ISSN 1311-3321 (print)
ISSN 2535-1028 (CD-ROM)
ISSN 2603-4123 (on-line)

UNIVERSITY OF RUSE "Angel Kanchev"
РУСЕНСКИ УНИВЕРСИТЕТ "Ангел Кънчев"

BSc, MSc and PhD Students & Young Scientists
Студенти, докторанти и млади учени

PROCEEDINGS

Volume 59, book 8.5.
Health Promotion and Social Work, Health Care

НАУЧНИ ТРУДОВЕ

Том 59, серия 8.5.
Промоция на здравето и социални дейности, Здравни грижи

Ruse
Русе
2020

Volume 59 of PROCEEDINGS includes the papers presented at the scientific conference RU & SU'20, organized and conducted by University of Ruse "Angel Kanchev" and the Union of Scientists - Ruse. Series 8.5. contains papers reported in the Health Promotion and Social Work, Health Care section.

Book	Code	Faculty and Section
Faculty of Public Health and Health Care		
8.1	FRI-K.201-1-HP	Health Promotion
8.2	FRI-2.107-1-SW	Social Work
8.3	FRI-2B.107-1-MCDA	Medical and Clinical Diagnostic Activities
8.4	FRI-2G.104-1-HC	Health care
8.5	THU-ONLINE-SSS-HP	Health Promotion
	THU-ONLINE-SSS-SW	Social Work
	WED-ONLINE-SSS-HC	Health care

The papers have been reviewed.

ISSN 1311-3321 (print)
ISSN 2535-1028 (CD-ROM)
ISSN 2603-4123 (on-line) Copyright © authors

The issue was included in the international ISSN database, available at https://portal.issn.org/.
The online edition is registered in the portal ROAD scientific resources online open access

PROGRAMME COMMITTEE

- **Prof. Amar Ramdane-Cherif**
  University of Versailles, France
- **Assoc. Prof. Manolo Dulva HINA**
  ECE Paris School of Engineering, France
- **Prof. Leon Rothkrantz**
  Delft University of Technology, Netherlands
- **Assoc. Prof. Antonio Jose Mendes**
  University of Coimbra, Portugal
- **Prof. Ville Leppanen**
  University of Turky, Finland
- **Assoc. Prof. Marco Porta**
  University of Pavia, Italy
- **Prof. Douglas Harms**
  DePauw University, USA
- **Prof. Zhanat Nurbekova**
  L.N. Gumilyov Eurasian National University, Nur Sultan, Kazakhstan
- **Prof. Mirlan Chynybaev**
  Kyrgyz State Technical University, Bishkek, Kyrgyzstan
- **Prof. Ismo Hakala, PhD**
  University of Jyväskylä, Finland
- **Prof. Dr. Artur Jutman**
  Tallinn University of Technology, Estonia
- **Prof. RNDr. Vladimir Tvarozek, PhD**
  Slovak University of Technology in Bratislava, Bratislava, Slovakia
- **Doc. Ing. Zuzana Palkova, PhD**
  Slovak University of Agriculture in Nitra, Nitra, Slovakia
- **Andrzej Tutaj, PhD**
  AGH University of Science and Technology, Krakow, Poland
- **Prof. Valentin NEDEFF Dr. eng. Dr.h.c.**
  "Vasile Alecsandri" University of Bacău, Romania
- **Dr. Cătălin POPA**
  "Mircea cel Bătrân" Naval Academy, Constantza, Romania
- **Prof. dr Larisa Jovanović**
  Alfa University, Belgrade, Serbia
- **Prof. dr hab. Edmund LORENCOWICZ**
  University of Life Sciences in Lublin, Poland
- **Assoc. Prof. Ion MIERLUS - MAZILU, PhD**
  Technical University of Civil Engineering, Bucharest, Romania
- **Prof. Dojčil Vojvodić PhD**
  Faculty of Philosophy, University of Novi Sad, Serbi
- **Assoc. Prof. Alexandrache Carmen, PhD**
  Departament of Teacher Training, "Dunarea de Jos", Galati University, Romania
- **Prof. Alberto Cabada**
  University of Santiago de Compostela, Faculty of Mathematics, Santiago de Compostela, Spain
- **Kamen Rikev, PhD**
  Institute of Slavic Philology, Maria Curie-Skłodowska University in Lublin, Poland
- **Dra. Clotilde Lechuga Jiménez, PhD**
  Education Science Faculty (Teatinos Campus), University of Malaga (Spain)
- **Assoc. Prof. Despina Sivevska, PhD**
  Faculty of Educational Sciences, University "Goce Delcev"-Stip, Macedonia

- **Liqaa Habeb Al-Obaydi, PhD**
  English Department, College of Education for Human Sciences, University of Diyala, Iraq
- **Prof. Igor Kevorkovich Danilov, DSc**
  Yuri Gagarin State Technical University of Saratov, Russia
- **Prof. Aleksander Valentinov Sladkowski, DSc**
  Silesian University of Technology, Poland
- **Prof. Dr. Vera Karadjova**
  "St. Kliment Ohridski" University – Bitola, Faculty of tourism and hospitality – Ohrid, Republic of North Macedonia
- **Prof. Dr. Aleksandar Trajkov**
  "St. Kliment Ohridski" University - Bitola, Faculty of tourism and hospitality – Ohrid, Republic of North Macedonia
- **Prof. Dr. Petar Pepur**
  University of Split, Croatia
- **Prof. Dr. Korhan Arun**
  Namik Kemal University, Tekirdağ, Turkey
- **Prof. Yuliya Yorgova, PhD**
  Burgas Free University, Bulgaria
- **Prof. Claudia Popescu, PhD**
  Bucharest University of Economic Studies, Romania
- **Prof. Dr. Gerhard Fiolka**
  University of Fribourg, Switzerland
- **Prof. Haluk Kabaalioglu, PhD**
  Yeditepe University, Turkey
- **Prof. Silva Alves, PhD,**
  University of Lisbon, Portugal
- **Hanneke van Brugge, DHC mult**
  Appeldoorn, The Netherlands
- **Prof. Nino Žganec, DSc**
  President of European Association of Schools of Social Work, University of Zagreb, Croatia
- **Prof. Violeta Jotova, MD, DSc**
  Direction Pediatrics at St. Marina University Hospital - Varna, Bulgaria, Chair ESPE Postgraduate Qualification Committee
- **Prof. Tanya Timeva, MD, PhD**
  Obstetrics and Gynecology Hospital "Dr. Shterev", Sofia, Bulgaria
- **Prof. Kiril Stoychev, PhD**
  Institute of Metal Science, Equipment and Technologies "Acad. A. Balevsci" with Haydroaerodinamics centre – BAS, Bulgaria
- **Assoc. Prof. Mark Shamtsyan, PhD**
  Technical University, Saint Petersburg, Russia
- **Assoc. Prof. Oleksii Gubenia, PhD**
  National University of Food Technologie, Kiev, Ukraine
- **Assoc. Prof. Olexandr Zaichuk, DSc**
  Ukrainian State University of Chemical Technology, Dnepropetrovsk, Ukraine
- **Prof. Eugene Stefanski, DSc**
  Samara University, Russia
- **Doc. Dr Tatiana Strokovskaya**
  International University of Nature "Dubna", Dubna, Russia
- **Prof. DSc. Petar Sotirow**
  Maria Curie-Sklodowska University of Lublin, Poland
- **Prof. Papken Ehiasar Hovsepian**
  Sheffield Hallam University, Sheffield, UK

- **Accos. Prof. Krassimir Dochev Dochev, PhD**
  University of Portsmouth School of Engineering, UK
- **Mariana Yordanova Docheva, PhD**
  University of Portsmouth School of Engineering, UK
- **Assoc. Prof. Ivan Antonov Lukanov, PhD**
  University of Botswana, Faculty of Engineering and Technology, Gaborone, Botswana
- **Assoc. Prof. Petko Vladev Petkov, PhD**
  Research Associate Cardiff University, UK
- **Prof. Stepan Terzian DSc**
  Bulgarian Academy of Science, Bulgaria
- **Prof. Dr. Gabriel Negreanu**
  University Politehnica of Bucharest, Romania

ORGANISING COMMITETE

♦ ORGANIZED BY: UNIVERSITY OF RUSE (UR) AND UNION OF SCIENTISTS (US) - RUSE

♦ ORGANISING COMMITTEE:

- **Chairperson:**
  COR. MEM Prof. Hristo Beloev, DTSc – Rector of UR, Chairperson of US - Ruse
- **Scientific Secretary:**
  Prof. Diana Antonova PhD, Vice-Rector Research,
  dantonova@uni-ruse.bg, 082/888 249
- **Members:**
  - **Agricultural Machinery and Technologies, Agrarian Sciences and Veterinary Medicine**
  - **Maintenance and Reliability**
  - **Thermal, Hydro- and Pneumatic Equipment**
  - **Ecology and Conservation**
  - **Industrial Design**
    Assoc. Prof. Plamen Manev,
    pmanev@uni-ruse.bg, 082 888 542
  - **Contemporary Foreign Language Teaching; Didactics, Pedagogy and Psychology;** (16.10., Silistra)
    Assoc. Prof. Diana Zhelezova-Mindizova, PhD,
    dmindizova@uni-ruse.bg
  - **Linguistics; Theory of Literature and History; Philosophy** (16.10., Silistra)
    Assoc. Prof. Rumyana Lebedova, PhD,
    rlebedova@uni-ruse.bg
  - **E-Learning; Energy Effectiveness; Natural Sciences; Technical Sciences; Mathematics and Informatics** (16.10., Silistra)
    Pr. Assist. Evgenia Goranova, PhD,
    egoranova@uni-ruse.bg
  - **Chemical Technologies** (06-07.11., Razgrad)
  - **Biotechnologies and Food Technologies** (06-07.11., Razgrad)
    Assoc. Prof. Tsvetan Dimitrov, PhD,
    conf_rz@abv.bg, 0887 631 645
  - **Mechanical Engineering and Machine-building Technologies**
    Assoc. Prof. Dimitar Dimitrov, PhD,
    ddimitrov@uni-ruse.bg, 0886 474 834, 082/888 653
  - **Electrical Engineering, Electronics and Automation**
    Assoc. Prof. Boris Evstatiev, PhD,
    bevstatiev@uni-ruse.bg, 082 888 371
  - **Communication and Computer Sysytems**
    Assoc. Prof. Galina Ivanova, PhD, giivanova@uni-ruse.bg, 082 888 855
    Pr. Assist. Ivanka Tsvetkova, PhD, itsvetkova@uni-ruse.bg, 082 888 836
  - **Transport and Machine Science**
    Assoc. Prof. Simeon Iliev, PhD,
    spi@uni-ruse.bg, 082 888 331

- **Sustainable and intelligent transport systems, technologies and logistics**
  Prof. Velizara Pencheva, PhD,
  vpencheva@uni-ruse.bg, 082 888 558, 082 888 608
- **Economics and Management**
  Pr. Assist. Miroslava Boneva, PhD, mboneva@uni-ruse.bg, 082/888 776
  Pr. Assist. Elizar Stanev, PhD, estanev@uni-ruse.bg, 082/888 703
- **European studies, security and international relations**
  Prof. Vladimir Chukov, DSc, vlachu1@gmail.com, +359 82 825 667
  Assoc. Prof. Mimi Kornazheva, PhD, mkornazheva@uni-ruse.bg, +359 82 825 667
- **Mathematics, Informatics and Physics**
  Prof. Tsvetomir Vasilev, PhD,
  tvasilev@uni-ruse.bg, 082/888 475
- **Education – Research and Innovations**
  Assoc. Prof. Emilia Velikova, PhD,
  evelikova@uni-ruse.bg, 0885 635 874
- **Pedagogy and Psychology**
  Assoc. Prof. Bagryana Ilieva, PhD,
  bilieva@uni-ruse.bg 082 888 219
- **History, Ethnology and Folklore**
  Pr. Assist. Reneta Zlateva, PhD
  rzlateva@uni-ruse.bg, 082/888 752
- **Linguistics, Literature and Art Science**
  Assoc. Prof. Velislava Doneva, PhD,
  doneva_v@uni-ruse.bg, 0886 060 299
- **Health Promotion**
  Assoc. Prof. Irina Karaganova, PhD,
  ikaraganova@uni-ruse.bg, 0882 895 149
- **Social Work**
  Prof. Sasho Nunev DSc,
  snunev@uni-ruse.bg, 0886 802 466
- **Medical and clinical diagnostic activities**
  Assoc. Prof. Nikola Sabev, DSc,
  nsabev@uni-ruse.bg, 0882 123 305
- **Health Care**
  Pr. Assist. Greta Koleva, PhD,
  gkoleva@uni-ruse.bg, 0882 517 173
- **Law**
  Assoc. Prof. Elitsa Kumanova, PhD,
  ekumanova@uni-ruse.bg, 0884 980 050
- **National Security**
  Assoc. Prof. Milen Ivanov, PhD,
  poligon@abv.bg, 082 888 736
- **Quality of Higher Education**
  Assoc. Prof. Emil Trifonov, PhD, e_trifonov@abv.bg
  Daniela Todorova, dtodorova@uni-ruse.bg, 082 888 378.

- **REVIEWERS:**

Assoc. Prof. Boryana Todorova, PhD
Assoc. Prof. Kremena Miteva, PhD
Assoc. Prof. Kristina Zaharieva, PhD
Assoc. Prof. Nikolinka Angelova, MD, PhD
Assoc. Prof. Rositsa Doinovska, PhD
Assoc. Prof. Silviya Krushkova, PhD
Assoc. Prof. Teodora Eftimova, PhD
Pr. Assist. Prof. Denitsa Vassileva, PhD

HEALTH PROMOTION SECTION

Content

1. **THU-ONLINE-SSS-HP-01** 15
Opportunites for Kinesitherapy in Conservative Treatment for Coxarhrosis
Ailya Yashar, Seda Sevgin, Berna Ibrahimova, Petya Parashkevova

2. **THU-ONLINE-SSS-HP-02** 26
The Role of the Physical Therapy for Degenerative Changes in the Knee Joint
Vladimir Krastev, Assist. Prof. Stanislava Bogomilova

3. **THU-ONLINE-SSS-HP-03** 30
Osteoporosis. Risk Factors and Prevention
Aylin Marinova, Burcin Sabri, Efrahim Erdjan, Radoslava Deleva

4. **THU-ONLINE-SSS-HP-04** 37
The Place of Kinesitherapy for Degenerative Changes in the Shoulder Joint
Valentin Velchev, Stanislava Bogomilova

5. **THU-ONLINE-SSS-HP-05** 43
Physical therapy for Cervical Spine Degenerative Disc Disease
Nina Velikova, Sevilyay Sally, KosaraAndreeva, Irina Karaganova

6. **THU-ONLINE-SSS-HP-06** 51
Physical therapy as a Part of the Complex Treatment of Gonarhrosis
Boryana Petrova, Gabriela Krumova, Lyudmila Vlaeva, Ivelina Stefanova

7. **THU-ONLINE-SSS-HP-07** 56
Chronic Obstructive Pulmonary Disease – Physiotherapy
Eren Shanlameral, Altan Yozgyur, Yozge Kara, Stefka Mindova

8. **THU-ONLINE-SSS-HP-08** 63
Metabolism and Energy Balance – Factors Which Have an Impact on Body Weight
Simona Seleva, Vanya Dacheva

9. **THU-ONLINE-SSS-HP-09** 67
Manual Therapy – Principles, Rules and Recommendations
Mirsat Ayhan, Aykut Adilov, Stefka Mindova

10. **THU-ONLINE-SSS-HP-10** 74
Modern Kinesitherapeutic Approaches in the Recovery of Patiens after Knee Endoprothesis
Syuleyman Syuleyman, Stefan Gospodinov, Alexandr Tanasov, Ivelina Stefanova

11. **THU-ONLINE-SSS-HP-11** 80
Modern Aspects of Kinesitherapy for Chronic Pain in the Thoracolumbar Spine
AlexanderMinchev, Alexandra Alexandrova, Slavena Mihailova, Alexander Andreev

12. **THU-ONLINE-SSS-HP-12** 88
Physical therapy after Surgery in Omarthrosis
Ana-Maria Kalcheva, Dobromira Dimitrova, Mircho Mirchev, Yuliana Pashkunova

13. **THU-ONLINE-SSS-HP-13** 92
Contemporary Views of Physiotherapy in Lumbar Spondylosis
Rositsa Stoycheva, Eleonora Dimitrova, Burchin Sevginova, Stefka Mindova

14. **THU-ONLINE-SSS-HP-14** 101
The Impact of Autism on the Daily Occupations of School-aged Children
Anna Bisset, Georgi Milkov, Petya Mincheva

15. **THU-ONLINE-SSS-HP-15** 107
Occupational Therapy Identity in European Perspective International Student Exploration
Albena Way, Liliya Todorova

16. **THU-ONLINE-SSS-HP-16** 112
Creative and Physical Activities in Occupational Therapy Intervention for Mental Health
Kristina Piliova, Elis Erginova, Liliya Todorova

17. **THU-ONLINE-SSS-HP-17** 116
Importance of Outdoor Activities and Dog-assisted Therapy for Children with Special Needs
Hristiana Grigorova, Nilqi Mustafa, Elitsa Velikova

18. **THU-ONLINE-SSS-HP-18** 121
Exchange of Student Experience in Education through Participation in International Project
Viktoria Ivanova, Liliya Todorova

19. **THU-ONLINE-SSS-HP-19** 122
Significance of the Use of Aids by Children with Cerebral Palsy
Elizabet Stoqnova, Elitsa Velikova

20. **THU-ONLINE-SSS-HP-20** 129
Organisations Supporting Individuals with Intellectual Disabilities in Belgium
Maria Chondrodimou, Liliya Todorova

21. **THU-ONLINE-SSS-HP-21** 135
Accents in Occupational Therapy Assessment of Arthritis
Victoria Ivanova, Petya Mincheva

SOCIAL WORK SECTION

Content

1. **THU-ONLINE-SSS-SW-01** 141
Social Work in the US-training of Social Workers in 1900-1920 – Mary Ellen Richmond
Svetlina Karapetrova, Sasho Nunev
2. **THU-ONLINE-SSS-SW-02** 145
Internet Dependency – Predisposition, Attitudes, Behavior – Focus on Digital Dependence
Svetlina Karapetrova, Sasho Nunev
3. **THU-ONLINE-SSS-SW-03** 152
Social Work with Children at Risk
Burchin Ahmedova, Sasho Nunev
4. **THU-ONLINE-SSS-SW-04** 157
Social Work with Groups – Nature, Content and Technological Features and Principles
Burchin Ahmedova, Sasho Nunev
5. **THU-ONLINE-SSS-SW-05** 162
Social Work with Groups and the Social Workre's Strategy – Focusing on Certain Elements
Sevgi Hulmi, Sasho Nunev
6. **THU-ONLINE-SSS-SW-06** 167
Social Work with Groups – Nature, Conect, Thechnological Features and Principles
Stanislava Stoqnova, Sasho Nunev

HEALTH CARE SECTION

Content

1. **WED-ONLINE-SSS-HC-01** 172
Cystic fibrosis-awareness and medicosocial problems
Simona Nedelcheva, Despina Georgieva

2. **WED-ONLINE-SSS-HC-02** 177
The disease process and related individual, psychological and social factors
Miroslava Ilieva, Despina Georgieva

3. **WED -SSS-HC-03** 183
Autism and social interaction
Irina Todorova, Daniela Konstantinova

4. **WED-ONLINE-SSS-HC-04** 187
Toxic epidermal necrolysis /LYELL, S syndrome/
Nina Vasileva, Daniela Konstantinova

5. **WED-ONLINE-SSS-HC-05** 191
Workplace stress and its consequences
Selin Mehmed, Irina Hristova

6. **WED-ONLINE-SSS-HC-06** 197
Quality of life and health care in patients with the Parkinson's disease
Margarita Bankova, Irina Hristova

7. **WED-ONLINE-SSS-HC-07** 203
Depression in our everyday life
Gabriela Emilova, Teodora Todorova

8. **WED-ONLINE-SSS-HC-08** 208
Hemodialysis is a unique, life-saving treatment
Elena Andonova, Teodora Todorova, Dobrin Paskalev

9. **WED-ONLINE-SSS-HC-09** 213
Viruses in the contemporary
Miroslava Ilieva, Kina Velcheva

10. **WED-ONLINE-SSS-HC-10** 221
Prevention of viral diseases
Miroslava Ilieva, Kina Velcheva

11. **WED-ONLINE-SSS-HC-11** 228
Obstetric care at placenta praevia
Nazan Terzi, Tsveta Hristova

12. **WED-ONLINE-SSS-HC-12** 234
Burnout – syndrome of occupational exhaustion in medical professions
Ventsislava Raykova, Kader Zayko, Yoana Lukanova

WED-ONLINE-SSS-HC-13 239
13. **Autism necessary obstetric care**
Yana Dimitrova, Tsveta Hristova

14. **WED-ONLINE-SSS-HC-14** 245
Delayed cord clamping for term neonates – attitudes and current recommendations
Daniela Lyutakova, Ivanichka Serbezova

15. **WED-ONLINE-SSS-HC-15** 251
The necessary role of the midwife in diseases prevention. An ethical and moral choice for vaccination
Gergana Kutincheva, Yoana Lukanova

16. **WED-ONLINE-SSS-HC-16** 257
Model of obstetric care in radiation therapy
Aylin Siuleymanova, Tsveta Histova

17. **WED-ONLINE-SSS-HC-17** 263
The placenta - viewed from another angle
Antoaneta Doncheva, Viktoriq Todorova, Tsveta Histova

18. **WED-ONLINE-SSS-HC-18** 268
Midwifery care for women with normal puerperium
Gyonyul Refka, Yoana Lukanova

19. **WED-ONLINE-SSS-HC-19** 273
The students and the contraception
Yozlem Levent, Yoana Lukanova

20. **WED-ONLINE-SSS-HC-20** 278
Paternity suppo
Radostina Nikolova, Tsveta Histova

21. **WED-ONLINE-SSS-HC-21** 283
Developments in body temperature
Ivalina Cholakova, Tsveta Histova

22. **WED-ONLINE-SSS-HC-22** 289
Pregnancy and hiv
Sibel Pomakova, Yoana Lukanova

23. **WED-ONLINE-SSS-HC-23** 293
Birth without on episiotomy - the role of the midwife
Andriyana Stoyanova, Songyul Megmedova, Yoana Lukanova

24. **WED-ONLINE-SSS-HC-24** 298
The Da Vinci Robot and its application in gynecology
Didem Redzhebova , Tsveta Hristova

25. **WED-ONLINE-SSS-HC-25** 303
The Role of midwife in the assisted reproductive tehnology
Dayana Yaneva-Hadzhinedeva, Tanya Timeva

26. **WED-ONLINE-SSS-HC-26** 309
Sacral body architecture - sba during pregnancy
Kremena Kirilova, Tsveta Hristova

27. **WED-ONLINE-SSS-HC-27** 316
Skin-to-skin and the undisturbed first hour after birth – attitudes and current recommendations
Daniela Lyutakova, Ivanichka Serbezova

28. **WED-ONLINE-SSS-HC-28** 317
Down syndrome – tasks of the midwife
Duygu Hasanova, Tsveta Hristova

29. **WED-ONLINE-SSS-HC-29** 323
Model for building a positive motivation in choosing a profession of midwife
Aylin Siuleymanova, Ivanichka Serbezova

TRU-ONLINE-SSS-HP-01

OPPORTUNITIES FOR KINESITHERAPY IN CONSERVATIVE TREATMENT OF COXARTROSIS[1]

Ailya Bejhan Yashar - student
Department of Public Healt and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: ailq19@abv.bg

Seda Sevgin- student
Department of Public Healt and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: sedasevgin_0501@abv.bg

Berna Ibrahimova- student
Department of Public Healt and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: beri98@abv.bg

Assos. Prof. Petya Parashkevova, Phd
Department of Public Healt and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 882898619
e-mail: pparashkevova@uni-ruse.bg

Abstract: *This article examines the importance of kinesitherapy for improving coxarthrosis. Coxarthrosis is also known by the names of hip arthrosis and hip osteoarthritis and is a degradation of the hip joints caused by morphological and functional lack of balance, the most common disorder of the hip joint. The purpose of this work is to offer a kinesitherapy program that delays the development of joint injuries, eliminates pain, and improves lifestyle.*
Keywords: *Physiotherapy, etiology, coxarthrosi, treatment, hip joint.*

ВЪВЕДЕНИЕ

В последните години в световен мащаб се наблюдава увеличаване на възрастните и стари хора, поради увеличаване на средната продължителност на живота. С увеличаване на продължителността на живота се появяват затруднения в мобилността на възрастните хора, които влошават качеството им на живот. (Стефанова Ив., И. Караганова, С. Миндова, 2016).

Артрозната болест е най-честото заболяване, засягащо милиони хора по света. Около 15 % от населението на Земята страда от остеоартроза. На практика след 65 годишна възраст няма човек без артрозни промени в някоя или някои от ставите. Най-бързо се износват тези стави, които са носили тежестта на тялото, или които са извършвали дълго време една и съща монотонна работа. С течение на времето костите започват да се трият една в друга и се образува деформация, която ограничава движението. Прекаленото физическо натоварване е вредно за ставите, но също толкова вредно е и обездвижването, както и наднорменото тегло. Всичко това ускорява естественият процес на износване на хрущяла.

Артрозата на гръбначния стълб (спондилоартроза) е на първо място по честота, следват засягането на колянната става (гонартроза), тазобедрената става (коксартроза) и малките стави на ръцете. Раменната става (омартроза) се засяга рядко. Коксартрозата може да се наблюдава при 10% от пациентите с остеоартрит. Докато гонартрозата може да се наблюдава

[1] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА КИНЕЗИТЕРАПИЯ ПРИ КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА КОКСАРТАРОЗА.

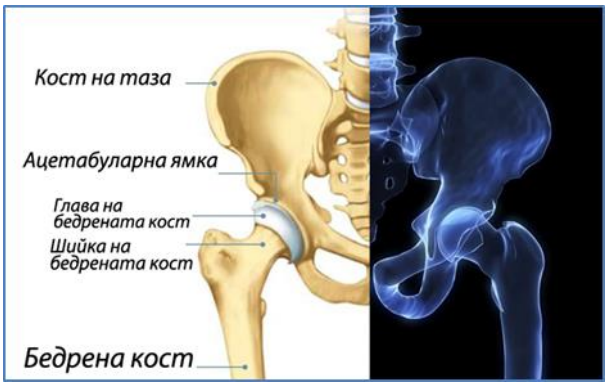
при 40% от всички пациенти с остеоартрит. Дегенеративните процеси в ставите могат да се появят независимо от възрастта. Има различни причини за тези състояния - начин на живот, хранене, генетично предразположение, затлъстяване, липса на активност, травми. (Петрова Г. Р., Ненова Г., Михов К., Добрилов С., Костадинова Т. И. 2015)

Според някои статистики между 3 и 16% от възрастното населението страда от коксартроза. Тя е основната причина за инвалидност сред всички дегенеративни ставни заболявания, поради което се счита, че има социално значение (Becheva M. 2015). Мъжете боледуват три пъти по-малко от жените, при които честотата на заболяването се увеличава след 45 годишна възраст. Това е тежко дегенеративно-дистрофично заболяване, засягащо тазобедрената става (ТБС), за което е характерно, че се задълбочава във времето и при липса на лечение води до инвалидизация (Leardini G, Salaffi F, Caporali R., 2004). Лечението и рехабилитацията на такива пациенти изисква използването на сериозни медицински и социални дейности (Костов Р. 2016).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Анатомия

Тазобедрената става (на латински: coxa) (фиг.1) е една от големите стави, чрез която долният крайник се свързва към трупа на тялото. Тя има сферична форма и е изградена от две ставни повърхности покрити с хрущял – главата на бедрената кост и ставната ямка на таза, както и свързващите ги лигаменти. Главата на бедрената кост („ябълката“) е разположена в нейната горна част и представлява почти идеална сфера, която се движи в ацетабулума (сферична чашковидна вдлъбнатина на таза).



Фиг.1 Анатомия на тазобедрената става

Гладкото и безболезнено движение в ставата се определя от правилната форма на тези два компонента, както и на доброто им покритие със ставен хрущял. Закрепването на бедрената глава в ацетабулума става чрез няколко здрави връзки (лигаменти) и чрез заобикалящите ставата мускули. Приплъзването на хрущялните ставни повърхности се улеснява от оскъдно количество вътреставна течност изпълваща ставната кухина.

