средства се включват масаж и електро лечение, чието комплексно действие има значение за постигането на положителни резултати в процеса на възстановяване.

Анализ на резултатите

	Преди курса на лечение		След курса на лечение	
	Десен крак/ по-силно изразено плоскостъпие/	Ляв крак/ по-слабо изразено плоскостъпие/	Десен крак	Ляв крак
Обиколка на ходило	27 см	25 см	26 см	24 см
Плантограма	K = 1,8	K = 1,5	K = 1,2	K = 1,3
Тест на Zaigfrid	3 степен	2 степен	2 степен	1 степен
ММТ	О Ц Е Н К А			
m. triceps surae	3 +	4	4 +	5 -
m. tibialis anterior	2 +	3	3 +	4 -
m. tibialis posterior	3 -	3 +	4 -	4 +
mm. fibularis longus et brevis	3 -	4 -	3 +	4 +

След проведени рехабилитационен курс се наблюдава редуциране на отока с 1 см и за двата крайника, намаляване на болката при ходене и продължителен стоеж на място. От таблицата се вижда, че имаме слабост на мускулите- m. triceps surae, mm. tibialis ant. et post., mm. fibularis longus et brevis и след курса на лечение мускулната сила се е увеличила с около единица. Видимо се наблюдава намаляване на теглото с 5 кг и увеличаване на медиалния надлъжен свод на ходилото- от степен 3 до степен 2 за десен крак и от степен 2 на степен 1 за ляв крак.

ИЗВОДИ

Отчетени са подобрения в статичната сила на мускулите, намаляване на болката и стабилизиране на походката след проведената кинезитерапевтична програма.

Заклучение

Лечението на плоскостъпие обхваща дълъг период от време. Необходимо е да се съчетаят усилията на ортопеди, физикални медици и рехабилитатори. Продължителната и възможно най-ранно започната комплексна рехабилитационна програма може да осигури здрав мускулен корсет, стабилизиращ глезенната става, а в други случаи– предпазване от задълбочаване на деформациите в глезенно–ходилния комплекс и последващите от това промени в КС, ТБС и гръбначния стълб.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Попов, Н.. Кинезиология и патокинезиология на глезенно-ходилния комплекс

[2] Слънчев, П. Ръководство по кинезитерапия, медицина и физкултура. - София, 1986.

[3] Костадинов, Б., Физикални фактори в комплексното лечение и рехабилитация на някои често срещани заболявания. София, 1980.

[4] Лекционен курс по кинезитерапия в Ортопедията и травматологията –Н. Михайлова

Доброволческа кампания „Приказка за малчуганите от домовете“

автор: Руждие Салиева, Каролина Каспа
Научен ръководител: Лилия Тодорова

Abstract: A project engaging students in volunteering to read books at the homes for abandoned children in Ruse is presented. The project is an example of international cooperation between a Portuguese graduate on a transnational placement in Ruse and the students from the University of Ruse. Currently in Bulgaria there are 7 587 children living in institutions. They are deprived of simple things like listening to stories. Reading stories is the first step to stimulate interest in books and learning. The paper demonstrates the organization, the implementation and the results of the project. The benefits of the action for the children and for the volunteers are discussed.

Key words: volunteering, children in institutions, reading.

ВЪВЕДЕНИЕ

Деца в институции

Двадесет години след началото на политическите промени институционализацията на грижата за деца в България продължава да бъде неразрешен проблем. Липсата на ясна политическа воля за закриване на домовете води до тяхното „реформиране“ и реструктуриране, които често се възприемат като ремонт на сградата и не водят до съществена промяна в грижата и живота на децата.

Към настоящия момент в страната съществуват 137 институции, в които са настанени 7 587 деца, трайно отделени от семейната среда, от които:

- 32 дома за медико-социални грижи на деца (0 – 3 г.) с настанени 2 421 деца;
- 80 дома за деца лишени от родителски грижи (3 – 18 г.) с настанени 3 770 деца;
- 24 дома за деца с умствена изостаналост и физически увреждания с настанени 1 386 деца [1].

На територията на област Русе има 6 специализирани институции за деца и 1 Дом за медико-социални грижи за деца. В тези домове децата се отглеждат в големи групи, което не позволява създаване на лична връзка между дете и конкретен възрастен [2]. Грижата само за физическите потребности не е достатъчна за развитието на физически и психически здраво дете. Голяма част от децата прекарват живота си в социални домове, което води до нарушаване на социалния живот, агресивност, незаинтересованост от образованието и недоверие към хората.

В България се организират много доброволчески кампании от различни неправителствени организации и фондации. Тези кампании са с различно предназначение – благотворителност, подпомагане обучението на децата от институциите, подпомагане на тяхната физическа среда (за по-добри условия на живот) и много други. Това се оказва все още недостатъчно, за да се чувстват децата добре и да имат подкрепящ социален кръг.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Доброволството в полза на децата от домовете

Доброволството е начин, по който хората могат да помагат на дадена кауза, без да очакват облага от нея. Доброволството означава да обичаш живота повече. То е висша проява на съзнателност и отговорност. Доброволната работа с деца дарява най-голямото щастие, когато осъзнаеш, че си помогнал на детето да бъде щастливо. Доброволството означава да се научим да споделяме доверие и честност.

В доброволната работа човек прави нещо различно, с което променя своето ежедневие, както и живота на детето. То осигурява запознанства с нови хора – с децата, с техните близки, с персонала на дома. Също така и децата от домовете се запознават с нови за тях личности. Доброволството предоставя възможности за нови предизвикателства. То подобрява собственото здраве и благополучие, защото когато човек прави добро, без да очаква нещо в замяна, сам се чувства по-добре. В доброволната работа се овладяват нови специфични умения, които обогатяват автобиографията, изпробват се нови кариерни възможности и се придобива опит в специфичната кариерна дейност [10].

Четенето в живота на детето

Четенето е важно за развитието на детето. Всеки път, когато се чете на дете, това подпомага развитието на неговия мозък. Четенето изгражда интерес към книгата за цял живот, подпомага развитието на езика и речта, обогатява речника на детето и го учи как да произнася непознати думи. То насърчава развитие на социални умения и създава отлична възможност за комуникация лице в лице и внимание, за което детето жадува. Четенето развива любопитството, творчеството и въображението на детето, помага на детето да научи как да се изразява ясно и уверено и подобрява координацията ръка-око [11].

Четенето представлява забавление, което има образователен и възпитателен ефект в развитието на детето.

За да привлече интереса и събуди любовта на детето, четенето трябва да бъде подчинено на специфични правила. Преди всички на детето трябва да се чете ежедневно, като времето за четене се превърне в очаквано и приятно преживяване, а не досадно задължение. Децата трябва да се ангажират в обсъждане на прочетеното чрез задаване на въпроси и отговор на техните въпроси. Трябва да се чете изразително, с чувство за хумор и преправяне на гласа според различните герои. Ако детето загуби интерес или внимание, по-добре книгата да се остави настрана за известно време. Хубаво е да се четат книги, посветени на любимите теми на детето, а любимите приказки да се препрочитат отново и отново. Многократното повторение насърчава развитието на езика и грамотността [11].

Въздействието на четенето е още по-голямо, когато е съпроводено с други дейности като пеене на песни с рими и алитерация, разглеждане на букваря, пеене на песни за азбуката, пляскане или барабанене при произнасяне на стричките. Децата могат да бъдат ангажирани в измисляне на стихотворения и истории и тяхното илюстриране, в игра на кулкен театър и други, което насърчава развитието на езиковите и фонологичните способности [9].

Доброволческа кампания „Приказка за малчуганите от домовете“

Идея за кампанията

Оценката на състоянието и потребностите в домовете за деца лишени от родителски грижи, проведена от студентите от специалност ерготерапия по време на учебната практика установява, че много от тях не знаят да четат, нямат интерес към четенето и не уважават книгата като ценност. Това се отразява върху успеваемостта им в училище и поставя в риск тяхната професионална и личностна реализация. Освен това домовете не разполагат книжки, подходящи за възрастта, способностите и интересите на децата.

Идеята за кампанията „Да четем приказка“ принадлежи на Каролина Бригида Каспа – млад ерготерапевт от Португалия, по време на нейния 6-месечен стаж в Русе по програмата Леонардо да Винчи. Тази идея бе доразвита и осъществена от студенти от специалност Ерготерапия от Русенския университет с подкрепата на преподаватели. Особена заслуга и инициативност при организацията на кампанията имат Руждие Салиева и Милица Иванова.

Цели на кампанията

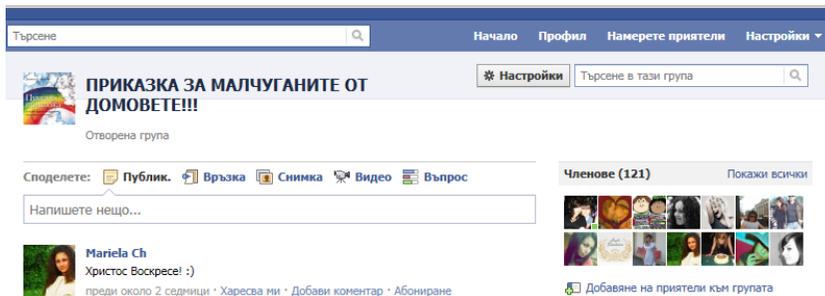
Основната цел на кампанията е да създаде у децата любов към книгата, интерес към четенето и навик за слушане на приказки, като по този начин насърчи цялостното им развитие. Освен това кампанията цели да заостри вниманието на обществото към нуждите на децата от институциите.

Проведени дейности

Първият етап бе *набиране на доброволци*, които да четат книжки в домовете за деца лишени от родителски грижи „Райна Гатева“ и „Димитър Басарбовски“ в гр. Русе. Интерес проявиха студенти от първи и втори курс на специалност Ерготерапия и Право, както и ученици от математическата гимназия. Наличието на договорни отношения само с Русенския университет наложи ограничение участниците да бъдат само студенти. Сформирана бе група от 17 доброволци, разпределени по двойки.

За месеците март, април и май бе изработен *график*, съобразен с възможностите на доброволците. За посещение бяха определени дните понеделник в дом „Димитър Басарбовски“, сряда и четвъртък в дом „Райна Гатева“ от 16,30 до 17,30 ч.

За публично оповестяване на идеята бе създадена *група във Фейсбук* „Приказка за малчуганите по домовете“ (фигура 1), където беше публикувана поканата за участие (фигура 2).



Фигура 1. Група на доброволците във Фейсбук.



Фигура 2. Покана за участие във Фейсбук „Прочети приказка“.

Публикуваното в Интернет послание гласи:

„Искаме обществото да се запознае с нуждите на тези деца, както и да насърчим включването на доброволци към организацията ни.

Може да помогнете на тези деца чрез подкрепа или като се присъедините към нас (чрез участие в доброволчески дейности, обмен на идеи или просто чрез разпространяване на групата на своите приятели).“

Едновременно с това бе проведена кампания за събиране на книжки. На този повик откликнаха много майки и ученици, които проявяват съпричастност към кампанията, но поради различни причини са възпрепятствани да посещават домовете. За около 2 седмици бяха събрани достатъчно детски книжки с приказки, които бяха разпределени между двата дома. Най-активни се оказаха майките, които донесоха не само книжки, но и играчки. Имаше и хора от други градове, които изпратиха книжки по пощата или по наши колеги, а много други изразиха своята съпричастност и готовност за подкрепа във Фейсбук.

Кампанията се провежда от средата на месец март до края на май. В летните месеци повечето студенти не са в града, поради което не може да се осигури редовно изпълнение на графика. По повод деня на детето се планира официално закриване на този етап и сбогуване с децата за летния сезон. Идеята е през есента студентите да продължат тази инициатива като част от ежеседмичната учебна практика.

Резултати

В периода от март до май четенето се превърна в ритуал, очакван с нетърпение от децата в домовете „Райна Гатева“ и „Св. Димитър Басарбовски“. Все по-често в домовете може да се види дете с книжка в ръка. Някои от тях започват да си четат сами. Почти всяко дете иска да притежава собствена книжка.

Благодарение на направените дарения домовете вече разполагат с минимален брой книжки, отговарящи на интересите и възрастта на децата. Постепенно у тях се създава любов към книгата и навик да я пазят.

За студентите тази доброволна акция е възможност да съпреживеят затрудненията на деца, лишени от родителска грижа, както и да усетят удовлетворението от това, да направиш щастливо едно дете.

Кампанията насочва общественото внимание към една от причините за слабата грамотност като последица от институционализацията и предлага достъпен и ефективен начин за стимулиране на позитивно отношение към образованието.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Натрупаният опит позволява да се извлекат някои поуки за по-ефективно провеждане на подобни инициативи. Преди всичко е много важно да се поддържа постоянна комуникация и взаимодействие с персонала в домовете. Графици трябва да бъдат поставени на видно и достъпно място за децата, за персонала и за доброволците. Когато има разбирателство, кампанията се развива много по-лесно и леко.

От особено значение за успеха на кампанията е доброволците да спазват изключително стриктно изготвения график. За този цел е наложително да има координатор, който да следи за неговото спазване.

Изграждането на траен интерес и любов към книгата започва от най-ранно детство и изисква ежедневно редовно четене. За децата в социалните домове това начало е твърде закъсняло, тъй като повечето от тях са вече в училищна възраст. Затова и постигането на устойчиви резултати изисква по-продължителен период. Една от целите за в бъдеще е превръщане на четенето в траен компонент от дневния ритъм в социалните домове.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Министерството на труда и социалната политика, Национална стратегия “Визия за деинституционализацията на децата в Република България”, 2009.
- [2] УНИЦЕФ, Анализ на ситуацията и оценка на потребностите – област Русе, 2009.
- [3] Приказка за малчуганите от домовете:
<http://www.facebook.com/profile.php?id=100002145871575&sk=info>
- [4] Allington, Richard. What Really Matters for Struggling Readers. New York: Longman Publishing Group, 2000.
- [5] Hall, Susan L., & Moats, Louisa C. Parenting a Struggling Reader. New York: Broadway Books, 2002.
- [6] National Research Council. Starting Out Right: A Guide to Promoting Children's Reading Success. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.
- [7] Spear-Swerling, Louise, & Sternberg, R. J. Off Track: When Poor Readers Become “Learning Disabled.” Boulder, Colo.: Westview Press, 1996.
- [8] Trelease, Jim. The Read-Aloud Handbook. New York: Penguin, 2001.
- [9] www.childdevelopment.com.au
- [10] www.globalvolunteernetwork.org
- [11] www.ReadingRockets.org

За контакти:

Руждие Салиева, специалност Ерготерапия, Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail: rujdie0990@abv.bg

Каролин Каспа, ерготерапевт, Португалия, e-mail: carolinaccaspa@gmail.com

Научен ръководител: гл. ас. Лилия Тодорова, катедра Кинезитерапия, Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail: litod@uni-ruse.bg

Ранно функционално възстановяване на пациенти с ендопротезирана тазобедрена става – представяне на клиничен случай

автор: Н. Михайлова, Ина Миткова,
Медицински Университет - Плевен

ВЪВЕДЕНИЕ

Тазобедрената става (ТБС) е една от най-големите в опорно-двигателния апарат на човека. Разположена е в основата на кинетичната верига на долния крайник и е най-подвижната в него. ТБС обезпечават значителната подвижност на бедрото, а оттам и голям обсег на действие на ходилото, като едновременно с това осигуряват необходимата стабилност при стоене и ходене.

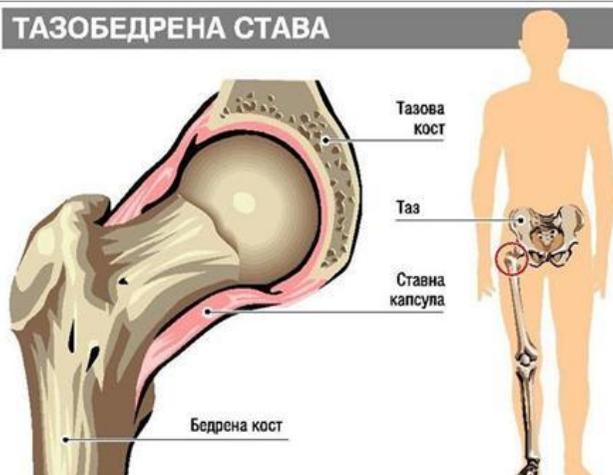
ТБС е сферична става, която е изградена от две ставни повърхности, покрити с хрущял: ацетабулум и главата на бедрената кост, както и от свързващите ги лигаменти. Бедрената глава заляга в ацетабулума на таза. Правилната форма на тези два компонента на ставата, както и доброто им покритие със ставен хрущял гарантират гладко и безболезнено движение в ставата. Задържането на главата в ацетабулума и добрият баланс на заобикалящите ставата мускули става възможно благодарение на няколко здрави връзки (лигаменти) – илиофеморален лигамент, пубофеморален лигамент, ишиофеморален лигамент и ставната капсула.

Прекъсване на целостта на бедрената кост се среща по-често при жени над 50-годишна възраст и възниква след травма, но може и в резултат на остеопороза, продължителна употреба на кортикостероиди,лъчетерапия. Други изменения на тазобедрената става, довеждащи до необходимост от ендопротезиране са: костни тумори (доброкачествени или злокачествени), които могат да променят формата и конгруентността на ставните повърхности, както и да прекъснат кръвоснабдяването на части от ставата, повреждайки ставния хрущял; болестта на Пейджет (Paget) – среща се предимно при възрастни, костите стават крехки и уголемени, с възможност за фрактури или деформация на бедрената кост. Понякога състоянието на някои болни налага те да бъдат ендопротезирани в съвсем ранна възраст – под 30 години. Счупването обикновено се получава по индиректен механизъм. Силата се предава по оста на бедрото, съчетава се с външна ротация на крайника и огъва шийката в предно-задан план.

Голям брой заболявания могат да увредят хрущялните повърхности и костите, вземащи участие в тазобедрената става и по този начин да предизвикат болка, скованост, ограничение на движенията в ставата, скъсяване и ненормално положение на съответния долен крайник и инвалидизация (неспособност за извършване на ежедневни дейности).

Подмяната на тазобедрената става с изкуствена такава се прилага в напредналите стадии на увреждане на тазобедрената става, когато методите на консервативното лечение са изчерпали възможностите си.

ТАЗОБЕДРЕНА СТАВА



Клинична картина. Зависи от вида на счупването. При *аддукционните* фрактури симптоматиката е по-изразена. Болните се оплакват от болки в областта на тазобедрената става и невъзможност за движение на засегнатия крайник, който е скъсен. Характерен е симптомът на „закованата“ пета – болният не може да повдигне крайника, ако го повдигне с помощ, не може да го задържи вдигнат. При *абдукционните* фрактури симптоматиката е по-слабо изразена. Крайникът не е скъсен и често липсва симптомът на „закованата“ пета.

Диагноза. Пълното снемане на анамнеза и функционална диагностика позволяват на лекаря да открие връзката между субективните оплаквания на пациента и обективните находки при прегледа. Симптомите (болка, намален обем на движение, контрактури, скъсяване на крайника) се сравняват с резултатите от образните и други изследвания (рентгенови снимки в предно-задна и странична проекция, при необходимост скенер, ЯМР), на база на което лекаря определя необходимостта от ендопротезиране.

Изследване на кръв и аспирация на ставна течност помага да се изключат системни заболявания (например ревматоиден артрит) или наличие на бактериална инфекция на ставата.

Тотално ендопротезиране се прилага при следните индикации: значителна болка при обременяване на движението вследствие на дегенеративни промени при артроза; ревматоиден артрит; некроза на главата на бедрото; при фрактури, които не могат да бъдат репозирани; значителни ограничения в подвижността на ТБС; значителна ставна нестабилност и деформация.

Рискове и усложнения при ендопротезиране

Извършва се първично и ревизионно ендопротезиране, като се използват най-съвременните достижения на хирургичните техники – минимално инвазивни методи за тазобедрено ендопротезиране, най-съвременните достижения в технологиите на ставните импланти.

Както при всяка голяма хирургична операция и тук могат да възникнат усложнения. Някои от най-честите усложнения при ендопротезиране на ТБС са:

- Дълбока венозна тромбоза (ДВТ). Тя може да доведе до подуване, затопляне и болка на долния крайник. Едни от най-честите превантивни мерки против ДВТ включват насърчаване на активността на болния (подвижност в леглото

и ранна вертикализация) колкото се може по-рано след операцията; ластични чорапи против ДВТ, които подпомагат кръвта да продължава да се движи; лекарства, които намаляват способността на кръвта да се съсирва.

- Инфекция – вероятността тя да настъпи след ендопротезиране е 1%. Инфекцията може да се засели в имплантираната ендопротеза от други инфектирани области на тялото.
- Разместване (изкълчване или луксация) на ендопротезата: луксацията се среща рядко-приблизително в 3% от оперираните. Може да бъде резултат от индивидуалното несътрудничене и неспазване на лекарските забрани през следоперативния период. Изкълчването може също да бъде резултат от мускулен дисбаланс.
- Разхлабване. При циментно поставените ендопротези преобладаващата причина за неуспех е разхлабване на протезата на мястото където костта се допира до метала или цимента. При безциментните протези костта не успява да се прикрепи здраво към повърхността на импланта. И в двата случая разхлабването на ендопротезата налага повторна операция за ревизия на протезата.

Тъй като липсват лигаменти, които да придържат компонентите на поставената ендопротеза един към друг, пациентът трябва да бъде внимателен през първите няколко седмици след операцията като избягва положения на долните крайници, които могат да разместят ендопротезата. Впоследствие организмът ще образува достатъчно съединителна тъкан, която ще стабилизира новопоставената ендопротеза.

Периодите на рехабилитацията при ендопротезирането на тазобедрена става са: предоперативен, ранен следоперативен, период на функционално възстановяване, период на домашна рехабилитация.

Усилията в *предоперативния период* са насочени към засилване на горните крайници, за да могат да поемат тежестта от носенето на патерици в началото на прохождение, обучение в правилно ходене и походка с помощни средства, правилно изпълнение на дейностите от ежедневието, с цел поддържане обема на движение в оперираната става в рамките на допустимите граници без риск от дислокации.

За *ранния следоперативен период* е важно поддържане на психо-физическия тонус, намаляване на болката, постепенно възстановяване на обема на движение, преодоляване на мускулния дисбаланс. Прилагат се кинезитерапия и някои преформирани физикални фактори (предимно средно-честотни токове, при нужда – електростимулации). Задължително е позиционното лечение с абдукционна възглавница между двата долни крайника, която трябва да се използва до 8-12 седмица за избягване на риска от луксация. Прилагат се изометрични контракции на глутеална мускулатура и m. quadriceps femoris; активни изотонични упражнения в глезенни и коленни стави; дихателна гимнастика и др. Пациентът трябва да бъде информиран и обучен как да избягва флексията над 90° и аддукцията. Уместно е използването на съоръжения с дълги дръжки за обуване, достигане на предмети на пода и др.

През *периода на функционално възстановяване* е важно да се засили околоставната мускулатура, да се преодолее мускулния дисбаланс и компенсаторните движения, да се постигне оптимална подвижност на ставата и правилна походка. Това става чрез увеличаване интензивността на кинезитерапевтичната програма, включва се абдукция от страничен лег, след 6^{-та} седмица се разрешават упражнения срещу съпротивление, в отворена и затворена кинетична верига, упражнения за подобряване на издръжливостта и походката, подводна гимнастика. Важно е и обучението в ходене с помощни средства, което

трябва да започне с проходилка или патерици и на по-късен етап да се премине към една патерица или бастун. Помощните средства се използват до негативизиране на симптома на Тренделенбург.

Цел на КТ: Проследяване ефекта от приложената рехабилитация. Чрез кинезитерапията се цели възстановяване обема на движение на засегнатия крайник, преодоляване на мускулния дисбаланс. Ерготерапията позволява да направи начинът на живот на пациента колкото е възможно по-достъпен и безопасен. За целта трябва да се закупят специални приспособления като на тоалетната чиния трябва да се постави допълнителна подложка, за да се избегне прекалената флексия в оперираната ТБС и да се улесни изправянето на пациента и др.

Материал и методи

Изследвахме пациентка на 74год., която на 12.07.2010г. е била приета в болница „Свети Панталеймон“ – град Плевен. Анамнезата е снета по данни на пациентката. 10 дни преди това паднала и травмирала лява тазобедрена става. Усетила остра болка – *според визуално-аналоговата скала отчетената болка е 10 от 10*. Пациентката не може да движи и натоварва ляв крак. След консултативен преглед в ортопедично-травматологичен кабинет е насочена към клиниката за оперативно лечение, поради фрактура на шийката на бедрената кост. При огледа: *ляв долен крайник е скъсен с 3 см спрямо симетричния крайник и е във външна ротация около 45°*. Усещала се *палпаторна болезненост* в лява ингвинална област и върху trochanter major вляво. Има и *симптом на залепената пета (++)*, което говори за аддукционен тип счупване. Дистално няма данни за отпадна неврологична симптоматика и съдови увреди. Пациентката е с придружаващо заболяване: Хипертонична болест – II степен. Приета е без оплаквания от страна на ССС и ДС. На собствена терапия с: Verapamil – 2 x 40mg; Enalapril – 10 mg. ДС: чисто везикуларно дишане, без данни за застой. ССС: ритмична нормофреквентна сърдечна дейност, приглушени тонове, АН 160/100 mm Hg, крайници - без отоци. Протезирана на 13.07.2010г. с предно-латерален достъп. Рехабилитацията е започната в клиниката „Св. Панталеймон“. За продължаване на кинезитерапевтичното лечение в ранния период, пациентката е насочена към Медицински център по рехабилитация и спортна медицина I – град Плевен при доц. Баракова.

Преди изготвяне на кинезитерапевтичната програма на пациентката бяха направени ъглометрия и сантиметрия, които показаха липсата на всякаква ротация в оперирания ляв крак, както и ограничени аб- и аддукция. Резултатите от проведената сантиметрия показаха, че обиколката на колянна става на оперирания крак е 39,5см (с 2см повече от десния крак-37,5см). Увеличена е дължината на фрактурирания крайник с 1см, което считаме, че няма да пречи за воденето на ортостатиката и походката.

Бяха приложени следните кинезитерапевтични средства:

- *вертикализация още на втория ден след операцията;*
- *активно-асистиращи и активни упражнения за оперираната ТБС за поддържане на подвижността ѝ и преодоляване на контрактурите;*
- *изометрични упражнения на т. quadriceps femoris и глутеалната мускулатура с цел намаляване на мускулната хипотрофия;*
- *мускулни помпи за глезенна става за предотвратяване на тромбоемболичните усложнения*
- *подходящ масаж за да подобри и намали хипосензитивността на областта;*

- *поддържане силата на мускулите в ТБС чрез активни, резистивни упражнения за флексия и екстензия в колянна става;*
- *резистивни упражнения, активни упражнения в отворена и затворена кинетична верига за незасегнатия долен крайник с цел подобряване на локомоторните възможности и за мускулите на раменния пояс и горните крайници.*

Дозировката и видът на упражненията се прилагат в продължение на 10 процедури, като се съобразява с общото състояние на болната и факта, че е хипертоник.