Тазобедрената става позволява голяма свобода на движенията и в същото време пренася тежестта на тялото върху долния крайник. Движенията които се извършват в нея са следните:

- сгъване и разгъване на долния крайник в S- равнина;
- отвеждане и привеждане към тялото в F- равнина;
- ротация навън и навътре в T- равнина.

Патогенеза

Ставният хрущял покрива ставните повърхности на костите, образуващи ставата и има гладка и устойчива на триене и натиск повърхност. В него няма кръвоносни съдове и нерви. Храни се от ставната течност. Той изпълнява важна механична функция, като осигурява

свободното движение, служи като амортисьор като омекотява силите, които действат в ставата и намалява триенето между ставните повърхности.

Хрущялът е изграден от клетки /хондроцити/ и междуклетъчно вещество. При артрозата най-голямо значение има намаляването на количеството на междуклетъчното вещество в хрущяла, сред което са разположени хондроцитите. Постепенно броят им намалява и се променя структурата на хрущялната тъкан, която става податлива на износване. Участъците от подлежащата кост, подложени на по-голям натиск се увреждат и износват по-бързо. Формират се и костни израстъци– шипове /остеофити/, насочени към ставната кухина. Този компенсаторен механизъм увеличава контактната повърхност между костите и хрущяла и намалява натиска върху костите.

Неблагоприятните последствия са ограничаване на подвижността в ставата, притискане на сухожилия и нерви, което причинява силна болезненост. Вторично се възпалява ставната обвивка и се развива синовит. По късно се развива съединителна тъкан - фиброза, уплътняване на ставната капсула и допълнително ограничаване на движенията в засегнатата става. Тези промени могат да засегнат едната или и двете тазобедрени стави едновременно (Marchewka A. Dąbrowski ZJ. Acorn ME., 2013).

Фиг. 2 Дегенеративни промени в ТБС

Етиология

Всички случаи на това тежко заболяване могат да бъдат разделени на две големи групи: първична и вторична. Първичната коксартроза е заболяване, което се случва без каквато и да е причина. В развитието на този тип заболяване наследственият фактор играе съществена роля. Така че при жените, чиито майки страдат от наднормено тегло и коксартроза, вероятността да се появи е по-висока от средната за населението.

Вторичната коксартроза се случва при вече променена става вследствие на всяко първично заболяване. Тази голяма група включва всички възможни причини за коксартроза и всички рискови фактори, които са:

- Напреднала възраст;
- Дисплазия на тазобедрената става (вродено разстройство, което произтича от недостатъчно развитие на ставните кости и връзки);
- Затлъстяване;
- Метаболитно разстройство;
- Травми;
- Продължителното обездвижване;
- Остеонекроза на главата на бедрената кост;
- Възпаления (коксит);
- Луксация на тазобедрената става;
- Протрузия на ацетабулума;
- Хондрокалциноза- отлагане на кристали в ставите;
- Претоварване и лоши екологични условия и др.

Освен това, „тривиални“ неща като пушенето и консумирането на алкохол също могат да се превърнат в основен фактор, който допринася за развитието на коксартроза, а и не само. Коксартроза все пак може да развие дори и да липсва фактор от изброените.

Клинична картина - характеризира с четири основни признака:

• Болка - тя е основният симптом. В началото е слаба, бързопреходна и неопределена, но с напредване на процеса се засилва и става постоянна. Болката се появява при преминаване от седнало в изправено положение, при изкачване на стълби, при раздвижване сутрин след сън. Усилва се при натоварване и отслабва след почивка, особено в легнало положение. Болните усещат болката най-често в ингвиналната област или по предната повърхност на бедрото. Понякога болката се локализира в седалищната област, в интертрохантерната зона или в областта на коляното.

• Ограничение на движенията (скованост на ставата) - това е вторият основен симптом. Причината за това е образуването на остеофити около ставата и промяната във формата на ставните повърхности. Ставната скованост затруднява обуването на обувките, вземането на предмет от пода. В началния период болният може да не е усетил ограничения и те се откриват при щателен преглед от страна на ортопед-трвматолога или кинезитерапевта.

• Мускулни контрактури- развиват се флексионна, аддукционна и външноротаторна контрактура. Контрактурите водят до скъсяване на крайника.

• Нарушена походка (куцане) - в началото накуцването се дължи на болката – болният се стреми да отбремени засегнатата тазобедрена става като пренася бързо тежестта от болния на здравия крак. По-късно накуцването се дължи на скъсяването на крайника. Промените в походката променят разпределението на тежестта и често са причини за акцелерация на дегенеративни промени в останалите стави и кръста.

Други чести симптоми на артрозата са следните:

• Подуване на ставата- ставният оток се дължи на пролиферация на ставната капсула и/или ставен излив.

• Затопляне и зачервяване на кожата над ставата– дължи се също на възпалението на ставните обвивки;

• Деформиране на ставата- определя се от промените в ставната капсула, околоставните мускули и сухожилия и деформирането на костите

• Отслабване на мускулатурата - болката и ограничената подвижност на ставата лишават мускулите от активност, което води до отслабването им /мускулна атрофия/;

• Спазъм на околоставната мускулатура– тя се проявява в ранните стадии на заболяването;

• Появява се чувство за хрущене и пукане в ставата при движение- те са резултат от преместването на неравните ставни повърхности една спрямо друга.

Диагноза

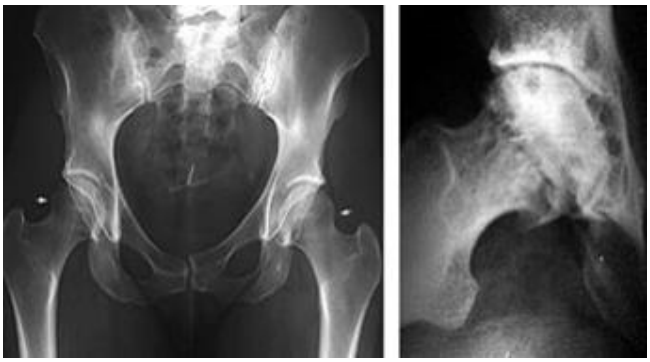
Поставянето на диагноза е базирана на строго определена, правилно подбрана комбинация от клинични, лабораторни и/или рентгенографски критерии. В табл. 1 са представени класификационните критерии на Американския колеж по ревматология (ACR). Този класификационен метод има сензитивност 89% и специфичност 91 %.

Таблица 1. ACR критерии за коксартроза (1991 г.)

Болка в тазобедрената става и поне още два от следните критерии:
• СУЕ < 20 мм/ч;
• Рентгенографски установени остеофити в главата на фемура или ацетабулума;
• Рентгенографски установено стесняване на ставната междина (горнополюсно, аксиално и/или медиално) .

Инсрументални методи за диагностика

• Рентгенография - рентгеновата снимка е достатъчно информативна за установяване на заболяването, както и на неговите причини.



Фиг. 3 Рентгенова снимка на увредена ТБС

С цел определяне на рентгеновия стадий при коксартрозата рутинно се използва скалата на Kellgren-Lawrence:

Таблица 2. Полуколичествена скала на Kellgren- Lawrence

Стадий	Рентгенографска находка
0	Нормална рентгенография
1	Предполагаемо стеснение на ставната междина и възможни остеофити
2	Несъмнена остеофитоза и възможно стеснение на ставната междина
3	Умерени множество остеофити, несъмнено стеснение на ставната междина, остеосклероза и възможен деформитет на костния контур
4	Големи остеофити, изразени намаляване на ставната междина, тежка склероза и несъмнен деформитет на костния контур.

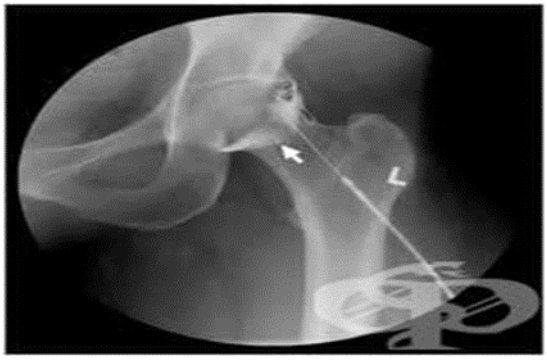
• Ставна сонография- служи за визуализиране на сухожилията и мекотъканните структури, свързани със ставите.

• Магнитно резонансна томография (МРТ) **(фиг.4)**- дава добре реконструирани образи на ставата и може да детайлизира мускулите, костите, кръвоносните съдове и нервите.

Фиг. 4 Магнитно резонансна томография на ТБС

• Компютърна томография (КТ) - ценен метод за оценка на остеоартроза в случаите, когато обект на изследване са костните промени като субхондрална остеосклероза и кисти, остеофитоза и качество на кортикалната кост.

• Артрография **(фиг. 5)** - Представлява сериозна инвазивна процедура, която дава триизмерна представа за обема, формата и поражението на съответната става. Много подходяща за диагностициране на лезии на менискусите, фисури в ставния хрущял, както и на други вътреставни увреждания. В последните години е изместена от МРТ.



Фиг. 5 Артрография на ТБС

Методи за функционално изследване

Функционалното тестуване на пациента е водещо за преценка на тежестта на заболяването, склонността към подобряване, задържане или влошаване на състоянието. Само така може да бъде определен рехабилитационния потенциал на болния и да се прогнозира хода на възстановителния процес.

• Оглед;

• Палпиране;

• Визуално- аналогова скала на болката (ВАС) - характера на болката, нейната локализация, ирадиация, продължителност, време на проявяване, провокация, честота, придружаващи болковия синдром вегетативни и сетивни явления;

• Сантиметрия- обиколка и дължина на долните крайници;

• Гониометрия;

• Мануално мускулно тестуване (ММТ)

• Тестуване на мускулен дисбаланс;

• Динамометрия;

• Проследяване на походката и патологични модели на движение;

• Тестване на способности за изпълнение на дейностите от ежедневния живот;

Тестуването се прилага симетрично за двете страни на тялото, като се вземат предвид индивидуалните различия, доминантните крайници, наличието или отсъствието на двустранно засягане и други.

Комплексните тестове се изпълняват спрямо посочените указания. При невъзможност да се извърши даден елемент, той не се тестува. Това дава възможност тестовете да бъдат модифицирани спрямо конкретния случай.

Лечение

Лечението и рехабилитацията на пациенти с коксартроза изисква използването на сериозни медицински и социални дейности (Kostov R, Yordanov K (2010), Krastev T. 2016).

Целта на лечението е да се облекчи болката, да се повиши подвижността в ставата и да се предотврати прогресирането на заболяването.

То е строго индивидуално и се определя от няколко основни фактора: първопричина, стадия на заболяването, възраста на болния и професията му.

Лечението на болните изисква комплексна терапевтична програма която включва:

• Общи мерки, корекция на вредните фактори и отбременяване на ставите;

• Медикаментозно лечение: симптоматично и базисно, общо и локално;

• Физиотерапия- лазер, магнитотерапия, ултразвук, електрофореза, електростимулация, парафинолечение, криотерапия, балнеолечение и др.;

• Кинезитерапевтично лечение- посредством индивидуална кинезитерапевтична програма заболяването може да бъде оптимално лекувано и до голяма степен да се спре неговото развитие.

При неуспех или тежък функционален дефицит се прилагат оперативни интервенции- артроскопия, синовектомии, коригиращи операции, ендопротезиране.

Най-важната част от лечението е активната кинезитерапия, подпомагана от физикалната терапия. Процедурите целят мускулна релаксация, вазодилатация, както и обезболяващ и противовъзпалителен ефект (Bergeron et al. 2008). Тя ефективно увеличава или поддържа обема на движение в ставата, намалява повишения мускулен тонус и укрепва мускулите (Zasadzka E, Kropińska S, Pawlaczyk M, Wieczorek-Tobis K., 2013).

Задачите и средствата на кинезитерапията се определят в зависимост от стадия на заболяването. **(таб. 3)**

➢ ***Първи стадий:***

В този етап е необходимо да се избягва стоенето прав, ограничение на ходенето, изкачването и слизането по стълби, носенето на тежести, особено от болната страна. При продължително ходене се използват канадки или бастун, да се редува с чести почивки. Болните трябва да спят на твърдо легло, няколко пъти на ден да лежат по корем с разтворени крака, да поддържат теглото си в норма. Спазването на посочените методи на отбременяване на ТБС са от голямо значение, особено при болните с дисплазии. При тях професията трябва да бъде задължително седяща.

Задачи на КТ: Редуциране на болковата симптоматика; Възстановяване обема на движение в засегнатите стави; Възстановяване функцията и силата на увредените мускули; Подобряване на местното и общо кръвообръщение; Подобряване на трофиката на тазобедрената става; Възстановяване на мускулния баланс, Изграждане на здрав мускулен корсет и правилно телодържане;Подобряване на походката и елиминиране на грешките при отбременяване на ставата посредством помощни средства; Профилактика от усложненията – флексионно- аддукторната- външно ротаторна контрактура, анкилози; Психо-емоционално повлияване на болния.

Основните средства на кинезитерапията са: общо развиващи упражнения, упражнения за здравия крак (може и срещу съпротивление), суспенсия, пендуларни упражнения за тазобедрената става, лечение чрез положение, постизометрична релаксация на аддуктори, флексори и външни ротатори, за m.quadratus lumborum, проприоцептивно нервно мускулно улесняване ПНМУ - методи за релаксиране, аналитични упражнения - при болка от облекчено изходно положение, упражнения за паравертебрална и коремна мускулатура, изометрични контракции.

➢ ***Втори стадий:***

Мероприятията в този стадий на заболяването са валидни от първия стадий. Тук носенето на бастун или канадка е задължително при преминаване на къси разстояния (помощното средство се носи от здравата страна). Ако има скъсяване на крайниците е необходимо да се направи корекция за относителното изравняване на дължината им.

Задачи на КТ: Увеличаване обема на движение; Намаляване лумбалната лордоза; Корекция на деформациите и скъсяванията; Подкрепяне на заученото правилно ходене; Профилактика на усложненията. Основните средства на кинезитерапията се акцентират върху упражненията за паравертебрална мускулатура, аналитични упражнения за слабите мускули срещу съпротивление, упражнения от дейностите от ежедневния живот (ДЕЖ), корекция на деформациите. При скъсяване на крайника в рамките на 1-2см. се препоръчва надграждане тока на обувката на крака.

➢ ***Трети стадий:***

В този стадий поведението на отбременяване на ставата не се различава от описаното дотук. Основна **цел** и **задача** на рехабилитацията е да се запази дори минималното движение в ставата. Работи се от облекчено изходно положение, строго аналитично за засегнатите мускули. Прилага се лечение чрез положение[2], обучение в ходене, като времето на маховата и опорната фаза трябва да е еднакво, както и подводна гимнастика.

Таблица 3. Видове кинезитерапевтични средства прилагани при коксартроза

Средства	**Действие**	**Времетраене**
Криотерапия	Спомага за намаляване на болката и отока, за спиране на възпалителния процес (Zagrobelny Z. Andrzejewski W., 2003)	3-5 мин.
Пасивни упражнения	Служат за обезболяване, релаксиране и подготовка на тъканите за активна кинезитерапия.	5-10 мин.
Активни упржнения	Увеличаване на обема на движение, засилване на мускулната сила.	10-15 мин.
Аналитични упражнения	Прилагат се в зависимост от тонуса на мускулите: за скъсени- релаксиращи упражнения, а за удължени- тонизиращи.	10-15 мин.
Упражнения с/на уреди	Засилване на мускулите.	5-10 мин.
Упражнения в суспенсия в клетката на Роше	Увеличаване обема на движенията на ставите, намаляване на болковата симптоматика, редукция на погрешни двигателни навици.	8-10 мин.
Упражнения за корекция на увеличената поясна лордоза и компенсаторната сколиоза[3]	Засилване на коремната мускулатура и дългите гръбни мускули.	3-5 мин.
Прийоми на ПНМУ	За скъсените мускули трябва да се дават упражнения и пози за удължаване, разтягане и релаксация (Костов Р., Йорданов К. 2010).	5 мин.
Масаж	Подобрява хиперемията и трофичността на лекуваните структури, което спомага за елиминирането на метаболитните продукти (Dufur et al. 1999). Стимулира хипотрофочните мускули, има обезболяващ ефект.	15-20 мин.
Велотренировка	Тя дава възможност за дозирано аеробно натоварване и представлява добра тренировка за разработване обема на движение в ТБС и засилване	10 – 15 мин.

[2] Експертите смятат, че прилагането на лечение чрез подходяща позиция може да спре прогресията на коксартроза и да отложи ендопротезите на тазобедрената става (Rannou и Poiraudeau 2010).

[3] Мускулната слабост и дисбалансът в тазобедрената става водят до изкривяване на лумбално-тазовия механизъм и променят нормалната артрокинематика на ставата, което е предпоставка за синдроми на болка в лумбалната област, сакроилиачните стави или тазобедрените стави (Попов Н. 2009).

	на мускулатурата.	
Ставно-мобилизационни техники[4]	Изразен болкоуспокояващ ефект. При тези техники е доказано, че ставните повърхности се раздалечават, отбременяват, подобрява се трофиката на хрущяла и се получава съществено обезболяване на ставата (Попов Н. 2013).	2-3 мин.
Зонотерапия	Подобрява и стимулира мускулите. Точките, които се обработват са: Хипофиза, черен дроб, бъбрек и надбъбрек, чревен тракт, тазобедрена и колянна става,лимфни жлези (долна част), ингвинална гънка.	5-8 мин.
Обучение в правилно ходене	Равномерно натоварване на двата крака, еднакво времетраене на опорната и маховата фаза, ходене с бавна крачка.	5-10 мин.
Плуване	Умерената температура на водната среда (35°-36 ° С) действа болкоуспокояващо, намалява мускулния спазъм и допринася за увеличаване обема на движение в ТБС. Наред с това ходенето в басейн може да се използва и като първа фаза при тренировката за постепенно гравитационно обременяване на ставата.	20-25 мин.

За да има положителен ефект от упражненията за коксартроза е много важно да се следват определени правила при изпълнението им. В противен случай те могат да имат обратен ефект, увеличавайки болката и възпалението и влошавайки заболяването.

• Основното правило на лечебната гимнастика е постепенност в натоварването и избягване появата на болка.

• Друг важен момент е последователността на заниманията и редовно изпълнение.

• Упражненията се правят в периода на ремисия или профилактично, когато няма силна болка и възпаление.

• Категорично е забранено провеждането на гимнастика по време на обостряне на болестта.

• Преди заниманията е добре да се направи кратка и лека загрявка за основните стави.

• Упражнения за тазобедрена става се правят от облекчена изходна позиция, която не води до значително натоварване и болка.

• Всяко упражнение трябва да се извършва бавно и плавно, без да се правят резки движения.

• Между отделните упражнения е добре да се прави кратка почивка.

• Общото време за практикуване не трябва да надвишава 30 минути.

• Ако по време или след упражненията болката се усили, това означава, че трябва да започнем с по-малко повторения и постепенно да ги увеличим.

• Препоръчително е при практикуване сърдечната честота да се следи и да се избягва прекомерното натоварване.

• След приключване на упражненията е препоръчително да се направи лек самомасаж на бедрата.

Противопоказания: бягане, скачане, подскоци, клякания, движения свързани с ротация в тазобедрената става, продължително ходене, вдигане на тежести, скокове, колоездене, резки движения, които водят до повишено натоварване в ставата.

[4] Прилагането на мануални ставно- мобилизационни техники е от съществено значение, тъй като помага за намаляване на симптомите на болка и подобряване качеството на живот на пациентите (Steenstrupa et al. 2012).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ефективното съчетаване на физиотерапевтичните процедури, лечебния масаж и кинезитерапията спомага за пълноценно възстановяване и подобряване качеството на живот на пациентите с коксартроза. Терапията трябва да следва строгата последователност на рехабилитационните алгоритми и да се съобразява с индивидуалните особености на всеки пациент.

Рехабилитационните дейности са от решаващо значение за развитието и изхода на заболяването. Упражненията могат трайно да подобрят функцията на ставите, ако бъдат изпълнявани правилно и редовно. Така при ежедневно изпълняване на няколко прости упражнения може в значителна степен да се подобри ставната функция и да се намали болката и дискомфорта, свързани с артрозните изменения при коксартроза. Трябва да се има впредвид, че дори и при правилно изпълнение, подобрението не идва веднага. През първите 2 седмици е нормално болката в ставите леко да се засили, но след 3 до 4 седмици се очакват първите признаци на подобрение.

Препоръчва се изграждане на такъв стил на живот, който намалява риска от възникване на коксартроза: намаляване на телесното тегло, избягване на екстремни натоварвания на ставите и същевременно осигуряване на оптимален двигателен режим за добра сила на мускулите и добър обем на движение.

REFERENCES

Becheva M (2015) Kinesitherapy in diseases of the locomotive system., MU Plovdiv, 60–63 pp. (***Оригинално заглавие****: Бечева М. (2015) Кинезитерапия при заболявания на опорно-двигателния апарат, МУ- Пловдив, 60 – 63 стр.)*

Bergeron Y, Fortin L, Leclaire R (2008) Pathologie médicale de l'appareillocomoteur (2nd edn). Saint-Hyacinthe, Edisem/Maloine.

Galina R. Petrova, Gergana Nenova, Kalin Mihov, Svetoslav Dobrilov, Todorka I. Kostadinova, ROLE OF MULTIDISCIPLINARY TEAMS FOR INTEGRATED CARE IN THE SURGICAL TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS, J of IMAB. 2015, vol. 21, issue 3, 843-845 (***Оригинално заглавие:*** *Галина Р. Петрова, Гергана Ненова, Калин Михов, Светослав Добрилов, Тодорка И. Костадинова, РОЛЯ НА МУЛТИТИДИСЦИПЛИНАРНИ ЕКИПИ ЗА ИНТЕГРИРАНА ГРИЖА В ХИРУРГИЧЕСКОТО ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТЕОАРТРИТ, 2015, кн.21, брой 3, 843-845)*

Dufur M, Colne P, Gouilly P, Chemoul G (1999) Massage et massotherapieEffet, technique et applicaton. Maloine: 223–233.

Kostov R, Yordanov K (2010) Application of Rhythmic Stabilization in a Closed Kinetic Chain, in Restoring Dynamic Hip Stabilization. Student Scientific Conference, Rousse. (***Оригинално загалвие:*** *Костов Р., Йорданов К., (2010) Прилагане на ритмична стабилизация в затворена кинетична верига при възстановяване на динамичната стабилизация на тазобедрената става., Студентска научна конференция, Русе.)*

Krastev T (2016) Kinesitherapy in functional disorders of the sacroiliac joint. PhD Thesis, Summary, Blagoevgrad, 26 pp. (***Оригинално заглавие:*** *Кръстев Т. (2016) Кинезитерапия при функционални нарушения на сакро- илиачната става., Докторска дисертация, Обобщение, Благоевград, 26 стр.)*

Leardini G, Salaffi F, Caporali R, et al. Direct and indirect costs of osteoarthritis of the knee. Clin Exp Rheumatol. 2004;22(6):699-706.

Marchewka A. Dąbrowski ZJ. Acorn ME. Physiology of aging: prevention and rehabilitation [Physiology of aging: prevention and rehabilitation]. Warsaw: Polish Scientific Publishers PWN; 2013. Polish.

Zagrobelny Z. Andrzejewski W. Local and systemic cryotherapy [Cryotherapy local and systemic]. Warsaw: Urban & Partner; 2003. Polish.

Zasadzka E, Kropińska S, Pawlaczyk M, Wieczorek-Tobis K. Effect of rehabilitation in hospital on reducing the risk of falling in the elderly [Effect of rehabilitation hospital conditions to

reduce the risk of falls in older people]. In: Błędowski P, Stogowski A, Wieczorowska Tobis K, editors. Challenges for contemporary gerontology. Poznan; 2013, 69. Polish.

Popov N. (2009) Kinesiology and pathogenesis of the locomotive system. Press Sofia, Sofia, 247–276. (***Оригинално заглавие:*** *Попов Н. (2009) Кинезиология и патогенеза на опорно-двигателния апарат, Издателство „София“, София, 247-276)*

Popov N., Popova D., Grueva T. (2013) Physiotherapy in muscular skeletal dysfunctions of the lower limbs. NSA-Press, Sofia, 94–113. (***Оригинално заглавие:*** *Попов Н., Попова Д., Груева Т. (2013) Физиотерапия при мускулно- скелетни дисфункции на долните крайници. Издателство „НСА“, София, 94–113.)*

Rannou F, Poiraudeau S (2010) Nonpharmacological approaches for the treatment of osteoarthritis. Best Practice & Research: Clinical Rheumatology 24(1): 93–106. https://doi.org/10.1016/j.berh.2009.08.013

Steenstrupa B, Roudeslib M, Beaufils J (2012) Évaluation of a protocol for the treatment of ambulatory kinesiotherapy in coxarthrose. Kinésithérapie, Revue 12(127): 67–77. https://doi.org/10.1016/j.kine.2012.02.002

Stefanova I., I. Karaganova, S. Mindova, (2016) The importance of isometric muscle contractions in the early recovery period after fractures of the proximal end of the femur in the elderly and the elderly. Proceedings of the Union of Scientists - Rousse, issue 6, pp. 84-88, ISSN 1311-1078 (***Оригинално заглавие:*** *Стефанова И., И. Караганова, С. Миндова (2016) Значенето на изометричните мускулни контракции в ранния възстановителен период след фрактури на проксималния край на бедрената кост при възрастни и стари хора.// Известия на Съюза на учените - Русе, брой 6, стр. 84-88, ISSN 1311 – 1078.).*

https://bg.wikipedia.org/wiki/Тазобедрена_става

https://sport.framar.bg/упражнения-за-тазобедрените-стави-при-болка-и-артрозни-изменения

https://www.arsmedica.bg/aktualno/коксартроза-на-тазобедрената-става

https://www.credoweb.bg/publication/71486/artrozna-bolest-shipove

TRU-ONLINE-SSS-HP-02

THE ROLE OF THE PHYSICAL THERAPY FOR DEGENERATIVE CHANGES IN THE KNEE JOINT [5]

Vladimir Krastev – student
Department of Public Healt and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Tel: +359877280840
e-mail: vladimirkrystev96@abv.bg

Assist. Prof. Stanislava Bogomilova, PhD
Faculty of Public Health
Training sector of Kinesitherapy
Tel: +359 52677050
e-mail: stanislava.bogomilova@mu-varna.bg

Abstract: *This article examines the role of the physical therapy for degenerative changes in the knee joint.*
Keywords: *Physical therapy y, degenerative changesi, treatment, knee joint.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Динамичния начин на живот, който водим и стресовата среда, която неизменно е част от нашето ежедневие, химичнообработените хранителни продукти, които консумираме, замърсената околна среда и ежедневните физически натоварвания и обременявания водят до голям брой негативни последици, касаещи общото здраве на всеки един човек. Тези не малко на брой фактори са основните причини за ускоряването на дегенетаривните процеси, активиране на предразположение към вирусни и бактериални инфекции на организма.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Едно от най-често срещаните изменения в опорно-двигателния апарат на човешкото тяло е артрозната болест или износването на ставния хрущял и увреждане на ставния апарат. Огромно впечатление прави това, че все повече млади хора започват да страдат и да

Фиг. 1

[5] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: РОЛЯТА НА КИНЕЗИТЕРАПИЯТА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНИ ПРОМЕНИ В КОЛЯННА СТАВА.