Резултати и анализ

	Преди проведения курс на лечение		След проведения курс на лечение	
	Ляв крак (болен)	Десен крак (здрав)	Ляв крак	Десен крак
Измерване ОД в ТБС	S: 5°-0°-90° F: 15°-0°-10° R:45°-0°-30°	S:15°-0°-125° F: 45°-0°-15° R:45°-0°-45°	S: 10°-0°-120° F: 25°-0°-15° R:45°-0°-35°	S:15°-0°-125° F:45°-0°-15° R:45°-0°-45°
Измерване ОД в КС	S:0°-0°-110°	S:0°-0°-130°	S:0°-0°-115°	S:0°-0°-130°
Измерване абсолютна дължина	82 см	85 см	82 см	85 см
Измерване относителна дължина	81 см	80 см	81 см	80 см
Измерване обиколка подбедрица	32 см	34 см	33 см	34 см
Измерване обиколка на КС	40 см	38 см	37,6 см	38 см
ММТ	О Ц Е Н К А			
Flexia в ТБС	1-	5-	2	5
Extensia в КС	1	4+	3+	5
Abductia в ТБС	1-	5	1+	5
Adductia в ТБС	0	5	2	5
Rot. Int. в ТБС	1+	5	3	5
Rot. Ext в ТБС	1	4+	2+	5

След проведения лечебен курс се наблюдават значителни подобрения най-вече в посока на възстановяване на обема на движение – с 5° за ext, add, Rot. Int в ТБС; с 10° за abd и 30° за flex в същата става и с 5° за flex в КС. Наблюдава се намаляване на мускулната слабост – от степен 0 до степен 3+. Отокът на колянната става е резорбиран, което води до намаляване на обиколката на колянната става на оперирания крак – 37,6 см и увеличаване обема на движение. Отчита се подобрение на хипотрофията в левия крак с 1 см. Пациентката увеличи времето за разходки, като постепенно замени проходилката с бастун. Научи се как да става от стол като приплъзва единият крак и с ръцете си на облегалката на стола се изправя.

Изводи

В резултат на проведената кинезитерапия пациентката подобри значително своето функционално състояние, постигна оптимална подвижност на ставата и

правилна походка. Постигна се преодоляване на контрактурите, подобряване на трофиката и локомоторните възможности, предотвратяване на тромбоемболичните усложнения, възстановяване обема на движение в тазобедрената става и възможност за двигателно движение при извършване на дейности от ежедневието.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечението при пациенти с ендопротезирана тазобедрена става обхваща дълъг период от време. Необходимо е да се съчетаят усилията на ортопеди-травматолози, физикални медици, кинезитерапевти, рехабилитатори-ерготерапевти. Продължителната, възможно най-ранно започнатата и адекватна на състоянието на пациента комплексна рехабилитационна програма, позволява включването на оперирания крак в дейностите на ежедневието и стимулира автономността на пациента.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Топузов, Ив. Ерготерапия - втора част. – София: СИМЕЛ, 2008.
- [2] Слънчев, П. Ръководство по кинезитерапия, медицина и физкултура. - София, 1986.
- [3] Костадинов, Б., Физикални фактори в комплексното лечение и рехабилитация на някои често срещани заболявания. - София, 1980.
- [4] Лекционен курс по кинезитерапия в Ортопедията и травматологията – Н. Михайлова

Да поемем предизвикателството за преодоляване на детската бедност

автор: Милица Иванова

Ending child poverty – take up the challenge: *The project and the planned activities focus on two key topics which should be considered together: child poverty and reasons for social exclusion at early age. The low standard of living is often the reason for being ignored by the society. The lack of essential resources such as home, food, clothes etc. changes the disadvantaged people into risk groups for which the proper integration in the society is a considerable difficulty. The project aims at making a difference for the disadvantaged groups (children under 18 years) on the one hand and for the local community on the other hand. The participants in the project, the stakeholders and the other involved groups are going to reflect on the measures which can lead to poverty reduction among children in the region.*

Key words: *child poverty, poverty reduction, social exclusion*

ВЪВЕДЕНИЕ

Бедността е явление с много измерения, а не само липса на доходи. България е страна с много предизвикателства в областта на социалното изключване и бедността. Като цяло сегашната ситуация в страната показва, че бедността сред групите извън пазара на труда е по-висока от общото равнище на бедност в страната (14,4% през 2008 г.).

Тази тенденция е най-осезаема в следните групи:

- деца от 0 до 15 години – 17,1%;
- възрастни (65+) – 17,8%;
- безработни – 43,3%.

Проблемът с бедността и социалното изключване взема по-сериозни измерения в резултат от продължаващата световна финансова и икономическа криза. Резултатите на кризата вече са видими – намаляване на работни места и увеличаване на безработицата, намаляване на държавните разходи за социалната политика и др.

Терминът "детската бедност" стана известен наскоро в България. По време на тоталитарния режим властите трудно признаваха съществуването на бедността като цяло и още по-малко съществуването на детската бедност. Днес това понятие все още не е популярно сред специалистите в социалната сфера и сред политиките, които са отговорни за решенията. Симптомите на детската бедност и нейното въздействие върху психическото развитие и емоционалното здраве на децата се обсъждат рядко и повърхностно в професионалните среди.

Според концепцията за детската бедност, използвана от Изследователския център на УНИЦЕФ "Иноченти" детската бедност е ситуация, в която детето има стандарт на живот, който не допринася за неговото физическо, умствено, духовно, морално и социално развитие.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Анализ на ситуацията в град Русе

Русе се намира в Североизточна България. Административно-териториалния обхват на областта включва осем общини с общо 83 населени места, включително 9 града и 74 села. Населението на област Русе към 31.12. 2008 г. според Националния статистически институт е 251 236 души, от които 75,6% живеят в градовете и 24,4% – в селата.

Демографската картина в областта се характеризира с отрицателен естествен прираст, който е по-висок от същия за страната [4]. Населението застарява в резултат на естествените процеси на раждане и смърт и в резултат на засилената

миграция. Това води до създаване на предпоставки за повишаване на риска от социална изолация. Населението на Русе е със смесен етнически състав - около 80% българи, 15% турци и 5% роми и други етнически общности.

Достъпът до здравни услуги в част от общините и населените места на Русе е много ограничен и силно затруднен. Броят на децата, които напускат училище без завършено задължителното средно образование се увеличава. Липсват форми на обучение през целия живот.

Рискови фактори и рискови групи

Безработицата сред хората в трудоспособна възраст се отразява на качеството на живот на всички членове на семейството и особено на децата. Тя е фактор, свързан със социално-икономическото развитие на общността и е една от основните причини за миграция и емиграция на икономически активното население. Безработицата може да се смята за основен рисков фактор, свързан с доходите и жизнения стандарт на хората в трудоспособна възраст. Най-засегнати са:

- хора, които не са завършили основно образование или с ниско такова;
- хора от етническите малцинства;
- майки с деца.

Структурата и броят на членовете на семейството са от значение за разпределението на разходите между тях. Най-силно са засегнати семейства с много деца и непълни семейства (един родител), хората с увреждания или здравословен проблем в семейството. Наличието на тежък здравословен проблем или увреждане на член от семейството изисква допълнителни разходи, които товарят семейния бюджет. Най-засегнати от този фактор са хората с увреждания, в това число и със зависимости, както и семействата, в които живее лице с увреждания или с тежък здравословен проблем.

Липсата на жилище води до отделяне на средства за наем от семейния бюджет. Най-засегнати са бездомните хора от различни възрасти, които живеят сами, семейства от етнически малцинства, хора, които напускат специализираните институции за деца или възрастни, самотни майки.

Принадлежност към етнически малцинства – в ромската общност съществуват различни фактори, които водят до бедност – като ранното напускане на училище, ниско ниво на образование и липса на квалификация, дългосрочна безработица, липса на трудови навици, ограничени възможности за работа, лоши условия на живот, липсата на достъп до здравни, социални и образователни услуги.

Целеви групи на деца с висок риск от бедност

Рискът от бедност е най-висок при:

- деца със самотни майки – 31,1%;
- деца в многодетните семейства – 28,6% от домакинствата с три и повече деца живеят в бедност;
- деца в безработни семейства – по официалните данни за безработицата в Русе до декември 2008 г. са 4.5%;
- деца от ромски произход – това се дължи на фактори като слабото участие на ромите на пазара на труда и особено ниско ниво на образование. Около 63% от ромите са без образование, 32,2% са завършили само основно училище, 4,6% – средно училище и по-малко от 0,2% имат висше образование, съответно в сравнение с 16,3%, 25,7%, 41,8% и 16,1% за етническите българи.
- деца в институции и деца с увреждания – в Русе има общо 6 специализирани институции за деца, четири от които са в рамките на града;
- деца от бедни семейства – най-голямата група на бедните хора са служителите (42,5%). Това явление е резултат от няколко причини сред които особено важен е размерът на приходите от заетостта, броят на лицата,

живеещи в домакинството, броят на членовете с добро работно и образователно ниво.

Проектът „Да поемем предизвикателството за преодоляване на детската бедност“

Проектът и планираните дейности са съсредоточени върху две основни теми, които трябва да се разглеждат в единство – детската бедност и причините за социалното изключване в най-ранна възраст. Липсата на ресурси като дом, храна, дрехи превръща хората в неравностойно положение в рисковни групи. Ниският стандарт на живот често е причина за пренебрегването им от обществото и значително затруднява тяхното интегриране. Хората с увреждания, децата, които растат в проблемни или безработни семейства, не са в състояние да се впишат успешно в социалните структури. По този начин те са изложени на риск да попаднат в "капана на бедността". Властите, неправителственият сектор и обществото са отговорни за намаляване на детската бедност и подобряване на възможностите за социално включване на децата.

Проектът цели да доведе до промяна от една страна в групите в неравностойно положение (деца до 18-годишна възраст) и от друга страна – в местната общност. Участниците в проекта заедно със заинтересованите страни ще набележат и обсъдят мерки за намаляване на бедността сред децата в региона.

Проектът включва три етапа:

***Първи етап:** Проучване, планиране и провеждане на анкета и семинари, анализ на резултатите.*

Проектът е съсредоточен върху идентифицирането на потребностите, желанията и стремежите на целевата група и причините да бъдат социално изключени.

В първия етап на проекта бяха организирани ателиета с деца в начална училищна възраст. Първото ателие беше проведено с деца, отгледани в социална институция. Идеята беше да видим през техните очи това, за което мечтаят, това, което искат да постигнат и какви са техните представи за бъдещето. Децата изразиха своите мнения и чувства по един творчески начин, като им дадохме възможност да рисуват върху стъкло и хартия. В тази работна среща бяха организирани и някои ролеви игри, в които насърчавахме участието на децата с помощ от наша страна. Прочетохме популярната детска приказка „Малката кибритопродавачка“ и заедно размишлявахме върху нея. След това всички участващи изразиха своите емоции чрез емотикони.

Второто ателие беше проведено в училище, където бедността и социалното изключване не са теми от ежедневието на децата. Идеята и тук бе да се видят емоциите и отношението на децата към проблема, като отново се използват същите методи – създаване на рисунка, четене на приказка.

Целта на екипа бе да се сравнят резултатите в двете институции и да се направят заключения. Важно е да се определят потребностите на групите в неравностойно положение и да се направи съпоставка с отношението на другите.

Друга дейност в рамките на изследователския етап беше провеждането на анкетно проучване, целящо да установи до каква степен членовете на местната общност познават размерите и последиците от бедността върху децата. Резултатите показват нивото на интерес и информация в местната общност. Крайната цел е да подготвим един полезен обществен дебат на регионално ниво, за да повишим осведомеността на гражданите и да засилим тяхното участие.

Резултати от анкетното проучване

Изследването беше проведено между 1 и 20 март 2010 г. в град Русе. Участваха 240 граждани. Подборът на участниците беше на случаен принцип. Изследването обхваща пет възрастови групи.

Въпросникът за изследването съдържаше десет въпроса – осем многократно изборни и два отворени. Изследването насочваше гражданите към отбелязване на най-важните аспекти на детската бедност и социалното изключване. То беше съсредоточено върху следните теми:

- информираността на местната общност за степента на детската бедност в региона;
- причините, водещи до разпространението на бедността;
- групи деца, които са изложени на риск;
- ефект и последици от бедността за децата;
- виждания за мерките, които следва да бъдат предприети с цел намаляване на проблема и спиране разпространението на бедността сред децата.

Резултатите от изследването отразяват общественото мнение: 44% от анкетираните категорично са съгласни с твърдението, че бедността е широко разпространен проблем в нашия регион. В допълнение, 35% изразяват съгласие, но не по такъв силен начин. На обратното мнение са едва 10% от анкетираните, а 8% не могат да определят. В заключение близо 80% от респондентите определят бедността като значителен проблем.

Анкетираните свързват детската бедност с просия, безработица, ниски доходи на семейството, нисък стандарт на живот, липса на перспективи, мизерия, престъпност, глад, ниско ниво на образование, живот в социални институции и здравни проблеми.

Две трети от участниците в проучването смятат, че високата безработица в допълнение към ниските доходи на семейството предизвиква бедността сред децата. Изоставените деца, децата, принадлежащи към етнически малцинства и хората с увреждания, продължителни заболявания или психични проблеми, се считат за най-изложени на риск от бедност. По-голямата част от интервюираните смятат, че детската бедност води до лоши условия на живот и социално изключване, а само 4% от тях смятат, че ниското равнище на образование е една сериозна последица.

Очакванията на респондентите се концентрират върху мерки за намаляване на безработицата и увеличаване на доходите, като се гарантира по-добро здравеопазване и образование.

Втори етап: *Кръгла маса*

Основната цел на планираната дискусия бе да се поставят двете важни теми на местните управляващи и да се осъществи диалог между всички заинтересовани страни, като се набележат решения и мерки, които биха довели до намаляване на детската бедност. Поканени на събитието бяха представители на местната власт и социалните институции в региона, експерти, неправителствени организации, педагози, студенти, ученици и други заинтересовани страни.

Участниците в кръглата маса имаха възможност да споделят полезен опит и добри практики. Целта на срещата беше не само да се предостави обществена платформа за дебат, но и да се натрупат идеи за дейности и проекти, които могат да направят живота и интеграцията на деца в неравностойно положение по-лесен.

Кръглата маса беше представена в няколко модула:

- *Първи модул:* Акцент върху бедността сред децата в област Русе.
- *Втори модул:* Акцент върху социалното изключване сред децата в област Русе и отношението бедност – социално изключване.
- *Трети модул:* Дискусия относно възможностите за превенция и борба с бедността и социалното изключване сред децата – предложения, мнения, коментари, обмяна на опит, идеи за реализиране на бъдещи проекти и т.н.

Трети етап: *Разпространение на резултатите.*

Целта на третият етап е да се популяризират резултатите от първите две фази на проекта. Резултатите от проведените семинари, проучвания и идеи, обсъждани на кръглата маса са обобщени и публикувани в бюлетин *“Интердисциплинарен подход за изследване, промяна в обществените нагласи и преодоляване на детската бедност*.

Екипът на проекта представи работата си пред местната общност чрез медиите. Целта на студентския екип е да създаде възможности за продължаване на проекта и умножаване на очакваните резултати.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проектът представлява принос към идеята на Европейската година на борбата с бедността и социалното изключване 2010 година.

С поредицата от дейности бяха предложени редица мерки, които могат да се предприемат за намаляване на проблема.

Допълнителната стойност на проекта е мултидисциплинарният характер на екипа. В основата на проведената работа е залегнала толерантността между членовете на екипа. Вярваме, че опитът, че ще бъде много полезен в бъдещото ни образование и практика.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Европейска година на борбата с бедността и социалното изключване 2010 г. Стратегически рамков документ:

<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=1693&langId=bg>

[2] Изследователски център Иноченти. Деца с увреждания в прехода на страните от Централна и Източна Европа, Общността на независимите държави и Прибалтика, 2005.

[3] Национална програма за провеждане на Европейска година на борбата с бедността и социалното изключване – 2010 г.:

http://ophrd.government.bg/view_doc.php/4540

[4] УНИЦЕФ, Анализ на ситуацията и оценка на потребностите – област Русе, 2009 г.

За контакти:

Милица Иванова, специалност Ерготерапия, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел: 0889565938; e-mail: m_pl_ivanova@abv.bg

Научен ръководител: гл. ас. Лилия Тодорова, катедра Кинезитерапия, Русенски университет “Ангел Кънчев”, e-mail: litod@uni-ruse.bg

Кинезитерапия на *pes planus* в детска възраст

автор: Павлина Апостолова, Камелия Кафева
научен ръководител: ас.Св.Шопова; ас.Й.Гавраилов

Abstract: *The purpose of the actual study is to explore the result of the applied techniques of exercises and correction for relaxation and muscular stretching in cases of flat feet (fallen arches).*

Key words: *muscular stretching; flat feet correction;*

ВЪВЕДЕНИЕ.

Плоскостъпиеото е широко разпространено сред населението, като голяма част от засегнатите са деца и подрастващи. Тревожен е фактът, че честотата нараства, което се дължи на заседналият начин на живот на съвременния човек и липсата на здравна култура.

Ограничената физическа активност и наднорменото тегло се отразяват върху тонуса на мускулите, поддържащи сводовете. Има и редица външни фактори, които имат негативно влияние върху ходилата като например носенето на неподходящи обувки. Нормалното ходило има два свода – напречен и надлъжен. Ходилото се опира в земята на три точки – петната кост, ставата на I-ви и ставата на V-ти пръст. Заедно сводовете играят ролята на „амортизатор“ при ходене, бягане, скачане, действат за по-лесното отпускане от опората и адаптират ходилото към неравен терен.



Плоскостъпиеото е спадане на напречния и/или надлъжния свод на стъпалото, което може или не да предизвика оплаквания, болки, изтръпване и бърза умора при ходене и натоварвания. Всеки път, когато стъпваме или тичаме, стъпалата поемат до 5 пъти нашето тегло. Безобидното на пръв поглед плоскостъпие може да стане предразполагащ фактор за развитието на много проблеми с опорно-двигателния апарат, но това зависи от степента на плоскостъпиеото, от колко време датира, възрастта на детето, двигателната му активност, както и предприетите мерки.

Кърмачетата и децата до 3-4 годишна възраст имат добре развити мастни възглавнички на стъпалото. Но това е физиологично, „мнимо плоскостъпие“. Тази мастна тъкан се редуцира докъм 4-годишна възраст. Дотогава се развиват мускулите и връзките на стъпалото, за да могат да задържат изправената стойка на тялото. Когато проходи малкото дете, поради това че не може да пази добре равновесие, то е по-разрачено, стъпвайки върху вътрешния ръб на крачетата си за да увеличи опората си. Възможно е до предучилищна и ранна училищна възраст да не се оформи нормално стъпало – т.е. да остане слабо и с повече мастна тъкан или със слаби връзки и недостатъчност на мускулите. Тогава има по-голяма опасност да се развие плоскостъпие.

Спадането на сводовете означава разместване на позиционирането на костите на ходилото една спрямо друга, както и преразтягане на връзките, мускулите и сухожилията. Първите признаци се появяват с болка и изтръпване. Постепенно намалява хватателната способност на пръстите на краката. Ако не се вземат мерки следва спадане на свода след продължителен стоещ или умора и накрая спадането му дори без натоварване. Напредналото плоскостъпие се характеризира с

валгизиране на стъпалото (петата се изкривява навън), глезенната става е завъртяна медиално и надолу, предната част на стъпалото е пронирана и отведена навън, по този начин обувките се изтриват от вътрешната им страна. Променената статика на гръбначния стълб и походката прерязва някои лигаменти, може да доведе до дегенеративни промени в прешлените и междупрешленните ставички, както и до появата на остеофити (шипове). Всичко това е гаранция за болки в кръста. Неравномерното разпределение на тежестта се прехвърля и върху междупрешленните дискове, за да се стигне до едно от най-сериозните усложнения вследствие на плоскостъпието, а именно лумбалната дискова херния.

Цел

Целта на настоящата разработка е да предложим кинезитерапевтична програма при плоскостъпие на деца и да повишим здравната култура на родителите, с оглед профилактика и адекватно лечение на заболяването.

ЗАДАЧИ

- Да се извършат необходимите плантографски изследвания на дете с плоскостъпие.
- Да се изработи и приложи кинезитерапевтична програма при плоскостъпие и да запознаем родителите с периодично провежданите изследвания.
- Да се обучат родителите на децата в прилагането на кинезитерапевтична програма.

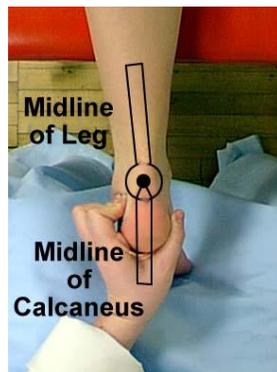
МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

През месец февруари 2011год. по време на преддипломен стаж, в „Дом за медико-социални грижи за деца“ гр.Бургас приложихме кинезитерапевтична програма при дете с плоскостъпие на 10 годишна възраст, за периода от 3 седмици. Бяха използвани следните методи за изследване:

- плантография
- ъглометрия
- оценяване на стойката на детето (чрез оглед)

В кинезитерапевтичната програма включихме следните средства:

- коригиращи упражнения
- упражнения за координация и равновесие
- лечебен масаж
- акупресурна методика



АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Видове кинезитерапевтични средства		Стойности преди проведеното лечение	Стойности след проведеното лечение
Плантография Индекс на Чижни	sinistra	4,5 см	3,5 см
	dextra	5,5 см	4,5 см
Ъглометрия на тазобедрена става	sinistra	R/S: 35°-0-40°	R/S: 41°-0-40°
	dextra	R/S: 39°-0-40°	R/S: 45°-0-40°
Ъглометрия на задно ходило Еверзия на calcaneus	sinistra	F: 9°-0	F: 4°-0
	dextra	F : 8-0	F: 4°-0

СХЕМА НА КИНЕЗИТЕРАПЕВТИЧНАТА ПРОГРАМА

Части	Съдържание	Методически указания	Задачи
Подготвителна част	Прилагаме лечебен масаж и акупресура на ходило и подбедрица	Похватите и силата са съобразени със състоянието на мускулите и поносимоста на детето.	Да релаксираме спастичните и да тонизираме отслабените мускули ,да подготвим ходилото за натоварване.Да облекчим болка-та.
Основна част	Специални упражнения за координация и равновесие,упражнения за засилване на флексорите на ходилото,коригиращи упражнения с мануален хват.	Всички упражнения да са съчетани с правилното дишане.	Да овладеем и коригираме ходилния деформитет
Заклучителна част	Релаксиращи упражнения,включващи разтягане на m.triceps surae.	Да се следи за правилното дишане и изпълнение на упражнението.	Да отпуснем мускулите,които имат склонност към бърза уморямост.

ИЗВОДИ

● Важна стъпка в лечението на плоскостъпието при децата е навременното му диагностициране с арсенала на кинезитерапевтичните изследвания.Ако този момент се пропусне може да се стигне до тежко плоскостъпие,неподлежащо на коригиране.Комплексния подход води до овладяване на деформитета.

● Профилактиката на заболяването изисква повишаване на здравната култура на родителите относно навременното диагностициране, адекватно лечение и предотвратяване на усложненията.

ПРЕПОРЪКИ

● Разработената кинезитерапевтична програма в база ДМСГД гр.Бургас е приложима и в домашни условия.

● Тя е съвместима с прилагането на допълнителни профилактични дейности и средства :

- ходене с боси крачета върху неравен терен;
- спортни игри и гимнастически упражнения;
- коригиращи стелки (супинатори).

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Бонев, Л., Л. Тодоров. Практическо ръководство по лечебна физкултура - изд. Медицина и Физкултура – 1986г.
- [2] Банков, Ст. Основи на кинезитерапията - Медицина и физкултура
- [3] Георгиев, В., Я. Вържаров. Физикалните фактори в практичната медицина - ръководство за студенти от Висшите Медицински Институтуи - Пловдив - 1996 г.
- [4] Каранешев, Г., Е. Александрова. Лечебна физкултура при травматични, ортопедични и хирургични заболявания, 1986г.

За контакти:

Павлина Апостолова, тел.: 088/44 93 825; x_one_w@abv.bg, Медицински колеж - Бургас

„Да пораснем заедно” – рефлексия върху студентски проект

автор: Александра Петрова

***Let's grow together – reflection on a student project:** In Bulgaria there are more than 8600 children who live in homes for children deprived of parental care. Most of the time they live in isolation, but their first encounter with the other children is in mainstream school. The main problems faced – emotional, behavioural, interpersonal, adaptive, are the result of lack of life experience. “Let's grow together” is a project created to support children living in institutions in their preparation for school. The project is related to the theme of 2009 “Creativity and innovation”. The topic is presented in the form of reflection, which explores the experiences of participants.*

Key words: European year, Creativity and innovation, reflection

ВЪВЕДЕНИЕ

В България има над 8600 деца, настанени за отглеждане в институции. Данните от 2007 година сочат, че това са 0,65% от всички деца у нас. Всяка година част от тях постъпват в масовите училища. Основните проблеми, с които се сблъскват, са емоционални, поведенчески, междуличностни, адаптивни. Тръгването на училище е огромна промяна в живота на малкия човек. Променя се неговата социална роля. От дете, което основно играе, то се превръща в ученик с определени права и задължения.

Проектът “Да пораснем заедно” е подготвен за участие в конкурса за студентски проекти на Европейската мрежа по ерготерапия във висшето образование (European Network of Occupational Therapy in Higher Education, ENOTHE) и е свързан с темата на 2009 година “Творчество и иновации” [1]. Той има за цел да подкрепи деца, отгледани в институции, в подготовката за училище.

Основно послание на Европейската година на творчеството и иновациите е, че творчеството и иновациите могат да допринесат за икономическия просперитет, както и за социалното и лично благополучие [1]. Главната цел е да се повиши информираността за лично, социално и икономическо развитие, за разпространение на добри практики, да се стимулират образованието и научните изследвания, както и за насърчаване на политически дебат по въпроси, свързани тях.

Творчеството е една от най-значимите и разпространени човешки дейности. Творческите способности са ценно качество както в образованието, така и в работата. Последните научни изследвания убедително доказват, че изключителните таланти са продукт на добре развити способности и богати познания в съответната област. Доказано е, че творческите личности се нуждаят от определена доза разнообразни преживявания и предизвикателства, които да ги направят по-силни пред препятствията [3].

Основният замисъл на проекта е осъществяване на контакт с деца от Дома за деца лишени от родителска грижа (ДДЛРГ) “Надежда” в гр. Русе и запознаване с техните реални проблеми, за които само сме слушали .

ИЗЛОЖЕНИЕ

Проектът “Да пораснем заедно”

Основната цел на проекта е подпомагане на деца, отглеждани в изолация, за включване в масовото училище.

За постигането на целта са формулирани следните задачи:

- осигуряване на възможности за развиване на умения, нагласи и отговорност като предпоставка за ученик в първи клас;
- предоставяне на възможности за изразяване на чувства и емоции;

- създаване на партньорски отношения с децата и персонала на дом “Надежда” – гр. Русе.