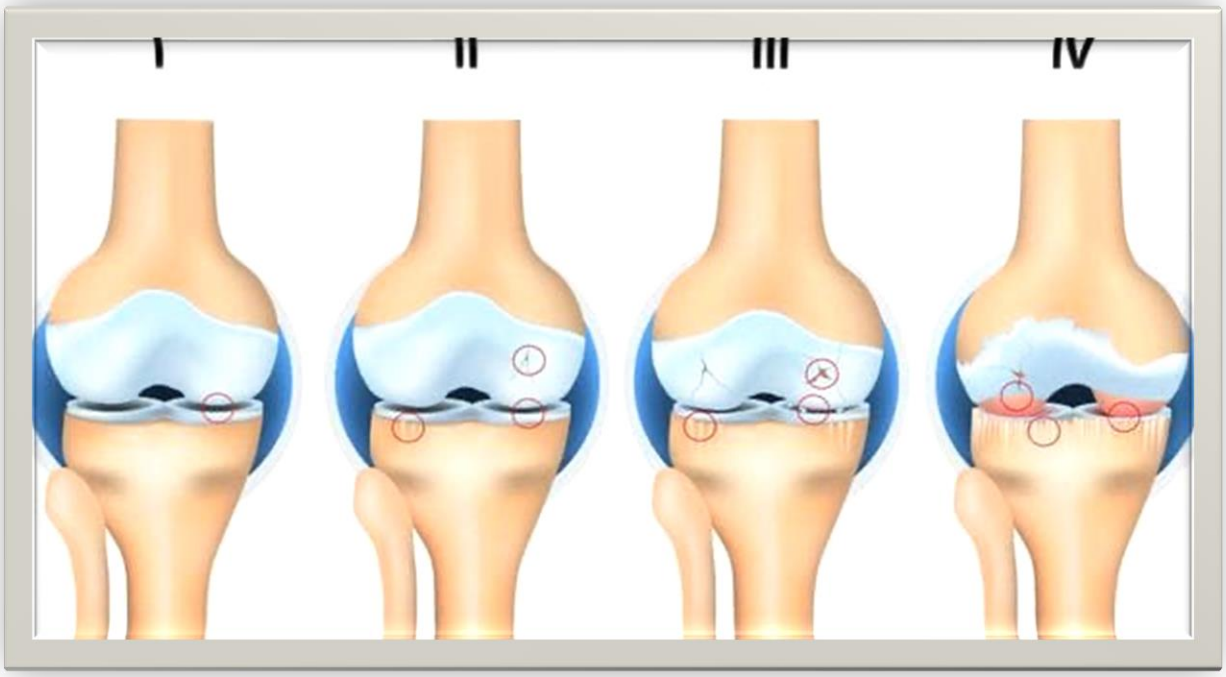
получават оплаквания свързани с нормалните двигателни функции, което показва, че за разлика от преди години болестта е започнала да се „подмладява“.

Една от най-често поразените стави е именно колянната става, поради сложното анатомично устройство, което тя има, както и изключително важната функция при осъществяване на ходене или друг вид двигателна активност. Коляното поема огромна част от нашето тегло и физическото обременяване и натоварване върху ставата е голямо, което допълнително би могло да влоши общото състояние.

Етиологията на заболяването не свършва дотук. Други фактори, които спадат към нея може да са индивидуалните особености като пол, възраст и комобридност. Метаболитни заболявания, остри възпаления, актуалният проблем със затлъстяването също все повече има роля и оказва влияние върху състоянието на носещите стави в нашето тяло.

Обикновено заболяването преминава през четири основни етапа:

I. *Уреждане на ставния хрущял*
II. *Синовиално дразнене*
III. *Ремоделиране*
IV. *Образуване на кисти*



Фиг. 2.

Увреждането на ставния хрущял всъщност се свързва с дисфункция на хондроцитите, като с течение на времето се разрушава колагеновата мрежа и ставната повърхност става неравна и асиметрична. Недостига на колаген обеснява ставната нестабилност, а недостига на протеогликаните пък влияе на ставната еластичност. При извършване на движения от ежедневната ни рутина неравните хрущялни повърхности се трият една в друга, отделят се частици от ставния хрущял и се образуват хрущялни лезии. Тези частици остават в ставната кухина и при повтарящи се движения в ставата настъпва възпалителен процес, който пък води до появата на основните симптоми като болка и скованост.

В етапа на синовиално дразнене се увеличава наличието на лизозоми, като това води до задълбочаване на хондроцитната дезорганизация. В по-късен етап започва сформирането и образуването на остеофити, които пък са основна причина за хипертрофия на костните клетки и последващото им уплътняване.

Основните симптоми, касаещи артрозата на коляното (гонартроза) са болка, при която интензитетът и се увеличава в зависимост от двигателната активност, скованост и затруднени движения сутрин веднага след ставане, както и ставен оток. Впоследствие настъпва и деформиране на самата става, както и функционални изменения.

Роля на кинезитерапията

Кинезитерапията заема важно място в живота на пациентите, страдащи от дегенеративни заболявания като остеоартрит (гонартроза). Тя може да помогне за намаляване на болковата симптоматика, отоци и подувания както и сковаността на коляното, което е поразено от заболяването. Освен това успешно помага за подобряване на функцията на колянната става при извършване на двигателни дейности като ходене, клякане, стоене в изправено положение и т.н. Многобройни проучвания и анализи доказват, че комбинация от мануална терапия и контролирани от кинезитерапевта упражнения имат функционални ползи за пациентите с остеоартрит на коляното и може да забави или да предотврати необходимостта от операция.

Понякога процеса на увреда на ставния хрущял е твърде напреднал и хирургическата намеса е неизбежна, но дори и тогава провеждането на предоперативна кинезитерапия би било от изключителна полза за успешното и по-бързо възстановяване на пациента.

Ползите от кинезитерапевтичния план на лечение са много и би улеснил до голяма степен живота на пациента касаейки извършване на нормалните ежедневни дейности и задължения:

Фиг. 3.

- Намалява болката, възпалителните процеси и редуцира наличието на околоставния оток
- Подобрява и улеснява обема на движение в ставата
- Укрепва мускулатурата, подобрява мускулната функционалност и трофика
- Превенция от усложнения и атрофия на околоставните мускули
- Подобрява проприоцепцията, баланса, пъргавината и координацията
- Подобрява психо-емоционалното състояние на пациента и му помага по-лесно да се адаптира към ситуацията и да го стимулира

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гонартрозата представлява здравословен, медицински и социално-икономически проблем в работещото население, ангажиран с тежък физически труд. Навременната диагностика на проблема и прилагането на адекватна кинезитерапия могат да помогнат за

ограничаване на прогреса на заболяването и намаляване на инвалидността, като същевременно повишат ефективността и функционалността на всеки един човек. Освен физическото лечение, е важно да се обучат пациентите как може да подобрят качеството си на живот, как да се предпазят от евентуални усложнения и предприемане на навременни мерки. Факторите, касаещи нашето здраве са много и всеки един човек трябва да е добре запознат с рисковите елементи от ежедневието. Стреса, системното натоварване, проблема с прогресиращото затлъстяване на населението, вредните навици и некачествените продукти, които консумираме са малка част от нещата, които са пряко свързани със здравословното ни състояние.

REFERENCES

Ненова, Г. (2016), *Кинезитерапевтът – необходим член на мултидисциплинарния екип в първичната здравна помощ.* Обща медицина, 2016, 4, 11-15.

Михов, К., Св. Добрилов М. Загоров, А. Табаков, А. Господинов, Г. Ненова. (2018), *Дистални руптури на квадрицепс феморис*. Медицина и спорт, 2018, 1-2:4-7.

Чавдарова, Г., С., Лазарова, Г., Ненова (2017), *Влиянието на минералните води в село Ягода при пациенти с дегенеративни ставни заболявания*. Варненски медицински форум, 2017, 6(2):227-231.

Ненова Г. (2019), *Работоспособност и връщане на пазара на труда на ендопротезираните пациенти.* Здравна икономика и мениджмънт, 2019, 3(73):22-26.

G., Petrova, T., Kostadinova, E., Georgieva, G., Nenova, T., Raykov (2015), *Application of management programs for chronic diseases – international experience and situation in Bulgaria*. International Scientific and Practical Conference “WORLD SCIENCE” 2016, 2(6), 3:24-27.

Petrova, G., G., Nenova, K., Mihov, S., Dobrilov, T., Kostadinova. (2015), *Role of multidisciplinary teams for integrated care in the surgical treatment of osteoarthritis.* Journal of IMAB, 2015, 21(3):843-845.

Балтаджиев Г., В. Василев, А. Балтаджиев, (2015), *Анатомия на човека, Лакс Бук Пловдив 2015*

Попов, Н. (2012), *Въведение във Физиотерапията*. НСА ПРЕС, ISBN: 9789547182585

https://www.physio-pedia.com/

https://www.nlm.nih.gov/ US NATIONAL LIBRARY OF MEDECINE/ NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH

TRU-ONLINE-SSS-HP-03

OSTEOPOROSIS. RISK FACTORS AND PREVENTION[6]

Aylin Marinova - student
Department of Public Healt and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: efrahim.erdjan@gmail.com

Burcin Sabri- student
Department of Public Healt and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: efrahim.erdjan@gmail.com

Efrahim Erdjan- student
Department of Public Healt and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: efrahim.erdjan@gmail.com

Assoc. Prof. Radoslava Deleva, PhD
Department of Public Healt and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: rdeleva@uni-ruse.bg

Abstract: *Osteoporosis is one of the socially significant diseases worldwide. It is a metabolic bone disease that is characterizes with the loss of bone mass and destruction of bone microarchitecture, which leads to thinning and increased bone fragility. The research done in the region of Bulgaria show that about 20% in the studied women over 50 years of age suffers from osteoporosis. With advancing age and the occurrence of sarcopenia (progressive atrophy of the skeletal muscles), the balance and coordination of the body deteriorate, which increases the risk of falls and subsequent fractures. Many of osteoporotic fractures are severe, require operative interventions and leading to disability, and patients need constant care. Exercise is one of the methods to prevent osteoporosis. The data show that the risk of osteoporosis in individuals training from childhood or subjected to daily physical labor is lower than in those who lead a sedentary lifestyle. Daily training or physical activity maintains bone density, muscle strength and soft tissue elasticity and improves body coordination and balance.*

According to studies, we conclude that kinesitherapy does not cure osteoporosis, but slows its progress. With properly conducted rehabilitation events to influence the pathokinesiological consequences, such as improper posture, muscle imbalance and to prevent the risks of falls leading to fractures due to osteoporotic changes

Keywords: *Osteoporosis, Physical Terapy, Prevention*

ВЪВЕДЕНИЕ

Остеопорозата е най-честото костно заболяване в напреднала възраст. Остеопорозата е дефинирана от Световната здравна организация (СЗО) като системно заболяване, характеризиращо се с ниска костна плътност и нарушения на костната тъкан, водещи до повишена чупливост на костите и увеличен фрактурен риск. През 2001 година консенсусна конференция на Американския институт по здравеопазване (NIH) допълва че здравината на костите отразява съчетанието на две основни характеристики: костна плътност и качество на костната тъкан" (Борисова, А., 2013).

Клиничната значимост на остеопорозата се определя основно от повишената честота на фрактурите на бедрената шийка, прешлените и предмишницата.

При жените след 45 години преобладават фрактурите на предмишницата, а над 65 години експоненциално нарастват бедрените фрактури.

[6] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: ОСТЕОПОРОЗА. РИСКОВИ ФАКТОРИ И ПРЕВЕНЦИЯ.

Прешлените фрактури нарастват постепенно с възрастта над 60 години, но една част от тях остават недиагностицирани клинично, дори рентгенологично (Темелкова, Н., 2013). Остеопорозните фрактури засягат много тежко качеството на живота. Това е установено както за вертебралните, така и за бедрените фрактури (Стефанова И., С. Миндова, И. Караганова, 2016).

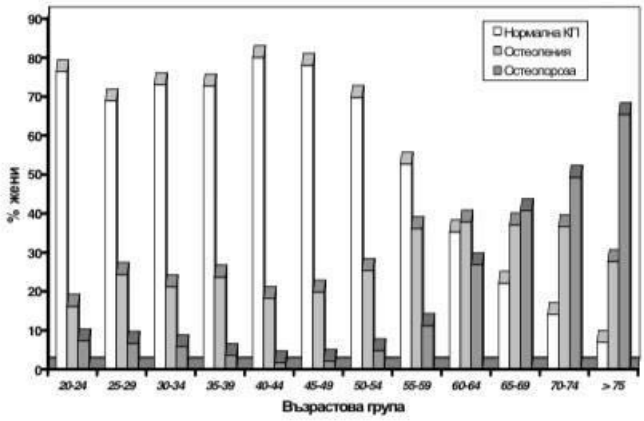
Тези фрактури се увеличават стъпаловидно с напредване на възрастта и са най-важната причина за смъртността и инвалидизацията при възрастното население. След 50 г. възраст, една от всеки три жени и един от всеки пет мъже ще претърпи най-малко една фрактура през остатъка от своя живот, вследствие на чупливост на костите.

През последните десетилетия в света се разви истинска епидемия от остеопороза и остеопорозни фрактури, като честотата им нараства повече от 2 пъти. През 2000 г. остеопорозата е определена като третото социално-значимо заболяване в света (след сърдечно-съдовите и онкологичните заболявания), с прогноза през настоящата година да заеме второ място. На Световния конгрес по остеопороза (Лисабон, 2002 г.) бяха изнесени данни, че тя вече се е доближила до второто място, изпреварвайки онкологичните болести. По света приблизително 200 мил. души страдат от остеопороза. Очаква се до 2050г. броят им да се удвои (Министерство на здравеопазването, 2010).

В допълнение продължителността на живота се е увеличила значително. В редица страни най-бързо нараства групата на хората над 85 години, а тенденцията за увеличаване на дълголетието поставя редица предизвикателства пред човечеството (Караганова, И., 2015) в това число е и риска от остепоротични фрактури.

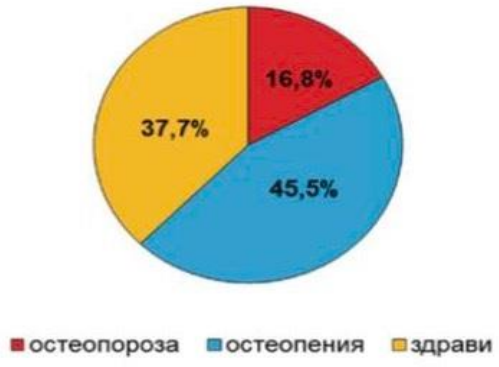
ИЗЛОЖЕНИЕ

През 2001г. в България се провежда мащабно епидемиологично изследване на остеопорозата. Проучването обхваща данни за костната плътност на предмишницата при 8869 жени на възраст 20-87 г. При около 20 % от младите жени костната плътност е намалена, като по-голямата част от тях са с остеопения. Рязкото повишаване на остеопенията и остеопорозата настъпва след 50-годишна възраст, което съвпада с вижданията за наличие на постменопаузална и сенилна остеопороза (фиг.1).



Фиг. 1. Резултати от проведеното проучване през 2001г., за костната плътност на предмишничните кости

През 2008-2009 г. е проведено проучване в рамките на „Националната програма за ограничаване на остеопорозата“ върху жени над 50-годишна възраст, при което е изследвано костната плътност на бедрената шийка. От получените данни е установено, че честота на остеопорозата е 16,8% при жени над 50 годишна възраст, а остеопенията обхваща 45,5 % от изследваните (фиг.2) (Стефанова, Ив., 2016).



Фиг. 2. Резултати от „Националната програма за ограничаване на остеопорозата“ (2009г.)

Патофизиология на остеопорозата

Една от основните причини за остеопорозата е саркопенията. Саркопенията произлиза от гръцката дума ―sarx‖ за плът и ―penia‖ за загуба (M.S. John Pathy 2006). Това състояние се характеризира с прогресивна атрофия на скелетните мускули водеща до неблагоприятни резултати като физическа нетрудоспособност, лошо качество на живот и инвалидизация (Cummings, SR, 1995). Мускулната слабост намалява общите нива на активност при възрастни хора, което от своя страна повишава риска от остеопороза поради намаляване на общото механично натоварване на скелета (Karaganova, I. 2015). Намалената мускулна сила води до нарушения в кординацията и баланса на тялото, което от своя страна увеличава рисковете от падания и последващи фрактури.

Рискът от бедрена фрактура е по-голям от рака на гърдата при жените. Тъй като населението все повече застарява, очаква се разпространението на остеопорозата да нарасне значително в следващите десетилетия. Бедрените фрактури и вертебралните са особено инвалидизиращи, най-вече при 95% от пациентите лекувани оперативно, изискващи постоянни грижи и имат високо ниво на смъртност. Най-проблематично при фрактурите на прешлените е хроничната болка, дължаща се на деформацията на гръбначния стълб. Друга причина за развитието на остеопорозата е нарушеното равновесие между процесите на изграждане и разграждане, в полза на разграждането. В резултат на което се разрушава колагеновата матрица на костите, те изтъняват и губят плътността си. Костната маса еволюира с възрастта. Към 20–24 години се достига до т. нар. пикова костна маса, която е значително по-висока при мъжете. Следва плато до към 35 години, последвано от бавна костна загуба (Стефанова, Ив., 2016).

Остеопорозата бива първична – генерализирана (обхващаща целия скелет) и локална (при инфекции, продължително обездвижване на част от тялото и др.), и вторична – след продължително лечение с кортикостероиди, при болест на Кушинг. Вторичната е по-рядка – едва при 5% от случаите, без възрастови ограничения. Първичната остеопороза е масовата – засяга предимно жените в менопаузата, тъй като организмът им вече не произвежда поддържащите костната маса хормони-естрогени.

Факторите, които влияят върху изграждането и развитието на костната маса са:

• Генетика – някои раси са по-рискови (Жените от мексикански и азиатски произход са с най-висок риск, а с най-нисък риск са афро-американките.)

• Пол – женският пол е по-уязвим. При мъжете няма бърза загуба на костна плътност, както при жените в периода на менопаузата. При тях загубата на костна плътност става бавно и постепенно, което е съпроводено с постепенно увеличение на риска за фрактури (Court-Brown, C.,2006).

• Възраст – напредването на възрастта увеличава риска.

• Хормонален статус – полови хормони, кортикостероиди, щитовидни хормони.

• Хранителен режим – основно калциев и витамин Д внос и липсата на въглехидрати и богато на белтъци хранене

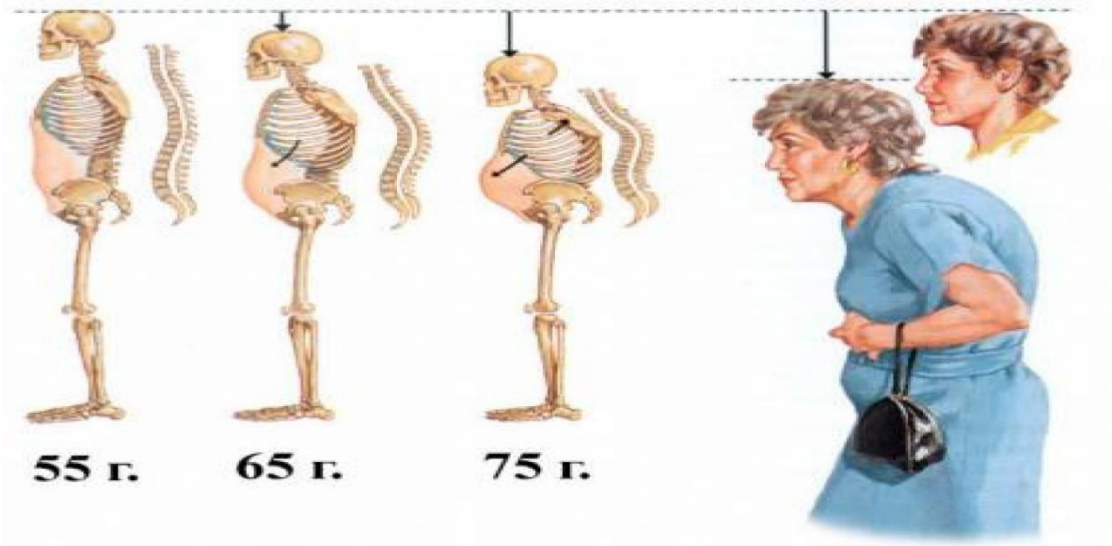
• Физическа активност.

• Вредни навици – тютюнопушене, алкохол, кафе и др.

• Заболявания и медикаменти (Стефанова, Ив., 2016).

Патокинезиология

Характерна патокинезиологична особенност е увеличаването на гръдната кифоза, протракцията на раменете и главата (фиг.3).



Фиг. 3. Промени в тялото настъпващи вследствие на остеопорозата

Това причинява загуба на височина, лоша стойка и промяна в центъра на тежестта на тялото и последващия мускулен дисбаланс (скъсяване и удължаване на меки структури – мускули, фасции, лигаменти, сухожилия). Вследствие препозициониране на ставите и дегенерацията на между прешленния диск се наблюдава и загуба на мобилност и огъвкавяване на опорно-двигателния апарат, което въвлича в патологичния процес и нервните структури. Болшинството от пациентите се оплакват от болка въпреки, че самият специфичен патогенетичен процес на остеопорозата протича безболезнено. Ноцицептивната болка при остеопороза е рецепторна болка в лигаменти, сухожилия, мускули, периост, междупрешленния диск и капсула, докато неврогенната болка се представя като дразнене на гръбначния мозък и коренчетата на периферните нерви.

Физиотерапията за остеопороза трябва да се разглежда като еквивалентна на фармакотерапията по отношение на профилактика, лечение и рехабилитация.

Подходящи цели за лечение могат да бъдат установени след задълбочена оценка на признаци и симптоми, рискови фактори за остеопороза и функционално състояние. Общите целите от разгледаните литературни източници при физиотерапия на пациенти с остеопороза са: да се намали болката, да се увеличи максимално нивото на мускулно-скелетната функция, особено след фрактури, да се намали риска от падане и да оптимизира качеството на живот и независимост. Специфичните цели включват стратегии за оптимизиране на статичните постурални пози и динамичните двигателни стериотипи.

За ефективно лечение на остеопороза физиотерапията трябва да бъде структурообразуваща и двигателно-възпитателна (Uhlemann, C.,1998; Uhlemann, C., Bocker, B.,1998). За превенция срещу формиране на остеопоротични промени в костта се откриват доказателства само по отношение на хора спортуващи редовно още от ранна детско-юнушеска възраст. Двигателните активности, които са започнали още в детството, демонстрират значителен положителен ефект върху костната геометрия, маса и минерална плътност. В този контекст благоприятният ефект от упражненията върху костната минерална

плътност (КМП) може да се наблюдава по-специално по време на растеж: по-високият КМП е резултат от специфично повърхностно моделиране на периоста, което увеличава костната маса и дебелината на ендосталната (ендокортикална, трабекуларна, интракортикална) дебелина. Според публикувани проучвания увеличаване на костната плътност от приблизително 26% е възможно при определени локализации на костните части на скелета в резултат на физическо натоварване (Sharkey, N.A.,2000). Увеличаването на костната плътност зависи от вида упражнения, продължителността и интензивността, както и от възрастта, пола и генетичното разположение на индивида. Намален процент на счупвания и остеопороза се установяват при редовно спортуващи и популации от населението упражняващи професии свързани с физически труд (Joakimsen, R.M.,1997; Lin, I.T.,2002). Най-добрите ежедневни дейности или видове спорт за костите са тези, които принуждават пациента да действат срещу гравитацията. Обичайните ежедневни дейности включват слизане и качване по стълби и нормално ходене, още по-добри видове спорт по отношение на защитата на костите са колоездене, бягане, ски бягане, танци, планинско катерене и умерено вдигане на тежести (Bartl R., 2001).

Според анализираната литература се откриват доказателства, че в средна възраст се наблюдава малко увеличение на костната маса чрез структурирана тренировка с леки тежести. Съществува добре известна връзка между намалената физическа активност и загубата на костна маса особено след хирургично обездвижване. Имобилизираните пациенти могат да загубят 40% от първоначалната си костна маса за 1 година, докато физическата активност, напр. стоенето в изправено положение за най-малко 30 минути всеки ден предотвратява значителна костна загуба. Установената връзка между бездействието и загубите на мускулна маса и сила подсказва, че физическата активност следва да бъде задължителен елемент на превенцията и лечение на саркопения. Програмата за физическа терапия трябва да включва упражнения за съпротива, упражнения за увеличаване на мускулната сила, функционални тренировки, както и издръжливост и аеробни натоварвания. Съобщава се, че резистивните упражнения влияят положително на нервно-мускулната система, хормоналната концентрация и скорост на синтеза на протеин. По отношение на гимнастиката динамичната стабилизация, включваща антигравитация с допълнителен натиск върху структурата на тялото (носещи тежест) (Gutin, B.,1992; Lane, J.M., 1997; Murray, T.M.,1996), улеснява ефектите към формиращата се подвижност. Регионална реминерализация и противодействие на остеокластогенезата може да се постигне чрез умерени укрепващи мускули и холистично ориентирани упражнения като аеробна издръжливост (фитнес) и активности свързани с вертикално натоварване на надлъжните оси (Gutin, B.,1992; Werle, J., 1995; Sabo, D.,1996). Изометричните движения на мускулно напрежение (изолирани или във функционални вериги), както и проприоцептивните невромускулни улеснения (PNF) улесняват допълнителна стабилност на двигателната система за пациента с остеопороза (Brunkow, R.,1989). Тук, за да се модулира адекватно нарушения процес на ремоделиране, структура, формиращ стимулиращ натиск в посока на оста (натоварване на оста) заедно с изометричното сцепление е от съществено значение (Werle, J., 1995; Ernst, E.,1998; Sabo, D.,1996).

В по-напреднала възраст особенно, ако има остеопения или остеопороза се намират доказателства само по отношение на забавяне на загубата на костна маса, намаляване на риска от падане (профилактика от фрактури), профилактика на кифотичната стойка, намаляване болката и подобряване мобилността и функцията. Доказателствата при изследване на пациенти с диагностицирана остеопороза по отношение на ефективността на физиотерапията сочат, че двигателна програма включваща баланс, координация и амбулаторни упражнения е ефективна по отношение на предотвратяване на риска от падане. Състояща се от аеробни, силови и гъвкави упражнения върху преди това диагностицирани остеопоротични жени след менопауза. Трябва да се отбележи, че екстраскелетните ефекти от физическите упражнения, особено по отношение на подобренията в циркулацията, координацията, общото благосъстояние, съня, социалните контакти и дори предотвратяването на инфекциозни заболявания.

Препоръки за физиотерапия

В концепцията за холистична терапия за профилактика и терапия на остеопороза понастоящем не съществуват валидирани качествени и количествени минимални стандарти за физиотерапия. Като цяло при остеопороза на гръбначния стълб се препоръчва да се избягва стрес върху вентралната страна на гръбначния стълб, който трябва да се комбинира с укрепване на гръбните разширители. Туризъм, колоездене, танци и плуване са предпочитани спортни занимания. Текущо проучване дава общи предложения за вида и интензивността на физическата активност в зависимост от индивидуалната тежест на даден пациент с остеопороза(Scheel, AK, 2003). Една от ключовите части на обучението на пациентите са инструкциите за правилно поведение при движение у дома, на работното място, в свободното си време и в атлетичните им занимания. Например, прегърбването и кифотичните движения при стрес трябва да бъде строго избягвано, подобно на упражненията за скачане, седене, инклинацията на таза и / или асиметрични постурални пози, както и преразтягане на мускулите и упражнения с прекомерни тежести (Keck, E., 1994; Sinaki, M.,1982; Wiemann, K.,1993). Програмите за гимнастически упражнения могат да се използват както като индивидуална терапия, така и като групова терапия (включително опция за стимулиране на психотонус), но съществено значение имат укрепването на мускулите, мобилизирането на ставите и координационните техники за въздействие върху стойката и поддържането на пъргавината, както и профилактиката на падането компонент на лечението. Препоръчителна е системната тренировка (поне три пъти в седмицата по 30-40 минути), за период от минимум 6-9 седмици, тъй като еднократната процедура няма да обезпечи дългосрочни резултати.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Определен и утвърден физиотерапевтичен режим за различните форми на остеопороза понастоящем не съществува. Въпреки това, физиотерапевтичните стратегии за превенция и терапия на явна остеопороза трябва да се считат за задължителна добавка към остеопротективните медикаменти. Физиотерапията предлага възможността за облекчаване на локалните симптоми (т.е. болка, деформитети, мускулен дисбаланс и хипомобилност), подобрява функционалните възможности и влияе върху целия организъм чрез положителни физиологични стимули. По принцип всички физиотерапевтични стратегии подобряват подвижността и гъвкавостта чрез многократна стимулация и предизвикват адаптиране към променен механичен товар. При жени в ранна менопауза упражненията намаляват бързата костна загуба, свързана с дефицит на естроген, а при възрастни индивиди намалява честотата, тежестта на паданията и последващите фрактури. В профилактиката на остепорозата е необходимо участието на мултидисциплинарен екип от специалисти, които да проследяват общото здравословно състояние на пациентите, тяхната двигателна активност и не на последно място спазване на балансиран хранителен режим. Със средствата си кинезитерапията цели да забави дегенеративния процес, да поддържа мускулната сила, координацията на движенията и функцията на гръбначния стълб, като по този начин намали риска от травми и последващи фрактури.

REFERENCES

Борисова, А., Захариева, С., Боянов, М. и съавт (2013). *Препоръки за добра практика по остеопороза.* Министерство на здравеопазването, 2013.

Караганова, И. (2015). *Медико-социални проблеми на стареенето и старостта.* В: Сборник доклади от годишна университетска научна конференция с международно участие, Национален военен университет, 16 – 17 юли 2015 год., Том 1, „Педагогически и хуманитарни науки”, Издателски комплекс на НВУ „Васил Левски”, 2015, стр. 173 – 177, ISBN 1314-1937.

Стефанова И., С. Миндова, И. Караганова. (2016). *Значението на кинезитерапията в профилактиката на остеопорозата.* В: Научни трудове на Русенския университет, том 55, серия 8.1, Русе, 2016, стр. 90-94, ISBN 1311-3321.

Темелкова, Н. (2013). *Остеопороза*, сп. МедикАрт, бр.3.

Министерство на здравеопазването. Национална програма за ограничаване на остеопорозата, доклад 2006-2010. https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/17/programa-ogranichavane-osteoporoza_2006-2010.pdf

Bartl, R (2001). *Osteoporose.* Pravention – Diagnostik – Therapie. Stuttgart, New York: Thieme-Verlag.

Brunkow, R., von Rose Marie Bold, Grossmann, A., Block, R (1989). *Stemmfuhrung nach Brunkow*. 5. Uberarb. Auflage, Stuttgart: Enke- Verlag.

Court-Brown, C., Caesar, B. (2006). *Epidemiology of adult fractures*: *A review*. Injury, 2006;37(8):691-697.

Cummings, S.R., Nevitt, M.C., Browner, W.S., Stone, K., Fox, K.M., Ensrud, K.E. et al (1995). *Risk factors for hip fracture in white women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group.* New Engl Med 1995; 332:767- 73.

Ernst, E (1998). Exercise for Female Osteoporosis. Sports Med 1998;25: 359-68.

Gutin, B., Kasper, M.J. *Can vigorous exercise play a role in osteoporosis prevention? A Review.* Osteoporosis Int 1992;2:55-69.

Joakimsen, R.M., Magnus, J.H., Fonnebo V. (1997). *Physical activity and predisposition for hip fractures: a review.* Osteoporosis Int 1997;7:503-15.

Karaganova, I. (2015). *Role of the physical therapy for sarcopenia. Prevention and treatment of sarcopenia in older people.//* Medical and Health Sciences - Health sciences, 2015, No The 3rd Inte, pp. 281 - 284, ISSN 978-80-554-1059-3.

Keck, E., Kruse, H.P.(1994). *Osteoporose: Klinik – Diagnostik – Therapic.* Jena: Gustav Fischer Verlag.

Lane, J.M. (1997). *Osteoporosis, medical prevention and treatment*. Spine 1997;22:32S-7S.

Lin, I.T., Lane, J.M. Nonmedical management of osteoporosis. Curr Opin Rheumatol 2002;l4:441-6.

Murray, T.M. *Prevention and management of osteoporosis: consensus statements from the scientific advisory board of the osteoporosis society of Canada. Calcium nutrition and osteoporosis.* Can Med Assoc J 1996;155:935-9.

Ringe, J.D.. *Altersosteoporose- Prophylaxe und Thrapie.* Z Gerontol 1993;26:34-8.

Sabo, D., Reiter, A., Pfeil, J., GulSbacher, A., Niethard, F.U. *Beeinflussung der Knochenqualitt durch extreme korperliche Belastung.* Z Orthop 1996;134:l-6.

Scheel, A.K., Backhaus, M., Koziolek, M., Strutz, F.. *Osteoporose und Sport.* Akt Rheumatol 2003;28:203-9.

Sharkey, N.A., Williams, N.I., Guerin, J.B. (2000), *The role of exercise in the prevention and treatment of osteoporosis and osteoarthritis*. Rheumatology 2000;35:209-22.

Sinaki, M. (1982*), Postmenopausal spinal osteoporosis*. Mayo Clin Proc 1982;57:699-703.

Sinaki, M., Warmer, H.W., Offord, K.P., Hodgson, S.F.. (1989), *Efficacy of nonloading exercises in prevention of vertebral bone loss in post- menopausal women: A controlled trial.* Mayo CHn Proc 1989;64: 762-9.

Uhlemann, C. (1998), *Strategien der Physiotherapie beim Osteoporosesyndrom*. Osteologie 1998;4:190-202.

Uhlemann, C., Bocker, B., Abendroth, K. (1998), *Vergleich einer 1- bzw. 2 mal tglichen Bewegungstherapie bei stationren Patienten mit einem Osteoporosesyndrom bezttglich Akzeptanz und Schmerzverhalten.* Osteologie 1998;1:760-1.

Werle, J. (1995), *Osteoporose und Bewegung.* Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag; 1995.

Wiemann, K. (1991), *Beeinflussung muskularer Parameter durch ein zehnwochiges Dehnungstraining.* Sportwissenschaft 1991;3:295-306.

TRU-ONLINE-SSS-HP-04

THE PLACE OF KINESITHERAPY FOR DEGENERATIVE CHANGES IN THE SHOULDER JOINT [7]

Valentin Velchev – student
Department of Public Healt and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Tel: +359896399611
e-mail: vvelchev1984@abv.bg

Assist. Prof. Stanislava Bogomilova
Training sector of Kinesitherapy, Faculty of public health
Medical University Varna
e-mail: stanislava.bogomilova@mu-varna.bg

Abstract: *Degenerative changes in the shoulder joint are a common problem characterized by a pain syndrome, limited range of motion in the joint, difficulties in performing daily activities, and worsened quality of life of the patients. Nowadays, shoulder pathology is a research object of various studies targeted at refining the diagnosis and presenting the most appropriate approach to treatment. Treating the degenerative changes in the shoulder joint is a complex process and depends on the stage of the disease. In any case, the treatment is a combination of medication, as in the conservative approach, and surgical treatment in some cases, but with the active participation of kinesitherapy regardless of its stage.*

Keywords: *shoulder joint, degenerative change, kinesitherapy*

ВЪВЕДЕНИЕ

Дегенеративните промени в раменната става са често срещана проблематика изразяваща се с болков синдром, ограничен обема на движение в ставата както и затрудняването на извършване на дейностите от ежедневния живот, и влошава качеството на живот на пациентите. Причините за това могат да бъдат от различен характер – генетично предразположение към заболяване на ставите, вродени дефекти, заболявания на ендокринната система, травми, като счупване, натъртване, изкълчване, разстежение, възраст, наднормено тегло, тежък физически труд, начин на хранене. Днес раменната патология представлява интерес за проучвания от различни специалисти в прецизирането на диагнозата, а така също и в търсене на най-правилния подход за лечение. Лечението на дегенеративните изменения на раменната става е комплексно и зависи от етапа на заболяването, но при всички случаи представлява комбинация от консервативното – медикаментозно, а понякога и оперативно лечение, но с активната намеса на кинезитерапията независимо от стадия.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Раменният комплекс е сложен кинематичен механизъм, които подпомага подвижността на целия горен крайник като ангажира всички структури в тази област, за да може хумеруса да извърши движение. Поради голямата свобода на движение в трите равнини и анатомичните особености на раменната става - голямата глава на раменната кост и плитката ставна ямка на лопатката, както и по-слабият свързочен апарат е предразположена към дегенерация.

Дегенеративните ставни изменения са болестно състояние, засягащо всички стави и се характеризира с износване на ставния хрущял. От съществено значение е намаляването на междуклетъчното вещество в хрущяла, което е основна механична структура, сред която се

[7] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: МЯСТОТО НА КИНЕЗИТЕРАПИЯ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНИ ПРОМЕНИ В РАМЕННАТА СТАВА.

разполагат хондроцитите. Те синтезират белтъци и протеогликани, които заместват разрушената междуклетъчна матрица и подържат хрущяла в добро състояние. При дегенерацията обаче намаляват хондроцитите, в хрущяла се натрупват протиогликани, които в здрав хрущял не съществуват или са в малки количества. В начален стадии на заболяването настъпва размекване на хрущяла в зоните на натоварване, а постепенно и фрагментирането му, хрущялът губи еластичност, става неравен и се отлепя от подлежащата кост. Дегенеративните промени на раменната става започва с износването на хрущяла и увеличаването на триенето на ставните повърхности, организма се опитва да компенсира този дефицит образувайки тъкан, която няма характеристиките на ставния хрущяла. Ставната капсула се свива, ставната цепка намалява, мускулатурата около ставата хипотрофира и на фона на тези промени движенията се ограничават, стават болезнени, развиват се контрактури. Поради триенето се появяват изливи на синовиална течност, възпаление и оток в ставата, деформация и обездвижване (Mihov K., Sv. Dobrilov, M. Zagaorov, M. Marinov, G. Nenova, 2019; Kodner D., 2002; Lambert CM, Hurst NP, Lochhead A, McGregor K, Hunter M, Forbes J., 1994).

Най-честите симптоми са:

- Болка, която е тъпа и се засилва при физическа активност, усеща се дълбоко в ставата, а с напредване на заболяването се наблюдава и в покой.
- Скованост в ставата, която се появява след дълъг покой и изчезва след раздвижване.
- Ограничение на обема на движение, което настъпва постепенно и понякога може да преобладава над болката.
- Подуване на ставата, което се получава в резултат на възпаление на синовиалната мембрана предизвикващо ставен излив.
- Зачервяване и затопляне в резултат на възпалителните процеси в ставата настъпва активиране на обменните процеси, които водят до появата на симптомите.
- Деформация на ставата и появата на контрактури.
- Хипотрофия на мускулатурата.
- Намаляването на ставния хрущял в резултат на напредване на заболяването предизвиква „щракане“, „пукане“ в ставата при движение. (Prier A, Barenboim F, Karneff A, Molaris S, Beauvais C, Dumontier V, et al., 199); Spiegel JS, Spiegel TM, Ward NB., 1987).

Разглеждането на проблема е провокирано от съвременните предизвикателства за подобряване качеството на живот при пациенти с дегенеративни промени в раменната става, нуждаещи се от продължителна кинезитерапия. За целта е необходимо да се направи правилна патокинезиологична диагностика, която е с особено значение при подбора на подходящите кинезитерапевтични средства в непрекъснатите грижи. Цялостният процес на функционално възстановяване изисква дългосрочна и целенасочена кинезитерапия с отговорността и активното участие на пациента.

Материал и методи

Изследвахме 15 пациента с дегенеративни промени в раменната става, от които 12 са провели оперативно лечение и 3 консервативно. Всички пациенти са провели продължителна кинезитерапия в амбулаторни условия под наше наблюдение в кабинета по кинезитерапия към Клиниката по ортопедия и травматология, УМБАЛ „Св. Марина“ - Варна. С цел онагледяване на получените резултати използвахме следните методи:

- Сантиметрия
- Ъглометрия
- Мануално мускулно тестуване

Резултати и обсъждане

Патологията в раменната става е една от най-често срещаните поради голямата й свобода на движение и задълбоченото познаване на проблематиката би допринесло за навременното и правилно диагностициране в общата практика. Пациент – центрираният подход и правилно изготвеният кинезитерапевтичен план, включващ дълготрайна стратегия

насочена към конкретния пациент, в която той да поеме отговорност и участие е важен фактор (Dobrilov S., M. Zagorov, K. Mihov, A. Tabakov, G. Nenova, 2017; Nenova, G., 2019). Проучванията в литературните източници и клиничният опит показват, че за проявата на подобен род патология възрастовият показател или пола нямат особено значение. В клиниката по Ортопедия и травматология на УМБАЛ „Света Марина“ Варна имахме възможност да наблюдаваме пациенти с дегенеративни промени в областта на раменната става. Пациентите провеждаха кинезитерапия средно около 4 месеца до постигне на очакваните функционални резултати. 6 от пациентите са мъже и 9 жени на средна възраст за мъжете 49 години и 56,3 за жените. Клиничната картина при пациентите се изразява с ограничение обема на движение, хипотрофия на мускулатурата, болка (Bojinov S., 1963; Hanchard et al., 2013; Murthi et al., 2000).

В кинезитерапевтичния комплес включваме - суспенсионна терапия в клетката на Роше, както и ставно-мобилизационни техники, мобилизации по Mulligan, изометрия за активиране на абдукторите, аддукторите и ротаторите в раменната става. Процедурите започваме с криотерапия и масаж, общоразвиващи упражнения, дихателна гимнастика, активна кинезитерапия за незасегнатите стави, контралатерална тренировка като подготовка. След постигането на пасивен обем на движение в ставата включихме активно асистирани и активно контролирани упражнения с цел възстановяване на мускулната сила, като наблягаме на избягването за включване на компенсаторни и заместителни движения. Постепенно увеличаваме броя повторения: активно асистирани и активни упражнения във всички равнини с уреди и на уреди, пропреоцептивно улесняване (ПНУ), упражнения с еластично съпротивление и др.

Прилагането мобилизации по Mulligan (mobilizations with movemen) спомага за разрушаването на патологичния порочен кръг- “болка- мускулен гард- патологично движение- мускулен дисбаланс- болка“ и създава благоприятни условия за осъзнато, контролирано изграждане на движението, както и на правилен двигателен стереотип (Deleva R., P. Parashkevova, 2012).

С ПНУ постигаме подобряване обема на движение и мускулна сила (Dimitrova E., 2007). При повторение на ПНУ, волевата контракция на хипотрофиралия мускул или мускулна група стимулират ограничението на синаптичното съпротивление и по този начин се активират „волевите“ проводникови пътища. В последващите етапи на възстановяване ПНУ предизвиква директна волева контракция на мускулите без допълнителни стимули за улесняването й, а използването на мануално - мускулни техники предпазва ставата от появата на миогенни контрактури (Mateev D.,1962; Cleeman E, Flatow EL., 2000).

Прилагането на упражнения с еластично съпротивление при пациенти с проблеми в областта на рамото ни дава възможност да трениране всички стави и мускули на горния крайник. Самите ластици не позволяват само гравитацията да влияе, а съпротивлението от разтягането на самата лента, с което стимулираме еластичността на меките тъкани и координирането на крайника по време на упражненията (Ganchev M., 1997). С до около 35 % можем да повлияем мускулната сила с помощта на еластичните ленти и то за не голям период от време (Fisher J, James St. et al., 2011).

Табл. 1. Представяне на средните стойности на резултатите от измерване обема на движение

Пациенти брой	abd преди ср. стойност	abd след ср. стойност	add преди ср. стойност	add след ср. стойност	flex преди ср. стойност	flex след ср. стойност	ext преди ср. стойност	ext след ср. стойност	вътр. ротация преди ср. стойност	вътр. ротация след ср. стойност	външ. ротация преди ср. стойност	външ. ротация след ср. стойност
15	47.33°	150.3°	39°	66°	49°	153°	26.67°	47.33°	40.67°	63.33°	24.67°	53.33°

В табл. 1 са представени средните стойностите от ъглометрията преди и след проведената от нас кинезитерапевтична програма при пациенти с раменна патология.

От така представената нагледна информация относно обема на движение в засегнатата раменна става получихме средни стойности отразяващи значително подобрение в сравнение с началните стойности. По отношение на абдукцията в рамото средната стойност, която изчислихме е 107°. Подобрението по посока на аддукция, което отчитаме за всичките 15 пациента е 27° или повече от половината - 51% са постигнали максимална аддукция. По отношение на флексията, която при горният крайник е от съществено значение за самообслужването на пациентите и извършването на дейностите от ежедневието отчетохме ръст в резултатите средно от 104°, а подобрението по посока на екстензия средно е 20,66°. 20,66° средна стойност подобрение измерихме и по отношение на вътрешната ротация и 29,33° отчитаме като значително подобрение за външна ротация.

Табл. 2. Резултати от сантиметрията преди и след програмата

пациент	сантиметрия преди	самтиметрия след
1	58 см	56 см
2	38 см	38 см
3	48 см	45 см
4	30 см	28 см
5	50 см	47 см
6	50 см	48 см
7	42 см	40 см
8	50 см	46 см
9	48 см	46 см
10	34 см	34 см
11	49 см	46 см
12	46 см	46 см
13	45 см	45 см
14	40 см	40 см
15	50 см	50 см

На табл. 2 сме представили получените резултати от сантиметрията преди и след прилаганата от нас методика. Обобщено може да заключим, че след елиминирането на отока пациентите спират да се оплакват от тежест, силна болка в ръката и съобщават за по-голяма свобода в извършване на движенията.

С цел измерване мускулната сила за да можем да изберем средствата на кинезитерапията в последващите етапи на възстановяването, тогава когато сме повлияли отока и сме подобрили значително обема на движение използваме ММТ.

Табл. 3. Средните стойностите на мускулната сила
в трите равнини в раменната става, измерена с ММТ

пациенти брой	ММТ abd преди ср. стойност	ММТ abd след ср. стойност	ММТ flex преди ср. стойност	ММТ flex след ср. стойност	ММТ ext преди ср. стойност	ММТ ext след ср. стойност	ММТ вътр. ротация преди ср. стойност	ММТ вътр. ротация след ср. стойност	ММТ външ. ротация преди ср. стойност	ММТ външ. ротация след ср. стойност
15	2.13	3.27	2.07	3.27	2.20	3.20	2.53	3.93	1.73	3.20

На табл. 3 са представени измерените средни стойности на мускулната сила при всичките 15 пациента участвали в изследването преди започването на кинезитерапия и непосредствено след приключването й с цел да отчетем ефикасността на програмата.

Отчитайки средните стойности за мускулната сила на мускулите участващи в абдукцията на ръката в рамото установихме подобрение с 1,13 в шест степенната скала на ММТ. За флексията в раменната става откриваме повишаване на мускулната сила с 1,33 в сравнение с началните стойности, а за екстензията 1 единица в посока нагоре за подобрявана на мускулната силата. При тестването на вътрешните ротатори повишението е с 1,4, а за външната ротация, която определено затрудняваше пациентите отчитаме 1,47 подобрение в мускулната сила.

В заключение можем да кажем, че приложената от нас методика за продължителен период от време дава добри резултати, като средното подобрение при изследване на мускулната сила е 1,26 за 5 те движения. Не сме тествали аддукцията тъй като в това движение участва основно лопатката.

За постигането на положителни резултати във възстановителния период от съществено значение е правилно изготвения индивидуален рехабилитационен комплекс. Поставянето на крайника в позиция на покой и щаденето му обикновено не помагат на пациентите, а задълбочава техните проблеми. Редица автори препоръчват възможно най-ранното включване на кинезитерапевтични процедури за ставата с цел предотвратяване на последващи усложнения (Vladimirov B., 2000; Dobrilov S., M. Zagorov, K. Mihov, G. Nenova, G. Jelyazkov, 2016; Halvadjian R., 2010; Popova D, St. Mitova., 2014). Подборът на кинезитерапевтични средства е съобразен с индивидуалните особености на пациента, коректно предложената последователност през различните етапи от функционално-възстановителния процес, са ключови за цялостното възстановяване функцията на горния крайник.

ИЗВОДИ

Резултатите, които получихме от собствените проучвания потвърждават ефективността на предоставените продължителни кинезитерапевтични грижи при пациенти с дегенеративни промени в областта на рамото. От съществено значение за постигането на максимално очаквания ефект и удовлетвореност е доверието между кинезитерапевта и пациента, индивидуалния подход, правилно изготвения кинезитерапевтичен комплекс и постоянството.

REFERENCES

Bojinov S., (1963), Neurology 2nd, Sofia: Medicine and Physical Education, pp.19–20 (***Оригинално заглавие:*** *Неврология 2- ро изд. Медицина и Физкултура, София, стр.19–20*)

Vladimirov B., (2000), Orthopedics, traumatology and orthotics, Sofia: Medicine, pp.280-295 (***Оригинално заглавие:*** *Ортопедия, травматология и ортотика. изд. Медицина, София,: 280-295)*

Ganchev M., (1997), Clinical orthopedics (***Оригинално заглавие****: Клинична ортопедия – изд. К и М*)

Dimitrova E., (2007), Application of manual muscle techniques in the treatment of myogenic contractures in the elbow joint. Journal of Rehabilitation Medicine and Quality of Life, Vol. 2 /16-22 (***Оригинално заглавие:*** *Приложение на мануални мускулни техники при лечението на миогенни контрактури в лакътната става. сп. „Рехабилитационна медецина и качество на живот“, бр. 2/16-22*)

Dobrilov S., M. Zagorov, K. Mihov, A. Tabakov, G. Nenova, (2017), Subpectoral tenodesis of the long head of m biceps brachii with bone anchor. Orthopedics and Traumatology, 54 (2): 328-336) (***Оригинално заглавие:*** *Субпекторална тенодеза на дългата глава на m biceps brachii с костен анкър. Ортопедия и травматология, 54(2):328-336)*

Dobrilov S., M. Zagorov, K. Mihov, G. Nenova, G. Jelyazkov, (2016), Arthroscopic treatment of calcifying tendinitis of the shoulder, Medicine and Sports, 3-4: 12-15 (***Оригинално***

заглавие: *Артроскопско лечение на калцифициращ тендинит на рамото. Медицина и спорт, 3-4:12-15*)

Mateev D.,(1962), Human physiology. Medicine and Physical Education, Sofia, p.162. (***Оригинално заглавие:*** *Физиология на човека. Медицина и физкултура, София, стр.162*)

Mihov K., Sv. Dobrilov, M. Zagaorov, M. Marinov, G. Nenova, (2019), Snapping blade in osteochondroma of the bone surface. Medicine and Sports, 1-2: 8-10, (***Оригинално заглавие:*** *Щтракаща лопатка при остеохондрома на косталната повърхност. Медицина и спорт, 2019, 1-2:8-10)*

Halvadjian R., (2010), Principles and indications for the application of arthroscopy of the shoulder joint in clinical practice. Orthopedics magazine, issue 2, Sofia, (***Оригинално заглавие:*** *Принципи и индикации за приложението на артроскопия на раменната става в клиничната практика. сп. Ортопедия, бр. 2, София*)

Cleeman E, Flatow EL., (2000), Shoulder Dislocation in the young patient. Orthop Clin North Am. Apr;31(2):217-29.

Fisher J, James St. et al., (2011), Evidence-Based Resistance Training Recommendations Medicina Sportiva Med Sport 15 (3): 147-162,

Hanchard et al., (2013), Cochrane Database Syst Rev 30(4):CD007427

Kodner D., (2002), Beyond care management: the logic and promise of vertically integrated systems of care for the frail elderly. In: Knapp M, et al, editors. Towards equitable and efficient social care: Festschrift for Bleddyn Davies. London School of Economics and Political Science

Lambert CM, Hurst NP, Lochhead A, McGregor K, Hunter M, Forbes J., (1994), A pilot study of the economic cost and clinical outcome of day patient vs inpatient management of active rheumatoid arthritis. Br J Rheumatol,33:383-8.

Murthi et al., (2000), The incidence of pathologic changes of the long head of the bceps tendon. J Shoulder Elbow Surg 9:383-385.

Nenova, G., (2019), Kinesitherapeutic Approach Following Surgical Treatment in Cases of Partial of Complete Muscles' Rupture of the Rotator Cuff. Journal of IMAB, Jul-Sep;25(3):2628-2631.

Popova D, St. Mitova., (2014), Kinesitherapy to injuries of the rotator muff 11- International Scientific Conference, Veles, Activities in physical education and sport. Vol.4, (1), ISSN 1857-7687

Prier A, Barenboim F, Karneff A, Molaris S, Beauvais C, Dumontier V, et al., (1997) Multidisciplinary day hospital treatment of rheumatoid arthritis patients. Evaluation after two years. Rev Rhum Engl Ed, 64:443-50.

Deleva R., P. Parashkevova, (2012), Mulligan mobilizations - a means of overcoming pain in shoulder pathologies. In: University of Ruse Conference, University of Ruse (***Оригинално заглавие:*** *Делева Р., П. Парашкевова, Мобилизации по Mulligan - средство за преодоляване на болката при раменни патологии, НАУЧНИ ТРУДОВЕ НА РУСЕНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ - 2012, том 51, серия 8.1; 34*)

Spiegel JS, Spiegel TM, Ward NB., (1987) Are rehabilitation programs for rheumatoid arthritis patients effective? Semin Arthritis Rheum, 16:260-70.

TRU-ONLINE-SSS-HP-05

PHYSICAL THERAPY FOR CERVICAL SPINE DEGENERATIVE DISC DISEASE[8]

Nina Velikova – student
Department of Public Health and Social Activities
"Angel Kanchev" University of Ruse
e-mail: mukmaida@abv.bg

Sevilyay Sally – student
Department of Public Health and Social Activities
"Angel Kanchev" University of Ruse
e-mail: Sevsali96@gmail.com

Kosara Andreeva – student
Department of Public Health and Social Activities
"Angel Kanchev" University of Ruse
e-mail: kosara0311@abv.bg

Assoc. Prof. Irina Karaganova, PhD
Department of Public Health and Health Care,
University of Ruse"Angel Kanchev"
e-mail: ikaraganova@uni-ruse.bg

Abstract: *Degenerative Disk Disease (DDD) in the cervical spine is common in clinical practice. Cervical Degenerative Disc Disease is a major contributor to neck pain. Depending on the severity of the degeneration and the amount of compression on cervical nerves, neck pain can interfere with daily activities. It is estimated that as many as 80% of people will have some form of neck or back pain at some point in lifetimes. The good news is that most of them will recover without the need for surgery. Cervical degenerative disease can't be reversed - similar to aging, no treatment can undo that process. However, exercise and stretching may help minimize neck pain and strengthen the surrounding neck structures (eg, muscles, joints) to reduce the possibility of future disc problems. The stretchers exercise demonstrated here are designed to lengthen and strengthen neck muscles and help maintain proper posture. The goal is make cervical spine flexible, strong, and more mobile - these 3 characteristics help the spine to be more resistant to pain and help better managing the symptoms of cervical degenerative disc disease. The activity and movement are also good for people with spinal disc pain because movement helps drive nutrition to discs.*

Keywords: *Degenerative disk disease, DDD, Physical therapy, Cervical Spine, Exercise, Stretching*

ВЪВЕДЕНИЕ

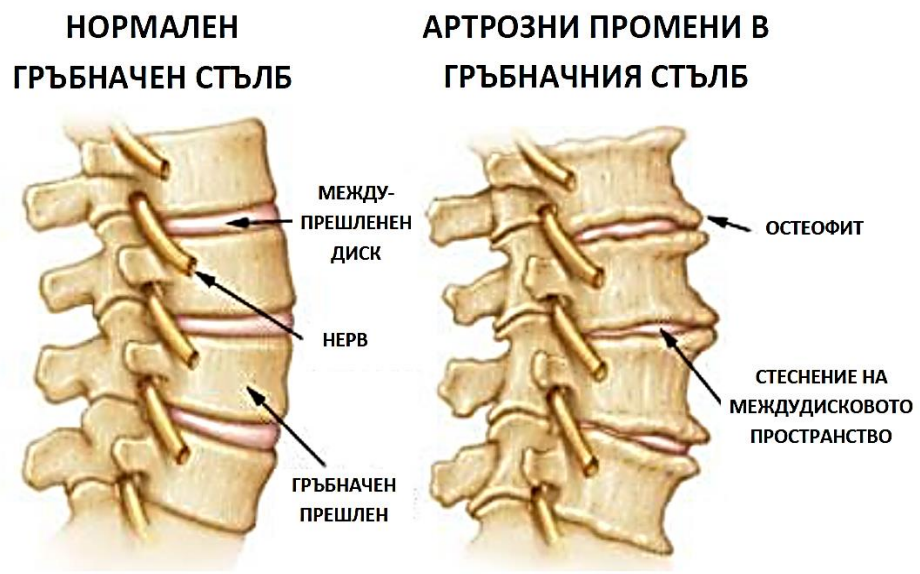
Дегенеративните промени шийния отдел на гръбначния стълб имат високо медицинско и социално-икономическо значение. Близо 80% от хората в зряла възраст страдат от болки във врата през някакъв период от живота си. Според някои проучвания, болката във врата е водеща причина за увреждане на хора под 45 години в глобален мащаб. Всъщност, една трета от посещенията при специалистите са за лечение на болки в шията, което е много по-висок процент, отколкото при всяко друго заболяване (Kushchayev, Sergiy V., et al., 2018).

Дегенеративната дискова болест на шийния гръбнак е основна причина за болката във врата. Понякога болката е бързопреходна, но в повечето случаи, тя може да бъде силна и упорита и да има сериозни последици за здравето. В зависимост от тежестта на дегенерацията и размера на компресията върху шийните нерви, болката във врата може сериозно да пречи на ежедневните дейности. Заболяването на шийните дискове обаче

[8] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: КИНЕЗИТЕРАПИЯ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНА ДИСКОВА БОЛЕСТ В ШИЙНИЯ ОТДЕЛ НА ГРЪБНАЧНИЯ СТЪЛБ. Отличен с ***„Грамота за най-добро теоретично изследване"***.

надхвърлят болката във врата. Дегенеративният процес може да причини ирадиация на болковата симптоматика, както и изтръпване и слабост в раменете, ръцете и пръстите. Този дискомфорт и загубата на мобилност могат да окажат голямо влияние върху трудовата и битова дейност, семейството и качеството на живот на засегнатите лица (Subev, Y., Yunakov, H., Marinov, V., Nedev, N., 2016).