В допълнение към тези цели проектът цели повишаване познанията на студентите за уменията, потребностите и ограниченията на децата в социалните домове.

Засаждането на цветя е използвано като основна дейност, тъй като представлява лесен и ефективен начин за отключване на чувството за отговорност, всеотдайност, любов и внимание.

За осъществяване на целите на проекта са използвани следните *методи*:

- творчески дейности – като основен метод за развиване на творческите умения и въображението на децата;
- работа в екип – ангажирането на студентите и децата в екипна работа допринася за развиване на комуникативни умения, изграждане на приятелство, уважение и толерантност към другите.

Средствата, използвани за работа по проекта, включват:

- вътрешната част от чушкопечи, използвани като саксии;
- бои и четки за рисуване;
- пръст и коренчета за засаждане.

Рефлексия

Рефлексията е широко използван метод в ерготерапевтичната практика, който се използва за интерпретиране на постигнатите резултати и преживяванията.

Попълването на дневник с размисли е важна част от процеса на обучение по ерготерапия. Преживяванията, свързани с работата по проекта “Да пораснем заедно” са описани по рефлексивния цикъл на Korthagen – средство, което се използва в педагогическата, медицинската и ерготерапевтичната практика. Той се състои от пет фази:

- *Първа фаза: Действие* – описва това, което е извършено и личните преживявания, както и действията, чувствата и мислите на останалите участници.
- *Втора фаза: Поглед назад* – връща отново към разсъждения, свързани с това, което се е случило – какво сме искали и какво сме постигнали, личното отношение и това на останалите, дава възможност за оценка както на положителните, така и на отрицателните преживявания.
- *Трета фаза: Основни аспекти* – свързана с осъзнаване на основните аспекти и насочва размислите към влиянието на средата, собственото поведение, проблема и какви промени могат да се направят.
- *Четвърта фаза: Алтернативни действия* – насочва мислите към обичайно предприемани алтернативни действия, прави оценка на тяхната ефективност от гледна точка на научната литература и доказателствената практика, предлага нови решения.
- *Пета фаза: Ново действие* – тя представлява начало на следващ цикъл и не е задължителна.

Срещата с децата от ДДЛРГ “Надежда” в гр. Русе беше провокирана от процеса на обучение по ерготерапия, който съвпадна с предстоящия конкурс за студентски проект на Европейската мрежа по ерготерапия във висшето образование. Желанието за подкрепа на децата в преходния възраст от Дом “Надежда” и годишната среща на ENOTHE се обединиха в създаването на общ проект “Да пораснем заедно”, в основата на който стоят общи дейности, целящи развиване на умения и качества като подготовка за децата, постъпващи в първи клас. В избора на дейността влияние оказа темата на 2009 година “Творчество и иновации”. Засаждането и отглеждането на цветя е смислена и интересна дейност, която дава

възможност на децата за изява. Всяко дете може да бъде художник. Неговите фантазия и въображение са огромни. Проектът предлага възможност да се развият и прилагат умения за творчество и изобретателност.

Участие в проекта взеха 15 деца в предучилищна възраст и 15 студенти от специалност Ерготерапия. В първоначалната идея на проекта съществуваше известна предубеденост относно очакваните резултати. Тя беше опровергана в процеса на работа, от наблюдение върху поведението и реакциите на децата и след анализиране на постигнатите резултати. Съвместната работа на децата и студентите създаде емоционална атмосфера на радост, приятни изживявания и условия за създаване на партньорство и доверие. Дейностите украсяване на саксии и засаждане на цветове предразполагат към творчески прояви (снимки 1 и 2).



Снимка 1



Снимка 2

Резултатите са анализирани по Модела на човешките дейности (Model of human occupation, MOHO), в основата на който е залегнало убеждението, че дейностите имат главно значение за здравето, благополучието, развитието и промяната [2].

Постигнати са следните резултати:

- подобрени лични подбуди по отношение на вътрешния контрол и чувството за ефективност, свързани с представата на децата за собствените им възможности;
- типични взаимоотношения на съревнование между децата и желание за постигане на по-добри резултати: „Това е моето цвете, ти не го бутай, аз ще го поливам!“;
- устойчива мотивация за тази дейност, провокирана от предоставената възможност за изява и удовлетворението, че някой оценява работата им;
- развиване на когнитивните и физическите способности и обогатяване знанията за природата и околната среда;

При отчитане на резултатите бяха установени някои пропуски в работата, основно свързани със създаването на условия в средата:

- недостатъчно и нередовни срещи с децата – посещенията в дома бяха през голям интервал от време, което попречи за създаването на здрава връзка с тях, контрол върху развитието на проекта и реализиране на сътрудничество в общата дейност;
- слабо партньорство с персонала на дома – малка част от персонала беше запознат с общата дейност, което повлия върху участието на децата в отглеждането на цветята; не беше осъществено сътрудничество в работата по проекта като предпоставка за стартиране на дълготрайно партньорство.

Проектът беше подаден, одобрен за участие и представен в конкурса за студентски проекти на годишната среща на ENOTHE в испанския град Ла Коруня.

Престоят в Испания обогати опита ни относно бъдещата ерготерапевтична практика с участие в студентски визити в клиника по ерготерапия в испанска болница и запознаване с работата на ерготерапевтите и други специалисти от екипа (снимка

3). Участвахме в пленарните сесии и работни срещи от годишната среща на ENOTHE, посветени на Европейската година на творчество и иновации (снимка 4). Участието в срещата беше богато на преживявания и емоции. За първи път присъствахме на място, където всички познават значението на ерготерапията и се убедихме в нейния принос за здравето и благополучието на хората. Нашето участие и впечатленията от другите европейски проекти допринесе за осъзнаване на положителните резултати от проведените дейности и затвърди извода, че една идея трябва да бъде осъществена с работа, време, повече проведени срещи и осъществяване на контакти.



Снимка 3



Снимка 4

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Участието с проект в 15-та годишна среща на ENOTHE в Коруня, Испания, предостави възможности за обогатяване на представите ни за ерготерапевтичната практика, развиване на умения за разработване на проекти, създаване на контакти с работещи в областта на ерготерапията и лично убеждение в приноса на ерготерапията за здравето и благополучието на хората.

Натрупаните впечатления ни помогнаха да осъзнаем положителните резултати от проведените дейности. Не е необходимо да наблягаме единствено на критичността, а и на положителните аспекти – какво още бихме могли да направим или да направим по-добре. Разбрахме, че само идеята не е достатъчна, а и работата по нейното осъществяване. Затова е необходимо да посещаваме такива събития – за да се учим от тях и да опознаваме личните си качества, да откриваме както грешките, така и силните си страни.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] European Year of Creativity of Innovation 2009: http://create2009.europa.eu/about_the_year.html
- [2] Kielhofner G. (2008), A Model of Human Occupation: Theory and Application, Lippincott, Williams & Wilkins.
- [3] Simonton D.K. (2000) Creativity: cognitive, personal, developmental and social aspects, American Psychologist, vol. 55(1):151-158.

За контакти:

Александра Петрова – специалност Ерготерапия, II курс, Русенски университет "Ангел Кънчев", e-mail: s_ani@abv.bg

Научен ръководител: гл. ас. Лилия Тодорова, катедра Кинезитерапия, Русенски университет "Ангел Кънчев", e-mail: litod@uni-ruse.bg

Quality of Upper Extremity Skills test- QUEST за изследване функциите на горен крайник при деца

автор: Ирена Маринова
научен ръководител: гл.ас. д-р Стефан Янев

ВЪВЕДЕНИЕ

Теста Куест се използва за оценка на качеството на горните крайници и е разработен специално, за да се справи с недостатъците на съществуващите към момента мерки за коригиране дейността на горните крайници.

Тестът оценява функцията на ръцете в четири направления:

- дисоциирано (отделно) движение,
- хват,
- преодоляване на собствената тежест,
- преодоляване центъра на тежестта.

Моделът е предназначен за приложение при деца, които имат невро-двигателна дисфункция придружена от спастичност и е утвърден при деца на възраст между 18 месеца и 8 години.

ИЗЛОЖЕНИЕ

В категория „отделно движение“ се включват упражнения, които противодействат на типичните за ДЦП модели на мускулно свиване и такива, проверяващи всяка ставна връзка на горния крайник.

A. DISSOCIATED MOVEMENTS
Shoulder Items

ITEM "SHOULDER"	SCORE				CRITERIA
	L		R		
Start Position:	sitting in chair		no table		hands on lap
	<90	>90	<90	>90	
1. Flexion 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elbow: complete extension wrist: neutral to extension
2. Flexion with Fingers Extended 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elbow: complete extension wrist: neutral to extension
3. Abduction 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elbow: complete extension wrist: neutral to extension
4. Abduction with Fingers Extended 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elbow: complete extension wrist: neutral to extension

✓ ✗ NT 2.

СНИМКА 1.

A. DISSOCIATED MOVEMENTS continued
Elbow Items

Start Position: sitting in chair no table hands on lap

ITEM "ELBOW"	SCORE				CRITERIA
	L half <range	L half >range	R half <range	R half >range	
1. Flexion 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	forearm: <u>complete supination</u>
2. Extension 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	forearm: <u>complete supination</u>
3. Flexion 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	forearm: <u>complete pronation</u>
4. Extension 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	forearm: <u>complete pronation</u>

✓ ✗ NT 3.

СНИМКА 2.

A. DISSOCIATED MOVEMENTS continued
Wrist Items

Start Position: sitting at table forearms may be on table

ITEM "WRIST"	SCORE				CRITERIA
	L half <range	L half >range	R half <range	R half >range	
1. Extension 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elbow: <u>complete extension*</u> <i>*see manual for definition of complete extension</i>
2. Extension 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elbow: <u>at least 10° flexion</u>
3. Extension 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	forearm: <u>complete pronation</u>
4. Extension 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	forearm: <u>complete supination</u>
5. Flexion 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	forearm: <u>complete supination</u>

✓ ✗ NT 4.

СНИМКА 3.

A. DISSOCIATED MOVEMENTS *continued*
Finger Items

ITEM	Start Position: sitting at table		forearms must rest on table		CRITERIA
	L	SCORE	R		
1. Independent Finger Wiggling 	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		dissociation of all fingers no associated reactions
2. Independent Thumb Movement 	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		no associated reactions

Grasp of 1" Cube

ITEM	Start Position: sitting at table		cube at distance requiring elbow extension		CRITERIA
	L	SCORE	R		
1. Grasp Using Thumb 	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		shoulder: neutral elbow: extension wrist: neutral to extension
2. Grasp Using Palm 	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		shoulder: neutral elbow: extension wrist: neutral to extension
✓ <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> NT <input type="checkbox"/> 5.					

СНИМКА 4.

A. DISSOCIATED MOVEMENTS *continued*
Release of 1" Cube

ITEM	Start Position: sitting at table		cube in child's hand *		CRITERIA
	L	SCORE	R		
1. Release from Thumb and Fingers 	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		shoulder: neutral elbow: extension wrist: neutral to extension
2. Release from Palm 	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		shoulder: neutral elbow: extension wrist: neutral to extension
✓ <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> NT <input type="checkbox"/>					

Scoring for Part A: DISSOCIATED MOVEMENTS (pages 2-6)

Total ✓ : = a

Total X : = b

Total NT : = c

TRANSFER TO QUEST SCORING SHEET ON PAGE I

6.

СНИМКА 5.



DISSOCIATED MOVEMENTS

1. Transfer score information from page 6 of QUEST.

Total ✓ = = a
 Total ✗ = = b
 Total NT = x 2 = c

2. Calculate unstandardized score.

$$\text{Score A} = \frac{2(a) + b}{128 - c} \times 100$$

c a is multiplied by 2 because each ✓ scores 2 points.

$$\text{Score A} = \frac{2(\quad) + (\quad)}{128 - (\quad)} \times 100$$

c The 128 - c calculation adjusts the score for any items not tested.

Score A =

c Round to two decimal points.

3. Obtain a standardized score ranging from zero to 100.

$$(\text{Score A} - 50) \times 2 = (\quad - 50) \times 2 = \boxed{\quad}$$

This is the dissociated movements score and can be transferred to the front page of the QUEST.

СНИМКА 6.

Показателите от категория „хват“ са базирани на нормалните за развитието хватове на ръката. Тук се оценяват и позите на тялото и главата по време на действията.

B. GRASPS
 Sitting Posture during grasps

Note: Observations for scoring this item should be made while administering the grasp items in the following section.

ITEM	SCORE			
	NORMAL	ATYPICAL		
Head	<input type="checkbox"/>	Left	Right	Flexion Extension <i>circle atypical posture</i>
Trunk	<input type="checkbox"/>	Forward	Lateral	<i>check off position</i>
Shoulders	<input type="checkbox"/>	Retracted	Elevated	<i>check off position</i>

Scoring for Part B1: GRASPS - Sitting Posture (page 7 only)

Total Normal (max. = 3) : = d

Total Atypical (max. = 5) : = e

TRANSFER TO QUEST SCORING SHEET ON PAGE II

СНИМКА 7.

B. GRASPS *continued*
Grasp of 1" Cube

Start Position: sitting at table cube on table within comfortable reach

Note: Once a grasp has been performed, give a YES score for all those below it.
 If grasp observed is not listed, then score NO in all boxes and describe it under "Other" below.

ITEM	SCORE		CRITERIA
	L	R	
1. Radial Digital 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wrist: neutral to extension
2. Radial Palmar 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wrist: neutral to extension
3. Palmar 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other: _____ _____			

✓ X NT 8.

СНИМКА 8.

B. GRASPS *continued*
Grasp of Cereal

Start Position: sitting at table

Note: Once a grasp has been performed, give a YES score for all those below it.
 If grasp observed is not listed, then score NO in all boxes and describe it under "Other" below.

ITEM	SCORE		CRITERIA
	L	R	
1. Fine Pincer 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wrist: neutral to extension
2. Pincer 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wrist: neutral to extension
3. Inferior Pincer 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Scissor 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Inferior Scissor 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other: _____ _____			

✓ X NT 9.

СНИМКА 9.

Grasp of Pencil or Crayon

Start Position: sitting at table pencil placed midline vertical with point facing child

Note: Child must pick up pencil on his/her own. Once a grasp has been performed, give a YES score for all those below it.

Circle one of:	L Dominance	R Dominance	L Preference	R Preference
Circle one of:	grasp of Pencil		grasp of Crayon	

ITEM	SCORE		
	L	R	
1. Dynamic Tripod (pencil grasped distally - precise opposition of thumb, index & middle finger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Static Tripod (pencil grasped proximally - crude approximation of thumb, index & middle finger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Digital Pronate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Palmar Supinate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Other: _____
 X NT

Scoring for Part B: GRASPS (pages 8-10)

Total ✓ : = f

Total X : = g

Total NT : = h

TRANSFER TO QUEST SCORING SHEET ON PAGE II

СИМКА 10.

B. GRASP

1. Transfer score information on sitting posture from page 7.

Total Normal = x 2 = d

Total Atypical = x (-1) = e

Score B1 = d + e =

2. Transfer score information on grasps from page 10.

Total ✓ = = f

Total X = = g

Total NT = x 2 = h

3. Calculate unstandardized score.

$$\text{Score B} = \frac{\text{Score B1} + 2(f) + g}{54 - h} \times 100$$

c The 54 - h calculation adjusts the score for any items not tested.

$$\text{Score B} = \frac{(\quad) + 2(\quad) + (\quad)}{54 - (\quad)} \times 100$$

Score B =

c Round to two decimal points.

4. Obtain a standardized score ranging from below zero (if a child scores X on all items and has atypical posture) to 100.

$$(\text{Score B} - 50) \times 2 = (\quad - 50) \times 2 = \boxed{\quad}$$

This is the grasps score and can be transferred to the front page of the QUEST.

СИМКА 11.

Категорията „Преодоляване на собствената тежест” е включена, понеже представлява реакция на постигане на равновесие с горните крайници.

C. WEIGHT BEARING

Start Position: **prone or 4 point**

Note: **Once a position is scored, give a YES score for all those below it**

Circle test position:	ITEM		SCORE		CRITERIA
	prone	4 point	L	R	
1. Weight Bearing					
	a) elbow extended, hand open		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thumb must be out of palm for all weight bearing items or they are scored "NG".
	b) elbow extended, fingers flexed		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) elbow extended, hand fisted		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) elbow flexed, hand open		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) elbow flexed, fingers flexed		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) elbow flexed, hand fisted		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Circle test position:	ITEM	SCORE	
		L	R
2. Weight Bearing with Reach			
	a) Bears weight on LEFT hand with LEFT elbow completely extended and reaches with other arm.		<input type="checkbox"/>
	b) Bears weight on RIGHT hand with RIGHT elbow completely extended and reaches with other arm.		<input type="checkbox"/>

✓ X NT 11.

СИМКА 12.

C: WEIGHT BEARING continued
Sitting

Start position: **sitting on floor preferably cross-legged**

Circle test position:	ITEM	cross-legged	SCORE		CRITERIA
			ring	other	
1. Hands forward					
	a) elbow extended, hand open		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thumb must be out of palm for all items.
	b) elbow extended, fingers flexed		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) elbow extended, hand fisted		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) elbow flexed, hand open		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) elbow flexed, fingers flexed		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) elbow flexed, hand fisted		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Hands by side					
	a) elbow extended, hand open		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thumb must be out of palm for all items.
	b) elbow extended, fingers flexed		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) elbow extended, hand fisted		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) elbow flexed, hand open		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) elbow flexed, fingers flexed		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) elbow flexed, hand fisted		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Hands behind					
	a) elbow extended, hand open		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thumb must be out of palm for all items.
	b) elbow extended, fingers flexed		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) elbow extended, hand fisted		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) elbow flexed, hand open		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) elbow flexed, fingers flexed		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) elbow flexed, hand fisted		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

✓ X NT

Scoring for Part C: WEIGHT BEARING (pages 11-12)

Total ✓ : = i

Total X : = j

Total NT : = k

TRANSFER TO QUEST SCORING SHEET ON PAGE III

СИМКА 13.

C. WEIGHT BEARING

1. Transfer score information from page 12 of QUEST.

Total ✓ = = i
 Total ✗ = = j
 Total NT = x 2 = k

2. Calculate unstandardized score.

$$\text{Score C} = \frac{2(i) + j}{100 - k} \times 100$$

c The 100 - k calculation adjusts the score for any items not tested.

$$\text{Score C} = \frac{2(\quad) + (\quad)}{100 - (\quad)} \times 100$$

Score C =

c Round to two decimal points.

3. Obtain a standardized score ranging from zero to 100.

$$(\text{Score C} - 50) \times 2 = (\quad - 50) \times 2 = \boxed{\quad}$$

This is the weight bearing score and can be transferred to the front page of the QUEST.

СНИМКА 14.

Упражненията за „преодоляване центъра на тежестта” са включени, защото представляват функционална реакция на балансиране на горните крайници.

D: PROTECTIVE EXTENSION

Start position: preferably ring sitting or kneeling

Note: Once a position is scored, give a YES score for all those below it.

ITEM	SCORE		
	L	R	
1. Protective Extension - Forward - circle start position:	ring sit	kneeling	other _____
a) elbow extended, hand open	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) elbow extended, fingers flexed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) elbow extended, hand fisted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) elbow flexed, hand open	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) elbow flexed, fingers flexed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) elbow flexed, hand fisted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Protective Extension - Side - circle start position:	ring sit	kneeling	other _____
a) elbow extended, hand open	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) elbow extended, fingers flexed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) elbow extended, hand fisted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) elbow flexed, hand open	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) elbow flexed, fingers flexed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) elbow flexed, hand fisted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Protective Extension - Backward - circle start position:	ring sit	kneeling	other _____
a) elbow extended, hand open	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) elbow extended, fingers flexed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) elbow extended, hand fisted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) elbow flexed, hand open	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) elbow flexed, fingers flexed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) elbow flexed, hand fisted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	✓ <input type="text"/>	✗ <input type="text"/>	NT <input type="text"/>

Scoring for Part D: PROTECTIVE EXTENSION (page 13 only)

Total ✓ : = l
 Total ✗ : = m
 Total NT : = n

TRANSFER TO QUEST SCORING SHEET ON PAGE IV

СНИМКА 15.

D. PROTECTIVE EXTENSION

1. Transfer score information from page 13 of QUEST.

Total ✓ = = l
 Total ✗ = = m
 Total NT = × 2 = n

2. Calculate unstandardized score.

Score D = $\frac{2(l) + m}{72 - n} \times 100$ c. The 72 - n calculation adjusts the score for any items not tested.

Score D = $\frac{2(\text{ }) + (\text{ })}{72 - (\text{ })} \times 100$

Score D = c. Round to two decimal points.

3. Obtain a standardized score ranging from zero to 100.

(Score D - 50) × 2 = (- 50) × 2 =

This is the protective extension score and can be transferred to the front page of the QUEST.

СНИМКА 16.

Оценка на функцията на ръката - огражда се цифрата, която най-добре съответства на оценката за функцията на горните крайници. Общия сбор от оценките за двете ръце се явява оценката за двустранната функция на ръцете, а не представлява осреднена стойност.

E: HAND FUNCTION RATING

Please rate this child's hand function (circle a number)

Guidelines for scoring hand function:

POOR: minimal independent hand grasps, no active release, unable to combine reach and grasp
GOOD: spontaneous reach, grasp and release, good eye-hand coordination

	POOR										GOOD											
Left Hand	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Right Hand	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bilateral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

СНИМКА 17.

Оценка на спастичитета - в скоби се дават описания на спастичитета, но те са просто като вид насока, а не критерии. Те са сложени, за да помогнат при оценка на спастичитета.

F: SPASTICITY RATING

Please rate this child's spasticity

Guidelines for scoring spasticity:

MILD: good spontaneous movement, normal tone at rest, associated reactions present
MODERATE: tone interferes with spontaneous movement, may be present at rest
SEVERE: minimal spontaneous movement, stiff limbs, tone present at rest

	NONE	MILD	MODERATE	SEVERE
Left Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Right Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

СНИМКА 18.

Оценка на съдействие – важно е да се отбележи дали способността на детето да участва в задачите е повлияна от поведението му.

Последните три точки от теста не са включени в изчисленията, те дават допълнителна информация и насока.

G: COOPERATIVENESS RATING

Please rate this child's level of cooperation during this assessment.

NOT cooperative	SOMEWHAT cooperative	VERY cooperative
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

СНИМКА 19.

Движенията могат да бъдат улеснени чрез гласова стимулация, играчки или демонстрация. Всички упражнения трябва да се изпълнят и с двете ръце, като за оценка се ползва дихотомна скала (да/не), а резултатите се привеждат в процентни стойности.

Методичните указания за приложение са:

- Общото време отделено за тестване в това число упражнения и отбелязване на резултати трябва да бъде около 45 мин.
- Детето трябва да е облечено с блуза с къси ръкави, така че лактите да се виждат.
- Когато се използва маса при оценяването, тя трябва да е на височина малко над кръста.
- Детето седи на стол като бедрата са под прав ъгъл, а ходилата са разположени плътно на пода или на подложки за крака.
- По време на теста детето не бива да носи предмети на ръцете.
- Детето трябва да покаже позицията, която се изисква без допълнителна физическа намеса, тоест терапевтът не трябва да държи ръката в екстензия срещу гравитацията, но може да улесни процеса чрез пренасяне на тежестта, поставяне и прочие.
- Детето трябва да задържи позицията поне за 2 секунди. Редът на приложение на теста може да бъде променен, така че да е удобен за детето или терапевта.

- Ако детето има фиксирана контрактура, съкратеното движение се приема за цялостно, тоест ако на детето му липсват 10 градуса екстензия поради контрактура, тази позиция се счита за пълна екстензия за това дете.

Отбелязването на резултатите става по следният начин:

- Резултатът се нанася във всяко квадратче дори ако показателят не е тестван (например да, не, не е тестван). Трябва да се направи всичко възможно да се извърши оценката.
- За всеки показател, за който терапевтът не е сигурен как се е представило детето или смята че почти го изпълнява, резултатът е НЕ.

След това резултатите по всички показатели се сумират в долния край на всяка страница и в края на всеки раздел. Тези сборове се пренасят в листа с резултати на самия тест и се изчисляват.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ако тестът се прилага по-често, ще може да се събере допълнителна информация за очакваните резултати при деца на различна възраст и с различни диагнози.

Резултатите от теста и категориите се изчисляват като процентни стойности и могат да варират от отрицателни стойности до 100. По-високите стойности говорят за по-добро качество на движението.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Dematteo, C., Law, M., Russell, D., Pollock, N., Rosenbaum, P., Walter, S.. Quality of upper extremity skills test, Hamilton, Ontario, Canada, 1992

За контакти:

Ирена Маринова, РУ „Ангел Кънчев”, катедра Кинезитерапия, тел.: 0889210563;
е-mail: skatergirl@abv.bg

Научен ръководител: Гл.ас. д-р Стефан Янев, РУ „Ангел Кънчев”, катедра Кинезитерапия, тел.: 0887385849, е-mail: jane6_bg@yahoo.com

Приложение на обучителни подходи при клиент с тежко умствено изоставане

Елица Великова, Лилия Тодорова

Application of educational activities with clients with severe mental retardation: Occupational therapy I s a new profession and approach applied for people with severely mental retardation. The paper presents the results from occupational therapy intervention performed during the pre-graduation fieldwork in Belgium, NGO Ubuntu.group.

Key words: occupational therapy, educational frame of reference, mental retardation

ВЪВЕДЕНИЕ

Умствената изостаналост представлява сборна група на твърде различни заболявания, характеризиращи се с неправилно развитие на нервната система, водещ признак на която е общата психическа непълноценност. Според клиничната класификация умствената изостаналост се разделя въз основа степента на слобомуието на лека, умерена, тежка и дълбока.

Лицата с тежка степен притежават елементарни, все още деференцирани и разнообразни реакции към околната среда, могат да се ориентират в познатата им обстановка, но се губят в новата. Те могат да извършват не сложни обобщения, но не могат да образуват абстрактни понятия. Речта им е бедна и аграматична, речниковият запас е около 200-300 думи. Някои от тях могат да разпознават отделни букви, трудно се научават да броят до 10 с помощта на пръстите си. Емоциите им са бедни, стереотипни. Липсва им инициативност и самостоятелност. Лесно попадат под чуждо влияние. Независимо, че статичните и кинетичните функции се развиват с голямо закъснение, те усвояват прости битови и хигиенни навици – хранят се самостоятелно, извършват личен тоалет, усвояват прости трудови действия [1].

Ерготерапията за психично здраве е насочена към възстановяване на физическото и психично здраве, формиране на идентичност и удовлетворяване на социалните потребности. Основната цел на ерготерапевтичната интервенция е постигане на удовлетворяващо изпълнение и баланс на дейностите в сферата на самообслужването, продуктивността и развлеченията, както и възстановяване на здравето, благополучието и пълноценното социално участие [2].