Голяма част от хората с болки в шията съзнателно избягват движението на главата в ежедневните, трудови и битови дейности с убеждението, че не могат да ги изпълнят или от страх за изостряне на болковата симптоматика. Това от своя страна е предпоставка за постепенно отслабване на мускулатурата, скованост в ставите и цялостна дисфункция на гръбнака и врата (Kushchayev, Sergiy V., et al., 2018; Cleland, J. A., 2010; Sheidid, D., 2007).



Фиг. 1. Артрозни изменения в структурата на гръбначния стълб, (И. Караганова, 2016)

ИЗЛОЖЕНИЕ

Разработване на методика за кинезитерапия при дегенеративна дискова болест на шийния гръбнак

Обикновено степента на болка и промените, с които човек трябва да се научи да се справя, са това, което мотивира търсенето на допълващи и алтернативни здравни грижи като възможности за лечение. Леченията могат да се предлагат под много форми, включително медикаментозна терапия, хиропрактика, масажна терапия, акупунктура, физиотерапия или други подобни начини (BenEliyahu, D. J., 2013).

В реферираните научни издания са публикувани множество клинични изследвания, разкриващи значението на физическите, професионални и социални фактори за развитието и персистирането на болките в шията. Разгледано е подробно взаимодействието между тези фактори, както и тяхното въздействие върху способността за работа и социален живот (Subev, Y., Yunakov, H., Marinov, V., Nedev, N., 2016; Каранешев, Г., М. Мареков, Ил. Хаджийски, Р. Маврова, 1975).

Научната литература е оскъдна обаче, по отношение на влиянието на физическите упражнения върху ефективността от третирането на болката при мултидисциплинарните рехабилитационни програми.

Предвид честотата и сериозността на тези оплаквания, рехабилитационните програми при хронични болки в шията, трябва да бъдат достъпни за всички лица и да бъдат ориентирани към индивидуалните нужди на пациента.

В този контекст е необходимо по-задълбочено проучване на ефектът от прилагане на физически упражнения и мускулен стречинг в комплексната терапия на дегенеративна дискова болест на шийния гръбнак.

Терапията с физически упражнения може да да помогне да се сведе до минимум болката във врата и да се укрепят околните структури на шията (например мускули, стави), за да се намали възможността за бъдещи проблеми с диска. Р. Делева (2015) съобщава за ефективността на медният масаж при артрозани изменения в гръбначния стълб. Авторката отчита необходимостта от оценяване и подобряване на раменната мобилност при болка и дисфункция на гръбначния стълб, особено при локализация в шиен отдел (Делева, Р., 2017).

Според редица автори физическото упражняване ще допринесе за изграждането на активен самоконтрол над болката и усвояването на навици за правилно извършване на ежедневните физически дейности (Личев М., А. Андреев, К. Панайотов, 2017; Моллова, К., Узунова, А., Попов, И. 2017; Kushchayev, Sergiy V., et al., 2018; Ellenberg, M. R. 2014; Van Rijn, J. C., 2006; Kay, T. M., 2005).

За проверка на тези твърдения е изведена **работната хипотеза:**

„Допуска се, че мускулният стречинг и физическото упражняване на затрудненитe и болезнени двигателни дейности (и в частност обичайните битови и работни натоварвания), може да подпомогне възстановителния процес при пациенти дегенеративна дискова болест на шийния гръбнак, като съдейства за по-пълноценното редуциране на болковия синдром, подобряване на функционалното състояние и способността за изпълнение на ежедневните трудови и битови дейности.“

Във връзка с горепосочената хипотеза са определени **обект и предмет на изследване**.

Обект на изследване: съдържанието на разработената кинезитерапевтична програма, ефективността на нейните компоненти и оптималността от тяхното комбиниране.

Предмет на изследване: въздействието на приложените кинезитерапевтични програми върху динамиката на болката, функционалното състояние и способност за изпълнение на ежедневните трудови дейности при пациенти с при дегенеративна дискова болест на шийния гръбнак.

В съответствие с издигната хипотеза са формулирани и **целта и задачите на изследването**:

Цел:

Да се сравнят промените в степента на болкова симптоматика, функционално състояние и способност за изпълнение на ежедневни трудови и битови дейности при включване на физически упражнения и мускулен стречинг в рехабилитационния план на пациенти с при пациенти дегенеративна дискова болест на шийния гръбнак.

Задачи:

1. Да се разгледат задълбочено текущите терапевтични подходи при дегенеративна дискова болест на шийния гръбнак, като се изведат на преден план възможностите и ефекта от съчетаното прилагане на фицически упражнения и мускулен стречинг;

2. Подбиране на набор от функционални тестове за проследяване на промените в степента на болката, функционалната годност и работоспособност при провеждане на рехабилитационните програми;

3. Разработване и прилагане на кинезитерапевтична програма, комбинираща физически упражнения и мускулен стречинг за овладяване на болезнените движения;

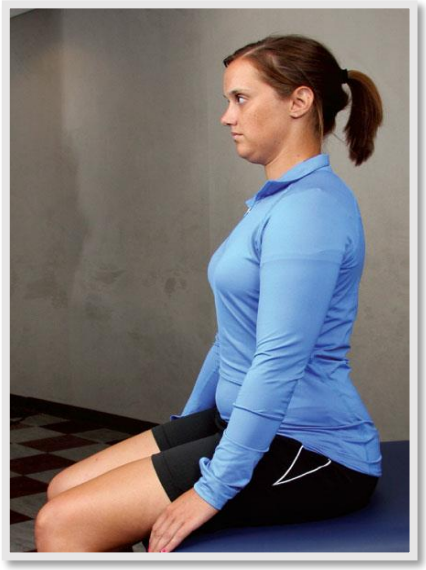
4. Обработване, анализиране и оценка на резултатите чрез сравняване на ефекта спрямо резултатите от начаните функционални измервания.

Етапи на изследването

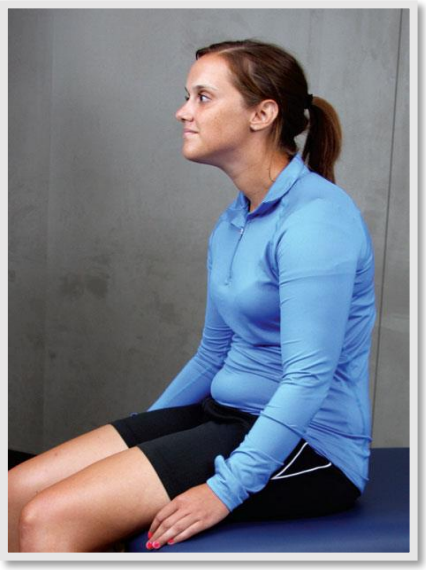
- постановка на проблема;
- събиране на информация;
- изработване на предварителна хипотеза за разрешаване на познавателния проблем;
- теоретична разработка;
- провеждане на експертиза и сравняване на резултатите;
- окончателно оформяне и публикуване на резултатите

Методика на кинезитерапията

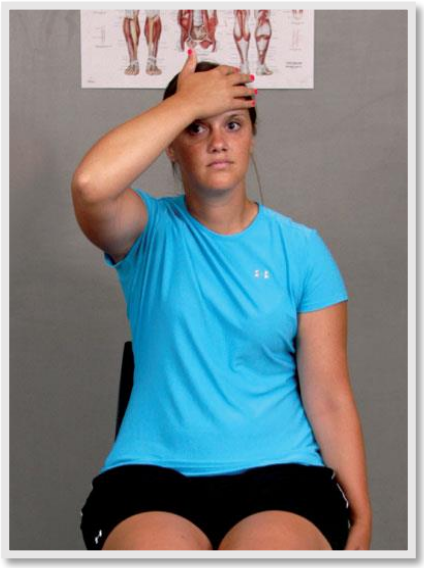
Демонстрираните тук упражнения са предназначени за удължаване и укрепване на мускулите на шията и спомагат за поддържане на правилна стойка. Целта е шийният гръбначен стълб да бъде гъвкав, силен и по-мобилен - тези 3 характеристики помагат на гръбначния стълб да бъде по-устойчив на болка и спомагат за по-доброто управление на симптомите на цервикална дегенеративна дискова болест. Активността и движението също са полезни за хора с болки в гръбначния диск, тъй като движението спомага храненето на дисковете (https://www.spine.org/KnowYourBack/Prevention/Exercise/Cervical-Exercise).

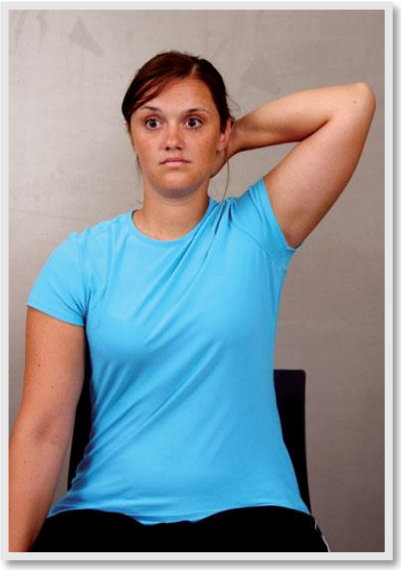


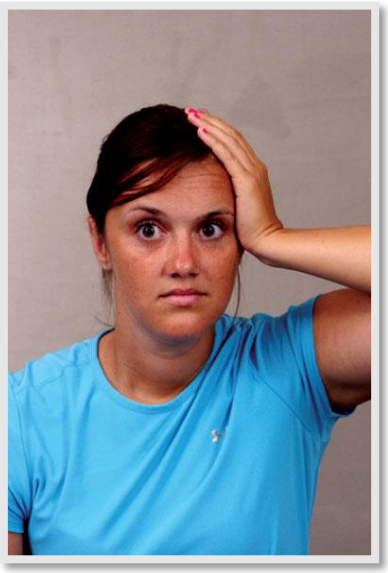
Сн. 1. Неутрално положение на главата



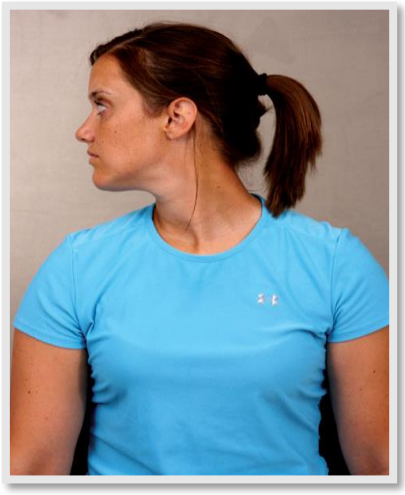
Сн. 2. Изтегляне на главата напред



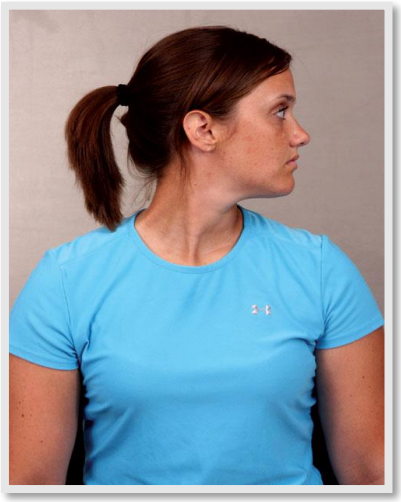




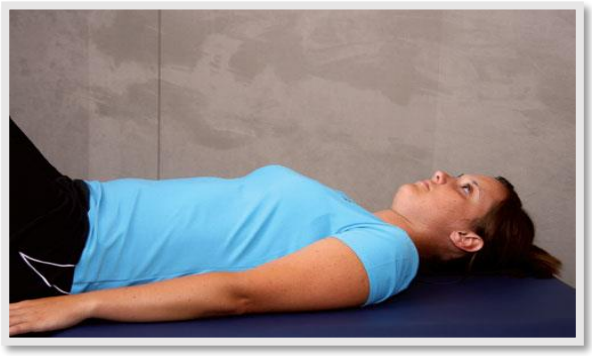
Сн. 3., 4., 5. Изометрични упражнения за укрепване на шийните мускули

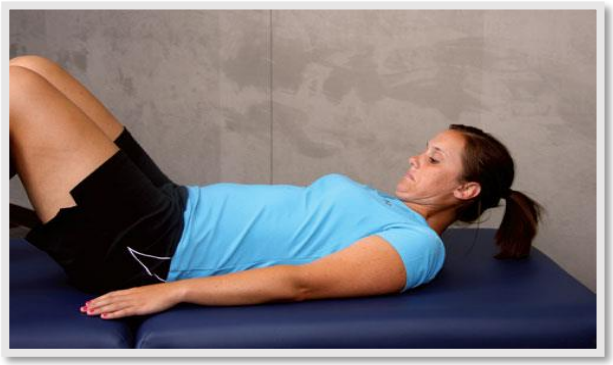


Сн. 6. Ротиране на главата в дясно



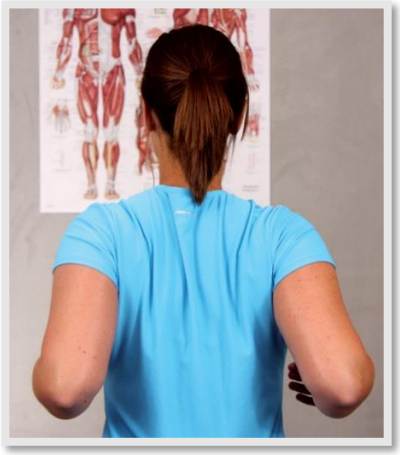
Сн. 7. Ротиране на главата в ляво





Сн. 8., 9. Повдигане и задържане на главата от тилен лег

Сн. 10., 11. Флектиране и екстензиране на шията от лег



Сн. 12. Изометрично упражнение от неутрално положение на главата и шията

Комлексът от стабилизиращи упражнения за шийна мускулатура е насочен към подобряване на мускулната сила и обем на движение, изграждане на правилна телесна стойка и усъвършенстване на двигателния стереотип. Важно значение за ефекта от упражняване, независимо от болковата симптоматика има заемането на правилна позиция на главата повреме на изпълнението на комплекса от физически упражнения. Препоръчително е ежедневно упражняване при двуседмичен курс на терапия. При необходимост, при по-бавен възстановителен процес могат да се проведат пет терапевтични сесии. Една процедура е с продължителност приблизително 45 минути, като всяко упражнение се изпълнява с дозировка от 10 повторения. Препоръчително е и изпълнение на комплекса пред огледало с оглед самоконтрол върху правилната позиция на главата при изпълнение. В зависимост от тежестта на дегенерацията и размера на компресията върху шийните нерви към терапевтичния курс могат да се добавят и други средства на кинезитерапията и физикалната медицина.

Методи на изследването

За оценка на резултатите и проследяване на ефекта от предложената методика са подбрани следните функционални тестове:

- ***Визуално аналогова скала (ВАС)*** – за самооценка на болковата симптоматика, по скала от 0 до 10, като 0 е липса на болка; за минимална болка се точкува с 1 нагоре, а за максимална – 10;

Фиг. 2. Визуално аналогова скала (ВАС)

- ***Сантиметрично изследване на обема на движенията на шийният отдел на гръбначен стълб в трите равнини*:** фронтална – ляв и десен наклон; сагитална – флексия и екстензия; хоризонтална – ротация в ляво и дясно;

1.Максимална екстензия на главата и шията – при нормална подвижност теменната част на главата заема хоризонтално положение.

2.Максимална флексия на главата и шията. При нормална подвижност главата допира гръдната кост.

- Брада стернум – пациентът е в И.П. седеж. Тялото е изправено, ръцете са отпуснато до тялото. Изпълнява се наклон на главата напред, като целта е брадичката да достигне до гръдната кост (разстоянието се измерва със сънтиметър).

3.Максимален страничен наклон на главата и шията вляво и вдясно.

- Ухо – акромион - пациентът е в И.П. седеж. Тялото е изправено, ръцете са отпуснати до тялото. Изпълнява се наклон на главата в лява, а след това в дясно, като се стреми да се достигне рамото с ухо. При изпълнение на този те е много важно пациента да не повдига противоположното рамо (измерването се извършва със сантиметър).

4.Максимална ротация на главта и шията.

- Брада – акромион - пациентът е в И.П. седеж. Тялото е изправено, ръцете са отпуснати до тялото. Изпълнява се извивка на главата на лявата, а след това на дясната страна, като се

стреми да докосне с брадичка рамото. Следи се за ротация в шийния отдел, а не на целия гръбначен стълб (разстоянието се измерва със сантиметър).

Всички описани тестове с измервания се записват с точност до 0,5 см.

- ***Мануално мускулно тестуване (ММТ)*** за определяне на степента на мускулната слабост. Тестуват се флексори и екстензори на шията по общоприетата скала за оценка – от 0 до 5.
- ***Barthel индекс*** за изследване на дейностите от ежедневния живот. Съдържа 10 дейности включващи цифри 0, 5, 15. Оценяването се вписва в графа "оценка" и след подробно изследване се сумира резултата. Общият резултат варира от 0 до 100 точки, като последните 100 точки показват пълна функционална независимост на пациента
- ***Статистически методи за обработка на резултатите***

Очаквани резултати:

След провеждане на няколко лечебни сеанса, се очаква симптомите на увреда да са преодолени или снижени до минимум.

- Мускулният стречинг и физическото упражняване на затрудненитe и болезнени двигателни дейности ще съдейства за пълноценното редуциране на болковия синдром;
- Предложеният комплекс от аналитични упражнения ще доведе до норлализиращ ефект върху нарушениете функции на шийния отдел на гръбначния стълб, като съдейства за увеличаване на обема на движение във трите основни равнини;
- Подбраните изометрични упражнения ще подпомогнат укрепването на околните структури на шията и ще допринесат за изграждането на активен самоконтрол и усвояване на навици за правилно изпълнение на ежедневните трудови и битови дейности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Специфичните заболявания на гръбначния стълб, сред които дегенеративна дискова болест, радикулит, дискова херния, дископатия и други са сред най-често търсените медицински проблеми при оплаквания от болки в шията. Кинезитерапевтичното лечение е доказало своята ефективност за намаляване на болковата симптоматиката и подобряване на функционалната годност при редица заболявания и увреди. Поради тази причина, приложението на аналатични физически упражнения при болки и дисфункции във врата може да подпомогне възстановителния процес при пациенти дегенеративна дискова болест на шийния гръбнак, като съдейства за по-пълноценното редуциране на болковия синдром, подобряване на функционалното състояние и способността за изпълнение на ежедневните трудови и битови дейности.

Целта на предложената терапия е не само облекчаване на симптомите, но и постигане на контрол върху болката и дългосрочно възстановяване на нарушената функция. Въпреки че този доклад не съдържа сравнителни данни, той има очевидни приноси по отношение на кинезитерапията при дегенеративната дискова болест на шийния гръбнак. Включването на физически упражнения и мускулен стречинг в рехабилитационния план на пациенти с при пациенти дегенеративна дискова болест на шийния гръбнак може да допринесе до намаляване или преодоляване на болкова симптоматика, подобряване на функционално състояние и способността за изпълнение на ежедневни трудови и битови дейности.

Окончателните резултати от предложената терапия ще бъдат публикувани отделно след приключване на проучването и обработване на резултатите от наблюдаваните показатели бяха обработени чрез методите на медицинска статистика.

REFERENCES

Делева Р. (2015). *Масаж с мед методика и въздействие.* // Известие, 2015, брой серия-5, стр. 147-150, ISSN 1311-106X.

Делева Р. (2017). *Мениджмънт на рехабилитацията на рамо- връзката на гръбначният стълб и шийните прешлени с травмите на рамото.* // Здравна икономика, 2017, брой 3, стр. 8 - 12, ISSN 1311-9729.

Караганова, И. (2013). *Основи на кинезитерапията в гериатрията*. Русе, Русенски университет "Ангел Кънчев", 2016, стр. 62, ISBN 978-954-712-687-9.

Каранишев Г., М. Мареков, И. Хаджийски., Р. Маврова (1975*). Лечебна физкултура при някои заболявания*.

Личев М., А. Андреев, К. Панайотов (2017), *RESEARCHING FOR THE EFFECTS OF MOBILIZATION TECHNIQUES FOR IMPROVING THE MOVEMENT IN THE CERVICAL SPINE BY PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS*. IN: PROCEEDINGS OF UNIVERSITY OF RUSE - 2017, volume 56, book 8.1., Русе, 2017, pp. 29-34

Моллова, К., Узунова, А., & Попов, И. (2017). *Хроничната болка в шийния отдел на гръбначния стълб и възможностите за нейното преодоляване чрез комбиниране на традиционни кинезитерапевтични и специализирани методики*. Management & Education/Upravlenie i Obrazovanie, 13.

BenEliyahu, D. J. (2013). *Magnetic resonance imaging and clinical follow-up: study of 27 patients receiving chiropractic care for cervical and lumbar disc herniations.* Journal of manipulative and physiological therapeutics, 19(9), 597-606.

Cleland, J. A., Fritz, J. M., Whitman, J. M., & Palmer, J. A. (2006). *The reliability and construct validity of the Neck Disability Index and patient specific functional scale in patients with cervical radiculopathy*. Spine, 31(5), 598-602.

Ellenberg, M. R., J. C. Honet, W. J. Treanor (2014). *Cervical radiculopathy*. Arch Phys Med Rehabil.

Kay, T. M., A. Gross, C. Goldsmith, P. L. Santaguida, J. Hoving, G. Bronfort (2005). *Exercises for mechanical neck disorders* // Cochrane Database of Systematic Reviews.

Kushchayev, Sergiy V., et al. (2018) "*ABCs of the degenerative spine*."Insights into imaging 9.2: 253-274.

Shedid, D., & Benzel, E. C. (2007). *Cervical spondylosis anatomy: pathophysiology and biomechanics*. Neurosurgery, 60(suppl_1), S1-7.

Subev, Y., Yunakov, H., Marinov, V., & Nedev, N. (2016, October). *The place of kinesiotherapy in the complex rehabilitation of muskuloskeletal dysfunctions (presentation of a clinical case).* In Varna Medical Forum (Vol. 5, pp. 315-318).

Van Rijn, J. C., N. Klemetso, J. B.Reitsma et al. (2006*). Observer variation in the evaluation of lumbar herniated discs and root compression: spiral CT compared with MRI* // The British Journal of Radiology.

TRU-ONLINE-SSS-HP-06

PHYSICAL THERAPY AS A PART OF THE COMPLEX TREATMENT OF GONARTHROSIS[9]

Boryana Petrova – student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"

Gabriela Krumova – student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"

Lyudmila Vlaeva – student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"

Assoc. Prof. Ivelina Stefanova, PhD
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"

Abstract: *The paper reviews different methods of physiotherapy for conservative treatment of arthrosis of the knee (gonarthrosis). Osteoarthritis is the most common chronic disease of the musculoskeletal system. Of the arthrosis of the large joints, gonarthrosis is the most common form, occurring more frequently in overweight women over the age of fifty. The disease strongly affects the motor activity of patients and significantly reduces their quality of life. Specific for gonarthrosis is primary degenerative changes in the articular cartilage and subsequent proliferative bone formation at the joint edges.*

The goal of this research is to analyze the different methods of physiotherapy and its effectiveness in conservative treatment of gonarthrosis.

Key words: *physiotherapy, gonarthrosis, arthrosis of the knee, joint pain*

ВЪВЕДЕНИЕ

Остеоартрозата е най-често срещащото се хронично заболяване на опорно-двигателния апарат. От артрозите на големите стави гонартрозата заема първо място по разпространение, като се наблюдава по- често при жени с наднормено тегло след петдесет годишна възраст. Заболяването силно повлиява двигателната активност на пациентите и намалява значително качеството на техния живот.

Гонартрозата се характеризира с първични дегенеративни промени в ставния хрущял и с последваща пролиферативна костна формация по ставните краища. Болестта обикновено започва в средна възраст, като най-ранните промени при остеоартритното коляно се наблюдават в хиалинния хрущял и то в зоните на натоварване. В оголената субхондрална кост се наблюдават трабекуларни микрофрактури и колапс на сегмента. Появяват се костни кисти, остеофити и свободни тела (ставни мишки). Те имат различен произход – от метаплазия на синовиалната мембрана до откъснати частици от ставния хрущял, менисците и остеофитите. Възможно е да се достигне до трайни значителни деформации, по-често варусни, отколкото валгусни. Те допълнително влошават биомеханиката на засегнатата става. (Andonov Y., 2018)

Развитието на гонартрозата се разделя на 3 стадия:

[9] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: КИНЕЗИТЕРАПИЯТА КАТО ЧАСТ ОТ КОМПЛЕКСНИЯ ПОДХОД ЗА ЛЕЧЕНИЕТО НА ГОНАРТРОЗА.

I стадий – характеризира се със слаба болка, която се проявява при засилена двигателна активност- като например изкачване и слизане по стъпалата. В този стадий все още не се забелязват видими патологични изменения в ставата.

II стадий - болката е по-интензивна и по-продължителна. При обективно изследване се установява палпаторна болезненост върху ставната цепка, болка и ограничени движения. При направата на рентгеново изследване се установява стеснение на ставната цепка и наченки на субхондрална остеосклероза.

III стадий – движенията са болезнени и ограничени, а мускулатурата хипотрофира. При развитието на реактивен синовит и хидропс се получава заглаждане на ставната конфигурация. Рентгенологично се забелязва силно стеснение на ставната цепка и появата на остеофити по ставните ръбове на пателата и тибията. (Kostadinov D., S. Busarov, 1982)

Фиг. 1. Дегенеративни промени в колянна става при гонартроза, (http://ipnfpol.ru/116405-gonartroz-kolennogo-sustava-1-stepeni/)

През 2010 около 10 милиона хора са диагностицирани с гонартроза само в САЩ. Рисковите фактори се увеличават с възрастта, особено при жените. Средно 10% при мъжете и 15% от жените над 45 години страдат от гонартроза, предполагайки, че жените имат близо 50% по-голям риск от развиване на заболяването в сравнение с мъжете. Независимо, че засяга повече от 20% от хората над 50 годишна възраст, артрозата не е старческо заболяване. Около 40% от хората над 45 години имат определена степен на развитие на остеоартроза на колянната става (данните са за САЩ), като броят им непрекъснато се увеличава поради застаряване на населението и нарастване на процента хората с наднормено тегло и затлъстяване. (Kasnakova P., 2018)

Теза

Кинезитерапията има дългосрочно благоприятно въздействие върху лечението на гонартроза и подпомага за забавянето на дегенеративните процеси на колянната става, като по този начин пряко подобрява качеството на живот на болните.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Целта на това изследване е да се разгледат възможностите за кинезитерапия и нейната ефективност при консервативно лечение на гонартроза.

Обект на изследване е влиянието и приложението на кинезитерапията и кинезитерапевтичните средства за ефикасно повлияване на консервативното лечение на гонартроза.

Предмет на изследване са различните кинезитерапевтични тестове, като антропометрия, сантиметрия и гониометрия, с чиято помощ да се отчетат промените в колянната става, вследствие на гонартрозата и въздействието на кинезитерапията при прилагането на консервативно лечение.

Кинезитерапията при гонартрозата е от голямо значение за забавяне на патологичния процес и за облекчаване на симптоматиката. За целта най-често прилагани средства са физическите упражнения, мануални техники, съчетани с въздействието на физикалните фактори.

Значение на кинезитерапията при лечението на гонартроза

При съставяне на рехабилитационния план за лечение трябва да се имат предвид противопоказанията, които са съобразени с индивидуалните характеристики на пациента - стадия на дегенеративните промени в ставата, възрастта, пола, теглото и др.

Преди изготвянето на кинезитерапевтичната програма е необходимо да се направят изследвания за установяване на функционалните възможности на пациента. Започва се с оглед и палпация, след което се прилагат специализирани тестове: визуално аналогова скала на болката, гониометрия, сантиметрия, анализ на походката, мануално мускулно тестуване, индекс на Бартел и др.

В острия стадий често се налага отбременяване на ставата. В този период се използват основно изометрични контракции за m. quadriceps femoris, лечение с положение и леки активни упражнения за останалите стави на крайника. Противопоказани са пасивна и активна флексия в КС.

В подострия стадий кинезитерапията е насочена към възстановяване на обема на движение и преодоляване на мускулния дисбаланс. Упражненията се прилагат от елиминирана гравитация.

В хроничния стадий се работи предимно за мускулна сила и стабилизация на ставата. (Parashkevova P., 2019)

Лечебната физкултура най- вече трябва да се прилага при пациенти с наднормено тегло, тъй като техните коленни стави носят по- голямо натоварване и по-бързо се износват. Затлъстяването увеличава вероятността за развитието на гонартрозата 3-4 пъти и се среща у всеки трети болен и е един от най- разпространените фактори за развитието на гонартроза, особено при жени. Намаляването на индекса на телесната масата с 2 единици намалява риска за развитието на гонартроза с до 50%. (Airapetov G. A., A. A. Vorotnikov, E. A. Konovalov, 2017)

Чрез активната кинезитерапията, освен редукция не телесното тегло, се постига и увеличаване на стабилността на колянната става, подобряване на васкуларизацията и ремоделирането на ставния хрущял. От голямо значение за развитието на гонартрозата е слабостта на m. quadriceps femoris, особено при жени поради факта, че силата на мускула при тях е средностатистически 2 пъти по-малка от колкото при мъжете. Затова голямо значение в рехабилитацията има тренирането точно на този мускул. (Airapetov G. A., A. A. Vorotnikov, E. A. Konovalov, 2017)

Най-често използваните средства на кинезитерапията са общоразвиващи упражнения, изометрия, аналитични упражнения, дихателна гимнастика, дозирани разходки, упражнения с и на уреди, пендуларни упражнения, обучение в ходене с помощни средства, резистивни упражнения и други. Основните мануални техники, които се използват за лечението са масаж, ПИР, елементи от ПНМУ и ставни мобилизационни техники.

Фиг. 2. Примерен комплекс от упражнения при гонартроза,
(https://hcly.violetflower.ru/pics/328339.jpg)

Масажът играе изключителна роля за лечението на остеоартроза на ставата. Той цели обезболяване на околоставните тъкани, предотвратяване появата на флексионна контрактура на колянната става, подобряване на трофиката на m. quadriceps femoris и преодоляване на мускулния дисбаланс. Освен това положително се повлияват походката, статиката и реактивността на пациента. (Chechetin, D. A., N. M. Yalchenko, N. A. Filiptsova, A. D. Goncharova, K. I. Misochenko, A. E. Filyustin, 2016)

Масажът се започва с обработване на съответния лумбо-сакрален рефлекторен сегмент паравертебрално, последвано от подготвителен масаж на целия крайник и накрая детайлен масаж на отделните сегментите. Използват се стимулиращи и енергични похвати за m. quadriceps femoris и по-специално за vastus medialis, който по-бързо хипотрофира. На ишиокруралната мускулна група се прилага релаксиращ масаж. Върху самата колянна става се работи внимателно, предимно с разтриване около кондилите и пателата. Ставната цепка се обработва отстрани чрез разтриване с радиалния ръб на палеца. (Chechetin, D. A., N. M. Yalchenko, N. A. Filiptsova, A. D. Goncharova, K. I. Misochenko, A. E. Filyustin, 2016)

Значение на физикалната терапия при лечението на гонартроза

Главното предимство на физикалната терапия, в сравнение с други методи на лечение, е високата ефективност и безопасност при прилагането ѝ. Освен това често пъти тя позволява да се съкрати медикаментозното лечение, благодарение на увеличаване на чувствителността на организма към лекарствата. (Parashkevova P., 2019)

Основните физикални средства, които се използват при консервативното лечение на гонартроза са криотерапия, магнитотерапия, електрофореза, ултразвук, лазертерапия, електростимулация и други. Всички тези средства целят редуциране на болката и подобряване функционалността на ставата, а оттам и забавяне на развитието на болестния процес. (Vassileva-Decheva D., P. Barakova, 2014)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Кинезитерапията заема изключително място сред средствата за комплексното лечение на гонартроза. Методите ѝ за изследване са насочени за проучване на функционалните промени в коления комплекс, с което се допълва общата картина, получена от другите методи на медицинската диагностика. Своевременното приложение на кинезитерапевтичните средства съществено забавя дегенеративния процес в ставата и ефективно предотвратява развитието на други съпътстващи усложнения, като се коригират статичните аномалии, засилват се мускулите и се намалява наднорменото тегло. Това води до допълнително отбременяване на коляното и подобряване на качеството на живота на пациентите.

REFERENCE

Andonov Y., (2018), *Lectures on orthopedics and traumatology*, Ruse University

Kostadinov D., S. Busarov, (1982), *Basics of medico-social physiotherapy* (*Оригинално заглавие: Д. Костандинов, Ст. Бусаров "Основи на медико-социалната рехабилитация" София 1982, Изд. „Медицина и физкултура"*)

Kasnakova P., (2018) *REHABILITATION APPROACHES IN THE TREATMENT OF KNEE OSTEOARTHRITIS*, International Journal KNOWLEDGE, Vol. 23.2, May, 2018

Parashkevova P., (2019), *Lectures on Physiotherapy in Orthopedics*, Ruse University

Airapetov G. A., A. A. Vorotnikov, E. A. Konovalov, (2017), Volume 22, № 4, p.32, Newspaper *Ivanovsky Medical Academy*, (*Оригинално заглавие: Г. А. Айрапетов, А. А. Воротников, Е. А Коновалов, Вестник Ивановской медицинской академии, Т.22, № 4, 2017-32 с.)*

Chechetin D. A., N. M. Yalchenko, N. A. Filiptsova, A. D. Goncharova, K. I. Misochenko, A. E. Filyustin, (2016), *Physical methods for rehabilitation for patients with osteoporosis: practical guide for medics* (*Оригинално заглавие: Реабилитация физическими методами пациентов с остеопорозом: практическое пособие для врачей / Д.А. Чечѐтин, Н.М. Ядченко, Н.А. Филипцова, А.Д. Гончарова, К.И. Мисоченко, А.Е. Филюстин. – Гомель: ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2016. – 62 с.*)

Vassileva-Decheva, D. P. Barakova, (2014), *Researching the novelties in diagnostics and conservative treatment of osteoarthritis of the knee joint*. ANNUAL SCIENTIFIC CONFERENCE – 2014 Ruse University (*Оригинално заглавие: Василева-Дечева, Д., Баракова, П., Проучване новостите в диагностиката и консервативното лечение на остеоартрита на колянна става, Научни трудове на Русенския университет - 2014, том 53, серия 8.1, с.94-98)*

Picture 1 URL: http://ipnfpol.ru/116405-gonartroz-kolennogo-sustava-1-stepeni/

Picture 2 URL: https://hcly.violetflower.ru/pics/328339.jpg

TRU-ONLINE-SSS-HP-07

CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE – PHYSIOTHERAPY [10]

Eren Chanlumeral – student
Department of Public Health and Social Activities
"Angel Kanchev" University of Ruse
e-mail: erensanlimeral@gmail.com

Altan Özgür – student
Department of Public Health and Social Activities
"Angel Kanchev" University of Ruse
e-mail: altanozgurr@gmail.com

Yozge Kara – student
Department of Public Health and Social Activities
"Angel Kanchev" University of Ruse
e-mail: karaoske@hotmail.com

Assoc. Prof. Stefka Mindova, PhD
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse"Angel Kanchev"
e-mail: smindova@uni-ruse.bg

Abstract: *COPD is a condition of recurrent obstruction to airflow in patients with pulmonary emphysema and chronic bronchitis. The application of physiotherapy has a proven effect on improving the general condition of the patient. Clinically, the symptoms of shortness of breath and physical fatigue improve, the possibilities for physical activity increase. Physiotherapy has been used successfully in clinical patients, outpatients and at home.*

Key words: *chronic obstructive pulmonary disease, COPD, physiotherapy, pulmonary rehabilitation*

ВЪВЕДЕНИЕ

Хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ) е заболяване на белите дробове, което се характеризира с ограничение на въздушния поток в дихателните пътища - частично или напълно необратимо. Ограничението на въздушния поток се дължи на възпаление и деструкция на белодробната тъкан (паренхим), породено от вдишването на газове и частици от околната среда. Терминът хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ) е въведен в началото на 60-те години на миналия век от W. A. Brisco. Той подчертава факта, че в заболяването са въвлечени не само дихателните пътища, но и белодробната циркулация и паренхим. (Briscoe WA, ES Nash, 1965)

Съвременното название на болестта – ХОББ – се отнася за особена комбинация от респираторни заболявания, включващи белодробен емфизем и хроничен обструктивен бронхит, които почти винаги са налице в различни степени на проява.

ИЗЛОЖЕНИЕ

ХОББ е най-разпространената респираторна болест в света въобще и в около 50% от случаите диагнозата остава неразпозната а болните неадекватно лекувани.

В развитите страни ХОББ се диагностицира при 4% от мъжете и 2% от жените над 45-годишна възраст и според J. K. Stoller броят на болните от ХОББ в целия свят през 2000 г. е

[10] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: ХРОНИЧНА ОБСТРУКТИВНА БЕЛОДРОБНА БОЛЕСТ – КИНЕЗИТЕРАПИЯ.

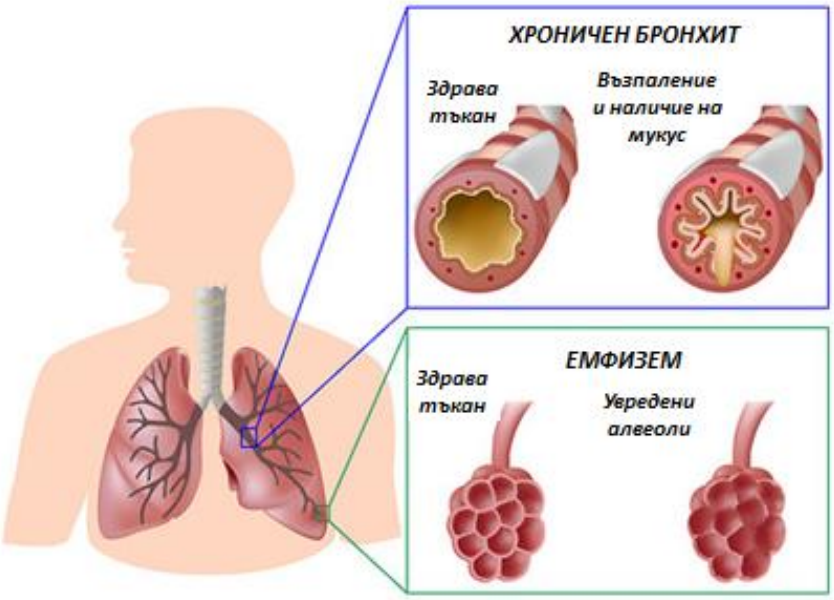
бил 52 милиона, а починалите – 2.74 милиона. Според СЗО до края на 2020 година заболелите ще достигнат 600 милиона души. (Stoller JK., 2002) Тенденцията е през 2030 година тази болест да бъде трета по смъртност в световен мащаб.

Основна причина за ХОББ е тютюнопушенето. Данните от Европа сочат честота между 80-100/1 000 в зони с висока честота на тютюнопушене, като се смята, че близо 75% от болните с ХОББ са недиагностицирани. Честотата и тежестта на болестта нарастват с възрастта, сред по-бедните социални слоеве и в зони с повишено замърсяване на атмосферата. Около 6% от смъртните случаи при мъже и 4% при жени се дължат на ХОББ. В Европа ХОББ заема четвърто място, а заедно с астмата и пневмониите представляват трета по честота причина за смърт.

България е на първо място в ЕС по брой заболели от белодробни болести. Регистрираната смъртност е 9/100 000 за жените и 32/100 000 за мъжете при общо 3280 смъртни случая годишно. Според данни, публикувани от П. Добрев, 1996 г., броят на болните с ХОББ у нас е бил над 37 000 – цифра, която е далеч от сегашната действителност. (Dobrev, P., 1999) В последните години друг основен фактор стана замърсяването с фини прахови частици. Чистотата на въздуха влияе пряко върху здравето. Ежегодно 7 млн. души в света умират от мръсен въздух. както и генетичната предиспозиция.

Що се отнася до глобалното ѝ разпространение и мащаб, се счита, че 11% от населението е засегнато. Вече все по-често започва да се говори за ХОББ при болни в по-млада възраст (под 40 години) и за ХОББ при непушачи. Причина за тази тревожна тенденция са така наречените „биогорива“ и замърсяването на околната среда. В някои райони на България честотата на ХОББ вероятно е по-висока и от глобалната – над 11%.

Разглеждайки положението с диагностиката и лечението на пациентите с ХОББ в България, правят впечатление няколко неща. Налице са квалифицирани пулмолози, правят се спирометрии, проследяват се пациентите чрез т.нар. диспансеризация. Въпреки това е голям броят на индивидите, чието диагностициране се пропуска, не на последно място и заради непълноценното взаимодействие с общо практикуващите лекари.



Фигура 1. Хронична обструктивна белодробна болест

Патоанатомия и патогенеза

ХОББ е състояние на повтаряща се обструкция към въздушния поток при пациенти с белодробен емфизем и хроничен бронхит. Двете заболявания са различни, но в повечето случаи те са налице едновременно и не може да се каже кое от тях е водещо в патологичния процес. Може да се каже, че при някои пациенти преобладава бронхитната компонента на болестта, а при други - емфизема. (Фигура 1.)

Възникването на ХОББ се свързва най-вече с нарушаване на естествените защитни сили на дихателната система под въздействие на определени фактори. (Фигура 2.)

Факторите са екзогенни (тютюнопушене, професионални прахове и химикали, замърсяване на атмосферата) и по-малко ендогенни (генетична предиспозиция, бронхиална хиперреактивност, развитие на белия дроб). Те са две групи: сигурни (с установена причинно-следствена връзка) и вероятни. Тяхното влияние винаги е свързано с влиянието на околната среда, начина на живот и труд и особено с нивото на общите защитни сили на организма.

Фигура 2. Нарушения в бронхите и алвеолите

Типична физиологична характеристика на ХОББ е ограничението в експираторния въздушен поток, дължащо се на обструкция на дихателните пътища. Това ограничение е прогресивно и може да бъде придружено от бронхиална хиперреактивност. Главни симптоми са кашлица, храчки, задух, в началото само при физически усилия. Налице са: увеличаване на експекторацията, свиркане и хриптене в гърдите.

Клинично протичане

Интензитета на симптомите се променя няколко пъти годишно. С напредване на болестта клиничните изяви стават по-изразени, интервалите между обостренията по-кратки, задухът прогресира и може да е налице и при покой. По-късно се установяват данни за клинично проявена дихателна недостатъчност: цианоза, депреия, отслабване, безсъние, сутрешно главоболие, личностни промени, картина на нарушения в газообмена.

Фигура 3. Прогресиране на функционалните промени при ХОББ

Честотата и тежестта на болестта нарастват с възрастта. Болестта е по-честа сред по-бедните социални слоеве и в зони с повишено замърсяване на атмосферата. В България регистрираната смъртност е 9/100 000 за жените и 32/100 000 за мъжете при общо 3 280 смъртни случая годишно.

Обобщено, може да се каже, че заболеваемостта и смъртността от ХОББ са по-чести сред бялата раса и при мъжете. Делът на болестта нараства с възрастта и около 15-20% от пушачите заболяват от ХОББ на 60–70 годишна възраст. (Kostov K.,2007)

Кинезитерапия при ХОББ

Белодробната рехабилитация се интегрира в цялостния подход за лечение на болните и е индивидуално насочена към намаляване на тежестта на респираторните оплаквания, оптимизиране на функционалното състояние, поддържане на болните в стабилно състояние, профилактика на усложнения от страна на други органи и системи и намаляване на икономическите разходи и необходимостта от здравни грижи. Комплексното лечение включва оценка на състоянието на пациента, провеждане на кинезитерапевтични процедури, обучение и психосоциална подкрепа. (GOLD, 2013)

Кинезитерапията зависи от клиничните прояви и прогресирането на заболяването. Програмите за пулмоналната рехабилитация съчетават обучение и упражнения, имащи за цел да подобрят здравния статус и качеството на живот на пациентите с ХОББ. Тя е есенциална част от терапията на ХОББ.

Редица автори описват наличната връзката между нарушената подвижност на гръбначния стълб и измененията в различни стойности, характеризиращи дихателната функция. (Andreev A., Yanev S., 2014)

Хронично болните лица се нуждаят от добре структурирани и фокусирани дългосрочно лечение и грижи, насочени към подобряване и поддържане на оптимално здравословното състояние и благополучие. Съответно, наред със съпътстващата медикаментозна терапия, ключова роля в комплексния характер на лечението има и провеждането на адекватна и дългосрочна комплексна кинезитерапия. (Karaganova I., 2014)

Кинезитерапевтичната програма е специализирана програма, съчетаваща обучение в правилно дишане и респираторни упражнения, имащи за цел да подобрят здравния статус и качеството на живот на пациентите с хронични заболявания на белия дроб, респективно с ХОББ.(Bach,J.,2008) Пулмоналната рехабилитация е есенциална част от немедикаментозната терапия на ХОББ, а не просто възможно (опционално) допълнение. (NICE, 2011) Рехабилитацията на болни с ХОББ има отношение към увеличаването възможността за извършване на физически упражнения; намаляват се епизодите на изразен задух и се подобрява цялостният здравен и психически статус.

При екзацербация кинезитерапията може да започне минимум 1 месец след овладяване на острото състояние и след 6 месеца, ако е имало и хемоптое.

Абсолютни противопоказания за прилагане на пулмонална кинезитерапия са: нестабилна аритмия; хипертензия, неовладяна от медикаментозната терапия; локомоторен дефицит (тежки деформиращи заболявания на опорно-двигателния апарат периферни съдови заболявания). (BTS Guideline, 2013)

Кинезитерапевтичната програма съдържа следните компоненти:

Упражнения за горните крайници

Увеличават силата и издръжливостта на мускулите на ръцете и раменете, опора за гръдния кош, подобряват дишането. Вследствие на подобрената координация на мускулите на ръцете нуждата от кислород при тези физически дейности намалява. Голяма роля за поддържане и увеличаване на мускулната маса имат упражненията с уреди: топки, тояжки и гири. Движенията се извършват бавно, плавно, без да се стига до форсиране на дишането. (Karaneshev, G., 1991)

Упражнения за долните крайници

Препоръчва се редовно и равномерно ходене пеш (в оптималния вариант – на чист въздух, сред природата) за 5-10 минути, 3-5 пъти седмично. Времето за разходка може да се увеличава плавно, като целта е да се върви, без да се налага да се спира за почивка.

Дихателна гимнастика – кардинална компонента от програмата

На първо място стои възстановяването на правилния тип дишане: цикълът се състои от вдишване, кратко задържане и продължително издишване. Следващата стъпка е възстановяване на диафрагмалното дишане. Чрез максимално издишване на всичкия вдишан въздух се постига пълноценно разгъване на всички белодробни сегменти. Упражненията за носово дишане, за укрепване на дихателната мускулатура, а също и за коремната мускулатура, са не само препоръчително, а задължително условие за подобряване на състоянието на пациентите с ХОББ. Подобряването на механичния елемент на дихателния процес има ключова роля в кинезитерапията на белите дробове. (Petrovska, J., 2006)

Обучение за специфична промяна в начина на живот на болните

Пациентите с ХОББ имат нужда да бъдат обучени как да следят сами състоянието си и кога да потърсят помощ от специалист. Важно място в комплексната рехабилитация имат т.нар. сезонни профилактики. Във влажните мъгливи месеци, през които по принцип тези болни имат влошаване в състоянието е особено подходящо да се прави профилактика с преформирани физикални фактори. С най-добър терапевтичен ефект е прилагането на променливо импулсно магнитно поле, което действа антиинфламаторно, трофично и аналгетично.(Ryazkova, M., 2002) Болните, които провеждат 10-дневни курсове през месеците октомври и март, имат значително по-малко екзацербации в сравнение с години, в които не са правили профилактика.

В рамките на физикалната терапия влиза и даването на указания за климатолечение. Особено подходящи са климатичните условия в Наречен и Велинград. Поради сериозните промени в температурите (високи температури), климатолечение в Сандански е желателно да се провежда от октомври до май, а не през летния сезон, както се препоръчваше по-рано.(Petrovska, J., 1999) Морелечението се препоръчва при излагане на слънце, но под чадър, в часовете с по-ниска интензивност на лъчите. Противопоказани за климатолечение са пациенти с пулмофиброза и хемоптое, а преболедувалите белодробна туберкулоза – и за морелечение в първите 2 години от болестта.

Диета

Въпреки че няма голямо значение на пръв поглед, храненето при ХОББ също има своите специфики. Изграждането на диетичен режим се прави с оглед на основното и съпътстващите състояния (ако има такива). Особено внимание се отделя на опитамалния прием на протеини, допълнителния прием на витамини А, С, Е и други и антиоксиданти, адекватната хидратация. (Celli B., 2008)

Психотерапия

Редица проучвания доказват, че ниската сатурация при пациенти с ХОББ води до чувство на потиснатост, отчаяние, депресия.(Rennard, S. 2002) Промяната в начина на живот за голяма част от болните е стресираща и води до загуба на социален статус, налага промяна на професия и т.н. Ролята на психотерапевта в комплексната кинезитерапевтична програма е да убеди пациента в смисъла на програмата и нейните реални ползи за живота му след поставянето на диагнозата ХОББ.(Ringbaek T., et al., 2012)

Дозиране на натоварванията при пулмонална рехабилитация

Честотата на провеждане на процедурите по кинезитерапия варират при различните автори – от ежедневно провеждани до един път седмично. Времетраенето на едно отделно занимание е между 10-45 минути. Интензивността е от 50-70% от върховата кислородна консумация (ниска до умерена интензивност) до максимално възможната толерирана (висока интензивност)

Според други автори, продължителността на кинезитерапевтичната процедура е 30-60 min., а отстоянието между процедурите – 48 часа. Честота е минимум 2 пъти седмично.

Изпълняването на регулярна физическа активност 5 пъти седмично по 30 min. е част от общата програма за здравословен живот.(Keyser, R., et al., 2007)

Продължителност на програмите по кинезитерапия

Оптималната продължителност на заниманията с целенасочени терапевтични упражнения все още е обект на обсъждане и дискусии.

Някой автори препоръчват: 6-12 седмици годишно (оптимално: 12 седмици); минимум 12 процедури под наблюдение на специалист; при обективни причини може да се намали до 6 седмици; при някои пациенти – на 4 (индивидуализиран подход).

ИЗВОДИ

Прилагането на кинезитерапия има доказан ефект за подобряване общото състояние на пациента. Клинично се подобряват симптомите на задух и физическа умора, увеличават се възможностите за физическо натоварване. При изразена депресия се подобрява състоянието и намалява степента на задуха. Увеличава се мускулната сила на ангажираните с физическа активност сегменти. Подобрява се качеството на живот. Увеличава се и степента на самообслужване на пациента.

За постигане на реални резултати от кинезитерапията е необходимо активно сътрудничество между пациента и кинезитерапевта. Изпълняването на упражненията в домашни условия и цялостната промяна в начина на живот са неотменна част от терапевтичния и рехабилитационен подход при ХОББ.

REFERENCES

Andreev A., Yanev S.q (2014), *Study of respiratory function and mobility of the spine in patients with ankylosing spondylitis - analysis of the results*, SCIENTIFIC PAPERS OF THE UNIVERSITY OF RUSSE - 2014, volume 53, series 8.1, 13; ***Оригинално заглавие:*** (Андреев А., Янев С., Изследване дихателна функция и подвижност на гръбначния стълб при пациенти с анкилозиращ спондилит – анализ на получените резултатите, НАУЧНИ ТРУДОВЕ НА РУСЕНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ - 2014, том 53, серия 8.1, 13);

Dobrev, P., (1999), *Treatment of lung diseases, monograph*, 1999, 184 - 227; ***Оригинално заглавие:*** (Добрев, П., Лечение на белодробните болести, монография, 1999, 184 – 227);

Karaganova I., (2014), ADEQUACY OF THE APPLIED REHABILITATION SERVICES TOWARDS THE NEEDS OF PERSONS WITH CHRONIC DISEASES AND PERMANENT DISABILITIES, SCIENTIFIC CONFERENCE University of Rousse, 2014, Volume 53, Series 8.1, 142 8; ***Оригинално заглавие:*** (Караганова, И. Адекватност на прилаганите рехабилитационни услуги спрямо нуждите на лица с хронични заболявания и трайни увреди. В: Научни трудове на Русенския университет, Том 53, Серия 8.1., Русе, Издателски център към Русенски университет, 2014, ISSN/ISBN 1311-3321 (print), 2603-4123 (online), 2535-1028 (CD/DVD).

Karaneshev, G., (1991), *Guide for practical exercises in physical therapy*, 1991, 139-142; ***Оригинално заглавие:*** (Каранешев, Г., Ръководство за практически упражнения по лечебна физкултура, 1991), 139-142;

Kostov K., (2007), *The Global Expansion of COPD, Diagnostic Approaches*, Pulmonology Science 1/2007, pp. 4-8; ***Оригинално заглавие:*** (Костов К., Световната експанзия на ХОББ, Диагностични подходи, Наука Пулмология 1/2007, стр. 4-8);

Petrovska, J., (2006), *Effectiveness of complex desobstructive therapy and rehabilitation of patients with bronchial asthma in the resort of Sandanski*. Physical Medicine, Rehabilitation, Health, 2006, 4, 10-15; ***Оригинално заглавие:*** (Петровска, Я. Ефективност на комплексната дезобструктивна терапия и рехабилитация на болни с бронхиална астма в курорта Сандански. Физикална медицина, рехабилитация, здраве, 2006, 4, 10-15);

Petrovska, J. (1999), *Rehabilitation of lung diseases. Treatment of Lung Disease*, 1999, 357-364; ***Оригинално заглавие:*** (Петровска, Я. Рехабилитация при белодробни заболявания. Лечение на белодробните заболявания, 1999, 357-364);

Ryazkova, M., (2002), *Physical therapy - general and special part.*, 2002, 160; ***Оригинално заглавие:*** (Рязкова, М., Физикална терапия – обща и специална част., 2002, 160);

Bach, J., (2008),. *Pulmonary Rehabilitation.* Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation, 2008, 823-831;

Briscoe WA, ES Nash. The slow space in chronic obstructive pulmonary diseases. *Ann NY Acad Sci* 1965; 121: 706-722;

BTS Guideline on Pulmonary Rehabilitation in Adults. Thorax, 2013, 68, supl. 2;

Celli B., (2008), *Update on the management of COPD*, Chest, 2008, 892

Global Initiave for Chronic Obstructive Pulmonary Disease [GOLD], Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, 2008;

Keyser, R., L. Chan, J. Woolstenhulme, M. Kennedy, B. Drinkard, (2007), *Pulmonary rehabilitation*. Physical medicine & Rehabilitation, 2007, 741-754.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Research services for people with chronic obstructive pulmonary disease. NICE commissioning guide 43. London: NICE, 2011

Rennard, S., (2002), *Clinical approach to patient with chronic obstructive pulmonary disease and cardiovascular disease.* Proc Am Thorac Soc., 2002, 2;

Ringbaek T., Martinez G., Lange P., (2012), *A comparison of the assessment of quality of life with CAT, CCO and SGRQ in COPD patients participating in pulmonary rehabilitation*. COPD 2012, 9, 12-15;

Stoller JK., (2002), *Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.* N Engl J Med 2002; 346 (13): 988-994; Stoller JK. Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 2002; 346 (13): 988-994.

http://inspiro-bg.com/novi-preporaki-v-letchenieto-na-hobb-i-bronhialna-astma/

https://problem.framar.bg/

https://uni.npo.bg/faculties/copd/

https://www.rzi-vt.bg/hobb.htm

TRU-ONLINE-SSS-HP-08

METABOLISM AND ENERGY BALANCE - FACTORS WHICH HAVE AN IMPACT ON BODY WEIGHT [11]

Simona Seleva– student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 894 300 623
e-mail: simona_seleva@abv.bg

Vanya Dacheva
Department Medical and Clinical Diagnostic Activities
Faculty of Public Health and Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 889 729 270
e-mail: vdacheva@uni-ruse.bg

Abstract: *All chemical and energy reactions connected to the processing of compounds in the living organism are called metabolism. The metabolism consists of a combination of biochemical reactions within the cells, and is crucial for keeping the cells alive. These reactions allow them to grow in size and reproduce, to renew their structure, and to react to changes of the cell environment. The Energy balance represents the connection between the calories that the body intakes and these which it burns. This balance is closely linked to the metabolic reactions and is highly dependent on them. Since "calorie" is a unit of energy, the term "Energy balance" stands for the notion of "Calorie balance".*

Keywords: *Metabolism, Metabolic reactions, Processing of compounds, Energy balance*

ВЪВЕДЕНИЕ

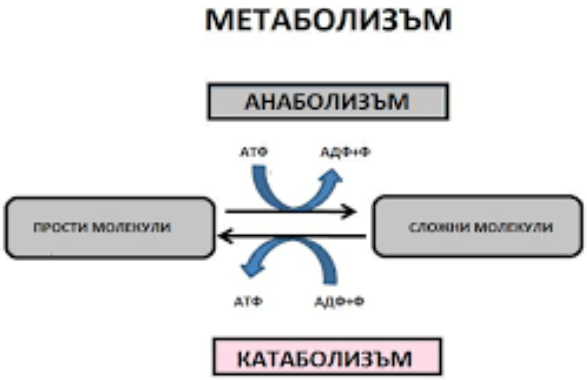
Метаболизмът (от гръцки „μεταβολή" /метаболи/ – смяна, μεταβολισμός – прехвърляне) представлява начинът, по който се извършва обмяната на веществата в живите организми**.** Той е съвкупност от биохимични процеси, които протичат в клетките им, за да могат те да нарастват и да се възпроизвеждат, да обновяват своите структури и да отговарят на промени в заобикалящата ги среда. Протичането на самите биохимични процеси изисква енергия. Нейна мерна единица е **1 калория.** Когато консумираните чрез храната калории относително отговарят на енергийните потребности на организма, налице е енергиен баланс. Енергийният баланс представлява взаимоотношението между калориите, които приема човешкият организъм и тези, които изразходва. Той е тясно свързан с метаболитните процеси и до голяма степен зависи от тях.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Метаболизмът е непрекъснат процес за живите организми и всички химични и енергийни промени в тях протичат чрез него. По време на бодърстване и активност, енергия е необходима за дишане, храносмилане, абсорбция на храната, нервна дейност, мускулна работа. Но енергия се изразходва и в състояния на сън и покой за поддържане на кръвообращението и телесната температура, за изхвърляне на вредните продукти от обмяната на веществата, т.е. на клетъчно ниво метаболитните процеси са подчинени на нуждите на целия организъм и при нарушения, свързани с тях, възникват патологични състояния.