Обучителната основна рамка в Ерготерапията обхваща голяма област от психологията, която изучава усвояването на знания, поради което е особена като самостоятелна рамка. Обучението е важен елемент от промяната. По този начин хората придобиват нови знания и умения, културно приемливи нагласи и ценности. Теориите за процеса на обучение изследват естеството на знанията, стила на заучаване, ролите и взаимоотношенията обучаван-обучаващ и самия образователен процес.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Докладът представя резултатите от ерготерапевтична интервенция, проведена по време на преддипломен стаж в неправителствената организация „Убунту груп” – Белгия.

Клиентът е жена на 38 години с дълбока умствена изостаналост, съчетана с нарушения от аутистичния спектър. Има психотично поведение. Адаптирането в нови ситуации ѝ отнема много дълго време и е изключително труден процес за нея. Понякога е агресивна: крещи, удря с ръце и рита с крака. Това поведение е опасно както за нея, така и за останалите клиенти и персонала, който работи с нея.

Дейностен профил - Сфери на дейност

Самообслужване

Обикновено се справя сама с използването на тоалетна. Не се нуждае от напомняна е от страна на персонала за извършването на тази дейност. Може да я яде и да пие от чаша самостоятелно. Държи лъжицата или вилицата с цилиндричен захват. Не може да се къпе сама. Нуждае се от помощта на майка си или медицинската сестра, която идва всяка сутрин, за да се справи с тази дейност. Не може да измие лицето си самостоятелно.

Продуктивност

Извършва ограничен брой дейности от тази сфера. По време на цялата седмицата работи в ателието за правене на хартия. Там тя може да накъсва хартия на малки парчета. Понякога носи кърпите, които са необходими в процеса на правене на хартия за картички. Не участва в домакинската работа.

Свободни занимания

Обича да разглежда списания и да слуша музика. Веднъж седмично посещава ателието по музика. Клиентката харесва много жената, която работи там. Една от основните цели на посещенията и там е разширяване на социалните ѝ контакти и осигуряване на възможност за комуникация с хора, на които има доверие. Също така обича да играе с малки деца – да редят пъзел заедно, да строят кули от кубчета и др.

Подбор на рамки

В този случай **дейностно-поведенческата рамка** е най-подходяща, защото при нея задачата на ЕТ е да провокира мотивация за действие и да създаде условия за достигане на компетентно изпълнение.

Подходяща е и **обучителната рамка** за придобиване на нови умения.

Изследване

Източници на информация:

- Запознаване с документацията;
- Провеждане на интервю с подкрепящият консултант на клиентката;
- Проучване на дейностите, които извършва в дневния център във всички ателиета чрез многократни детайлни наблюдения.

Индивидуални способности

Сензомоторни умения

Добри двигателни умения – подвижността на трупа в равнините не е ограничена. Р. Използва координирано и интегрирано двете телесни половини. Тялото ѝ е в неправилна позиция при седнало и изправено положение – прегърбена е. Походката е клатеща и тялото е изнесено напред. Нарушена е фината моторика. Липсва фин пинсетен захват. Клиентката си служи единствено с т.нар. "power grip" (силов захват).

На лице е повишена сензитивност. Много е чувствителна към звуци, допир и вкус. Отговаря на името си, следователно слухът не е засегнат. Следи с поглед движещи се обекти или хора, което означава, че полето на зрение не е увредено.

Наличие на стереотипни движения – потупва няколко пъти левия си крак с лявата ръка, придвижва ръката до лицето си, показвайки с два пръста (показалец и

среден) своите очи. След това поднася китката си до устата и накрая докосва върха на носа си с горната част на пръстите. Често хваща главата си с ръце върху ушите.

Познавателни умения (когниция)

Клиентката не е ориентирана във време. Разпознава лица и има ориентация в пространства, които са и познати. Концентрацията е нарушена. Вниманието е неустойчиво. Липсват организационни умения. На лице е асоциативно мислене – когато види своите раница и яке знае, че е време да си ходи вкъщи; когато види шофьора, отново прави асоциация, че си отива вкъщи при своята майка.

Интелектът е засегнат – дълбока умствена изостаналост. Не може да чете и да пише. Липсват умения за решаване на проблеми и вземане на решения.

Психосоциални

Психични: Клиентката има сериозни ментални нарушения, дълбоко чувство на тревожност и гневни изблици. Понякога е много неспокойна: вика и крещи. Адаптирането към нови лица и ситуации е много трудно за нея. Нуждае се от предвидимост, в противен случай става много нервна.

Социални: Нивото на социално функциониране е много ниско. Обикновено не търси социални контакти или ако търси, не го прави по подходящ начин. Експресивната реч е развита. Клиентката не позволява физически контакт, ако не познава много добре човека срещу нея. Не обича орална и тактилна стимулация. Необходимо е да ѝ се говори кратко, отчетливо, ясно и разбираемо. Много е важно, човек да се обръща към нея, като първо казва името ѝ. Разбира и изпълнява прости команди. Капацитетът ѝ за социална адаптация е трайно ограничен. Изразява несъгласие чрез прояви на предизвикателно поведение – става неспокойна, крещи, понякога наранява себе си или удря хората, които са около нея. Обикновено комуникира с хората, които харесва чрез пляскане с ръце.

Околна среда

През седмицата ходи в дневен център, където посещава общо три ателиета. Прекарва почти целия ден седнала на земята, разглеждайки списания.

Физическата среда осигурява необходимите ресурси, за да се чувства клиентката спокойна и отпочинала. На пода има две големи възглавници, на които може да седне и да се чувства по-удобно. Така тя може да прекара повече време в комфортна и безопасна за нея среда.

Социалната ѝ среда се състои от майка ѝ, персоналът на „Феникс“ и останалите клиенти. Майка ѝ е много важен за нея човек. Клиентката се нуждае от хора около себе си, на които да може да се довери, които познава много добре и са предвидими. В противен случай става много неспокойна.

Други важни хора в живота ѝ са нейната сестра и леля ѝ. Клиентката обича да ги посещава.

Понякога в социалната среда се наблюдават конфликти, защото клиентката не обича да работи с всички хора от персонала. Много ѝ е трудно да приеме, че една от жените се е върнала на работа след отсъствие по майчинство и всеки път, когато трябва да направят нещо заедно, клиентката се чувства объркана и започва да крещи „Не при Ф.!“.

Формулиране на цели

Дългосрочната цел на интервенцията беше повишаване на устойчивостта на вниманието и концентрацията на клиентката, а краткосрочните – осигуряване на възможност за активно участие в различна дейност от разглеждането на списания и да се научи да работи на маса по 15 минути на ден, за да не прекарва толкова много време седнала на земята с неправилна позиция на тялото.

Интервенция

Осъществяването на контакт и изграждането на доверчиви взаимоотношения с клиентката беше много бавен и постепен процес, който отне много време.

Р. е човек, който задава много въпроси, защото се нуждае от обяснение на всичко, което се случва около нея, за да се чувства спокойна. Вербалната комуникация с нея е изключително важна. Поради тази причина ми беше необходимо първо да науча най-често използваните от нея фрази и съответно отговорите, които би следвало да ѝ дам. Едва тогава започнах да осъществявам и физически контакт с клиентката. Всеки ден прекарвах известно време, седнала до нея на земята, като започнахме от няколко минути и стигнахме до цял следобед. В началото просто стоях и я наблюдавах, постепенно започнах да разглеждам списания заедно с нея, след което осъществих истинския физически контакт с нея, като използвах нейният начин на комуникация с хората, които харесва, а именно пласкане с ръце.

Проведени бяха няколко сесии, по време на които работих заедно с клиентката на индивидуална маса, защото се разсейва от присъствието на останалите клиенти около себе си. Освен това масата, на която работихме, беше в близост до нейният кът с възглавниците, за да се чувства по-спокойна и в безопасност. Използвах дейности, за които тя има необходимите познавателни умения и представляват интерес за нея – накъсване на хартия на малки парчета и рисуване с различни материали (химикали, фулмастри и цветни моливи).

Резултати

В началото беше трудно да задържа вниманието ѝ за повече от 5 минути, но в крайна сметка клиентката успяваше да работи на маса и да задържи вниманието и концентрацията си върху изпълнението на една и съща дейност за 45 минути.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ерготерапията е нов подход, който успешно се прилага при лица с тежка умствена изостаналост. Ерготерапевтичната наука е доказала многостранната роля на дейностите за личността. Необходимо е това да стане практика във всеки един от случаите, защото здравето не е само отсъствие на болест, но и състояние, което рефлектира върху качеството на живота и доброто съществуване на всеки човек.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Топузов, И., „Ерготерапия”, втора част, София, 2008, ISBN 978-954-9487-62-6.

[2] Тодорова, Л., „Ерготерапия и психично здраве” в Топузов, И., „Ерготерапия”, трета част, София, 2009, ISBN 978-954-9487-41-1.

За контакти:

Елица Великова – специалност Ерготерапия, IV курс, Русенски университет “Ангел Кънчев”, e-mail: el_velikova@abv.bg

Научен консултант – гл.ас. Лилия Тодорова, катедра кинезитерапия, Русенски университет “Ангел Кънчев”, litod@uni-ruse.bg

Въведение в източния метод на лечение Юмеихо

автор: Лориана Нишанян, Станислава Дочева

Научен ръководител: гл.ас. д-р Стефан Янев

Abstract: *Yumeiho is a complete philosophy for achieving full balance and harmony of man with himself and with the surrounding world, implying the massage and adjusting techniques, gymnastic exercises and internal practices designed to combine the center of gravity with the energy center of man.*

Yumeiho prevention is a treatment method for straightening the bones of the body, relaxing of his muscles and connective tissue and the radical elimination of diseases caused by the dislocation of the pelvic bones, which are the center of the body.

Key words: *Yumeiho, harmony, prevention, energy*

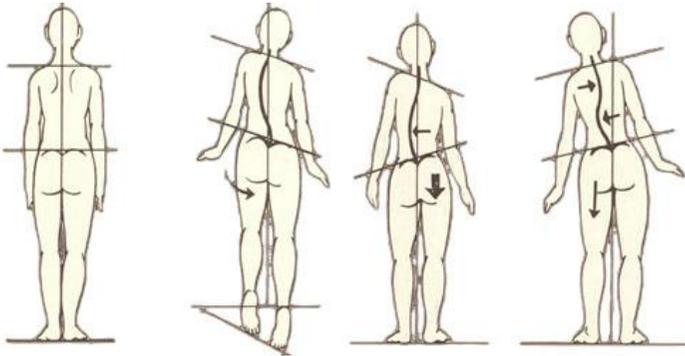


ВЪВЕДЕНИЕ

Ние ще изложим основни положения в масажната техника на японския учен и терапевт Масаиуки Сайонджи, върху която е изградена неговата оригинална система, определена като ХЪЛБОЧНО - ИЗПРАВЯЩА, ПРИТИСКАЩО - МЕСЕЩА ТЕРАПИЯ. Това е един начин на механическо въздействие върху тялото, ръчно, който е познат от векове. Методът е наречен ИУМЕИХО ТЕРАПИЯ, което означава метод за увеличаване на жизнените сили на организма. В основата на тази терапия стоят грижите за нормализиране тазобедрените стави и гръбначния стълб. Анатомичният лумбален участък е главната ос, която поддържа необходимото равновесие на тялото спрямо земната гравитация. Авторът описва 100 мажасни манипулации, с които ангажира цялата структура на човешкото тяло, от които 52 извършва терапевтът и 48 упражнения по ЛФК за самомасаж.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Методът разкрива ролята на гравитацията в симетрията на човешкото тяло. М. Сайонджи обръща внимание на една подробност: невероятно широкото разпространение на разместване на костите в тазобедрените стави и гръбнака при голям брой хора и свързани с това заболявания на вътрешните органи. При свързване на костите на скелета в ставите е необходимо тяхното точно съчетаване: дори частица от милиметъра да бъде извън определеното място и ъгъл създава навяхване, изкълчване и други смущения, които пораждат болка и потискат функциите на организма. Тези изкълчвания имат начало от раждането при преминаването на бебето през твърдия и неправилно извит канал, от вредни професионални условия, от катастрофи в бита и някои екстремни обстоятелства. От тук започва нуждата да се възстанови симетрията на човек.



При спокойно състояние на човешкото тяло, когато то лежи, когато е най - малко под въздействието на земното притегляне, мускулатурата е отпусната, с такава дължина, че да не изменя симетрията на костите, за които тя е захваната непосредствено или чрез лигаменти. Обаче, ако съществуват дразнения върху мускулните групи, ако има някакво неравномерно натоварване поради изместване на костите, ако спрямо земното притегляне те са насочени в неестествено направление, ако има възбуждания, които изискват удължаване на тези мускули - тогава спонтанно се получава контракция, свиване, съкращаване. Но при създадените патологични условия наместването не може да се осъществи - получава се трайно свиване, болка подбуждане на нервни напрежения. Може да се каже, че при някои условия с фрактури и тежки размествания, силата на човешката ръка не може да ги намести и се налага тяхното пълно отпускане да се постигне с медикаменти /пълна упойка, кураре и др./ Обаче М. Сайонджи си служи с масажирание на мускулатурата до пълното и отпускане, а след това, чрез опъване, извиване и други методи на притискане крайникът бива наместен. Външното впечатление е недостатъчно, за да разкрият детайлите на един успех! Всъщност авторът изгражда една методична последователност, една система от отделни манипулации, които водят до крайната цел: наместване на тазобедрените кости, на гръбначните прешлени, на ключиците, на колянната става, ставите на пръстите и др.

Масажът е главно средство за нормализиране на разстроените стави, на ригидните мускули, на лимфния и кръвен застой. Чрез масажа се постига премахване на болките, възстановяване на физиологичните функции в техните нормални граници. Премахването на всякакво притискане на капилярната мрежа се явява като необходимост. Масаажът, най - общо казано, представлява краткотрайно притискане на телесната маса, на мускулите и съединителната тъкан, дори и на костите. Масаажистът - терапевт с помощта на пръстите, дланите и колената извършва омесване и притискане на обработваните участъци и в резултат на това се получава пълна проходимост на лимфата и кръвта.



От значение е не само дали масажът се провежда с пръсти или длан, но и от посоката, по която ръката се движи по кожата. При иумеихо масаж се препоръчва притискането да се прави с натиск перпендикулярно на повърхността на обработвания регион. Чрез отделни натискания, които се преместват през 1 - 2 см се създават тласъци на определени количества кръв или лимфа, като се цели разпръскването на телесните течности. При провлаченото, проточено натискане и влачене на ръката се получава "размазване" на кръвта, но само близо до придвижването. Този натиск, при който масажистът влачи кожата на пациента с ръката си или влачи самата кожа до границите на нейната еластичност не гарантира бързо и пълно изправяне на участъка, нито на точковото налучкване на рецепторните зони. Неоспоримо е, че има движение, но то като че ли "прескача" част от тъканите. При перпендикулярното натискане, след изтласкването, при паузата идва прилив на телесни течности, който ги отправя по естественото им направление.

Авторът на Иумеихо терапия обръща внимание на феномена "пукане в ставата" като израз на лечебен ефект. При наместване на ставите, които и да са те - на пръстите на ръцете или краката, на колената, талията или прешлените, винаги се очаква да се чуе звук. Липсата му показва, че мускулите и съединителната тъкан са ригидни /втърдени/, ставите имат ограничено сгъване. Но дори и да се чуват пукания, това все още не е знак, че тялото е напълно омекнало. А извънредно ригидните мускули трудно се омесват и разтриват. Необходимо е по - продължително "обработване" на участъка. Пукането е в основата на диагностиката, като белег, че костите са наместени, че мускулатурата е еластична.



Една от причините за болестите е хълбочноставното разместване, при което се нарушава оста на тялото. Масажистът най - напред трябва да постави диагнозата въз основа само на наблюденията, като уточни коя част на тазовата, раменната и гръбначната област са засегнати. Изходното правило е доколко е спазена симетрията. При прав стоеж човешкото тяло е почти симетрично по отношение на вертикалната линия, следваща гръбнака. При здрав организъм тази вертикална линия се пресича с линиите раменната и хълбочната, с които образува прави ъгли. Всяко изкълчване нарушава тази симетрия. Тези ъгли, вляво или дясно, стават остри или тъпи. Едното рамо е по - високо от другото, единият хълбок е по - висок от другия, единият крак е по - дълъг от другия . Диагнозата се поставя лесно и когато се установи нарушение в симетрията на ходилата, ръцете, лицето, в легнало или седнало положение, при различни движения на очите и др. Само един от тези признаци е достатъчен за становището на масажиста. Към посоченото може да се прибави и ригидността на мускулатурата в засегнатите участъци.

Човешкото тяло тежи еднакво на левия и десния си крак, но то се опира повече на единия, ако другият е отслабнал. При отслабването на десния крак се причинява ненормално положение на дясната хълбочна става. Появилото се ненормално

положение затруднява циркулацията на кръвта в десния крак, като свива съдовете и придизвиква болки в мускулите. Болният от този тип е слаб и често страда от диария и понижена функция на черен дроб, на стомаха и червата. Жените от тази група често страдат от гинекологични заболявания. При отслабване на левия крак, болните в повечето случаи са с наднормено тегло, лесно настиват и често страдат от запек, оплакват от сърдечни и белодробни смущения. В резултат на хълбочно разместване в двете ТБС се получава усложнение във фронталната равнина на гръбначния стълб- сколиоза.

За да се постигне задоволителен ефект е необходимо да се спазват следните прийоми:

1. Пациентът и лекуващият трябва да носят леки, тънки и меки дрехи, които да са удобни за движенията.
2. Лечението трябва да се извършва върху матрак, но не върху възглавница, вълнена покривка за легло или директно на пода.
3. Температурата в стаята трябва да бъде умерена.
4. Пациентът да се отпусне напълно и да поддържа психиката си спокойна.
5. Да се постави възглавница под гърдите на пациента, когато той ляга по корем по време на лечението. Непосредственият досег на гърдите с матрака лесно причинява травма на ребрения хрущял.
6. При лечението на деца, младежи, затлъстели или твърде слаби – лекуващият трябва да се съобразява със сферата на движение на ставите и да не употребява много своята сила.
7. Лекуващият трябва да бъде особено внимателен и да не употребява много сила по време на лечение на пациенти, които са имали операции на колената и хълбочните стави.
8. Терапията да започне върху онези части на тялото на пациента, които не изискват сложни манипулации и малко по малко да увеличава областите на масажиране. Не трябва лекомислено да се масажират тялото, ако лечебният ефект не е сигурен.
9. За профилактика и укрепване на здравето е достатъчно еднократно лечение за един или два месеца.

Основни упражнения

Хълбочно-изправящата притискащо-разтриваща терапия съдържа сто упражнения. Най-добре би било, ако лекуващият приложи всичките по време на лечението. Упражненията са разделени в две групи, първата група е на основните похвати, които влияят на всички симптоми. Втората група са на лечебните похвати, които са насочени към определени заболявания. Основните похвати са лечебни манипулации за изправяне на изместените хълбочни кости и на гръбнака. Конкретните стъпки са следните:

- да се наместват раменните стави и горните торакални прешлени, а пукането при наместването означава успех на похвата.
- да се наместват средните и долни гръдни прешлени и лумбалните.
- с ръце и повтарящи се притискания и разтривания на сакроспиналните мускули от двете страни на гръбнака, от горния ръб на лопатката до горния ръб на илиачния гребен, за да омекчи напрегнатите или втвърдени мускули и следователно да върне хълбочните кости на нормалното им място.
- Да се наместват сакроилиачните стави. Ако мускулите около ставите омекнат, могат да се чуят звуци от едната страна на пациента.
- Последна стъпка е да се местят тазовите кости. Ако се премахне напрежението на хълбочните лигаменти и околната мускулна група, при наместването се чуват ясни звуци. След прилагането на гореспоменатите лечебни

манипулации пациентът бива поставен да легне по корем, за да се наблюдава неговата илиачна линия. Ако тя е хоризонтална и образува прав ъгъл като се кръстосва с гръбнака, тогава може да се твърди, че хълбочните кости на пациента са наместени.

Иумеихо терапията е показана при редица заболявания, като е важно да се отбележи фактът, че при прилагането и не се наблюдават странични ефекти и не води до влошаване състоянието на пациента.

- костноставни заболявания;
- заболявания на централната нервна система;
- заболявания на периферната нервна система;
- заболявания на храносмилателната система;
- заболявания на сърдечно-съдовата система;
- заболявания на обмяната на веществата;
- кожни и лигавични заболявания;
- заболявания на пикочо-половата система;
- детски болести;
- заболявания на дихателната система

Терапията може да помогне дори на пациенти, страдащи от рак в напреднала форма, облекчавайки и дори отстранявайки болките им и за подобряване на психоемоционалното им състояние.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хълбочно-изправящата притискащо-разтричащата терапия е високо ефективен превантивен лечебен метод за изправяне на костите на цялото тяло, отпускане на неговите мускули и съединителна тъкан и премахване на болести, причинени от разместването на тазовите кости, които са център на тялото. Притежавайки предимствата на различни видове масажи, терапията намества и фиксира костите чрез теглене, изправяне и вертикален натиск и по този начин се постига високия лечебен ефект. Увеличавайки жизнените сили на организма чрез терапията иумеихо се постига пълна хармония и баланс на биологичните процеси в организма, с което достигаме най-важната и крайна цел - а именно здравето и пълноценния живот на хората.

"Всеки иска да бъде здрав. Но как хората да не се разболяват или поне това да става по-рядко - това е твърде голям проблем. В това отношение аз мисля, че хората трябва да поставят на първо място профилактиката"



За контакти:

Лориана Нишанян, РУ „Ангел Кънчев“, катедра Кинезитерапия,
Станислава Дочева, РУ „Ангел Кънчев“, катедра Кинезитерапия,
Научен ръководител: Гл.ас. д-р Стефан Янев, РУ „Ангел Кънчев“, катедра
Кинезитерапия, тел.: 0887385849, e-mail: jane6_bg@yahoo.com

Преддипломен стаж в Убунту груп (Белгия) по програма Еразъм

автор: Елица Великова, Десислава Парашкевова

Probation internship in Ubuntu Group (Belgium) by Erasmus program: *The paper present the non-profit organization Ubuntu Group in Belgium, the goals, our motivation and the results from the participation in student's mobility by Erasmus program. Ubuntu Group is a network for support of adults with mental disabilities in the region of south-west Flanders. As a non-profit organization, Ubuntu Group has the following mission: to optimize the quality of life of disabled adults and their environment of this region. The main goal of the group is the clients to be fully involved in the society and in all aspects in their live.*

Key words: *Ubuntu Group (Belgium), Erasmus program, probation internship*

ВЪВЕДЕНИЕ

Белгия е държава в Западна Европа. Тя граничи с Холандия, Германия, Люксембург и Франция, а на северозапад — със Северно море. Белгия има население от повече от десет милиона души и територия от едва тридесет хиляди квадратни километра, което я прави 17-тата най-гъсто населена страна в света.

Белгия е разделена на три региона: Брюксел (предимно нидерландско- и френско-говорещи, с население от 1 000 000 души), Фландрия (предимно нидерландско-говорещи, с население от 6 000 000 души) и Валония (предимно френско-говорещи, с население от 3 300 000 души) [1].

Висшето учебно заведение, с което Русенския университет има споразумение, се намира в провинция Западна Фландрия. Състои се от четири кампуса, един от които в гр. Кортрейк.

Университетът се нарича Howest и се е превърнал в автономна институция за висше образование през 1995г. след сливането на шест по-малки институции. В момента е един от водещите доставчици на висше образование в провинцията. Към днешна дата в университета се обучават около 5500 редовни студенти в 22 бакалавърски и 7 магистърски програми, обхващащи широк кръг от дисциплини [2].

Една от специалностите е Ерготерапия. Периодът на обучение за придобиване на бакалавърска степен е 3 години.

През първата година студентите изучават медицински дисциплини, придобиват теоретични знания и се обучават в детайлно наблюдение.

Обучението през втората година е насочено към четири области на интервенция:

- Ерготерапия при физически увреждания;
- Ерготерапия за психично здраве – деца и възрастни;
- Ерготерапия в гериатрията;
- Ерготерапия при нарушения в развитието.

Годината завършва с триседмичен стаж в една от четирите области, избрана от студента.

Последната година е практически насочена. Първият семестър от тази година се състои от:

- 10 седмичен стаж в четирите области на интервенция;

• Изучаване на свободноеизбираема дисциплина – предприемачество или мениджмънт в ЕТ.

Последният семестър е преддипломен стаж, след което за придобиване на образователно-квалификационна степен бакалавър студентите полагат държавен изпит [3].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Една от организациите, в които студентите ходят на практика е Убунту груп. Именно в тази организация беше проведен нашият преддипломен стаж.

Убунту груп е мрежа за подкрепа на хора с ментални нарушения в региона на югозападна Фландрия. Организацията е основана преди 30 години като дневен център с 20 клиента. Към момента е мрежова организация, състояща се от три партньора – Feniks Unite, Regenboog и Kruispunt. Общият брой на клиентите е около 450, а на персонала – около 200.

Наименованието на мрежата произлиза от африканската дума “ubuntu”, означаваща «аз съм, защото ние сме», т. е. Аз мога да се развивам, защото живея във постоянна връзка с другите хора.

Като неправителствена организация Убунту груп се стреми да оптимизира качеството на живот и средата на хората с ментални увреждания в региона.

Всеки човек с ментални нарушения е пълноправен член на обществото със своите нужди и задължения. Това стои в основата на целите, по които се работи. А те са следните:

- Осигуряване на оптимален стандарт на живот чрез предоставяне на възможности за клиентите да организират живота си колкото се може самостоятелно;

- Поставяне на индивидуалните нужди на всеки клиент в основата на подкрепата, която се оказва, при дейностите от ежедневиия живот, продуктивността, свободните занимания, социалните взаимоотношения и др.;

- Задоволяване на специфичните нужди на клиентите чрез социални услуги в общността; до настъпване в специализирана институция се прибегва, едва когато не са постигнати никакви положителни резултати от проведената интервенция във всички социални услуги;

- Осигуряване на възможност за максимално включване на клиентите в обществото и всички аспекти на техния живот.

Убунту груп предлага широка гама от услуги за постигане на своите цели:

- Дейности в ателиета – ателие за производство и рециклиране на хартия, за реставрация на книги, където се изработват нови корици за книги от библиотеките в региона, а също и техническо ателие за пакетирание, сортиране, полуиндустриални дейности, подготвяне на писма за изпращане, лепене на етикети, рециклиращи дейности, правене на рекламни папки за различни фирми;

- Магазин за рециклиране, в който се възстановяват и облицоват мебели, които в последствие се продават на много изгодни цени; освен това се възстановяват и стари дрехи;

- Подкрепяща заетост – предлагане на възможности за хората с увреждания да работят в обществото; ползватели на услугата са около 70 клиента, които работят като асистенти напр. в детска градина или Дом за хора в напреднала възраст;

- Арт център „De Zandberg“, състоящ се от ателиета за изобразително и приложно изкуство с галерия, от която след направен абонамент всеки гражданин би могъл да закупи или да заеме за известен период картина по негов избор;

- Био-ферма и образователни дейности, свързани с фермерството – отглеждане на зеленчуци, произвеждане на естествен тор, поддръжка на градината; отглеждане на животни; хлебопекарна; производство на ликьор, конфитюр и др.;

- Център за стари хора „Senioren“ – предлагат се всички услуги за стари хора; организиране на различни занимателни дейности, поддържане на социални контакти, физически упражнения и др.;

- Организация за свободно време „De stroom“ – целта на организацията е клиентите да бъдат включени в обществото и във всички аспекти от живота си –

спортуване и посещение на обществени места (плуване, езда, концерти, театър, екскурзии); социално образование, практически съвети, творческо обучение;

- Образователни дейности – музика, танци и други;
- Rainbow spectrum – център за производство на глинени съдове, свещи, картички и други с магазин за продажбата на тези продукти;
- Ателие за подкрепа на хора с аутизъм „ROOod” – дейностите, извършвани от тези хора са в спокойна и адаптирана според нуждите на клиентите среда, с голямо внимание, яснота и структурираност на всяка дейност чрез разделянето ѝ на малки стъпки;
- Възможност за самостоятелен начин на живот на клиентите – предоставяне на три вида къщи за живеене: къщи, в които постоянно има персонал, къщи, в които всеки ден идва по един асистент за 3 часа с цел осигуряване на помощ за дейностите от ежедневиен живот, и къщи за самостоятелно и независимо живеене; в тези къщи се оказва подкрепа за самото живеене, както и амбулаторна подкрепа [4].

Клиентите са разделени в различните ателиета в зависимост от техните способности и от тяхното желание за изпълнение на съответните дейности в тези ателиета.

Факторите, които бяха мотивиращи за участие в студентска мобилност по програма Еразъм, бяха възможността за пътуване и придобиване на нови знания, за подобряване на професионалните умения, придобиване на практически опит и не на последно място срещата с ерготерапевти от различни страни.

Основната цел на преддипломния стаж беше интегриране на академичните знания с приложни умения за осъществяване на цялостен ерготерапевтичен процес, професионално отношение и отговорност на по-високо ниво и придобиване на компетенции за професионална практика.

За постигане на целта беше използвана следната структура на работа с клиентите:

- Наблюдения на извършваните дейности;
- Идентифициране на проблемите;
- Определяне на силните страни и потенциалните ресурси;
- Формулиране на цели и планиране на интервенция;
- Осъществяване на планираната интервенция;
- Оценка на резултатите.

Постигнатите резултати са многостранни. На лице е придобит практически опит за осъществяването на цялостен ерготерапевтичен процес. Запознахме се с много добри практики, което ще ни помогне в професионалната ни практиката в бъдеще. Усвоихме различни начини за мотивация на хората с увреждания за участие в дейности. Научихме се да подбираме подходящи дейности за своите клиенти според способностите, нуждите и желанията им. Повишихме както професионалното, така и личното си самочувствие и не на последно място развихме способности за ефективна работа в мултидисциплинарен екип.

По време на практиката ни в Белгия имахме възможност да участваме и в Интернационален модул за педиатрична рехабилитация.

Модулът включваше:

- Лекции – теория за детското развитие в норма, различни патологични състояния, представяне на инструменти за оценка на развитието на детето, примери за ерго- и кинезитерапевтични интервенции;
- Практическа част – workshop-ове за обучение в различни техники за интервенция, като напр. Шерборн, Бобат, Циркови техники за рехабилитация и др.;

- Клинични визити – посещение на предприятие за изработване на шини, ортези, протези, инвалидни столове, ортопедични обувки и др.; детски рехабилитационен център; специализиран център за хипотерапия и др.;

- Мултидисциплинарна работа – решаване на казус и изготвяне на презентация в интернационална група.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Еразъм е много повече от обмен на студенти. Еразъм е мечта, изживяване, в един момент става и спомен, но спомен, който всеки ден е с теб и те радва!

Еразъм е от всичко по много – усмивки, сълзи, щастие, мъка и приятели за цял живот!

Еразъм е учител как да погледнеш на живота от онази, хубавата страна и да се усмихваш! Еразъм ... Еразъм е усмивка, която никога не се скрива!

ЛИТЕРАТУРА

[1] Белгия:

<http://bg.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B5%D0%BB%D0%B3%D0%B8%D1%8F>

[2] Howest, University College West Flanders, Sharing a unique experience:

http://www.howest.be/Documenten/Overzichtsbrochure_ENG_v4.pdf

[3] Nieuwe opleidingsbrochure Ergotherapie:

<http://www.howest.be/documenten/folders/20112012/Ergotherapie.pdf>

[4] Network of support, Groep Ubuntu:

<http://www.groepubuntu.org/Voor%20Bezoekers/index.php>

За контакти:

Елица Великова – специалност Ерготерапия, IV курс, Русенски университет “Ангел Кънчев”, e-mail: el_velikova@abv.bg

Десислава Парашкевова – специалност Ерготерапия, IV курс, Русенски университет “Ангел Кънчев”, e-mail: parashkevova87@abv.bg

Научен ръководител: гл.ас. Петя Минчева

Рехабилитация при гонартроза

автор: Таня Маринова, Русалина Димитрова
научен ръководител: ас. Св.Шопова, ас. Й.Гавраиллов

Abstract: *The purpose of this study was to approbate in practice and to determine the functional results of the applied kinesiotherapy methodology. It emphasizes on the complex approach of the offered kinesiotherapy program, the recovery and its effect in gonarthrosis.*

Key words: *functional results, kinesiotherapy program, gonarthrosis.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Заболяванията на опорно-двигателния апарат засягат все по-голяма част от населението на страната. Едно от най-често срещаните дегенеративни заболявания е гонартрозата. Боледуват предимно жени с наднормено тегло, като оплакванията започват още в средна възраст. В етиопатогенетично отношение гонартрозата е първична и вторична. Първичната се явява вследствие дегенеративен процес в ставата, обусловен от генетични фактори и настъпващи с течение на времето възрастови изменения. Обикновено тази форма се развива двустранно. Вторичната се появява вследствие на травми, механични обременявания (от професионален тип, наднормена телесна маса и др.), хирургически и инфекциозни заболявания и др.

Според съвременната биомеханика истинската гонартроза се получава, когато се стигне до механично несъответствие между натоварването на ставата и способността на хиалинния хрущял да понесе това натоварване. Характерно е, че колянната става е подложена на извънредно голямо натоварване. За нормалната механика на колянната става помагат различни интра- и екстраартикуларни структурни компоненти: хиалинен ставен хрущял, фиброхрущялни менискуси, кръстни и колатерални лигаменти, пателофеморална центрованост, квадрицепсен мускулен маншон и др. Бидейки типична диартроза и основна носеща става тя е подложена на голям биомеханичен стрес. Нарушенията в механиката на колянна става, причинени от малформации, травми или дегенерация на специфичните структурни компоненти, всъщност нарушават нормалното и функциониране.

Гонартрозата е хронично заболяване на опорно-двигателния апарат, като изменението започват от ставния хрущял и постепенно обхващат ставната капсула и връзките, като се въвличат и костите, формиращи колянната става.

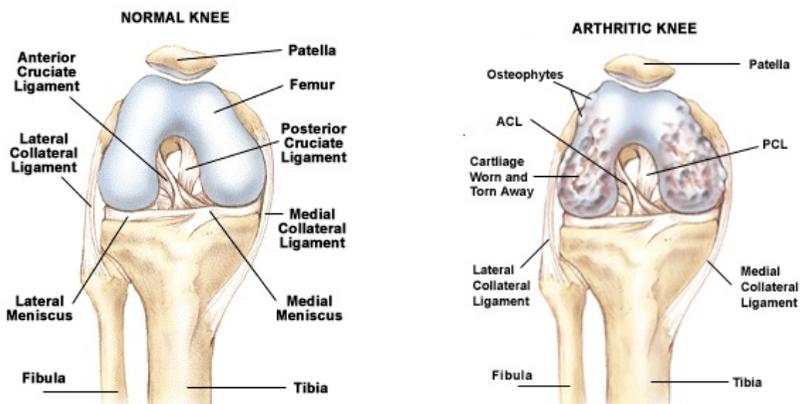
Промените са най-отчетливи по вътрешната страна на феморо-тибиалната става и в патело-феморалната става. По-рядко се износва външната страна и още по-рядко – цялата става. Появяват се и костни разраствания по ръбовете на ставата (остеофити). Често се установяват свободни тела в ставата (ставни мишки). Кистозни промени се срещат рядко. Получава се и разрастване на съединителна тъкан в мастната тъкан зад колянното капаче (ретропателарно). Ставната капсула също фиброзира (разраства се съединителна тъкан). Установява се и недостатъчност на връзковият апарат и менискусите. Често се наблюдава стеснение на латералния или медиалния отдел на ставата, водещ до съответен деформитет на колянното-варус или валгус.

При физикален преглед и изследване на колянна става със съответните прийоми се установява: болезнена походка, предизвикваща накуцване; умерена палпаторна болка по ръбовете на ставата, оток и затопляне на кожата над ставата, наличие на крепитации при движения в колянна става, хипотрофия на четириглавия бедрен мускул, загуба на екстензия и невъзможност за пълно свиване на колянното, деформация на ставата. След клиничното изследване на едната колянна става, задължително се прави сравнително изследване на другата. Рентгенографските

изследвания доказват стеснение на ставната междина, наличие на остеофити, субхондрална склероза, девиация в осите на подбедрицата и бедрото.

Основен принцип при лечението на гонартрозата е гравитационното отбременяване на ставата и намаляване на компресионните натоварвания. Консервативното лечение включва още: намаляване на телесната маса, ползване на помощни средства (паторици, бастуни и др.), наколенки и други динамични шини за коригиране центража на долния крайник, коригиращи подложки при варусна или валгусна деформация. Физиотерапевтичните процедури, балнеосанаториалното лечение, както и кинезитерапевтичните процедури намаляват болките, подобряват трофиката на ставните структури, поддържат тонуса на мускулатурата и увеличават обема на движение.

Медикаментозното лечение включва: нестероидни противовъзпалителни средства, аналгетици, хондропротектори. При напреднали дегенеративни промени и изразени деформации се препоръчва оперативна корекция, а при много тежки изменения-ендопротеза.



ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

Цел: да разработим и апробираме кинезитерапевтична програма за лечение на гонартроза, както и да оценим получените резултати от нейното приложение.

Задачи:

- Да създадем рехабилитационна програма, насочена към възстановяване функциите на засегнатия участък.
- Да съчетаем доказаните кинезитерапевтични средства с елементи от източната китайска медицина.
- Да направим препоръки за продължаващо домашно лечение.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Обект на изследването е пациент на 49 год. с гонартроза без придружаващи заболявания. Изследването е проведено е през м. март, 2011г. в кабинет по кинезитерапия на СБР-Бургаски минерални бани.

Пациент

Име: А. Г. Г.

Възраст: 49 г.

Диагноза: Гонартроза едностранно вдясно

Постъпил на: 28.03.2011г.

Изписан на: 06.04.2011г.

Терапевтична схема:

Рефлексотерапия на ходило

Електроакупунктура на БАТ 5-10 сек. честота 1-5 Hz

Лечебна гимнастика-индивидуална - 25 мин.

Изометрични контракции за m.quadriceps femoris

Техники за релаксация и стречинг на външните ротатори на ТБС

Техника за релаксация и стречинг на m. rectus femoris

Суспензионна терапия и криотерапия с ледено блокче

Редукция на телесното тегло

Физикална терапия:

-лечение във мин.вана-15'/36°

-кална вана-15'/36°

-компреси с луга-колена-20'/42°

-колена-VTL4000-20'-M 0025

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Функционални тестове:	При постъпване		При изписване	
	Sin.	Dex.	Sin.	Dex.
Ъглометрия S:0°-0°-130°	S:0°-0°-85°	S:0°-0°-70°	S:0°-0°-90°	S:0°-0°-75°
Сантиметрия(обиколка на КС)	41см.	42 см.	39,5 см.	41см.
ММТ				
M.quadriceps femoris	3	3	4	4 -
M.semitendinosus	3	3	4	4
M.semimembranosus	3	3	4	4
M.biceps femoris	3	3	4	4

Сантиметрия от върха на пателата на:		8 см.	12 см.	15 см.
Sin.	При постъпване	38 см.	45,5 см.	51 см.
	При изписване	38,5 см.	46 см.	51,5 см.
Dex.	При постъпване	39 см.	46 см.	52 см.
	При изписване	39,5 см.	46 см.	52,5 см.

СХЕМА НА КИНЕЗИТЕРАПЕВТИЧНИЯ КОМПЛЕКС

	Съдържание	Времетр.	Мет. указания	Цел и Задачи
Подготвителна част	Масаж на долен крайник и ходило. Електроакупунтура на БАТ	15 м и н .		Подобряване на трофиката, обезболяване на околоставните тъкани, преодоляване на мускулния дисбаланс
Основна част	ОРУ, криотерапия, мануална техника за релаксация и стречинг на външни ротатори в ТБС	15-20 мин	Внимателно извършване на упражненията до прага на болката	Подобряване обема на движение в КС, профилактика на контрактурите, укрепване на мускулатурата
Заклучителна част	Мануална техника за релаксация и стречинг на m.rectus femoris Аналитична гимнастика за vastus lateralis и medialis Суспензионна терапия на КС Дихателни упражнения	5 - 10 мин	Съчетаване на фазите на + и -	Подобряване обема на движение в КС. Намаляне на натоварването

ИЗВОДИ

След проведеното комплексно лечение и индивидуална рехабилитационна програма обема на движение се увеличи, овладян бе болковия синдром, резултатите от ММТ индикират завишени оценки. Пациентката се изписа в добро общо състояние.

Предложената кинезитерапевтичната програма има добър възстановителен ефект при гонартроза.

Преодоляването на мускулната дисфункция и възстановяването на обема на движение в колени стави са много важна задача на кинезитерапията при гонартроза.

Комплексния подход е необходим за преодоляване на изразения болков синдром.

Пациентите с гонартроза трябва да се занимават с поддържаща кинезитерапия в домашни условия.

ПРЕПОРЪКИ

Изграждане на такъв стил на живот, който намалява риска от възникване на артрози-намаляване на телесното тегло, избягване на екстремни натоварвания на ставите, същевременно осигуряване на оптимален двигателен режим за добра мускулна сила и добър обем на движение, пълноценно хранене и хормонозаместителна терапия при жените ако е наложително.

Прилагаме КТ-комплекс за домашни условия на достъпен за пациента език.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нарушенията в механиката на колянна става са с висок риск от развитие на клинично изявена остеоартроза. Тежките увреди на всеки един от интра- или екстраартикуларните структурни компоненти, осигуряващи нормалната механика на колянна става може да доведе до остеоартроза. Ранното им откриване и правилно проведеното им лечение, съчетани с адекватни промени в стила на живот, контролиране на телесното тегло и натоварването на ставата, могат да забавят прогресирането на нарушенията в механиката на колянна става в остеоартроза.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Банков, Ст. „ММТ с основи на кинезиологията и патофизиологията”, Медицина и физкултура, С, 1987г.
- [2]. Владимирова Б., „Ортопедия, травматология и ортопедия-учебник за рехабилитатори”, Българска национална академия по медицина, „Знание” ЕООД 2000г.
- [3]. Гатев, Банков, Бусаров „Ръководство по физикална терапия”, Медицина и физкултура, С, 1992г.
- [4]. Каранешев, Г. „Теория и методика на лечебната физкултура”, Медицина и физкултура, С, 1987г.
- [5] Каранешев, Г. „Ръководство за практически упражнения по лечебна физкултура”, Медицина и физкултура, С, 1991 г.

За контакти:

Таня Вълчева Маринова, Медицински колеж при Университет "Проф. д-р Асен Златаров" - гр.Бургас

16 годишна среща на Европейската мрежа по ерготерапия във висшето образование (ENOTHE) Стокхолм, Швеция

Милица Иванова

***ENOTHE 16th Annual Meeting, Stockholm, Sweden:** The European Network of Occupational Therapy in Higher Education was founded in 1995 within the framework of the European Union on the initiative of the Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC) with financial support from ERASMUS. The main aim of ENOTHE is to enhance the quality and define and develop European dimensions within the area of Occupational Therapy through co-operation between university faculties or departments, academic and professional associations, employers and client organisations.*

***Key words:** annual meeting, Occupational Therapy, European Year for Combating Poverty and Social Exclusion*

ВЪВЕДЕНИЕ

Европейската мрежа по ерготерапия във висшето образование (European Network of Occupational Therapy in Higher Education, ENOTHE) е основана през 1995 г. в рамките на Европейския съюз по инициатива на Съвета на ерготерапевтите в европейските държави (Council of Occupational Therapists for the European Countries, COTEC) с финансовата подкрепа на програма Еразъм.

ENOTHE е тематична мрежа, която се финансира от Европейската комисия, програмите Сократ и Учене през целия живот от 1997 г. до 2008 г. Главната цел на тематичната мрежа е да повиши качеството и да определи и да разработи европейското измерение в конкретна дисциплина или други въпроси от общ интерес, чрез сътрудничество между университетските факултети или служби, академични или професионални сдружения, работодателите и клиентски организациите. Такова сътрудничество следва да има трайно и широко влияние върху широк кръг от институции.

Основните цели на ENOTHE са да обедини европейската образователна общност в областта на ерготерапията, да стимулира усъвършенстването на учебните планове и напредъка на професията, както и да работи съвместно с COTEC за промоция на образованието по ерготерапия в Европа. Дейността на ENOTHE е насочена към утвърждаване на европейски стандарти по ерготерапия във основа на стандартите на Световната федерация на ерготерапевтите (World Federation of Occupational Therapists, WFOT) с цел постигане конкурентоспособност, прозрачност и взаимно признаване на дипломите по ерготерапия на базата на Европейската система за трансфер на кредити (ECTS). Европейската мрежа насърчава развитието на продължаващо обучение в областта на ерготерапията, включително разработването на съвместни образователни европейски програми, осигурява съдействие на висши училища, които желаят да разкрият програми по ерготерапия.

Ерготерапията в Швеция

През последните 25 години ерготерапията в Швеция се развива по много положителен начин. Ерготерапевтите намират професионална реализация предимно в областта на здравеопазването и медицинското обслужване, услуги в общността за деца и възрастни с увреждания и в старческа възраст.

Около 400 ерготерапевти се обучават годишно в осем университета. Те имат възможност да участват и в третата степен на обучение. Швеция е страната с най-голям брой ерготерапевти с докторска степен. Досега около 100 ерготерапевти са получили докторска степен.

„Ние виждаме обещаващо бъдеще за нашите ерготерапевти“ казва Мария Скуролиакос, бивш президент на COTEC.

ИЗЛОЖЕНИЕ

16 годишна среща на Европейската мрежа по ерготерапия във висшето образование беше проведена в Стокхолм, Швеция от 14 до 16 октомври 2010 г. Тя беше посветена на Европейска година за борба с бедността и социалното изключване.

Основните тематични акценти на тази среща бяха:

- детска бедност;
- тежка депривация и рискове от социална изолация;
- преодоляване на бариерите към пазара на труда за хора в трудоспособна възраст;
- стари хора, бедност и социално изключване.

Студенти от Русенския университет участваха в срещата и представиха проекта „Да поемем предизвикателството за преодоляване на детската бедност“. Този проект, посветен на годината за борба с бедността и социално изключване, е разработен от мултидисциплинарен екип от студенти от три специалности на РУ „Ангел Кънчев“ – ерготерапия, социална педагогика и европеистика. Проектът е съсредоточен върху идентифициране на потребностите, желанията и стремежите на целевата група – деца от социални домове, както и причините за социалното им изключване. Той беше отличен и представен на заключителната конференция по проекта Компетенции за борба с бедността (Competences for Poverty Reduction, COPORE) в Амстердам на 23-24 април 2010 г. Българският и испанският отбор си поделиха призовото място, заслужиха честта и получиха финансова подкрепа да представят проектите си на 16-тата годишна среща на ENOTHE в Швеция.



Тридневната конференция започна с представяне на двата наградени проекта. След работата протече в рамките на различни работни секции. На студентите беше предоставена възможност за участие в студентските сесии и посещение в клиника, в която се провеждат практически обучения. Тази среща ни даде възможност да се запознаем с много студенти и преподаватели и да научим повече за тяхната работа. Сблъскахме се с различни култури, научихме повече неща за нашата бъдеща професия, какво място заема тя в другите държави и колко е важна за населението.

По време на конференцията посетихме различни работни срещи. Първият семинар, който ние избрахме, беше „Дейността наука като теоретична основа за работа в социалната сфера“. Целта на този семинар беше да обсъди възможностите на дейността наука в неразработени области, както и възможните ограничения. Другите две работни срещи, на които присъствахме бяха на тема ELSITO (Empowering Learning for Social Inclusion through Occupation) – „Създаване на разкази

за улесняване на възстановяването и социално включване” и „Пазаруването – изкуството да правиш и да съществува в контекста на социалното приобщаване”.

По време на втория семинар беше представен проекта ELSITO, разработен в сътрудничество между Гърция, Белгия, Холандия, България, Испания и ENOTHE. Целта на проекта е да се обменят добри практики в работата за социално включване с уязвимите групи (хора с психични проблеми, бежанци, емигранти), овластяване на активното им включване и възстановяване на гражданските права чрез икономически, социални, културни и граждански мерки.



Третият семинар започна с въведение в пазаруването и неговото значение, което значително надхвърля акта на купуването на разни неща. Изкуството на пазаруването може да се използва за социално включване в малък мащаб. Проектът е разработен от студенти по ерготерапия, които осигуряват възможност за пазаруване на възрастни жени в инвалидни колички, което представлява социално включване в малък мащаб. След това беше проведена обща дискусия за други дейности, улесняващи социалното включване и как образованието може да подкрепи тези дейности.



Освен тези работни срещи имахме възможност да участваме и във визита в болницата към Каролински институт, предназначена за студенти, където се запознахме с материалната база, наблюдавахме упражнение на студенти по физиология, разглеждахме различни модели рингови колички и помощни средства, болнични легла и стаи за почивка на територията на болничното заведение.

През тези дни участвахме в студентски форуми, където имахме възможност да се запознаем с другите участници и да споделим впечатленията си от срещата до момента.

Изключително вълнуващо преживяване беше социалната вечеря за всички участници под акомпанимента на музикалната група „Хагарна”, съставена от млади хора с умствено изоставане, които са заедно от 15 години и имат много участия в различни форуми.



Последният ден от срещата завърши с обобщение и изводи от тридневната конференция и презентация на домакина за 17-та годишна среща – Гент, Белгия с предаване на символите на ENOTHE на новите домакини.

Заклучителната церемония на тази среща беше посветена на тържественото изпращане на Hanneke van Bruggen – създател, президент и изпълнителен директор на ENOTHE с участието на шведската група Arrival.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Възможността да бъде част от тази годишна среща в Швеция отвори много врати пред мен. Участието беше наситено с емоции и незабравими спомени. Убедих се сама в приноса на ерготерапията, нуждата от нея във всяка една дейност и положителните и резултати. Натрупах иновативни идеи и добри практики, които ще мога да използвам в образованието си. Чувствах се част от нещо голямо и значимо.

Винаги, когато работя с хора с увреждания, ще си спомням за група „Жагарна“ и ще се опитвам заедно с тях да постигна значими като техните резултати, да запала и поддържам у тях ентузиазъм и желание за живот.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Occupation diversity for the future <http://www.cotec2012.com/>
 [2] 16th annual meeting of ENOTHE <http://www.enothe.eu/>

За контакти:

Милица Пламенова Иванова, специалност Ерготерапия, II курс, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел: 0889565938; e-mail: m_pl_ivanova@abv.bg

Научен ръководител: гл. ас. Лилия Тодорова, катедра Кинезитерапия, Русенски университет “Ангел Кънчев”, e-mail: litod@uni-ruse.bg

Възстановяване комплексната функция на горния крайник, след капсуло-лигаментарни увреди в областта на лакътния комплекс. Представяне на клиничен случай

автор: Лидия Рашева

Abstract: *The location of the elbow complex as a medial motive link, defines the necessity of its full functioning as a condition for the optimal and complex motive activity of the upper limb. In case of traumas in the soft-tissue components, followed by an immobilisation of the elbow, there is a high possibility that a first and second determined motive deficit occur. This may hinder the recovery of the ability to perform various of complex movements.*

The development of a methodical and effective rehabilitation program should aim at physical modelling of the healing process and preventing the limb from secondary disfunctions in the elbow and the upper limb motive segments. It is crucial to acquire a detailed information of the patofactors that may lead to the development of a pathology. The exact functional diagnostics is the base component of developing an intire and effective recovery strategy.

Key words: *Physiotherapy, elbow complex, ligament injuries*

Въведение:

Ключовото разположение на лакътния комплекс като междинно двигателно звено, определя необходимостта от пълната му интактност, като условие за оптимална комплексна функционална двигателна активност на горния крайник. Травмирането на мекотъканните компоненти с последваща имобилизация на лакътния комплекс може да доведе до възникване на първично и вторично детерминиран двигателен дефицит с особено негативен ефект върху възстановяването на способността за извършване на комплексни двигателни актове.

За изграждане на методична и ефективна кинезитерапевтична програма с цел физиологично моделиране на оздравителния процес и профилактика на вторичните дисфункции в областта на лакътя и свързаните по кинетичната верига на горния крайник двигателни сегменти, от критично значение е детайлното запознаване с патофакторите свързани с развитие и задълбочаване на патологията. Екзактната функционална диагностика е базовият компонент за изграждане на цялостна и ефективна лечебна стратегия.

I. АНАТОМО-КИНЕЗИОЛОГИЧНИ ОСОБЕНОСТИ НА ЛАКЪТНИЯ КОМПЛЕКС

Лакътният комплекс (ЛК) е сложна съставна става с междинно разположение в структурата на горния крайник, обединяваща три двигателни сегмента в обща ставна капсула. Междинното разположение на ЛК трябва да осигури относително скъсяване и удължаване на горния крайник, предоставящо необходимото ориентиране на ръката в пространството (отдалечаване, приближаване и ориентиране към тялото и дистално от него) (Е. Димитрова, Н. Попов, 2007). От кинезиологична гледна точка може да определим два компонента на ЛК: лакът и предмишница (междинен радиоулнарен двигателен сегмент).

Към лакътя се причисляват хумеро-улнарна става хумеро-радиална стави, в които се извършват движенията в сагиталната равнина.

Към предмишницата се двигателните сегменти, свързващи радиуса и улната-проксимална и дистална радиоулнарна става, позволяващи подвижност в трансверзалната равнина, с помощта на които дланта се ориентира към тялото (свързано със самообслужването) и далеч от него (свързано с трудово-битовата дейност). Към предмишницата можем да диференцираме и междинния радиоулнарен двигателен сегмент, състоящ се от диафизарните части на радиуса и улната и свързващата ги междукостна мембрана (Н. Попов, 2009).

За поддържане интегритета и осигуряване на правилна артрокинематика, ЛК разчита на пасивните стабилизаторни комплекси (капсуло-лигаментарни структури) и динамичната стабилизация от страна на мускулно-сухожилния апарат на ставата.

Ставната капсула се подсиурява в медно-латерален, вентрален и транслверзален план от следните лигаменти: *lig.collaterale radiale*, *lig collaterale ulnare*, *lig. anulare radi*.