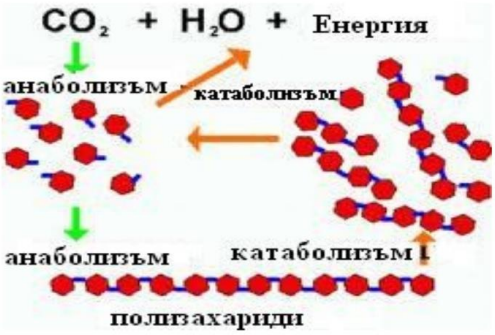
Основните процеси на обмяна на веществата са две групи – катаболизъм и анаболизъм, които са напълно противоположни, но между тях съществува абсолютно равновесие.

[11] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: МЕТАБОЛИЗЪМ И ЕНЕРГИЕН БАЛАНС – ФАКТОРИ, ОКАЗВАЩИ ВЛИЯНИЕ ВЪРХУ ТЕЛЕСНОТО ТЕГЛО.



Фиг. 1.

Катаболизмът включва процесите на разграждане, при които се получава енергията, необходима за основните жизнени функции на организма. Тя се съхранява в клетките под формата на високоенергийни фосфатни връзки в съединенията аденозинтрифосфат и креатинфосфат, като в последствие се използва в процесите на синтез в клетката. Енергията е необходима и за трансмембранен транспорт срещу електрохимичния градиент, за вътреклетъчен транспорт, за секреция чрез екзоцитоза. При пълното разграждане на основните хранителни вещества се получават вода, въглероден диоксид и азотсъдържащи крайни продукти.



Връзка между анаболитни и катаболитни процеси

Фиг. 2.

Анаболизмът включва процесите на синтез на собствени за организма компоненти, като нуклеинови киселини и протеини. Тези процеси протичат с разход на енергия и при тях от по-прости елементи се образуват сложни вискомолекулни съединения, необходими за растежа и подновяването на клетките.

Характерно при обмяната на веществата е, че се осъществява взаимно превръщане на нискомолекулните съединения, изграждащи основните хранителни вещества монозахариди, аминокиселини, мастни киселини и глицерол. Една част от тях могат да се синтезират в организма, но има и такива, които трябва да се внесат чрез храната, като деветте незаменими аминокиселини и полиненаситените мастни киселини.

В процесите на метаболизма ензимите имат ключова роля. Те дават възможност за осъществяване на протичането на биохимични реакции, изискващи енергия. В тези случаи ензимите действат като катализатори – реакциите протичат бързо и ефективно. Скоростта, с която протичат метаболитните процеси се нарича метаболитна скорост. Приемът на витамини, на микро- и макроелементи оказва влияние върху метаболитната скорост – те играят ролята на кофактори на ензимите, участващи в процесите на обмяната на веществата.

В организма непрекъснато, с различна скорост се изразходва енергия, както и периодично постъпват хранителни вещества. Това принуждава тялото да търси ефективни механизми за съхраняването й. При обмяната на веществата организмът работи правилно, когато „прибере“: около 75% триацилглицероли(триглицериди) в мастната тъкан, около 25%

белтъци и около 1% гликоген – в черния дроб и в мускулите. Ключово значение за благополучието на организма има регулирането на обменните процеси, което се осъществява от три групи механизми:

- субстратно регулиране,
- промяната на ензимната активност,
- регулация от хормони, от паракринни регулатори и от вегетативната нервна система(поддържат постоянството на вътрешната среда на организма).

Регулацията на обмяната на веществата в организма зависи от функционалното му състояние. В нея централна роля заемат произвежданите хормони от ендокринната част на панкреаса: инсулин, който стимулира анаболитните процеси след хранене и глюкагон, който е доминиращ хормон за енергоразхода преди хранене.

Редица фактори влияят на скоростта на метаболизма: възраст, пол, генетика, хранителен режим/диети, хидратация, физическа активност, мускулна маса, хормонални фактори, стимуланти, сезонни промени.

Енергийният баланс е сложна интеграция на редица телесни механизми и представлява взаимоотношението между калориите които приема човешкият организъм и тези които изразходва. Описва се с акронима **CICO –** calories in versus calories out.

- **Calories in (калориен прием) –** в 99% от случаите става въпрос за калориите, които приемаме чрез храната и тези от тях, които успяваме да усвоим.
- **Calories out (калориен разход)** – калориите, които изразходваме.

Калорийният прием (CI) може да бъде контролиран в голяма степен и дори може да бъде фиксиран, докато Калорийният разход (CO) е изключително променлив.

Важен е факта, че през периода, в който се приемат по-малко количество калории или се отказва консумацията на мазни храни, с цел да се намали телесното тегло, налице е калориен дефицит, т.е. метаболизмът се нарушава. Ето защо в случай на желание да се намалят килограмите се препоръчва в този период насоките да са към физическа активност, а не към диети. Метаболизмът е и причината за напълняване при хора, отказали тютюнопушенето. Никотинът действа като стимулант: постъпвайки в организма ускорява процесите на обмяна на веществата, когато липсва в тялото – метаболизмът се забавя. Естествените методи за забързване на метаболизма включват консумиране на високобелтъчни храни, храни богати на желязо, люти чушки, зелен чай, кофеин (в умерени количества), както и набавяне на достатъчно сън. Присъствието на физическа активност е задължително. Специалистите по хранене са категорични, че не трябва да се гладува. Прекалено ниският прием на калории лишава тялото от енергията, която е необходима за основните метаболитни процеси.

Има много формули, по които се изчисляват ежедневните енергийни нужди, за да се постигне оптимален енергиен баланс. Една от най-често използваните е Формулата на Harrys–Benedict (basal metabolic rate, BMR):

- **Формула за изчисляване на калорийния минимум при жени:** 655,09+ (9.6 X тегло в кг) + (1.84 X височина в см) - (4.67 X възраст в години) =? (BMR - basic metabolic rate в ккал.)
- **Формула за изчисляване на калорийния минимум при мъже:** 66,47 + (13.75 X тегло в кг) + (5 X височина в см) - (6.75 X възраст в години) =? (BMR в ккал.)

Изчисленият дневен калориен минимум се умножава с коефициент на степента на физическата активност на човек:

- *заседнал* – коефициентът на активността е 1,2;
- *умерено активен* (спорт 1-3 пъти седмично) – коефициентът на активността е 1,375;
- *активен* (спорт 3-5 пъти седмично) – коефициентът на активността е 1,55;

- *усилено активен* (спорт 6-7 пъти седмично) – коефициентът на активността е 1,725;
- *екстремално активен* (спорт всеки ден заедно с тежък физически труд или двуразови тренировки) – коефициентът на активността е 1,9.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Метаболизмът включва всички химични реакции, които се извършват в живите организми, за да трансформират хранителните вещества в енергия. Хиляди метаболитни реакции се случват едновременно - всички регулирани от организма, за да поддържа той клетките си здрави и работещи. Метаболизмът е строго специфичен у всеки човек, а нарушението му води до появата на патологични състояния.

Здравето е ниво на функционалност и равновесие(хомеостаза) в човешкият организъм. Такова равновесие е налице, когато постъпващите и произведените енергия и маса са приблизително едни и същи, т.е. в организма съществува метаболитна ефективност.

REFERENCES

Energy Balance and Its Components: Implications for Body Weight Regulation. Kevin D Hall 1, Steven B Heymsfield, Joseph W Kemnitz, Samuel Klein, Dale A Schoeller, John R Speakman, The American Journal of Clinical Nutrition, Volume 95, Issue 4, April 2012, Pages 989–994

Regulation of Energy Balance-Classical Concepts and Novel Insights. Bosy-Westphal A, Eur J Clin Nutr. 2017 Mar;71(3):293. doi: 10.1038/ejcn.2016.257.

Friedrich, C. Physiology and genetics of sulfur-oxidizing bacteria. // *Advances in Microbial Physiology* 39. 1998.

Friedrich, C. Physiology and genetics of sulfur-oxidizing bacteria. // *Advances in Microbial Physiology* 39. 1998.

https://www.nhs.uk/live-well/healthy-weight/metabolism-and-weight-loss/?fbclid=IwAR2yIXqbz5jGX_tZTRd1YnM8ybeY5nEGnM61YXAVZt_qTRJgeon6SnN7ulE

TRU-ONLINE-SSS-HP-09

MANUAL THERAPY - PRINCIPLES, RULES AND RECOMMENDATIONS[12]

Mirsat Ayhan – student
Department of Public Health and Social Activities,
"Angel Kanchev" University of Ruse
e-mail: uzumakinagato@abv.bg

Aykut Adilov – student
Department of Public Health and Social Activities,
"Angel Kanchev" University of Ruse
e-mail: aykut.adilov@abv.bg

Assoc. Prof. Stefka Mindova, PhD
Department of Public Health and Health Care,
University of Ruse"Angel Kanchev"
e-mail: smindova@uni-ruse.bg

Abstract: *The methodology of manual therapy is expressed in selected and purposeful exercises, which achieve very precise and specific in direction and size movement between two spinal segments. The characteristic of the manual therapy, which distinguishes it from the usual exercises for the spine, is the strict focus and precise localization of the impact. Manual therapy has a different but effective techniques for treatment of pain in the human body related to problems in the musculoskeletal system of man.*

Key words: *Physical therapy, Manual therapy, Low back pain, Lumbal spine disease, Disability prevention, Improved function.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Мануалната терапия води своето начало от древността. Научните ѝ основи поставя J. Mennell (1877 – 1957) а продължава и ги доразработва проф. J. Cyriax В последните години тази специализирана методика придоби развитие в още по-голям мащаб. Упражненията и методиките, предложени първоначално от мануалните терапевти Kaltenborn и Geyman с времето са разработени, допълнени и утвърдени в практиката от K. Levit и неговите последователи. Мануалната терапия намира широко приложение при вертеброгенните смущения. Предпоставка за нейното прилагане е подробното и точно изследване на двигателната функция на гръбначния стълб. Това изследване има за цел да открие точната локализация и характер на двигателна патология: болезненост, ограничена подвижност, блокаж или хипермобилитет между отделните сегменти на гръбначния стълб.

Проучванията показват, че около 70–80 % от хората през своя живот са имали проблеми с гърба. Тези проблеми понякога са толкова сериозни, че нарушават трудовия процес на индивида и водят до огромни материални загуби, както за него така и за семейството му и държавата. В различните страни тези загуби са на трето, четвърто място от всички заболявания.(Pashkunova Yu., S. Yanev, N. Popov, 2014)

Според други проучвания, въпреки някой негативни мнения, мануалната терапия е един от най-ефективните и най-старите лечебни методи за проблеми свързани с опорно-двигателния апарат, гръбначния стълб и произлизащите от него периферни нерви, болките във врата, кръста (лумбалната област). Важен обект на мануалната терапия са и ставите в човешкото тяло, както и травмите на крайниците, от които са провокирани болките и ограниченията в ставите и мускулите. Най-общо казано – насочена е към възстановяване функциите на скелетния и ставния апарат на човешкия организъм.

[12] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: МАНУАЛНО-ДЕБЛОКИРАЩА ТЕРАПИЯ – ПРИНЦИПИ, ПРАВИЛА И ПРЕПОРЪКИ.

Мануалната терапия е част от рефлекторната (невралната) терапия и включва мекотъканни и ставни мобилизации, мускулно-релаксиращи и тракционни техники, както и импулсни манипулации. (Levit K., 1981) Мануалната терапия е лечебен метод, който значително съкращава сроковете на възстановяване. Успешно се съчетава с кинезитерапия и физикална терапия, както и с конвенционалните методи на лечение.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Целта на доклада е да акцентира на мануалната терапия, като част от кинезитерапията и средство за повлияване на мускулно-скелетни смущения, изтъквайки предимствата на техниката на извършване, принципите и правилата за приложение.

В рутинната медицинска практика, независимо от етиологията на болката, нейното лечение не се различава, то се подразделя на неспецифично и специфично. Неспецифичното лечение има за цел да повлияе болката и включва: локално и регионално обезболяване, комбинация от миорелаксанти, аналгетици и противовъзпалителни (стероидни и нестероидни) средства. Специфичното лечение се прилага при данни за коренчева компресия, ишиалгична ирадиация на болката и отпадна неврологична симптоматика. В случаите, когато се установи системно или възпалително заболяване също се прилага съответното специфично лечение. (Pashkunova, Yu. S. Yanev, N. Popov, 2014); (Deyo, R., 1996)

Точно в това „лечение по протокол“ се изразява *актуалността и значимостта* на проблема. Редица изследвания показват страничните ефекти от медикаментозната терапия, особено прилагана при хронични болки, датиращи от дълго време, което изисква дълъг период на терапията.

Според С. Кий, медицината се е фокусирала „твърде дълбоко и твърде тясно“ в гърбовете. Тя търси обективни, видими доказателства за ненормални структури в гръбначния стълб, като например, изменени пропорции или счупвания, вместо да търси и да се вслушва по-внимателно във функционалните нарушения, които може да се окажат обратими. Дисковете, макар и да имат забавена обмяна на веществата, поради което регенерират бавно (както и бавно дегенерират), съвсем не са безжизнени структури. (Sarah Cue, 2010)

Методиката на мануалната терапия се изразява в подбрани и целенасочени упражнения, с които се постига много точно и определено по посока и размер движение между два гръбначни сегмента. Характерното за мануалната терапия, което я отлиава от обикновените упражнения за гръбначен стълб е строгата насоченост и прецизна локализация на въздействието.

При манипулацията на гръбначния стълб е познато точното място на въздействие и съответно успеха му върху дадения двигателен сегмент (възстановяването на подвижността), както и въздействието върху рефлекторните смущения (изчезване на хипералгична зона, подобрение на сиптома на Ласег, на ирадиацията на болката, смущенията в равновесието и др.). Тези примери не поставят под въпрос значението на фармакологията и конвенционалните средства на медицината, но показват, че ролята и мястото на рефлекторната терапия и в частност мануално-деблокиращата терапия, която борави с най-прости, достъпни и прегледни средства може да е също толкова състоятелна редом с тях. В много от случаите дори се предпочита, имайки предвид страничните действия на много медикаменти и последствията им върху вегетативните ганглии, предизвиквайки централно задържане поради включването на нервни регулаторни и контрарегулаторни механизми.(Levit K., 1981)

Принципи и правила

Мануалната терапия на гръбначния стълб е не само форма на рефлекторна терапия, но и терапия на избор при функционални смущения и на вътрешни органи и структури. Тя представлява свързващо звено между рефлекторната терапия в сегмента и кинезитерапията, като специфична терапия за смущенията на моториката. Ето защо, може да се каже, че мануалната терапия, като част от рефлекторната е терапия на двигателната система.

Мануалната терапия разполага с различни, но ефективни техники за повлияване на болката в човешкото тяло, свързана с проблеми в мускулно-скелетната система на човека.

Ставите в човешкото тяло са съставени от две-три ставни повърхности. Нито една от тях не съвпада напълно с другата, с която контактува. Физиологичните движения в една става са съчетания от плъзгане и въртене (ротация) на ставните повърхности (партньори). Например бедрената кост и подбедрицата образуват колянната става. Крайните им части, с които образуват колянната става и контактуват помежду си не съвпадат напълно. Възможно е по-най различни причини повърхностите да се разместят в рамките на т.н. „позиционна грешка”. Това би довело до болка при определено движение. Смутената фумкция на ставите клинично се изразява със ставен блокаж. При него се усеща твърда резистенция, която лесно се открива, докато при нормалните стави има винаги малко пружиниране. Най-често блокажът в ставите се съпровожда със субективно чувство за болка, което предизвиква съответни рефлекси, проявяващи се в сегментите. (Sunny P., L. Bonev, St. Bankov, 1986)

Основна цел на манулната терапия е да отстрани тази „позиционна грешка” чрез акцентиране върху плъзгателните движения в ставите. Казано по-друг начин да се „отблокира ставата”.

Преди манипулациите терапевтът прави подробно и точно изследване посредством:

- ✓ анамнеза;
- ✓ инспекция (изменения в статиката – таз, глава и др.);
- ✓ активни движения;
- ✓ пасивни движения (тук се различават функционални движения и joint play -игра на ставите);
- ✓ палпация на мускули и структури (имат се предвид не само мускулният тонус, но и всички изменения, които са в резултат на рефлекторни промени);
- ✓ измерване подвижността на ставите;
- ✓ неврологични тестове;
- ✓ ММТ;
- ✓ функционални тестове за шиен, торакален, лумбален дял.

Планиране на обективно тестуване:

- ✓ отбелязване на анатомичните структури които могат да причинят болка;
- ✓ ставата под областта която причинява болка;
- ✓ стави към които се насочва болката или болезнената зона;
- ✓ мускули в областта на болката;
- ✓ обмисляне на ефекта на болката върху пациента;
- ✓ обмисляне вида на изследването;
- ✓ изследване на основни аномалии за откриване на причинителя на болка.

Цел на диагностиката:

- ✓ да се установят увреждания по отношение на ставите и мускулите, които причиняват болка;
- ✓ приемане/отхвърляне на хипотези;
- ✓ генериране на нова хипотеза по време на тестуване;
- ✓ субективна оценка и лечение;
- ✓ изясняване на опции за лечение и възстановяване;
- ✓ избиране на подходящи техники за манипулация.

Постурално наблюдение:

- ✓ наблюдаване на позата на пациента в покой;
- ✓ наблюдаване на пациента в седеж и стоеж;
- ✓ наблюдаване на стойката и позата на пациента отзад и отпред и встрани;
- ✓ обръщане внимание на видими деформации.

Палпация:

- ✓ за позициониране на ставите;
- ✓ оценяване на промени в температурата;
- ✓ оценка на промените на меките тъкани;

- ✓ оценка на костни аномалии (processus spinous, procesuss transversus);
- ✓ аномалии в движението;
- ✓ оценка на реакция на болка.

Движения провокиращи болка:

- ✓ пациентът извършва активно движение до поява на болка;
- ✓ при поява на болката пациентът се връща в изходно положение (и.п.);
- ✓ извъшване на движение от страна на терапевта до крайния обем;
- ✓ пациентът извършва дадено движение до краен обем;
- ✓ при провокиране на болка или симптоми се преповтаря за изясняване на причината.

При използването на техниките от мануалната терапия се спазват няколко важни правила: Конвексно–конкавно правило; Правилна посока на мобилизационния натиск от страна на физиотерапевта/кинезитерапевта.

Една от най-модерните и ефективни концепции в мануалната терапия е концепцията на новозеландския физиотерапевт Браян Мълиган, която е развита през 80-те години на миналия век. Концепцията на Браян Мълиган е създадена на основата на принципи, различаващи се от класическите подходи в мануалната терапия. (Deleva R., P. Parashkevova, 2012)

Основното и важно правило, което различава концепцията на Браян Мълиган от другите класически мануални терапии е да не се предизвиква болка при прилагането на техниките, независимо къде се прилагат - гръбначен стълб или ставите в човешкото тяло (раменна, колянна, тазобедрена стави, китка и др.). Когато техниките се изпълняват от терапевта, пациентът извършва движението, което му предизвиква болка. Например ако го боли кръста при навеждане напред, то пациентът прави точно това движение докато терапевтът прави съответната техника в областта на кръста. По време на терапията специалистът извършва подходящите плъзгащи движения в даден сегмент на гръбначния стълб или периферна става, като се следи движението да не причинява болка. (Фигура №1). Болковият симптом е индикация, че терапевтът не е намерил правилния план на лечение, правилния вид техника, точния сегмент на гръбначния стълб или, че техниките не са показани за този проблем.

Мануалната терапия по концепцията на Браян Мълиган е една от най-сигурните за болните (Фигура №2), при нея липсват характерните за другите концепции „изпуквания”, които често стряскат пациентите. Това не означава,че другите концепции за мануална терапия не са ефективни при лечение на дисфункции и болки в периферните стави и гръбначния стълб.

Има два основни начина за въздействие чрез мануална терапия. Това са мобилизацията и манипулацията. Мобилизацията представлява пасивни ритмични осцилации или постоянен натиск в различни положения на обема на движение например на гръбначния стълб. Манипулацията е натиск/тласък близо до крайния обем на движение например на гръбначния стълб.

Фигура 1. Мобилизация на раменна става по концепцията Мълиган

Фигура 2. Техника за мобилизация на торакален дял на гръбначния стълб по концепцията Мълиган с използване на специализиран колан. https://www.fizioterapevt-bg.com/bg/manual-therapy.html

Мобилизацията представлява внимателен пасивен натиск от страна на терапевта, който се извършва, както в началния, така и в средния и краен обем на движение на даден сегмент на гръбначния стълб. Натискът може да бъде постоянен при изпълнение в посока на болезненото движение. Мобилизацията може да се прави с или без движение на сегмента причиняващ болката. Например при болка в кръста мобилизацията може да се направи при навеждане на пациента, но и при пациент, който лежи на кушетка. Манипулацията е рязък натиск/тласък от страна на терапевта в края на възможния обем на движение на даден сегмент. Най-често при пациент легнал на кушетка.

Пред терапевта винаги стои въпросът „Мобилизация или манипулация при лечение на проблеми в гръбначния стълб?“, когато трябва да се повлияе върху болката. На първо място трябва да се знае точната локализация на произхода на болката, причината за болката и къде да се въздейства. Всичко това се прави предварително на функционална диагностика.

Понякога, както мобилизацията така и манипулацията са противопоказани за изпълнение. И двата начина на въздействие трябва да се правят безболезнено. Точно болката дава информация дали техниката е правилно подбрана и точно направена. Самият пациент в този случай сам подпомага и съобщава за болезненост не от самия натиск на пръстите, а за допълнителна болка от самата процедура.

Манипулацията често се използва неправилно от терапевтите тъй като резкия натиск не може да бъде дозиран правилно и не са направени няколко предварителни маньовъра преди нейното изпълнение. Например, често не се прави достатъчна тракция или елонгация на третирания сегмент от гръбначния стълб и не се дозира правилно терапевтичния натиск/тласък от страна на терапевта. Това не означава, че тя не се използва. При приложението и на двете се спазват определени правила и е основно при механичен блокаж на фасетните стави на гръбначния стълб или дисков проблем. Задължително е предварително да се релаксират мускулите, които са в повишен тонус и спазъм в зоната на болката и пациентът да се отпусне. Едни от най-често използваните съвременни концепции мануална терапия са на Maitland, Kaltenborn, Mulligan, Cyriax. (https://www.fizioterapevt-bg.com/bg/useful/105-manualna-terapiya-manipulatziya-ili-mobilizatziya.html)

Противопоказания за прилагане на мануална терапия

- ✓ тумори на гръбначния стълб;
- ✓ тумори на гръбначния мозък;
- ✓ остри възпалителни заболявания на ставите;
- ✓ състояния след фрактури и операции на гръбначния стълб;
- ✓ миелопатия;
- ✓ пресни травми на гръбначния стълб и ставите;
- ✓ артроза III, IV степен;
- ✓ хипермобилитет в даден сегмент;
- ✓ болест на Forestiere;

- ✓ остеопороза на костите;
- ✓ консолидирани фрактури на гръбначния стълб;
- ✓ травматични увреждания на междупрешленните дискове;
- ✓ в процеса на образуване на калус.

Не трябва да се извършва манипулация при блокажи, които във всички посоки са съпроводени със силна болка, както и при болезнена контрактура.

Протичане на манипулацията

През първата фаза на манипулацията ставата се довежда до преднапрежение (обиране на луфта), при което се достига границата на пасивната подвижност. Този процес може да се повтори няколко пъти и само с това да се подобри функцията (мобилизацията) на ставата. Във втората фаза от постигнатото крайно положение, без да се намалява преднапрежението, при пълна релаксация на болния се извършва тласъка при което се осъществява деблокацията. Terrier обозначава това, като „нахлуване в парафизиологичното пространство“.

Изложението на доклада застъпва твърдо становището, според което мануалната терапия, като част от рефлекторната терапия има възможността да възстанови функцията на ставата/сегмента, там където е налице възпрепятстване (блокаж) с преки, ефективни и икономични средства. При успешна манипулация подвижността в двигателния сегмент се възстановява по правило веднага след процедурата. Успоредно с възстановяването на ставната функция може да се установи със същата закономерност рефлекторното въздействие – изчезват рефлекторният мускулен спазъм и хипералгичната зона. Те отстъпват място на хипотонията на мускулатурата и съединителната тъкан, при което болният усеща облекчение.

ИЗВОДИ

Мануланата терапия е достъпно средство за въздействие на болка с произход гръбначен стълб, перфиерни стави, раменни и коленни стави, като задължително трябва да се спазват основните правила за нейното приложение.

Методиката на мануалната терапия се изразява в подбрани и целенасочени упражнения, с които се постига много точно и определено по посока и размер движение. Характерното за мануалната терапия, което я отлиава от обикновените упражнения за гръбначен стълб е строгата насоченост и прецизна локализация на въздействието, което я прави навременна, ефективна и пълноценна помощ при възстановяването на вертеброгенните смущения.