Голямо значение за поддържане на анатомичното разположение на структурите, съставлящи ЛК имат и разположените в региона мускулни групи, с двигателни и стабилизаторни характеристики.

При анализ на кинетиката на лакътния комплекс, мускулите с двигателно и стабилизаторно действие се определя спрямо вектора на действие в двигателния сегмент. От кинезиологична гледна точка, мускули с дистално спрямо центъра на въртене в ставата проксимално залавно място и близко до него дистално развиват предимно ротаторен момент, т.е са предимно с двигателна функция. Мускулите с реципрочо разположение на инсерциите си развиват предимно надлъжен вектор на действие спрямо костните диафизи, респ. са с предимно стабилизаторни функции.

II. ПАТОФАКТОРИ ЗА РАЗВИТИЕ И ЗАДЪЛБОЧАВАНЕ НА ДВИГАТЕЛНИЯ ДЕФИЦИТ В ОБЛАСТТА НА ЛАКЪТНИЯ КОМПЛЕКС.

За обезпечаване на ефективни и ергономични функционални двигателни дейности, от критично значение е фино регулираната кинетика и кинематика на ЛК. Така при наличие на патология, засягаща една или повече структури, страдат елементарни двигателни способности, затрудняващи успешното справяне с сложни двигателни актове.

Ако състоянието е съчетано с деформация - козметичният дефект може да окаже въздействие и на социалната активност и психологичното здраве на пациента.

III. СЪЩНОСТ, КЛАСИФИКАЦИИ И УСЛОЖНЕНИЯ НА ЛАКЪТНАТА ЛУКСАЦИЯ

Сред травматичните състояния на ставите, комбинирани с мекотъканны лезии, луксацията представляваща трайното нарушаване на анатомичната цялост на ставата, с увреда на околоставните тъкани, без възможност за спонтанна репозиция, заема централно място по степен на поражения. Сублуксацията представлява временно нарушаване интегритета на ставата, без мекотъканны увреди, с възможност за спонтанно репонирание или лека по степен външно алиниране. Към тази категория травми можем да отнесем и дисторзията, която от своя страна включва преразтягане на околоставните структури, без тяхното увреждане и със спонтанна репозиция.

В зависимост от посоката на ставна нестабилност, определена от механизма на травмата, луксациите на лакътната става биват: задна или предна, медиална или латерална или мултидирекционна.

Усложнения на травмата могат да бъдат свързани с мекотъканны руптури - пълни и частични на ставна капсула и лигаменти, поражения на мускулни и сухожилни структури, нарушения целостта на кръвоносни съдове, травмиране на периферни нерви преминаващи в тази област (най-често се касае за *n. ulnaris*), фрактури-луксации и др.

Съществуват и вторични усложнения, с разнообразна генеза, като осифициращ миозит на *m. brachialis* и *m. triceps brachii*, хабитуално изкълчване на лакътя, фибро-мастна пролиферация в лакътната става (ЛС), исхемична контрактура и др.

IV. СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ. ПРЕДСТАВЯНЕ НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Разгледахме случай на пациентка на възраст 46 години, получила сублуксация на ЛС, по механизма на хиперекстензия в затворена кинетична верига, с наличие на частична рупура на мекотъканныте структури по вентралната повърхност на ставата.

За състоянието на капсуло-лигаментарния апарат съдихме по наличието на симптоми на асептично възпаление, характерни за мекотъканна лезия, и тестване на крайния усет при изследване на пасивната подвижност.

Анамнезата е снета по данни на пациентката и медицинската документация:

Травмата е получена на 15.01.11г., веднага след инцидента, пациентката е била транспортирана до МБАЛ "Д-р Георги Странски" гр.Плевен, където са били проведени необходимите диагностични и клинични процедури. Тъй като при сублуксацията е имало временно нарушаване на анатомичната цялост на ставния апарат, репозиция не е била необходима. Пострадалият крайник е бил поставен в ортеза в положение на лека флексия и супинация в продължение на 14 дни.

След свалянето на ортезата на 29.01.11г., пациентката започва първи курс на рехабилитация, проведен на амбулаторен принцип, включващ 7 процедури, след което започва втори курс на терапия, състоящ се също от 7 процедури.

IV. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И СРЕДСТВА НА КИНЕЗИТЕРАПИЯТА

Дългосрочната цел на Кинезитерапия е комплексно възстановяване функциите на горния крайник. За постигането ѝ определихме следните задачи:

1) Превенция от задълбочаване и лечение на основната симптоматика свързана с асептично възпаление на увредените структури на ЛК.

2) Превенция и профилактика на мекотъканни флексионни контрактури ангажиращи вентралните мускулно-сухожилни и капсуло-лигаментарни структури.

3) Поддържане на функционалния обем на движение (ФОД) в ЛК, като се спазват противопоказанията за редресации и ъглови движения, повтарящи механизма на травмата.

4) Превенция и профилактика на вторични дисфункции в свързаните с увредената става двигателни сегменти по кинетичната верига на горния крайник.

5) Подобряване на нервно-мускулния контрол и проприорецепция.

6) Функционална тренировка и двигателна реедукация на комплексни двигателни дейности с трудово-битов характер.

7) Профилактика и превенция на вторично възникнали нервно-мускулно-скелетни дисфункции.

За постигане на предвидените задачи и краткосрочни цели използвахме следните **средства** на Кинезитерапия:

1. Криотерапия с изключително извънгнищен оттичащ масаж.

2. За намаляване на мекотъканния оток използвахме ритмични, активни упражнения за дисталните сегменти с цел стимулиране на „мускулната помпа“ от точна изходна позиция.

3. Масаж на мишница, адаптиран спрямо тенденцията за формиране и задълбочаване на миохипотрофия и динамичен дисбаланс.

4. За преодоляване на флексионната контрактура, след достатъчно обективни данни за редукация на мекотъканния оток, в процедурите по КТ включихме лечение чрез положение. Използваната от нас позиция включва: лека абдукция в раменната става, максимално възможна екстензия в лакътя (без провокиране на болка и дискомфорт от страна на пациента), супинация на предмишницата, екстензия в китка и пръсти.

5. Мускулно-инхибиторни техники (в ранния етап-ПИР) за мускулите с патологично повишен мускулен тонус.

6. Пасивни и активни движения за раменна става, китка и пръсти. За поддържане ФОД и трениране на мускулатурата на ръката приложихме и упражнения с меки уреди, в игрови вариант.

7. Ритмична стабилизация и мултиангуларни изометрични упражнения за мускулите в ЛК.

8. Изотонични упражнения за мускулите на китка и пръсти.

9. Аналитични упражнения в отворена и затворена кинетична верига.

10. Постепенно включване на травмирания крайник в битово-приложни дейности, свързани със самообслужване (хранене, миене на зъби, грижи за дома и др.) и функционална тренировка за възвръщане към активна трудова дейност.

На втория етап от рехабилитацията отново поставихме акцент върху подобряване на динамичната ставна стабилизация и активен невро-мускулен контрол, с цел възстановяване на стато-динамичния стабилизаторен синергизъм между контрактилните и неконтрактилни структури в лакътния комплекс.

Подобряването на динамичната ставна стабилизация определихме като приоритет, с цел компенсиране на натоварванията и отбременяване на заздравяващите пасивни резистивни структури. Спазвайки принципа за ранни, контролирани движения с предшестваща стабилизация, основните задачи, които поставихме пред себе си на втория етап са:

1) Подобряване на динамичната ставна стабилност, чрез изометрична, изотонична и ексцентрична тренировка на мускулите в ЛК.

2) Превенция и лечение на мускулния дисбаланс.

3) Превенция и профилактика на вторични дисфункции в свързани с увредата стави от горния крайник.

В комплекса по КТ включихме следните средства:

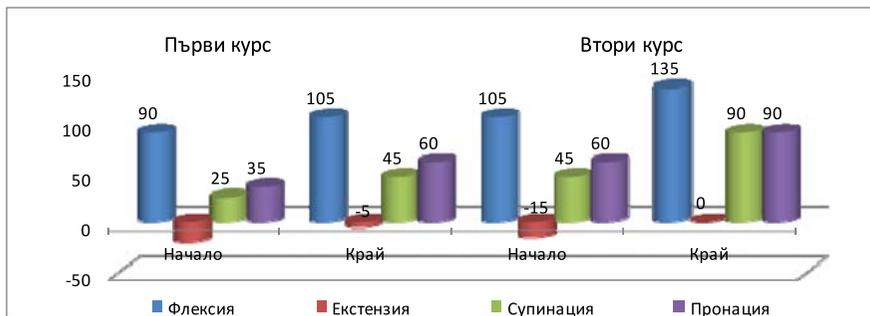
1. Мускулно-инхибиторни техники (ПИР и реципрочна инхибиция) за мускулите – флексори в лакътния комплекс и *m. pectoralis major*.

2. Активни упражнения с уреди, на уреди, и с преодоляване на еластично съпротивление.

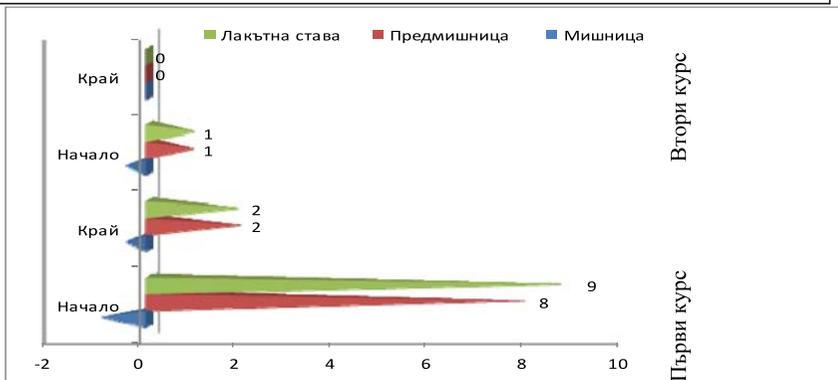
3. Пуллитерапия – резистивно трениране на мускулите-екстензори в лакътя.

За установяване началния кинезитерапевтичен потенциал и мониторинг на получените резултати проведохме следните функционално-диагностични метода: сантиметрия на обиколка на ЛС, мишницата и предмишницата, отчитане комплексния кинетичен потенциал на флексорите в китката чрез ръчна динамометрия. Стандартна гониометрия на ЛС. Получените резултати са обединени в табл. 1 и диаграма 1, 2 и 3.

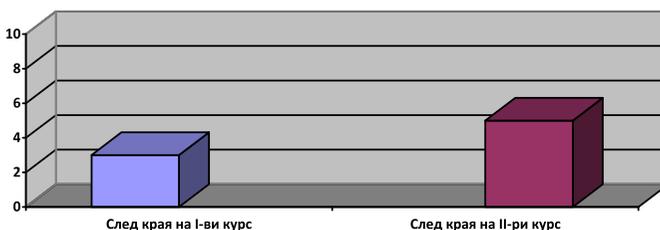
Таблица 1. Измерени показатели и стойности на получените резултати от функционалната диагностика преди и след края на лечението.							
№	Показател	Стандартна гониометрия на лакътната става					
		Първи курс			Втори курс		
		X ₁	X ₂	X ₂ - X ₁	X ₁	X ₂	X ₂ - X ₁
1	Флексия	90°	105°	15°	105°	135°	30°
2	Екстензия	-20°	-5°	15°	-15°	0°	15°
3	Супинация	25°	45°	20°	45°	90°	45°
4	Пронация	35°	60°	25°	60°	90°	30°
Сантиметрия на горен крайник /разлика между двата крайника в см./							
5	Мишница	-1	-0,5	0,5	-0,5	0	0,5
2	Предмишница	8	2	6	1	0	1
7	Лакътна става	9	2	7	1	0	1
Ръчна динамометрия /в kg. разлика между двата крайника/							
8		10	7	3	7	2	5
Легенда:							
X ₁ преди започване на лечението, X ₂ след края на лечението, X ₂ - X ₁ -резултат след края на лечение							



Диаграма 1. Резултати от проведената стандартна гониометрия на лакътната става (в ъгли в градуси).



Диаграма 2. Резултати от проведената сантиметрия на горен крайник.



Диаграма 3. Подобряване силата на хвата (в кг.) след края на I^{ви} и II^{ри} лечебен курс.

ЗАКЛУЧЕНИЕ

След проведената кинезитерапия, която с преимущество се основаваше на активна работа за подобряване на динамичния мускулен контрол и стабилизация на ЛС отчетохме показатели сочещи за пълноценно възстановяване комплексната двигателна активност на горния крайник. По отношение възстановяване артрокинематиката на лакътния комплекс за 14 дневния период на лечение, методиката на КТ постигна желаната цел. Поради спецификата, полиетиологичната

основа и продължителното време нужно за възстановяване на мускулната сила отчетохме резултати за непълното и възстановяване. Поради тези изводи от проведеното лечение обучихме пациентката на домашна рехабилитация, с цел поддържане на получените резултати, постепенно възстановяване на мускулните характеристики и превенция на рецидивно травмиране.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Попов Н. Кинезиология и патокинезиология на опорно двигателния апарат.-София: НСА-ПРЕС, 2009.
- [2] Попов Н. Е. Димитрова. Кинезитерапия при ортопедични заболявания и травми на горния крайник.-София: НСА-ПРЕС, 2007.
- [3] Владимирова Б. Ортопедия, травматология и ортотика. 2000.
- [4] Попов Н. Е. Димитрова. Ръководство по функционална диагностика.-София: НСА-ПРЕС, 2006.

За контакти:

Лидия Красимировна Рашева, Студент, III-^{ти} курс, спец. Медицинска рехабилитация и ерготерапия Катедра „Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт“ GSM-359 892 457 375, E-mail: lidia_rasheva@abv.bg

Научен ръководител: Ас. Ростислав Валентинов Костов, Катедра по Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт при Медицински Университет-Плевен GSM-359 887 838 230, E-mail: rostislav_kostov@abv.bg,

Включване на студенти кинезитерапевти в проект по европейската програма *Youth in action*

Гергана Иванова, Нина Цмел
Научен ръководител: гл.ас. Боряна Тодорова

Резюме: Докладът отразява участието на две студентки по Кинезитерапия от Русенски университет в проект по програмата на Европейския съюз *Youth in action*. Проектът е на тема "Обучителен курс по управление на проекти и културно многообразие" и представлява обучение и чрез разработване на проекти на групи младежи от България, Гърция, Испания и Румъния.

Ключови думи: младежки програми, социално включване, културно многообразие.

ВЪВЕДЕНИЕ

Youth in action (Младежта в действие) е програма на Европейския съюз, насочена към младите хора. Тя е наследник на програмата *Младеж*. Нейна главна цел е да се развие сътрудничеството между младежта в Европейския съюз (ЕС) чрез предоставяне на възможности на младите хора в 31 страни участнички в програмата да участват в групови обмени и доброволческа работа, както и чрез осигуряване на подкрепа за широк диапазон от дейности и сътрудничество в сферата на младежта.

Програмата *Youth in action* е с период на осъществяване 2007 – 2013 г. и осигурява възможности за младите хора за натрупване на знания и умения чрез неформално образование и межкултурен диалог, като се следват приоритетите, заложи от Европейската комисия. Възрастовата граница на участващите е от 13 до 30 г. Програмата е насочена към всички млади хора без значение на тяхното образование, социална и културна принадлежност.

Основни цели на програмата:

Цел 1 – спомагане развитието на активно гражданско съзнание у младите хора по принцип и конкретно европейско съзнание.

Цел 2 – развитие и подпомагане на солидарност и толерантност у/сред младите хора, най-вече с цел засилване на социалната сплотеност и единство в ЕС.

Цел 3 – насърчаване на взаимно разбирателство между младите хора в различните страни.

Цел 4 – принос към развитието на качеството на помощните програми за младежки дейности и опита на гражданските обществени организации в областта на младежта.

Цел 5 – подкрепа на европейското сътрудничество в областта на младежта.

За да постигне целите си, програмата *Youth in action* се осъществява посредством пет **оперативни дейности**:

I. Младежта за Европа

II. Доброволчески служби в Европа

III. Младите хора по света

IV. Системи за подкрепа на младите хора

V. Подкрепа за европейско обединяване в областта на работата с младите хора.

Програмата "Младежта в действие" в България

Това е най-успешната европейска програма в България. „През миналата година по програма „Младежта в действие“ са реализирани 188 проекта за повече от 2 милиона и 200 хиляди евро. Това означава 100% усвояемост на средствата, което я поставя сред най-ефективните от европейските програми в България“ - заяви заместник-министър Петя Евтимова при откриването на годишната среща за оценка на дейността на програмата „Младежта в действие“. Успешната реализация на тази

програма в страната предоставя възможности за младите хора чрез неформално учене да се развият ключови умения и компетенции, които са определящи не само за личностното развитие, но и за развитието на обществото в страната ни.

За 2007 г. усвояемостта на средствата по програма „Младешта в действие” е 86%, за 2008 г. – 97%, за 2009 г. – 88,8%, а за 2010 г. усвояемостта е 100%.

Съгласно сключените договори с ЕК (на обща стойност 8 345 373 евро) от старта на програмата през 2007 г. до днес са били разпределени 7 696 723 евро за реализиране на дейности по проекти и обучения. Участие в тези дейности по проекти от 2007 г. досега са взели над 17 000 младежи.

ПРОЕКТЪТ “ОБУЧИТЕЛЕН КУРС ПО УПРАВЛЕНИЕ НА ПРОЕКТИ И КУЛТУРНО МНОГООБРАЗИЕ”

Проектът е по Европейската програма *Youth in action* и се реализира от испанската Асоциация за култура *La Cumbre*.

Всички дейности по проекта са във връзка с темите “Социално включване” и “Изкуство и култура”. Организаторите на проекта считат този избор за удачен, тъй като и двете теми имат отношение към въпросите на културното многообразие и са от съществено значение за ежедневиия живот на младите хора.

Цели на проекта:

- Да се развият компетенциите на участниците за управление на проекти.
- Да се дебатираат съответни аспекти, свързани със социалното включване в страните на участниците.
- Да се обсъди социалното и икономическо състояние на младите хора в участващите страни.
- Да се придобият нови базисни опитности и идеи за живот.
- Да се промотира европейската програма *Youth in action* сред младите хора от различни страни.

Проектът обедини младежи от четири държави - България, Гърция, Испания и Румъния. Обучителният курс се проведе в гр. Толедо, Испания в периода от 2.03 до 8.03.2011г. Занятията бяха ежедневни и протичаха от 10 до 13 часа и от 14 до 17,30 часа.

Методологията на обучителния курс е насочена към:

- Разработването на проекти е избрано като подходяща учебна ситуация, в която участниците съпреживяват и съпоставят различни варианти на младежко културно и социално включване.
- Младежите проявяват творческия си потенциал, за да представят съществуващите условия по дискутираните теми в своите страни.
- Срещите представляват един отворен процес на обучение, в който участниците споделят и обменят своя опит.

В рамките на дискутираните теми „Социално включване“ и „Изкуство и култура“ се обособиха три групи проблеми, върху които се насочи вниманието на участниците:

1. Мултикултурни проблеми
2. Социални проблеми
3. Дискриминационни проблеми

РЕЗУЛТАТИ ОТ РАБОТАТА НА БЪЛГАРСКАТА ГРУПА

Целта на тази колективна работа бе всеки да разкрие своите компетенции, умения, идейност и креативност, както и да се обсъдят редицата проблеми, за които именно младите трябва да търсят решение в бъдеще. Придобиването на опит и промотирането на този прекрасен европейски проект бяха също задачи, които си бяхме поставили.

Изборът на проблем, по който се разработва учебният проект, бе индивидуален за всяка група. В българската група всички се насочиха към тема, която обединява и трите типа проблеми - интеграцията на ромите в Европа. Работата ни по проекта протичаше в среда подобна на учебната, където всеки вижда всеки и споделя своите идеи, като в последствие съпоставянето на тези идеи ни водеше и към логичен завършек на проекта. Откритото общуване помежду ни бе отворен процес, който разкриваше нашия творчески потенциал и ни помагаше да споделяме и обменяме своя опит. Всеки фрагмент от този открит процес ни подтикваше към колективна работа, която ни приобщаваше един към друг и обогатяваше кръгозора на всеки един от нас.



Снимка 1. Работа на българо-румънската група

Темата, по която българската и част от румънската група работихме, в процеса на работа се оказа много актуална и за двете държави. Разработването на проекта за решаване на този проблем бе етапен процес, който стъпка по стъпка ние осъществявахме. Срещането на трудности не бе рядко, докато впоследствие се оказа много трудно намирането на окончателно решение за проблем, който е с много дълбоки корени и който е верижно навързан с ред други проблеми, за които решение не е търсено години наред. И така проблемът се оказа наистина сложен и комплексен. Изводите, до които стигнахме, за съжаление, за пореден път потвърдиха трудното положение, в което сме поставени икономически и социално.

Други подобни проблеми, нуждаещи се от ефективно решение и финансиране, бяха предложени и дискутирани в българската група, а именно: финансиране и отпускане на медикаменти за онкоболни, финансиране на ендопротези за нуждаещите се от ендопротезиране и финансиране за изграждане на домове за бездомни животни. Изборът на който и да е от посочените по-горе проблеми би подпомогнал и би довел до положителни резултати в определена сфера на живота.

Цялостният процес на работа ни караше постоянно да си задаваме въпросите:

„Как ще възприеме Европейската комисия този проблем?“ и

„Ще бъде ли финансирана нашата идея?“

Задаването на тези въпроси е нещо логично, защото цялостната концепция на изготвянето на проекта изисква адекватност, която Европа да възприеме правилно и да отпусне нужните средства за финансирането на съответния проект.



Снимка 2. Резултатът от творческа игра

ИЗВОДИ

I. Изборът на проект трябва да е добре осмислен, а решението - реално и възможно, т.е. не е уместно да се търси решение на проблем, който години наред е бил оставян на заден план. Най-подходящо би било да се работи по проект, при финансирането на който определената отпусната сума би означавала успешното решение на застъпения проблем в проекта.

II. Човешко е да се греши - работата в екип позволява коментирание на различни теми от различни гледни точки и внасяне на корекции до достигне на най-доброто решение и отговор на поставения проблем.

III. Много важно е работейки, постоянно да се връщаме към изходната позиция, за да не изгубим основната цел, която сме си поставили, и за да не се увличаме в излишни детайли.

IV. Макар смисълът на този проект да бе обвързан с реални проблеми, работата и опознаването помежду ни бяха онзи елемент, който ни забавляваше и разведряваше по време на занятията. Методите, които използваха медиаторите, бяха атрактивни, грабващи вниманието и често провокативни. Цялостното културно и емоционално обогатяване, което всеки от нас получи ни накара за пореден път да разберем колко важна е екипната работа за провокиране на креативността и идейността, които много помагат при намиране на решение на даден проблем.



За контакти:

Гергана Иванова – студентка по Кинезитерапия, II курс, Русенски университет.

Нина Цмел - студентка по Кинезитерапия, IV курс, Русенски университет.

Функционално възстановяване на оперативно лекувани фрактури в областта на глезенна става

автор: Нина Михайлова, Деляна Никифорова
МУ - Плевен

ВЪВЕДЕНИЕ

Фрактурите на глезена са чести травматични повреди на ОДА и съставляват около 15% от общия брой на счупванията и около 44% от всички фрактури на костите на подбедрицата. В последните години честотата им се увеличава, което се свързва с увеличаване на транспортен и промишлен травматизъм, като данните сочат, че те са между 17,3 - 23%. По отношение на механизма на възникване на травмата, авторите насочват вниманието към следните особености:

1. Глезенните фрактури възникват от брутални форсирани движения във варус, валгус, вътрешна ротация, външна ротация и движения в предно-задна посока на скочната кост. Често при спортисти след рязко приземяване на пети или пръсти.

2. Глезенната става не понася сили на натиск, както и натоварвания при извъртане.

3. Глезенните фрактури се наблюдават най-често в зряла възраст ок. 45-55 год.

Видове фрактури:

- На вътрешния глезен - *fractura malleolis medialis*
- На външния глезен - *fractura malleolis lateralis*
- Счупване на двата глезена - *fractura bimalleolaris*
- Счупване на двата глезена в комбинация със задния ръб на ставната повърхност на тибията- *fractura trimalleolaris*.
- Според популярната и днес класификация на Вебер (Weber, 1966), която отделя приоритетно място на т.н. „латерална колона” - комплексът фибула - тибеофибуларна синдесмоза, счупванията в областта на глезенната става се разделят на сублигаментарни, транслигаментарни и супралигаментарни.

Клиника и лечение: Анамнестично пациента съобщава за падане от високо или погрешно стъпване. Появява се болка, оток и функциолеза, а в някои случаи и хемартроза в областта на фрактурата.

- Консервативно лечение – състои се в имобилизация тип - гипсов ботуш за период от 45 - 90 дни според тежестта на увредата. Съществува опасност от Зудекова атрофия и псевдоартроза.

- Оперативното лечение може да бъде с: игли на Кюнчер, серкляж, АО-плаки и винтове за малеоли, което позволява натоварване на крайника след около 2-3м. Резултатите показват, че възстановяването при оперативното лечение на глезенните фрактури е по-пълно и бързо и не се получават рецидиви както при консервативното лечение.

Патокинезиологичен анализ: от него става ясно, че плантарната плантарната флекси я е по-ограничена от дорзалната. В повечето случаи след фрактури в глезена се развива хипертонус на *m. triceps surae*, което пък ограничава и дорзифлексията в ГС. Засегната е флексо-екстензорната подвижност на ходилото, която е особено важна при ходенто.

- ограничението на дорзалната флексия затруднява относителното скъсяване на долния крайник през маховата фаза. Това се компенсира от по-голямата флексия на ТБС и КС от пациента, поради което походката става тромава и неритмична.

- липсата на достатъчна плантарна флексия затруднява края на опорната фаза и особено оттласкването, което влошава способността за бързо ходене и бягане.

Често вследствие на имобилизацията се получава спадане на медиалния надлъжен свод и се получава т.н. плоскостъпие, което оказва негативно влияние върху пациента.

ИЗЛОЖЕНИЕ

За възстановяване на функцията на долния крайник се прилага индивидуална КТ програма за повлияване на различните негативни промени, както след оперативно, така и след консервативно лечение. Програмата започва след свалянето на имобилизацията.

Цел на КТ:

Възстановяване функцията на ГС и целия долен крайник, възвръщане на пациента към трудова дейност и ДЕЖ.

Задачи на КТ:

- преодоляване на мускулния дисбаланс;
- възстановяване на обема на движение в глезенната става;
- възстановяване на лигаментарния апарат;
- подобряване опороспособността на пациента;
- преодоляване на порочния двигателен стереотип.

Основен проблем в началото е отокът.

- За резорбция на отока крайникът се поставя в отточна позиция, от която се прилага и криотерапия съчетана с отточен масаж, като се правят намазвания с ледено блокче 5x1 мин. и масаж между тях. По този начин се подобрява циркулацията на крайника.

- За повлияване на болковата симптоматика добър ефект има прилагането на импулсно магнитно поле.

- За подобряване тонуса на пациента в КТ комплекс се включват общоразвиващи упражнения за горни и долни крайници.

- Увеличаване обема на движение чрез упражнения с ролкова кълка върху гетинакс, при което ъгълът на наклона може да се променя, като по този начин се променя и натоварването.

- Използваме Постизометрична релаксация за m. triceps surae, чийто тонус е повишен.

- Пулитерапия в клетката на Роше.

- Комплексът включва в себе си велотренировка, обучение в ходене и упражнения на шведска стена. На пациента се препоръчва да ходи с обувки, които стабилизират глезена и с височина на тока от 3- 4 см.

- Противопоказано е стъпването на външния и вътрешен ръб на ходилото, поради опасност от рецидиви на фрактурата.

- Препоръчва се подводна гимнастика.

- Включват се упражнения за възстановяване на дорзалната и плантарна флексия на глезенната става.



- Упражнения с/на уреди за преодоляване на контрактурата и подобряване на подвижността.
- Обработка на cicatricis за разкъсване на срастванията и подобряване еластичността на околоставната тъкан.
- Пасивните движения и тези срещу мануално съпротивление увеличават подвижността и обема на движение в ставата.



Включват се упражнения за преодоляване на плоскостъпието. Използваме аналитични, изометрични и упражнения тип „затворена кинетична верига“.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечението на глезенните фрактури е продължително и комплексно. В него се съчетават усилията на ортопеди, физикални медици и рехабилитатори.

В резултат на проведената от нас рехабилитационна програма, обемът на движение беше възстановен и пациентите се върнаха към своята предишна битова и трудова дейност, с което постигнахме поставените в началото цел и задачи.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Попов, Н. Кинезиология и патокинезиология на опорно-двигателния апарат – София: НСА прес, 2009.

[2] Лекционен курс по ортопедия и травматология – кинезитерапия, Н. Михайлова

[3] Ганчев, М. Ортопедия и травматология на ОДА, МФ, София, 1995

[4] Холевич, Я. Клинична ортопедия, МФ, София, 1988.

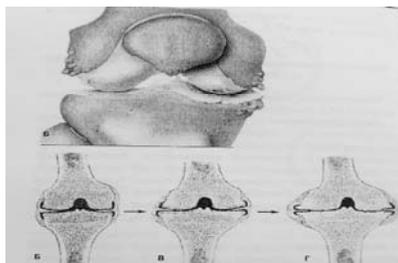
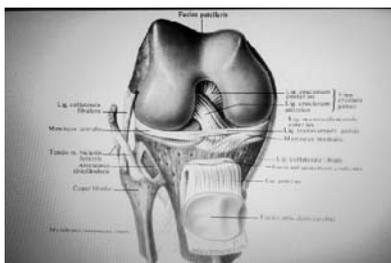
5. Владимиров, Б. Ортопедия, травматология и ортотика, изд. „Знание“, София, 2000

Аспекти на консервативното лечение при гонартроза

автор: Нина Михайлова, Вилияна Станчева
 Медицински университет – Плевен

ВЪВЕДЕНИЕ

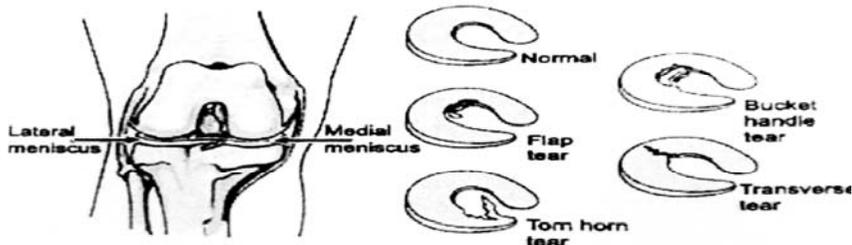
Системна остеоартроза – с това понятие се обозначават дегенеративните ставни заболявания. Артрозата на колянна става се нарича гонартроза и е от най-често срещаните локализации на артрозна болест. Тя е и здравен, и социален проблем поради високата си честота. Не застрашава живота и дълголетието, но не дава възможност за водене на нормален и пълноценен живот.



Етиология: Боледуват предимно жени с наднормено тегло, като започват още в средна възраст. По-често се засягат и двете коленни стави, макар и в различна степен. Като всички дегенеративни ставни заболявания гонартрозата е резултат на несъответствие между резистентността на ставния хрущял и напреженията, които се получават под въздействие на различни натоварвания. Поначало колянната става е една от най-силно обременените. Стабилността ѝ зависи от състоянието на връзковия апарат и мускулите (особено *m. quadriceps femoris*). Тези факти обясняват относителното преобременяване на ставата с последващи генеративни изменения.

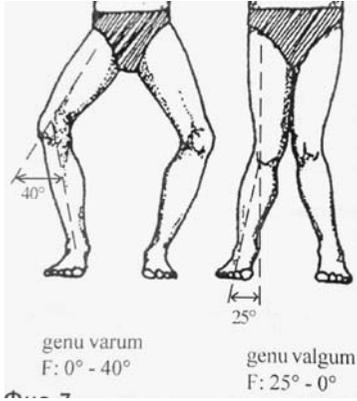
Най-чести първопричини са:

1. Преобременяване на ставите от: професията, спортно-състезателна дейност, повишено тегло при затлъстяване, бременност;
2. Предшестващи травми: луксации, фрактури, вътреставни увреди, с увреда на връзковия апарат, като разкъсване на менискус, предна кръстна връзка и медиална/латерална колатерални връзки с последваща ставна нестабилност;



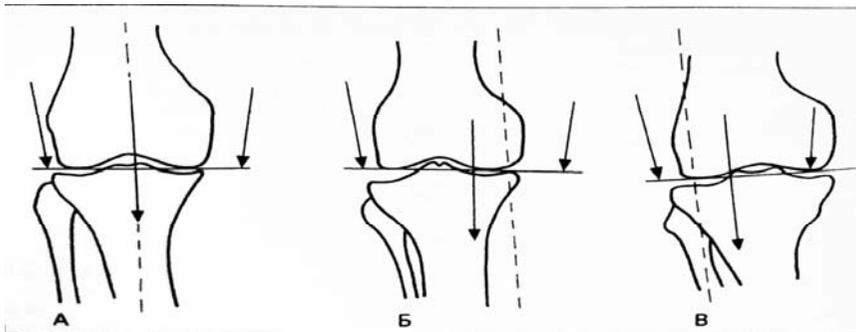
3. Вродени заболявания на ставите: дисплазии, субликации между фемура и тибията;

4. Статични аномалии с отклонения на оста в: фронтална равнина – genu varum/ valgum и сагитална равнина;



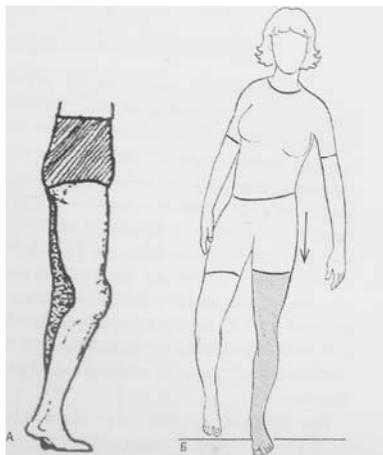
5. Общи причини: конституционална малоценност на ставния хрущял, ендокринна дисфункция – характерна за жени след менопауза, инфекциозни заболявания.

Износването е съсредоточено най-често откъм вътрешната страна на феморо – тибиалната става и във феморо-пателарната става. Остеофитни разраствания по ръбовете на ставата се наблюдават, но не достигат размерите характерни при коксартроза.



Често се установяват свободни тела в ставата с различен произход (ставни мишки). Налице е и фиброзиране на ретропателарната мастна тъкан. Различават се три типични форми на гонартроза:

1. **Уникондилна** – патологичният процес е ограничен в един от двата компартмента на ставата. По-често се засяга медиалното плато, което води до варусна деформация. Появата на тази деформация увеличава натоварването на медиалната част, която се разрушава все повече и така се формира порочен кръг. С напредване на дегенеративният процес се формират остеофити, кисти в бедрената кост и при движение в ставата се усещат крепитации. При развитие на гонартроза в латералното плато клиничните прояви са обратни на гореописаните и е налице валгусна деформация.
2. **Ретропателарна** – засяга феморалният улей, по който се плъзга пателата и най-често е последица от фемуропателарна дисплазия или от пателарна дистопия.
3. При **пангонартрозата** са налице повече или по-малко равномерно изразени дегенеративни изменения във всички отдели на колянната става.



Клинична картина: Болка (при слизане от стълби и ставане от ниско столче), ирадираща към бедрото или подбедрицата, оток, скованост, инактивитетна атрофия, мускулни контрактури, ставна деформация (вследствие от промени в хрущяла, остеофити или натрупване на мастна тъкан, особено по време на менопаузата), ограничен обем на движение в ставите, стеснена ставна междина, смущаваща походката.

Всичко това води до промяна в начина и качеството на живот. Първоначално болните са със сутрешна скованост или след физическо натоварване. Настъпилите патологични промени и обездвижването водят до мускулен дисбаланс и хипотрофия. Болките са толкова силни, че затрудняват ходенето и в напреднал

стадий, то е почти невъзможно. Кожата върху ставата е топла и *m. quadriceps femoris* е хипотрофирал. При обострена гонартроза може да се получи хидропс, който е резултат от синовит. С напредването на тези симптоми единствена алтернатива се явява – ендопротезирането.

При диагностициране на ставната симптоматика трябва да се имат в предвид и редица заболявания като различни артрити (инфекциозен, ревматоиден, туберкулозен, периферна форма на Бехтерев, Райтер и др.), хондромалация на пателата, болестта на Хофа, травматични увреди, тендобурзити на мускулите залавящи се за *pes anserinus*, болестта на Шлатер и др.

Характерни контрактури при дегенеративно променено коляно

Контрактурите в коляното обикновено са флексорни, но те могат да се дължат както на флексорите откъм медиалната страна, така и на флексорите откъм латералната страна. В такъв случай те могат да се дефинират като:

1. Медιο-флексивна и флексо-вътрешно-ротаторна контрактура: Скъсени, ригидни мускули са медиалните флексори – *m. gastrocnemius caput mediale*, *m. gracilis*, *m. popliteus*, *m. semitendinosus*, *m. semimembranosus*. Постоянен ригидитет на някои от описаните мускули се палпира проксимално от *pes anserinus*. Разтегнати вяли мускули са – *m. quadriceps femoris*, а с относително понижен тонус са: *m. biceps femoris*, *tractus iliotibialis*.
2. Латерално-флексивна и флексо-външно-ротаторна контрактура: Скъсени и ригидни мускули са латералните флексори – *m. gastrocnemius caput laterale*, *m. biceps femoris*, *tractus iliotibialis*. Разтеглени, вяли мускули са – *m. quadriceps femoris*, а с относително понижен тонус – медиалните флексори.

Функционални изследвания:

Оглед:

- Във фас от стоеж – деформация се установява във фронтална равнина;
- В профил – установява се дали нивото на двете патели е различно, дали долния край на пателата не е отклонен дорзално, на болния крак пателата е на по-високо ниво (*patella alta*);
- При седеж – пателата трябва да сочи напред и да е локализирана в дисталния край на фемура. Най-често е медиална торзия на тибиата – ходилата са насочени навътре;

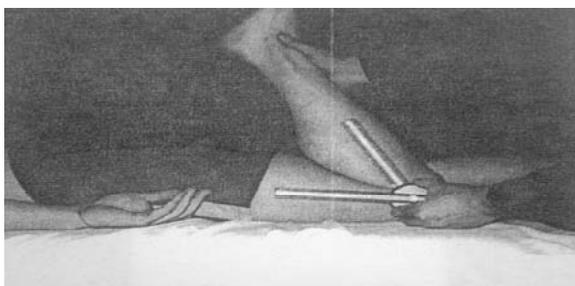
- На походката – наблюдават се движенията на пателата, таза и ТБС. Скъсяването на ишиокруралната мускулатура води до не пълна екстензия в колянната става и това често изисква компенсаторно увеличаване на дорзалната флексия в ходилото. Наблюдава се завъртане на таза в маховата фаза преди предна опора на болния крак.

Палпация: от изходна позиция тилен лег се установява умерена болка по ръбовете на ставата, около пателата и в задколянната ямка.

Активни движения: движенията на пателата – гладко без да прескача, следим обема на движение. Често при движение се усеща, а понякога се и чува характерно триене.

Аксесорни движения: медиално/латерално и краниално/каудално плъзгане.

Ъглометрия – за измерване обема на движение в ставите - нормални стойности в сагитална равнина S: 0°-0°-130°, S: 10°-0°-130° - при хипермобилитет,



Сантиметрия, мануално мускулно тестване (ММТ) – за измерване на мускулната слабост:

СТЕПЕНИ	ОПИСАНИЕ
5 Нормален, N (Normal)	Пълен обем на движение, срещу гравитацията и максимално съпротивление
4 Добър, G (Good)	Пълен обем на движение срещу гравитацията и умерено съпротивление
3 Удовлетворителен F (Fair)	Пълен обем на движение срещу гравитацията, без съпротивление
2 Слаб, P (Poor)	Пълен обем на движение при елиминирана гравитация
1 Следа, потрепване, T (Trace)	Видима контакция при опит за движение
0 Нула, 0 (Zero)	Липса на контракция при опит за движение

Рентгенова снимка, която проверява за наличието на остеофити и **ЯМР** за правилното поставяне на диагнозата, чрез установяване наличието на кисти или дегенеративни промени в ставата.

Лечение: консервативно и оперативно (артроскопия, артро/пателопластика, артродеза, остео/пателектомия, ендопротезиране). Винаги се започва с консервативна терапия. Прилагат се лекарства с противовъзпалително и аналгетично действие, миотонолитици, средства за подобряване трофиката на хрущяла. Кинезитерапията се допълва от физиотерапията, масажа, ерготерапията.

Възможно е прилагането на ортопедична техника – бастун, промяна на петата на обувката, коригиращи подложки при варусна/валгусна деформация.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Цел на рехабилитацията: Възстановяване на функцията на колянна става и самостоятелността при ДЕЖ

Схема:

- Масаж
- Кинезитерапия
- Физиотерапия
- Ерготерапия

Задачи на масажа:

1. Рефлекторно да се повлияе на оздравителния процес.
2. Да се намали болката.
3. Да се подобрят кръво/лимфообращението на долния крайник.
4. Да се подобри трофиката на колянната става и на околоставните тъкани.
5. Да се преодолее мускулният дисбаланс около коляното.
6. Да се подобри подвижността на колянната става, както и функцията на долния крайник.
7. Да се повиши реактивността на организма

Методика на масажа:



- а) От изходна позиция лег с масажно валиче под коляното се прилага масаж на лумбо-сакралната област L₄ - S₃, общо поглаждане на долния крайник, масаж на седалищната област, на задната страна на бедрото, на подбедрицата и на коленната става;
- б) от изходна позиция тилен лег с масажно валиче под коляното се прилага общо поглаждане на долния крайник, масаж на предната страна на бедрото, на подбедрицата и на коленната става.

Масажът е подготвителен, основен и заключителен. Релаксиращ за скъсените мускули и мускули, склонни към скъсяване. Тонизиращ за мускулите с намален тонус и разтегнати такива. Отичащият масаж се съчетава с криотерапия за по-дълбоко въздействие и бърз резултат. Колкото температурата на тъканите спада по-бързо за единица време, толкова и спастичитетът и болката намаляват по-бързо. При всяка болка и контрактура тонусът се повишава. С намаляването на болката тонусът се понижава и обемът на движение се повишава.

Задачи на кинезитерапията:

1. Да се намали болката
2. Да се премахне отока
3. Да се увеличи мускулната сила на m.quadriceps femoris
4. Да се преодолее мускулният дисбаланс –хипотрофирал е m.

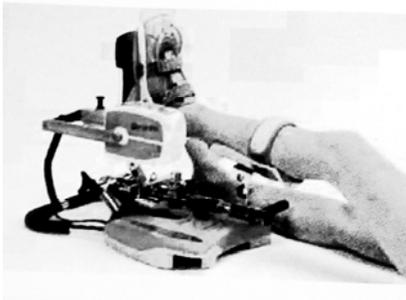
quadriceps femoris , tractus iliotibialis е склонен към скъсяване и повишаване на тонуса, а ишиокруралната мускулатура реагира с фасилитиране и адаптивно скъсяване

Методика на кинезитерапията:

Крайникът се поставя в отичаща позиция в тилен лег. Прилага се постизометрична релаксация (ПИР) за хипертоничните мускули - m. rectus femoris, m. triceps surae, m. piriformis, m. soleus и за ишиокрурална мускулатура с цел увеличаване обема на движение в ставата. Суспензия в фронтална и сагитална равнина. Правят се мобилизации на колянна става и на пателата за подобряване на ставната подвижност.



Активни в отворена и затворена кинетична верига, пасивни (може и с артромот), релаксиращи и дихателни упражнения от всички изходни позиции. Резистивни упражнения се назначават с цел възстановяване на мускулната трофика и сила. Упражнения с/на уреди и срещу съпротивление. Дават се изометрии за слабата мускулатура, велотренировка за укрепване на общото състояние, различни видове походки, пулритерапия и др.



Противопоказания и дозировка: Противопоказани са бягане, статично обременяване и подскоци. Някои от упражненията са подходящи за изпълнение и в домашни условия, което позволява да бъдат повторени за по-бързо функционално възстановяване.

От възможностите, които ни предлага **физиотерапията** можем да използваме – диадинамик, магнитно поле, интервак, ултразвук, електрофореза, както и подводен душов масаж. Всички те имат аналгетично, трофично, противовъзпалително, стимулиращо и антиспастично действие. В комбинация, дават търсеният от нас резултат.

И накрая, но не и на последно място по важност ще предложим и няколко ерготерапевтични метода за добър завършек на рехабилитационната програма.

Задачи на ерготерапията:

Ерготерапевтът съветва пациента относно извършване на домашните му задължения и на работното му място:

1. Динамичната работа е по-подходяща от статичната; помощните средства облекчават опорната работа;
2. Прилагане на методи пестящи силата и движенията;
3. Съобразяване с възможностите за натоварване;
4. При липса на болка да не се прекалява с натоварването, а да се щади ставата като се редуват натоварване с почивка;
5. При състояния на дразнене да се застава в подходящо физиологично положение.

Методика на ерготерапията:

Ерготерапията може да се прилага според индивидуалното състояние и стадия на ставното заболяване. Общата цел е запазване на работоспособността на пациента. В стадия на остро дразнене, характеризиращ се с клиничните белези на възпалението, не помага никаква двигателна активност. Грънчарското колело е подходящо за упражняване на флексията и екстензията в коляното. За удобство и по-голяма сигурност се поставят ръкохватки в банята, тоалетната и навсякъде в дома, където могат да се почувстват несигурни. Може да се намали височината на стъпалата и да се направи корекция на праговете. Препоръчително е използването на душ, не вана. За жените високия стол с инклинационна седалка и подлакътна опора е практично решение, за да могат да вършат домакинските си задължения. При тях е противопоказано носенето на обувки с високи токове!



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Под влияние на така проведеното лечение, субективните оплаквания намаляват, движенията се подобряват, болните се чувстват добре 5-6 месеца до една година. Това налага болните с гонартроза да провеждат поне веднъж годишно, а при някои случаи и два пъти годишно по един курс на комплексно физикално и кинезитерапевтично лечение.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Холевич, Я., Клинична ортопедия, София, Медицина и физкултура, 1988.
- [2] Костадинов, Д., Л. Николова, Ст. Банков, П. Слънчев, Физикалните фактори в комплексното лечение и рехабилитация на някои често срещани заболявания, София, Медицина и физкултура, 1980.
- [3] Попов, Н., Кинезиология и патокинезиология на опорно-двигателния апарат, София, НСА-ПРЕС, 2009.
- [4] Топузов, Ив., Ерготерапия част 2, София, РИК „Симел”, 2008.
- [5] Желев, В., Класически масаж при заболявания част 1, София, „Авангард Прима”, 2010.
- [6] Краев, Т., Н. Попов, Мануална мобилизация на периферните стави, София, ЕРСИД ООД, 2009
- [7] Димитрова, Е., Мускулна релаксация и стречинг в мануалната терапия, София, НСА-ПРЕС, 2008
- [8] Костадинов, Д., Физиотерапия, София, Медицина и физкултура, 1991.
- [9] Димитрова, Е., Н. Попов, Ръководство за упражнения по функционална диагностика на опорно-двигателния апарат, София, НСА-ПРЕС, 2006.
- [10] Михайлова, Н., Кинезитерапия при травматични увреждания на опорно-двигателния апарат, лекционен курс, Плевен, 2009-2010.

За контакти:

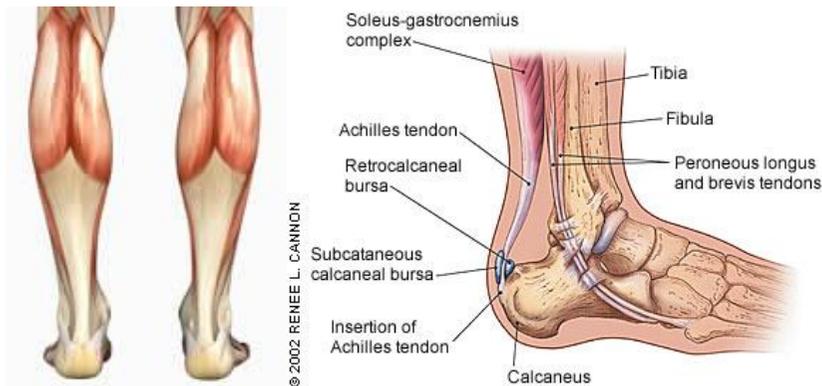
Вилияна Станчева, Медицински университет Плевен, Тел. 0894606267, e-mail: vivi_vp@abv.bg

Съвременно схващане за КТ лечение след оперативно възстановяване при руптура на Ахилесовото сухожилие

автор: Нина Михайлова, Десислава Тодорова
МУ- Плевен

ВЪВЕДЕНИЕ

Ахилесовото сухожилие представлява дебела, вървовидна лента от здрава фиброзна съединителна тъкан, намираща се отзад на глезена, която свързва мощните мускулни на прасеца към петната кост (os calcaneus).



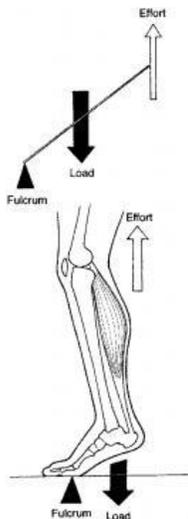
Ахилесовото сухожилие е най-мощното сухожилие в човешкото тяло. Когато *m. triceps surae* се съкрати, Ахилесовото сухожилие се опъва, дърпайки петата. Това съкращение осигурява заставането на пръсти при изправено положение на тялото. Функцията му е изключително важна за действия като ходене, бягане и скачане.



Биомеханика на повдигането на пръсти

M. triceps surae като цяло е най-мощният плантарен флексор, обезпечаващ около 80% от цялата мощ при това движение. Мощността му се дължи на сравнително голямо напречно сечение и относително дългото му рамо на действие. Максималното повдигане изисква едновременно действие на два въртящи момента – единият действащ в талокруралната, а другият в метатарзофалангеалните стави.

Плантарните флексори (основно *m. gastrocnemius*) предизвикват флексията в талокруралната става. Основният въртящ момент, осъществяващ повдигането на пръсти обаче е този, който предизвиква екстензиране в метатарзофалангеалните стави. Действието спрямо тази ос на движение, *m. gastrocnemius* работи в условията на лост от втори род, тъй като рамото му на действие е по-дълго от това на общият център на тежестта. Такова значително механично предимство се среща особено рядко в мускулно-скелетната система. Работейки в условията на лост от втори род, при повдигане на пръсти, *m. gastrocnemius* действа по начина, по който човек може да повдигне тежко натоварена ръчна количка.



Рамото му на действие е 3 пъти по-дълго от рамото на действие на гравитацията, то за да удължи тялото, повдигнато на пръсти, той трябва да развие тяга със стойност около 33% от тежестта на тялото. *M. gastrocnemius* обаче трябва да се съкрати с три пъти по-голяма дължина, отколкото повдига петата нагоре.

Този анализ подчертава важноста на максималната дорзална флексия в метатарзофалангеалните стави на пръстите. Причината не е само, че плантарните флексори използват опората върху главите на метатарзалните кости при повдигане на пръсти, за да увеличат рамото си на действие. Както бе споменато по-горе, екстензията в тези стави обтяга плантарната фасция и така подпомага стъпалните мускули да поддържат медиалния надлъжен свод и ригидността на предходилната част, така че стъпалото ефективно да удържи тежестта на тялото.

Характеристика на травмата

Тя настъпва като резултат от силна контракция на *m. gastrocnemius* или на *m. soleus*, най-често при възрастни хора с дегенеративни изменения в сухожилието и при такива, на които в миналото е прилагано локално кортикостероидно лечение. При млади, активни индивиди руптура може да настъпи от резки и значителни усилия при обременяване с тежестта на тялото. Разкъсването на Ахилесовото сухожилие е една от най-честите травми особено при спортисти. Спортове при които се регистрирва тази травма са предимно футбол, баскетбол, лека атлетика, волейбол и др.

Скъсването може да се осъществи при следните ситуации:

- ако направите силно отласкване с ходилото докато коляното е изправено от мощната бедрена м-ра (напр. старт на бягане);



- ако при внезапно препъване, бързо придвижите крака си напред, за да предотвратите падане, като по този начин силно се пререзагя сухожилието;

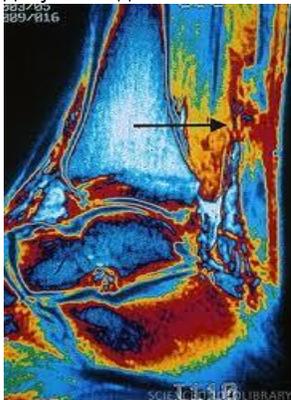
- при падане от значителна височина.

Тестове, показващи наличие на скъсано Ахилесово сухожилие:

- докато пациентът лежи по корем лекарят/кинезитерапевта стиска с ръка мускулите на прасеца и ако пръстите се отместят в посока към ходилото това означава, че сухожилието е все още е свързано към m. triceps surae;

- като пациента застане на пръсти на засегнатия крак. Невъзможността да извърши това движение е доказателство за скъсано ахилесово сухожилие;

Ултразвуково изследване и ядрено магнитен резонанс (ЯМР) могат да помогнат за поставянето на диагнозата при затруднение това да се направи с изброените дотук методи.



Разкъсването може да бъде частично или тотално. Според локализацията си, увредата може да е в долната му трета или в горната част при прехода към мускулната част. При частично разкъсване се прилага консервативно лечение. Тоталното разкъсване се третира хирургично чрез различни методи.

Лечение

Същността на хирургичното лечение е да се достигне чрез разрез до мястото на увреждането и зашиване на скъсаните краища. При оперативното лечение има относително по-малко случаи на повторно скъсване отколкото при консервативното лечение. При спортисти или хора с по-високо ниво на физическа активност, при тези, при които лечението или диагнозата са закъснели и в случаите на повторно скъсване, хирургичното лечение е за предпочитане. Рисковете, които то крие са резултат от оперативната намеса – проблем с упойката, инфекция на раната, кървене, случайна увреда на нерв в тази област и по-висока цена. Нехирургичното лечение се препоръчва при неспортуващи и възрастни с лошо общо състояние. Някои проучвания сочат, че ефектът от нехирургичното лечение по отношение на сила и функция е подобен на тези от хирургичното лечение. При нехирургичното лечение има риск от получаване на твърде удължено сухожилие със съответно недостатъчна обтегнатост, за да изпълнява правилно функцията си. Дългото обездвижване може да доведе до по-осезателна мускулна слабост. Рискът от настъпване на повторно скъсване е по-голям при нехирургичното лечение.

Кинезитерапевтичното лечение преминава през 2 преиода:

1 период Имобилизационен с две фази:

- максимална протекция – крачол за 20 дни;
- относителна протекция – ботуш за 20 дни;

2 период Следимобилизационен:

- ранна фаза – 1 месец след травмата;
- фаза на нервно-мускулно възстановяване – 2-3 месеца след травмата;
- фаза на активизиране на двигателния контрол – 4-5 месеца след травмата;
- фаза на адаптиране към спорта – 6 месец;
- фаза на поддържаща КТ.



Целта на КТ включва:

- възвръщане към ежедневието и спорта;
- създаване на еластично сухожилие, което се плъзга във влагалището;
- разкъсване на срастванията.

Задачи на КТ:

- психо-емоционално повлияване;
- профилактика на усложненията – сраствания и плоскостъпие;
- възстановяване на ОД в глезенната става и КС;
- преодоляване на мускулния дисбаланс с техники за релаксация за мускулите с повишен тонус и стимулиране на тези с понижен тонус;
- преодоляване хипотрофията на m. triceps surae;
- възстановяване опорната фаза, подобряване на равновесието и координацията.

Методическите указания за КТ са:

Упражненията се извършват от оточна изходна позиция. Постепенно увеличаване на дозировката на упражненията за възстановяване на подвижността и силата. Натоварването с уреди се допуска допускат при липса на оток и болка. При ходене в началото е удачно да се използва подложка под петата.



Средствата на КТ включват:

- Лечебен масаж с оточно, отлепващо и стимулиращо въздействие;
- Упражнения за глезенна става под вода;
- Ходене с две и едно помощни средства;
- Пасивни упражнения, постизометрична релаксация за плантарни сгъвачи на глезенна става и ишиокрурална мускулатура;
- Активно-аистирани и активни упражнения;
- Упражнения с уреди – пясъчни торбички, ластични ленти, платформа за сгъване-разгъване на глезенна става;





- Упражнения за засилване на дорзалните сгъвачи в глезенна става, на т. quadriceps femoris, на седалищните и коремни мускули, упражнения за поддържане на свода на ходилото;
- Изкачване и слизане по стълби или др височина, упражнение за равновесие върху стабилна и нестабилна опора при едно- и двустъпална опора;
- Подскоци върху топка и в различни посоки;
- Стречинг и трениране на съдовия тонус от неутрална изходна позиция.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Възстановяването след разкъсване на Ахилесовото сухожилие е продължителен процес, изискващ 6 месеца постепенно адаптиране на КТ към обичайната двигателна активност.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Н. Попов. Кинезиология и патокинезиология на опорно-двигателния апарат – София: НСА прес, 2009.
- [2] Попов Н. Кинезитерапия в спортната практика, обща методика – София: НСА прес, 2006.
- [3] Лекционен курс по ортопедия и травматология – кинезитерапия, Н. Михайлова

Тържество за посрещане на есента в Дом „Надежда”, гр. Русе

Михаела Тодорова, Ирина Минева,
Научен ръководител: ас. Ана Анчева

Celebration for meeting the autumn in orphanage "Nadezda", Rousse aims to diversify boring life of children in institutions. This will be achieved by using different thematic songs, poems and dances as well as the active participation of children in the organization and performance of various events.

Key words: children in institutions, autumn celebration, diversity

ВЪВЕДЕНИЕ

В България над 9000 деца се отглеждат в домове за деца лишени от родителска грижа. Тези домове наброяват 114. В община Русе има 3 такива дома, единият от които е за деца от 3 до 7 години – Дом за деца лишени от родителска грижа „Надежда”. В ДДЛРГ „Надежда”, гр. Русе са настанени 53 деца на възраст от 2 до 8 години. Разпределени са в четири групи – „Патешки истории”, „Мечо Пух”, „Смърфове” и „Барбарони”. В група „Мечо Пух” са настанени 7 деца с тежки физически и умствени увреждания от дома за деца с увреждане „Св. Петка”, с.Моголино. Останалите деца са разпределени в три групи по 10-15 деца. Този им брой спомага за по-лесното им отглеждане и възпитание, защото именно в тази възраст у децата се изграждат основните им навици и черти на характера. Разпределени са главно по възрастови признаци, но в случаите когато в дома са настанени братя и сестри е зачетено правото им да живеят заедно, независимо че са на различна възраст. Групите носят имена на приказни герои, персонала вярва че така се внася по голям уют в дома и това позволява всяка група да има свой облик .

За децата се грижи екип от 45 души, който включва директор, специален педагог, логопед, кинезитерапевт, медицинска сестра, социални работници и помощник-възпитатели. До преди няколко години в тези домове основни фигури са били педагозите, но след преминаването на домовете от системата на МОН към Министерството на труда и социалната политика основната роля вече е заета от социалните работници и възпитатели. Образователният процес е изнесен - 4 от децата ходят на училище, а 12 деца посещават предучилищна група към училището в което предстои да учат през следващата година. Останалите деца прекарват ежедневието си на територията на дома.

Освен дейностите свързани с образованието им, децата посещават и различни извънкласни дейности – народни танци, лека атлетика, гимнастика, английски език и пеене. Това е прекрасна възможност децата да развиват различни таланти. Въпреки това тези дейности не се посещават от всички деца, а само от определена група и голяма част от тях посещават всички дейности а други деца не са включени в нито една.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Въпреки тези разнообразни дейности, до които не всички имат достъп, децата не избират свободно с какви извънкласни дейности да посещават, а им се налагат от възпитателите. Ежедневието на останалите деца е сиво и еднообразно. За да се включат всички деца и да се внесе малко разнообразие и радост в ежедневието им се организира тържество по случай настъпващата есен. Освен промяна във всекидневието им, тържеството имаше за цел да подобри комуникацията между децата от различните групи и спомогне за разширяване на социалните им контакти.

Посрещането на есента съвпадна с практическото обучение на група студентки по Ерготерапия от Германия, които с радост взеха участие в организацията на развлечението. По случай тържеството децата, с помощта на обгрижващия

персонал, изработиха корони с различни есенни плодове и зеленчуци. Така чрез включването на децата в организацията на тържеството, той се превърна в очакван празник за тях, въпреки че не е обществено честван празник.

Тържеството беше организирано изцяло от студенти по Ерготерапия. Основната идея на тържеството бе породена от едно от заниманията в ателието по приложни изкуства, отново отгизирано от студентите по време на учебната им практика. В това занимание всички деца правиха заедно апликация върху голям лист с есенни листа, събрани от двора на дома.

За написването на сценария бе използвана част от стихотворението „Приказка за Есента“ на Иван Мишев. След написването му беше преминато на следващия етап - приготвянето на декорите и костюмите. Това включваше събиране на есенни листа, с които беше декорирана залата за тържеството; изработване на есенни листа от цветна хартия, с които бяха украсени роклята на Есента, костюма на месец Ноември и останалите студенти.



В тържеството освен студентите, активна роля имаха и децата. Те трябваше да повикат Есента и месец Ноември с предварително научени есенни песни в часовете по пеене. Ролите на Есента и месец Ноември бяха изпълнени от двама от студентите. След появата си, те им благодариха за хубавите песни и в стихотворна форма им разказаха как се променя природата през есента, и колко богатства носи със себе си. След това студентките от Германия поздравиха децата със традиционна немска есенна песен, изсвирена на флейта. Тържеството завърши с много танци, в които освен децата и студентите, се включи и персонала на ДДЛРГ „Надежда“. След тържеството Есента и месец Ноември дадоха на всяко дете хартиено листо с неговото име, към което беше прикрепено лакомство и се снимаха за спомен с децата от всяка група.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Организирането и провеждането на това тържество достави много приятни емоции, както на студентите, така и на децата. Чрез него се разнообрази всекидневието на децата, макар и за кратко. Подобни тържества не изискват много финансови средства, а повече време за подготовка, което демотивира обгрижващия персонал. След реструктурирането на домовете за деца фигурата на учителя е снижена до възпитател и детегледачка, което демотивира персонала и те нямат стимул да организират подобни мероприятия. Дългогодишната им работа в институции ги е научила да се предпазват от детското страдание в домовете, за разлика от студентите.

Учебна практика на специалността Ерготерапия е 6 часа седмично и това позволява студентите да станат част от ежедневието на децата в специализираните институции и да организират подобни мероприятия за всички деца. Ако децата бъдат включени в организацията, това от една страна ще спести част от

отговорностите на персонала и от друга ще стимулира интереса на децата към подобни мероприятия, както и развитие на умения у тях за работа в екип. Организирането на тези дейности е подходящо за студенти по време на тяхната учебна практика, както и доброволчески групи.

За контакти:

Ирина Минева, специалност Ерготерапия, II курс, Русенски университет „Ангел Кънчев”, тел: 0897841990; e-mail: lovemartin@abv.bg

Михаела Тодорова, специалност Ерготерапия, II курс, Русенски университет „Ангел Кънчев”, тел.: 0886925833 ; e-mail: mini_tosheva@abv.bg

Научен ръководител: ас. Ана Анчева, катедра Кинезитерапия, Русенски университет „Ангел Кънчев”; e-mail: aancheva@uni-ruse.bg

Въведение в изкуството на лечението чрез Рейки

Станислава Дочева, Лориана Нишанян, Владислав Ников

Научен ръководител: гл.ас. д-р Стефан Янев

Abstract: According to its followers, Reiki is a universal vital power, which can be used and with healing result. Anyone can gain access to this energy through the performed by the Reiki Master process of initiation, getting into mood. The followers of Reiki say that this is a holistic therapy that achieves the physical treatment, mental, emotional and spiritual level. It is believed that Reiki energy runs through the healer body and hands, and gets to the recipient or the places needing its power or treatment. The second level requires a different initiation and gives the skill for treatment of Reiki from a distance. The method includes the use of symbols which could fix a temporary connection between the healer and the recipient.

Key words: reiki treatment, energy transfer, effects of reiki, caress of aura, spiritual

ВЪВЕДЕНИЕ

Думата РЕЙКИ е с японски произход и се произнася като „Рей-Ки“. Рей се превежда като „мъдростта и познанието за цялата вселена“, а Ки се дефинира като енергия или жизнената сила, която тече във всяко живо нещо. Рейки е Универсална Животодаваща Енергия и може да бъде приложена при всякакви условия и ситуации, независимо от целите към които се стремим. Тя може да се използва от всеки и не е свързана със спазването на принципите и каноните на дадена религия. Според много автори (Мери Хол, Пенелепи Куест и др.) това е най-простият естествен лечебен метод.

При Рейки-процедурите не се налага терапевтът да вижда енергията, нито да се концентрира върху нея. За разлика от други методи на лечение, тук не е необходимо отстраняването или предаването на своя енергия. Рейки енергията балансира и хармонизира. Ако в една област е на лице твърде много енергия или няма достатъчно такава, то областта е с нарушено равновесие. Последното е предпоставка за развитието на различни по своя характер заболявания. В балансирано състояние индивидът има възможност да инициира процес на самолечение. Предаването на енергията се осъществява чрез поставянето на ръцете върху себе си или друг индивид.



През 1922 г., след 21-дневно уединение на пост, молитва и медитация в планината Курама, Д-р Микао Усуи открива Рейки. Усуи казва, че е получил

знанието за Рейки, както и духовната сила да прилага тази енергия и да инициира, да „настройва“ и другите към нея. През април 1922 г. Усуи се премества в Токио и основава Usui Reiki Ryoho Gakkai (Усуи Организация на Рейки Лечителите). В процеса на разработване на своята Рейки система, Усуи събира и адаптира древната мъдрост от японските етични, духовни и лечителски традиции.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Рейки въздейства на много нива – както физическото, така и умственото, емоционалното и духовното състояние могат да бъдат подсилени посредством Рейки енергията. Всеки един от нас е заобиколен от енергийно поле, което се нарича аура. Тя има много нива: емоционални, умствени и духовни. Вселената също е обхваната от аура, изградена от своите слоеве. Един от тях е именно Рейки. Това е метод, който със своето въздействие позволява на човешкия организъм да постигне или възвърне състоянието на мир и хармония, състояние което се дефинира като здраве или цялост. Всяка една болест се предизвиква в резултат на нарушено равновесие. Причината за болестта обикновено се търси на дълбоко, емоционално, умствено или духовно ниво. Например, ако винаги живеете живота си в страх, то дисбалансът може да се прояви в различни части на тялото ви. Една от най-често засяганите области е тази на сплъчевия сплит, тъй като страхът почти винаги атакува локализираната там енергия. В резултат на това стомахът става студен и стегнат. При хора, срещащи затруднения да изразят себе си, често се проявява стягане на енергията в областта на гърлото, т.е. рискът от заболяване е винаги по-голям в областите, които се характеризират с енергиен дисбаланс. Съществува пряка връзка между лечителя и реципиента. Хората, които предават Рейки енергията не са лечители, а канал или проводник за тази енергия. Лицата, които получават енергията достигат хармония и се излекуват по естествен начин. Реципиентът винаги е лечителят, той получава подкрепа в процеса на излекуване.

Според д-р Микао Усуи съществуват 5 духовни принципа на Рейки:

Принцип номер 1: Поне за днес ще оставя гнева

Да се остави гневът означава да се освободим от онова, което блокира способността ни да обичаме. Гневът е наистина ненужна емоция, която разрушава вътрешната ни хармония. Когато очакванията ни за нас и другите се провалят, когато нашите нужди и желания не са удовлетворени, това ни разгневява. В повечето случаи този гняв наранява нас самите повече, отколкото другите.

Принцип номер 2: Поне за днес ще оставя безпокойството

Безпокойството е фактор, който създава ограничения за нас самите, а това не ни позволява да се освободим и доверим. Според д-р Усуи човек трябва да загърби безпокойството и да следва определения от вселената ред.

Принцип номер 3: Днес ще преброя всички мои дарове.

Преброяването на нашите дарове означава отдаване на признателност за цялото изобилие в живота ни. Признаването и благодарността за всеки един от нашите дарове, било то големи или малки, привлича още дарове към нас страхът ни от недостиг не ни позволява да приемем онова, което по право ни принадлежи.

Принцип номер 4: Днес честно ще свърша работа си

Ако сме честни към себе си и приемаме истината във всяко нещо, можем да изживеем наистина един хармоничен живот. Истината носи яснота, която ражда баланс както във нашия живот, така и в този на околните.

Принцип номер 5: Днес ще бъда добър към всяко живо същество

Когато обичаме и сме добри към всички живи същества, изпитваме чувство за единност. Всички ние сме с еднакъв произход, така че когато приемем самите себе си, тогава ще можем да приемем и другите.

Практикуването на лечебния метод Рейки е продължителен процес, включващ 4 степени.

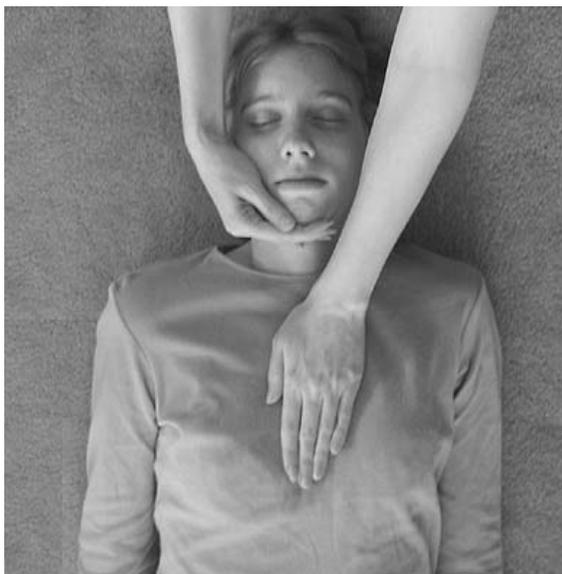
1 степен: При тази първа степен четири от енергийните центрове (чакри) се пробуждат отново и настройват. Настройките на първото ниво са насочени предимно върху физическото тяло.

2 степен: Акцентира се върху усъвършенстването на етерното вместо на физическото тяло. Стимулира се интуитивния център, който се локализира във хипофизата - т.н. телепатичен център на тялото.

3 степен: Настройват се по нисши енергийни центрове. Това е първата стъпка към ставането на рейки - майстор. Започва се програма за чиракуване на някой рейки майстор в продължение на 2 години.

4 степен: Вече сте инициран за Рейки-майстор.

Провеждането на Рейки процедури е свързано с точно определени принципи на работа.



- предварителен вербален контакт с реципиента - разговорът с пациента е задължителен с цел уточняване на физическия и/или емоционалните дисбаланси. Прилага се необходимия брой лечебни сеанси за постигане на желанния ефект. Препоръчително е приемане на големи количества вода не по-малко от 2 литра на ден, за да се подпомогнат естествените процеси детоксикация.

- обстановка за лечение - Рейки действа навсякъде, но е желателно да има специално място, което да предразполага към спокойствие и непринуденост.

- оборудване – препоръчва се наличието на маса за масаж, която да е с подходяща височина. Това ще осигури удобство както за терапевта, така и за реципиента и продължителността на процедурата може да се удължи значително.

- хигиена — задължително е измиването на ръцете преди или след лечението, тъй като те са основния елемент, осигуряващ баланса в Рейки-процедурите.

- разговор по време на лечението - спокойния и непринуден разговор може да стимулира курса на провежданата терапия. Емоционалните дискусии трябва да се избягват, за да не се предизвика ненужно напрежение.

- чувствителност към болката на реципиента — обикновено терапевтът чувства болка в същата област на тялото си, както и реципиента. Нивото на това чувство е индикатор за количеството енергия, което е необходимо за постигане на баланс в областта, в която се локализира болката

- времетраене на лечението — най-често е необходим около час, за да се третира цялото тяло в случаите, когато се работи с дадена област от тялото на човек продължителността на сеанса се ограничава до 20-30 минути.

Лечение на предната страна на тялото.



Номер 1: поставете леко свитите в шепи ръце върху двете очи, като основата на всяка длан се опира внимателно върху челото, но без пръстите да докосват лицето - дръжте ги на разстояние около 5 см. След 3 до 5 мин. ръцете се преместват една по една към позиция 2. Поставете леко свитите ръце върху двете уши като основата на всяка длан почива внимателно отстрани на главата. Върховете на пръстите са приблизително на нивото на месестата част на ушите. Пръстите да не докосват лицето и да са поне на 5 см. след 3-5 мин. преместете ръцете една по една към позиция 3. Позиция 3 – тил - двете ръце се поставят внимателно под главата с дланта нагоре, кутретата на терапевта да се докосват, върховете да са приблизително на нивото на основата на черепа, задържа се 2-5 мин. след което двете ръце се издърпват едновременно внимателно и бавно. Главата на реципиента се отпуска обратно на възглавницата. Ръцете се преместват към позиция 4 – врат - ръцете се поставят от двете страни на врата с дланите навътре, а кутретата са на раменете на клиента. Пръстите на терапевта не трябва да докосват шията на човека тъй като това го кара да се чувства притиснат и застрашен. Разстоянието между ръцете ви и врата на пациента е поне 10 см. Задържете това положение 3-5 мин, а после ръцете се придвижат една по една към позиция 5 – гърди - ръцете се поставят върху гърдния кош по формата на буквата ж основата на всяка длан се полага върху съответната клавикула, ръцете се поставят изпуснати върху гърдите, пръстите се насочват диагонално към стернума в средата на гърдния кош. Задържете ръце в това положение 3-5 мин., а после ги одръпнете внимателно и се преместете отстрани на пациента. Позиция 6 - слънчев сплит – двете ръце се поставят една зад

друга върху тялото с пръстите навън върху слънчевия сплит, така че едната ръка да е от лявата страна на тялото, другата да е от дясната. Задръжте тази позиция 3-5 мин, а после ги преместете една по една към позиция седем - кръст. Двете ръце на терапевта са върху тялото на реципента една зад друга, пръстите са насочени навън върху кръста като една страна да е върху лявата половина на тялото, а другата върху дясната. Задръжте в тази позиция 3-5 мин, след което ръцете се преместват една по една към позиция 8-таз. Ръцете се поставят върху двете бедрени кости едната ръка се поставя с насочени надясно пръсти, другата с насочени наляво пръсти, задръжте тази позиция 3-5 мин, а после отдръпнете ръцете си.

Подготовка за работа на гърба

Когато приключите с първите 8 позиции на ръцете, които покриват главата и лицевата страна на тялото, ще трябва да помолите вашият клиент да се обърне и да легне по корем. На този етап човекът сигурно ще е много отпуснат и може дори да спи, затова трябва да проявите любезност и деликатност. Потупайте го или го погалете по рамото, произнесете тихо името му и го помолете да се обърне. Помогнете му, ако трябва, и не забравяйте да преместите възглавницата, която дотогава е била под коленете му – сега трябва да я поставите под глезените му.

Уверете се, че главата му е удобно наместена – ако разполагате с терапевтична кушетка с поставка за главата, клиентът може да го използва, но някои хора не се чувстват добре в това положение. Главата може да се положи настрани или върху едната ръка – оставете клиента да намери положението, което му е най-удобно, а когато се настани, започнете да работите върху задната страна на тялото.

Позиции на ръцете за третиране на заданата страна на тялото:

* двете рамене могат да се третират едновременно или поотделно. Ако предпочитате да седите или да стоите зад главата на клиента, поставете ръцете върху двете рамена, така че основата на дланта да почива върху рамото, а върховете на пръстите да са насочени към гърба. Задръжте това положение 3-5 минути, а после отместете внимателно ръцете си и се преместете странично на тялото на пациента за следващата позиция.

* всяко рамо може да се третира поотделно, което е добре за хората, подложени на голям стрес. Ако предпочитате да седите или да стоите зад главата на клиента, поставете двете ръце една до друга върху едното рамо и задръжте в тази позиция 3-5 минути. След това внимателно преместете ръцете една по една и ги поставете една до друга върху другото рамо. Задръжте 3-5 минути, а след това отдръпнете полека ръце и застанете в страни от клиента за следващата позиция.

* за да работите върху двете рамене едновременно, докато седите или стоите в страни от клиента, поставете едната ръка върху лявото рамо, а другата върху дясното. Това може да изисква известно протегане, затова се уверете, че не ви коства голямо усилие, в противен случай изберете първата позиция. Задръжте положението 3-5 минути, после преместете бавно ръцете една по една към следващата позиция.

* застанете до човека и полека, без натиск, поставете ръцете една пред друга, с допелени до гърба длани, по средата между рамената и талията. Ръцете трябва да се намират от двете страни на тялото, като пръстите и на двете да сочат навън от вас. Прието е да се оставя разстояние между двете ръце там, където минава гръбнакът. Задръжте това положение 3-5 минути и после преместете ръцете една по една към следващата позиция.

* поставете внимателно двете ръце една пред друга, както преди, с опънати длани и насочени навън пръсти, върху кръста на човека, така че да са покрити и двете страни на тялото, като оставите малка празнина между ръцете си за гръбнака.

Задръжте това положение 3-5 минути, после преместете ръцете си една по една към следващата позиция.

* поставете внимателно ръцете си върху седалището, с изпънати длани, обърнати в една и съща посока, като оставите малка празнина за гръбнака. Задръжте това положение 3-5 минути, после внимателно и бавно отдръпнете ръцете си и ако няма да третирате задната страна на краката и стъпалата, се върнете до главата на клиента, за да започнете да поглаждате аурата му.

* можете да поставите внимателно ръцете си върху седалището, с опънати длани, едната обърната във вашето ляво, а другата във вашето дясно. Задръжте положението 3-5 минути, после внимателно и бавно отдръпнете ръцете си и ако няма да третирате задната страна на краката и стъпалата, се върнете до главата на клиента, за да започнете да поглаждате аурата му.

Поглаждане на аурата

Целият сеанс приключва като се поглади три пъти аурата на човек. По време на целия сеанс Рейки е активирала и изтласкала негативните енергии от физическото тяло към аурата, откъдето те могат да бъдат освободени, и това може да има дразнещо въздействие върху самата аура, ако енергиите бъдат оставени там. Поглаждането на аурата помага на енергиите да се уталожат и може да отстрани всяка негативна енергия, която продължава да се държи за вътрешните слоеве на аурата. Същевременно това помага на клиента да започне да се събужда след дълбоката релаксация по време на сеанса.



Винаги започвайте от главата и продължете надолу по тялото, защото това следва естествения поток на Ки и действа успокояващо на клиента. Всяка друга посока може да има обратен ефект. Започнете над темето и като държите ръцете си на около 30 см. над тялото, следвайте очертанията му надолу до краката, а после изтръскайте ръцете си надолу, под краката, за да разпръснете всяка негативна енергия. Повторете цялата процедура три пъти.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Способността да се отдава Рейки е по-скоро резултат от получаването на настройка, отколкото от усилията да развиваме тази способност чрез медитация или други техники.

Всички Рейки техники са част от една приемствена линия, затова се предават от учител на ученик, чрез инициация, като в началото на тази линия е този, който пръв е получил техниката по канала.

Рейки не се нуждае от насочване на енергията чрез човешкия ум, тъй като тя се насочва от по-висша сила, която знае каква вибрация или комбинация от вибрации е необходима и по какъв начин трябва да се процедира.

Рейки никога не може да причини вреда.

За контакти:

Лориана Нишанян, РУ „Ангел Кънчев”, катедра Кинезитерапия,
Станислава Дочева, РУ „Ангел Кънчев”, катедра Кинезитерапия,
Владислав Ников, РУ „Ангел Кънчев”, катедра Кинезитерапия,

Научен ръководител: Гл.ас. д-р Стефан Янев, РУ „Ангел Кънчев”, катедра Кинезитерапия, тел.: 0887385849, e-mail: jane6_bg@yahoo.com

**РУСЕНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
“АНГЕЛ КЪНЧЕВ”**



**СТУДЕНТСКА НАУЧНА
СЕСИЯ
СНС'12**

П О К А Н А

**Русе, ул. "Студентска" 8
Русенски университет
"Ангел Кънчев"**

Факултет „Обществено здраве“

**СБОРНИК ДОКЛАДИ
на
СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ – СНС'11**

Под общата редакция на:
д-р Стефан Янев

Отговорен редактор:
доц. д-р Ангел Смрикаров

Народност българска
Първо издание

Формат: А5
Коли: 7.5
Тираж: 20 бр.

ISSN 1311-3321

ИЗДАТЕЛСКИ ЦЕНТЪР
на Русенския университет “Ангел Кънчев”