REFERENCES

Levit K., Manual therapy within medical rehabilitation, MF, Sofia, 1981, 23-24**; *Оригинално заглавие:*** (Левит К., Мануална терапия в рамките на медицинската рехабилитация, МФ, София, 1981, 23-24);

Sarah Key, Bible for People with Back Pain, VST, Sofia, 2010; ***Оригинално заглавие:*** (Сара Кий, Библия на хората с болки в гърба, ВСТ, София, 2010);

Sunny P., L. Bonev, St. Bankov, Manual of Kinesitherapy, Ministry of Finance, Sofia, 1986, 171 - 172; ***Оригинално заглавие:*** (Слънчев П., Л. Бонев, Ст. Банков, Ръководство по кинезитерапия, МФ, София, 1986, 171 – 172);

Pashkunova Yu., S. Yanev, N. Popov, Comparative study of physiotherapy programs and methods for impact on back pain at home and abroad, Bulletin of the Union of Scientists - Ruse, Series 4, Medicine and Ecology, 2014, 65; ***Оригинално заглавие:*** (Пашкунова Ю., С. Янев, Н. Попов, Сравнително проучване на физиотерапевтичните програми и методики за въздействие при болки в гърба у нас и в чужбина, Известия на Съюза на учените – Русе, Серия 4, Медицина и екология, 2014, 65);

Pashkunova, Yu. S. Yanev, N. Popov, Treatment of back pain, Bulletin of the Union of Scientists - Ruse, Series 4, Medicine and Ecology, 2014, 61-62. ***Оригинално заглавие:***

(Пашкунова, Ю. С. Янев, Н. Попов, Лечение на болките в гърба, Известия на Съюза на учените – Русе, Серия 4, Медицина и екология, 2014, 61-62);

Deleva R., P. Parashkevova, Mulligan Mobilizations - a tool for overcoming pain in shoulder pathologies, SCIENTIFIC PAPERS OF THE UNIVERSITY OF RUSSIA - 2012, volume 51, series 8.1; 34; ***Оригинално заглавие:*** (Делева Р., П. Парашкевова, Мобилизации по Mulligan - средство за преодоляване на болката при раменни патологии, НАУЧНИ ТРУДОВЕ НА РУСЕНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ - 2012, том 51, серия 8.1; 34);

Deyo, R. A.. Drug therapy for back pain. J. Gen. Intern. Med., 1996, 21, 2840-2850;

https://www.fizioterapevt-bg.com/bg/useful/105-manualna-terapiya-manipulatziya-ili-mobilizatziya.html

TRU-ONLINE-SSS-HP-10

MODERN KINESITHERAPEUTIC APPROACHES IN THE RECOVERY OF PATIENTS AFTER KNEE ENDOPROSTHESIS [13]

Syuleyman Syuleyman – student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359895146105
e-mail:ne0nave@abv.bg

Stefan Gospodinov – student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359878246750
e-mail: doom94@abv.bg

Alexandr Tanasov – student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359894422314
e-mail:tanasov98@mail.ru

Assoc. Prof. Ivelina Stefanova, PhD
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: istefanova@uni-ruse.bg

Abstract: *In this paper you will have the opportunity to learn some details about the normal functions and anatomical features of the knee joint, the reasons for knee replacement, modern treatment approaches of physical therapy after replacement of knee joint, what exercises will help you to recover the mobility of the knee and bring you back to normal day-to-day activities. Total knee arthroplasty is a widely used surgical technique for advanced stage of gonarthrosis in adult patients. The main purpose of endoprosthesis is to protect the patient from disability by eliminating pain, restoring reduced or lost function and achieving joint stability. The functional recovery of the lower limb depends to a large extent on properly performed kinesitherapy. The selection of appropriate means for the condition of each patient, the selected research methods and the active participation of the patient lead to the successful completion of the treatment process. This allows them to return to an active lifestyle.*

Key words*: knee's arthroplastic, physical therapy, exercises, case report.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Поради голямото натоварване и сложната биомеханична функция, колянната става е подложена на тежки дегенеративни промени, които са вследствие на различни заболявания като: артрозна болест (гонартроза), различни форми на артрит (ревматоиден, подагрозен, хроничен, следтравматичен, псориатичен), болест на Бехтерев, костно – ставна туберкулоза. (Попов, Н., 2013). Поради тези причини, пациентите най-често изпитват силна болка, имат ограничен обем на движение в ставата и затруднения в извършването на дейностите от ежедневието. Всички тези фактори са причина да бъде извършена хирургична интервенция за тотално колянно ендопротезиране. Това е оперативна интервенция, която представлява подмяна на увредената ставна повърхност с метални и полимерни компоненти. Тъй като в

[13] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: СЪВРЕМЕННИ КИНЕЗИТЕРАПЕВТИЧНИ ПОДХОДИ ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ПАЦИЕНТИ СЛЕД КОЛЯННО ЕНДОПРОТЕЗИРАНЕ. Отличен с ***"Грамота за най-добро експериментално изследване".***

следоперативния период се наблюдава оток, ограничен обем на движение и хипотрофия на мускулите ролята на кинезитерапията е изключително важна. Необходимо е разработване на правилна и целенасочена кинезитерапевтична програма, която да подпомогне оптимално възстановяването на качеството на живот на пациента.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Тоталната колянна артропластика е широко прилагана оперативна техника за напреднал стадий на гонартроза при възрастни пациенти над 70 години, когато част от ставата е увредена и се затруднява нормалната й функция, като възрастовата граница може да бъде и по-ниска. Основна цел на ендопротезирането е предпазване на пациента от инвалидизиране чрез премахване на болката, възстановяване на намалената или загубена функция и постигане на стабилност на ставата. За да се пристъпи към протезиране е необходимо да се направи оценка на общото здравно състояние на пациента, състоянието на ставата, факторите на околната среда и на личността (Михайлова, Н., 2014).

Тъй като колянната става е подложена на голямо натоварване, с течение на годините хрущялната тъкан претърпява физиологични промени на структурите си и става по-крехка. Настъпващото прогресивно разрушаване на хрущялния слой, довежда до директен контакт между костите и вследствие на това частична костна некроза и деформация на ставите. Това е причина болка, скованост, излив и ограничаване на ставната функция. Рентгенографски е налице стеснение на ставната цепка, развитие на остеофити и остеосклероза на прилежащата субхондрална кост. Когато остеоартрозата е засегнала повече от един отдел на колянната става (КС) и когато останалите методи на лечение не дават задоволителен резултат, тогава се налага преминаването към тотална колянна артропластика (Карамитев, С., 2015).

Индикациите за ендопротезиране на колянна става са:

• Силна ставна болка при обременяване и при движение, която ограничава значително двигателната активност;

• Значително разрушаване на ставния хрущял вследствие на артрит или артроза;

• Значителна деформация на коляното - genu varum или valgum;

• Значителна нестабилност или ограничена подвижност;

• Неуспешно консервативно или друго оперативно лечение. (Попов, Н., 2013)

Контраиндикации за ендопротезеране:

• Безболезнена артроза;

• Невропатия с мускулня атрофия;

•Сепсис;

•Инфекция в ставата;

•Силно изразена слабост на мускул m.quadriceps femoris (има съвременни протези, които позволяват протезиране и в този случай) (Михайлова, Н. 2014).

Видове коленни ендопротези.

Понастоящем коленните ендопротези могат да бъдат разделени на няколко категории според дизайна на компонентите, хирургичния достъп и вида на фиксация.Според броя на заместените компоненти (фиг.1.):

•Уникомпартментни - само на медиалния или латералния ставен отдел;

• Бикомпартментни - целите тиабиални и бедрени ставни повърхности;

• Трикомпартментни - заместване на тибиалните, бедрените и пателарните ставни повърхности. (Попов, Н.,2013)

След хирургическата интервенция коляното се имобилизира в обемна компресивна превръзка за един или два дни. Оперираният крайник е с оток, първоначално ограничен обем на движение в протезираната става и често с мускулна хипотрофия на крайника. Всичко това налага необходимостта от кинезитерапевтична намеса. (Василева, Д., 2012)

Фиг. 1. Видове ендопротези, според броя на заместените компоненти

Тестове, изследвания и измервания в постоперативния период за оценка на рехабилитационния потенциал

За правилното разработване на кинезитерапевтична програма за постоперативния период след колянно ендопротезиране е необходимо да се направи оценка на рехабилитационния потенциал на болния. Това включва:

1. Оглед,
2. Палпация.
3. Сантиметрия – за установяване на количествена разлика при мускулна хипотрофия и оток. В практиката най-често се измерва обиколка на бедрото, подбедрицата и през колянна става.
4. Ъглометрия – за проследяване на обема на движение.
5. Тест за измерване на интензивноста на болката (ВАС).
6. Мануално мускулно тестуване за екстензори и флексори на колянна става, а при по-задълбочен анализ тестуване и на мускулите на подбедрицата и ходилото. За получаване на обективни, точни и количествени данни за тестуваните мускули в практиката се налага използването на ръчните динамометри (HHD) (Миндова, С., И. Караганова, 2014).
7. Анализ на походката и други.

Основна цел на кинезитерапията при колянното ендопротезиране е оптимално функционално възстановяване на движенията в ставата и подобряване качестово на живот на пациента.

Задачите на кинезитерапията включват**:**

• повлияване на психо-емоционалния тонус на пациента;
• подобряване на местното кръвообръщение и трофика;
• редуциране на болката и отока на колянна става;
• повишаване обема на движение чрез засилване на двигателните мускули около протезираната колянна става с акцент на екстензорните групи;
• преодоляване на коленния двигателен дефицит;
• възстановяване на мускулната сила и лигаментарната стабилност;
• профилактика от усложнения;
• обучение в ходене с помощни средства;

Средствата използвани за решаването на задачите са разнообразни в различните периоди на възстановяването след тотално ендопротезиране. Според Попов, Н. (2013) и Михайлова, Н. (2014) кинезитерапевтичната програма се разглежда в три периода, като при всеки един от тях се решават част от задачите.

През **максимално-протективния период**, който условно обхваща 1-4 седмица, кинезитерапията започва на 1-2 ден след операцията с дихателни упражнения за профилактика на белодробни усложнения, криотерапия за колянна става, изометрични упражнения за квадрипцес и ишиокрурални мускули, глезенни помпи за превенция от

дълбока венозна тромбоза , пасивни, активно-асистирани и активни упражнения за оперираната става. През този период се наблюдава ограничен обем на движение както за флексия, така и за екстензия. За неоперирания крайник, за мускулите на трупа и горните крайници се прилагат свободни активни упражнения. При липса на противопоказания пациентът се вертикализара на 2-3 ден и започва обучаване в ходене с помощни средства. Обременяването на крайника при ходене се определя от лекуващия ортопед според вида на поставената ендопротеза и от вида на фиксацията.

През **умерено-протективния период** (4-8 седмица) кинезитерапията продължава с активни упражнения, преминава към упражнения срещу съпротивление и упражнения в затворена кинетична верига. Акцентира се върху възстановяване на пълната екстензия на коляното и увеличаване на флексията до 100 градуса, както и постепенно възстановяване на мускулната сила, издръжливост и баланс.

През **минимално-протективния период**, който продължава след 8 седмица, двигателната активност продължава, увеличава се натоварването с цел подобряване на кардиореспираторната издръжливост, мускулната сила и равновесните способности за посрещане на ежедневните двигателни натоварвания.

Представяне на клиничен случай

По време на учебна практика проследихме пациентката Ц. Йорданова на 51г. която постъпва за основна рехабилитация след операция на дясна колянна става по повод артроза. Оплаквала се е от силна болка при опит за движение, ограничена подвижност и мускулна слабост на засегнатия крайник. На 09.10.2019 е претърпява оперативна интервенция -тотално колянно ендопротезиране на увредената става. На 26.11.2019г. постъпва в Отделение по физикална и рехабилитационна медицина.

Кинезитерапевтична диагноза: От направената функционални изследвания се установи контрактура на дясна колянна става, оток и мускулна хипотрофия.

Период на лечение: Умерено-протективен.

Целта, задачите и средствата кореспондират с описаните по-горе и са съответно за умерено-протективен период.

Примерна кинезитерапевтична програма за упражнения след тотално колянно ендопротезиране.

Преди започването на упражненията се прави криотерапия с ледено блокче, като кракът се поставя в облекчена и отточна изходна позиция. Леденото блокче се движи върху оперираната зона до хиперемия (зачервяване).

Таблица 1. Примерна кинезитерапевтична програма при тотално колянно ендопротезиране

№	Изходно положение	Описание на упражнението	Дозировка	Методически указания
1.	Тилен лег	Движение тип - мускулна помпа в глезенна става и ставите на ходилото.	20 пъти общо за двата крака.	Упражнението да се изпълнява с бавен или умерен темп.
2.	Тилен лег с възглавничка под коляното	Подбедрицата се повдига, докато коляното се екстензира.	10 пъти за болния крак	При изпъване на коляното се задържа между 3-5 сек.
3.	Тилен лег	Последователно изнасяне на болния и на здравия крак в страни - абдукция	20 пъти общо за двата крака	Да не се задържа дишането.
4.	Страничен лег на здравата страна	Повдигане на крака нагоре, като ходилото е в контрашпиц.	10 пъти	Да не се предизвиква пренатоварване

5.	Тилен лег	Повдигане на изпънат крак нагоре, като ходилото е в положение на дорзи флексия със задържане 3-5 секунди.	20 пъти общо за двата крака	Да не се пренатоварва оперирания крайник.
6.	Тилен лег	Последователно сгъване на краката в колянна става с топка под глезените.	15 пъти	Да не се предизвиква болка.
7.	Стоеж на здравия крак пред шведска стена	Пациентът извършва флексия в колянна става с/у гравитацията.	10 пъти	Да не се извършват резки движения.
8.	Стоеж на здравия крак пред шведска стена	Пациентът извършва флексия в ТБС до 90 градуса	10 пъти	Упражнението да се изпълнява с бавен темп.
9.	Стоеж на здравия крак пред шведска стена	Абдуция на оперирания крайник до безболезнен краен обем на движение.	10 пъти	Упражнението да се изпълнява с бавен темп.
10.	Стоеж пред шведска стена	Екстензиране на крака в ТБС.	10 пъти	При екстензия в ТБС, колянната става също трябва да е в екстензия.
11.	Седеж на стол	Екстензия на коляното до безболезнен обем	8-10 пъти	След извършване на екстензия подбедрицата да се връща бавно в И.П.
12.	Тилен лег с фитбол топка под краката	Извършваме тройфлексия в ГлС, КС, ТБС.	10 пъти	Движенията да са бавни и да не предизвикват болка.

Изключително важна част е обучението в ходене с помощни средства, качване и слизане по стълби. При нормално ходене първо се изнасят помощните средства напред, след това болния крак и накрая се изнася здравия. Много важно правило е да не се пресича линията свързваща двете патерици при ходене. При качване на стълби - първо се изкачва със здравия крак, а след него болния крак и патериците. При слизане първо се изнасят патериците с болния крак и след това здравия. През ранния следоперативен период е важно пациентът да не натоварва оперирания крайник изцяло с тежестта на тялото си.

Противопоказани движения: клякане и коленичене, спането на оперирания крайник в максимално-протективния период, не се допуска носенето на тежести от страната на оперирания крак.

Анализ на резултатите

След проведен едноседмичен рехабилитационен курс се наблюдават положителни промени в проследените показатели – ъглометрия, сантиметрия и мануално мускулно тестуване (ММТ), които доказват ефективността на приложената от нас кинезитерапевтична програма.

Таблица 2. Резултати от проведеното изследване

Показатели		**Начало** (27.11.2019)		**Край** (02.12.2019г.)	
		ляво	**дясно**	**ляво**	**дясно**
Ъглометрия		S: 0-0-110	S:0-5-70	S: 0-0-115	S: 0-0-90
Сантиметрия	бедро	49	52	49	50,5
	коляно	38	41	38	40
	подбедрица	35	37	35	36
	малеоли	24	25,5	24	24,5
ММТ	екстензори	4+	3	5	4-
	флексори	4+	3	5	4-

Благоприятният ефект е в резултат от целенасочените и системни занимания с пациента. Постигна се подобряване на общото функционално състояние, трофиката, походката, оптимална подвижност на ендопротезираната колянна става и възможност за независимо извършване на обичайните ежедневни дейности. Намаления обем на движение и мускулна сила в началото на лечебния курс при здравия крак се дължи на ограничената мобилност в ранния следоперативен период.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ендопротезирането на колянната става е едно от сериозните постижения на съвременната ортопедия и травматология при пациенти с напреднали стадии на ставни заболявания. Функционалното възстановяване на долния крайник зависи до голяма степен от правилно проведената кинезитерапия. Изборът на подходящи за състоянието на всеки пациент средства, подбраните методи на изследване и активното съдействие на пациента водят до успешно приключване на лечебния процес. Това им позволява да се върнат към активен начин на живот.

REFERENCES

Василева, Д., (2015). *Алгоритъм на кинезитерапевтичното възстановяване при пациенти с артропластика на колянна става*, Научни трудове на Русенски университет, 2012

Карамитев С., (2015). *Тотално колянно ендопротезиране – защо, кога и как?*, Научни трудове на Съюза на учените–Пловдив, 2015

Миндова С., И. Караганова, (2014). *Критерии за употреба на мускулния тест – проблеми и препоръки.* // Известия на Съюза на учените - Русе, Медицина и екология, 2014, брой 4, стр. 101 - 105, ISSN 1311 – 1078.

Михайлова, Н., (2014). *Кинезитерапия и ерготерапия при ендопротезиране на колянна става*, сп. Известия, 2014

Попов Н., Д. Попова, Т. Груева, (2015), *Физиотерапия при мускулно-скелетни дисфункции на долните крайници.* НСА ПРЕС, 2013

TRU-ONLINE-SSS-HP-11

MODERN ASPECTS OF KINESITHERAPY FOR CHRONIC PAIN IN THE THORACOLUMBAR SPINE [14]

Alexander Minchev – student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Tel.+359883513767
e-mail: alexandarcho.92@gmail.com

Alexandra Alexandrova – student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Tel.+359883422551
e-mail: alexandraalexandrova98akro@gmail.com

Slavena Mihailova - student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Tel.+359895762047
e-mail: slavenka2011@abv.bg

Pr. Assist. Prof. Alexander Andreev, PhD
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Tel.+359878420310
e-mail: aandreev@uni-ruse.bg

Abstract: *Nowadays, fungal and low back pain is a fairly common problem. These problems are sometimes so serious that they disrupt the work process and quality of life. Approximately 75-85% of the world's population has had at least one episode of thoracolumbar pain in their lifetime. Pain in this area can be provoked by many pathologies and structures. In this article we have considered the possible reasons for its appearance. Given the severity of the problem (thoracolumbar pain), a literature review of modern treatment methods has been made in order to improve the effectiveness of the selection of therapies and faster recovery of our patients.*

Keywords: *kinesitherapy, thoracolumbar pain, treatment, modern treatment, massage, physiotherapy.*

ВЪВЕДЕНИЕ

В днешно време болките в гъба и кръста са доста срещан проблем. Тези проблеми понякога са толкова сериозни, че нарушават трудовият процес на болния и водят до огромни материални загуби, както за него така и за семейството му и държавата. Приблизително 75-85% от населението на света е имало най-малко един епизод на тораколумбална болка през живота си.Големият брой на засегнатите е причина за сериозна тревога от една страна, а от друга е големият процент от страдащите, които развиват хронична (повтаряща) болка в гърба. При 10-15% от пациентите болката хронифицира. В човешката патология тази болка в по-голямата си част възниква в следствие на функционални нарушения породени от патологични морфологични промени. Често болковата проява не е породена от мястото в което е локализирана, а от съседни или отдалечени, свързани области. Това е причината в

[14] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: СЪВРЕМЕННИ АСПЕКТИ НА КИНЕЗИТЕРАПИЯТА ПРИ ХРОНИЧНА ТОРАКО-ЛУМБАЛНА БОЛКА.

повечето случаи физиотерапевтичните процедури да бъдат насочвани предимно към лечение на хроничните морфологични изменения, без да се третират функционалните нарушения, което е предпоставка за нетрайни резултати и задълбочаване на състоянието(Pashkunova, Y., 2016).

Здравословните проблеми в тораколумбалната област варират от незначително неразположение и болка до по-сериозни заболявания, изискващи почивка или медицинско лечение. При повечето хронични състояния резултат може да бъде трайно увреждане и загуба на работата. Различните рискови фактори често действат в комбинация, включително физическите и биомеханичните фактори, организационните и психосоциялните фактори, както и индивидуални фактори. Физическите и биомеханичните рискови фактори могат да включат: вдигане на тежести, особено при навеждане и усукване, повтарящи се или принудителни движения, неправилна или статична поза, вибрации, слабо осветление или ниски температури на работната среда, високи обороти на работа, продължително стоене прав или седнал в едно и също положение.

ИЗЛОЖЕНИЕ

В човешкият организъм болката обикновено се появява когато нещо нередно се случва. Тя е един механизъм, чрез който тялото ни сигнализира, че има проблем. Проблемеи в тораколумбалната област може да бъде индуцирана от много тъкани. Болковата симптоматика идва от ноцирецепцията в инервираните структури – лигаменти, фасетни капсули, периостеум на прешлените, вентралната част на duramater,дуралните ръкави, епидуралнататъкън и стените на кръвоносните съдове.Понякога механичен стрес върху болковосензитивни структури (разтягане на лигаменти или ставна капсула, компресия на кръвоносни съдове предизвиква и компресия на нервни окончания) предизвикват болково възприятие. Такъв тип болкова провокация се проявява при липса на възпалителна реакция. Това не е патологичен, а механичен проблем, защото няма белези на възпалителна реакция – болката не е постоянна. Премахването на стреса върху сензитивната структура елиминира болката.Ако интензитета на механичния стрес надхвърли механичната якост на тъканите настъпва увреда. Ако след това няма адекватно заздравяване се развива синдром на претоварване с възпалителна реакция и постоянна болка, която не е провокирана от механично въздействие. Важно е премахването на механичния стрес и преодоляването на възпалителнта реакция.

Дискогенна болка

Диска в по-голямата си част е аневрален, затова не всички дискови лезии са симптоматични. Болковатасиптоматика се предизвиква откомпресията, която оказва протрузиятавърху чувствителнти структури (лигаменти, duramater, кръвоносни съдове около нервните коренчета).Увредите на диска обикновенно настъпват след репетиторно претоварване на гръбначния стълб в положение на асиметричен наклон напред и/ или торзионно обременяване. И при двата механизма настъпва разкъсване на слоеве от anulusfibrosus и това създава предпоставки за отичане на нуклеуса в получилите се фисури и последващо деформиране на самият диск. Възможно е да настъпи и травматична руптура на анулуса като еднократен акт. Най- често симптомите на увреда на междупрешленните дискове се проявяват във възрастта между 30-45 години. Всяко нарушаване на интегритета на диска е фактор за предизвикване на дегенеративни промени. С развитието на тези промени намалява и водното съдържание на диска и съответно обема му. Увредата и дегенерацията на диска нарушава механиката на гръбначния стълб и съответно се предизвиква абнормено стресиране на фасетките и поддържащите структури.

Артрогенна болка

Фасетните стави са синовиалини стави инкапсулирани от ставна капсула и стабилизирани от лигаменти. Те реагират на травма или артрозни промени подобно на периферните стави. В зигоапофизарните стави на гръбначния стълб се намират множество

менискуидни структури и инвагинаии на ставните им капсули.Някои автори използват термина “ставен блокаж” имайки предвид захапване на някоя от тия структури между ставните повърхности, което води до тензия в добре инервираната ставна капсула и предизвиква остра болка и ограничение на подвижността съпроводена от мускулен гард.Ставите с дегенеративни изменения са поддатливи на блокажи, дисторзии и възпаления.В ранните стадии на дегенеративни изменения се наблюдава увеличена подвижност в ставния комплекс. С времето стресирането от изменената механика води до остеофитоза с формиране на шипове и устни по границите на ставните повърхности и прешленни тела. Достига се до прогресивна хипомобилност и остеостеноза. Може да има болка от стресирането на околставните структури при увеличената подвижност или от разтягането на хипомобилните структури. Болката може да възникне и от компримиране на сензитивни структури от формиращите се остеофити или от оток и възпаляване вследствие увеличената подвижност на сегмента.

Болка предизвикана от мускулни и мекотъканни лезии.

Много често при травма се уврежда повече от една тъкан. Степента на тъканна увреда често не може да се установи през острата фаза. Има болка, локален оток и болезненост при палпация. Налице е протективен мускулен гард, независимо дали е засегната контактлна или неконтрактилна структура. Мускулния гард обезпечава рефлекторна имобилизация на засегнатия участък след травмата. Персистирането на мускулния гард предизвика нарушена циркулация и задръжка наметаболити, което води до раздразване на нервните окончания и предизвиква вторична мускулна контракция, предизвикваща от своя страна вторична болка. Лигаментите предизвикват болка от разтягане на лигамента. Ако лигамента е напълно разкъсан настъпва нестабилност в сегмента. В процеса на регенерация е възможно развитието на адаптивно скъсяване или срастване на цикатрикса с околните тъкани. Това ограничава тъканната подвижност и променя телодържанието.

Неврогенна болка

Най-честите причини за неврологична симптоматика в кинезитерапевтичната практика са свързани с дискови протрузии, стенози на гръбначномозъчния канал или на междупрешленните отвори в резултат на костна пролиферация от дегенеративни промени. При наличието на такава симптоматика се наблюдават сетивна, моторна или смесена симптоматика по долните крайници. При някои пациенти може да се открият и тазово-резервоарни смущения (Popov, N., 2002).

Преди да се пристъпи към лечението на пациените трябва първо да се направи тестуване.Изследването на лумбалния гръбнак се затруднява от разположените в близост големи сегменти. Освен в случайте на ясен травматичен произход, е трудно да се установи дали патологията произхожда от лумбалния гръбнак, сакроилиячните стави или тазобедрените стави. Затова изследването е комплексно (Popov, N., 2002).

Специализираните диагностични тестове дават възможност да се оцени функционалното състояние на гръбначният стълб и състоянието на гръбната и коремната мускулатурата. Тук се включват: тест за определяне степента на намалена способност на Освестри, тест за основна ефикасност (General self-efficacy), тест за функционална ефикасност (Functionalselfefficacy), тестуване на коремна и гръбна мускулатура, тест на Отт, проба на Шобер, латерален наклон на трупа (Pashkunova,Y., 2015).При лумбални дисфункции задължително се използват някои тестове от невродинамикатаелевация на изпънат долен крайник, флектиране на коляно от лег и Slumpтест (Popov, N., 2002).

Различните автори предлагат богат набор от методики и комбинация от средства за лечение при болки в торако-лумбалната област.

Кинезитерпия

Н. Попов предлага средствата на кинезитерапията да включат релаксиращи, деблокиращи и активни упражнения от облекчено и.п., постизометрична релаксация и разтягане на скъсените мускули, упражнения за засилване на поясният мускулен корсет,

упражнения с швейцарска топка, равновесни упражнения и упражнения за крайниците, натоварващи мускулната стабилизация на гръбначния стълб, както и упражняване на ежедневните трудови и битови дейности. Кинезитерапевтичната процедура започва със свободни активни упражнения за крайниците, съчетани с дихателни упражнения. В основната част се включват изброените основни средства. Използват се облекчени изходни положения – тилен лег, колянна опора. Средствата за облекчаване на болката от стресиране и увеличена мускулна тензия са техниките за мускулна релаксация и активни упражнения по физиологичните оси (Popov, N., 2014).

През 2018г Попов описва и предлага и прилагане на мобилизации/ манипулации в областта на лумбалния дял на гръбначния стълб. Наложено е мнението, че такива са подходящи за пациенти, при които няма радикулерен синдром. Прилагането на тези мануални техники значително ускорява процеса на възстановяване. При хронична болка в кръста по-вероятно е мобилизациите да нямат добър ефект и тогава се прилагат като допълнителна терапия, успоредно с лечебните упражнения.

Показано е и тракционно лечение при болки в торако-лумбалната област. В резултат от тракционните методики се постига:

1. Механична елонгация на гръбначния стълб и сепарация на прешлените, при което се получава:
- Стречинг на паравертебралната мускулатура;
- Тензия в лигаментите и фасетните ставни капсули;
- Разширяване на междупрешленните отвори;
- Изглаждане на физиологичните кривини на гръбначния стълб;
- Плъзгане между ставните фасетки;
- Изглаждане на евентуална протрузия в междупрешленния диск.
2. Мобилизация на зигоапофизарните стави
3. Мускулна релаксация – намалява се болката от мускулния гард или спазъм.
4. Редуцира се болката
- Раздвижването в областта стимулира кръвообръщението и редуцира циркулаторнатастаза, намалява се компресията върху кръвоносните съдове, нервните коренчета и duramaterв междупрешленните отвори. В резултат на подобрената циркулация може да се намали концентрацията на химични ноцицептивни стимулатори.
- Сепарацията между прешлените временно разширява междупрешленните отвори, което намалява компресията върху притиснатото нервно коренче.
- Тензията върху фасетната ставна капсула може да доведе до освобождаване на менискоиден блокаж.
- Механичния стречинг върху скъсените структури може да доведе до увеличаване подвижността на сегмента и по този начин до намаляване на болката, предизвикана от ограничена подвижност.

Понастоящем няма сериозни научни изследвания, които да доказват със сигурност или да опровергават лечебния характер на тракционната терапия, но позовавайки се на клиничния опит на автора и субективната преценка на пациентите можем да заключим, че тракционната терапия има силно позитивен ефект (Popov, N., 2002).

Автомобилизация при вертеброгенни болки. Тази специализирана методика е предложена от Kalterborn и Geyman и допълнена от K. Levit. Тя е специализирана методика на физиотерапията за разхлабване и „автомобилизация”. Упражненията за разхлабване се включват към лечението на вертеброгенните болки в гърба и кръста. Това става след изследване на двигателната функция на гръбначния стълб, за да се открие двигателната патология: болка, ограничена подвижност, локализация, блокаж, повишена подвижност и др. Автомобилизацията се прилага, когато има „твърд” блокаж между два съседни гръбначни сегмента.

Един от съвременните методи за повлияване на болките в лумбалната област е концепцията на БраянМълиган, чиито принципи се различават от класическите подходи в

мануалната терапия. Специфичното за „Мълиган концепцията" е комбинацията на пасивния мобилизационен натиск създаван от терапевта, с активно физиологично движение на пациента. Посоката на движение, както и насочеността и силата на мобилизационния натиск могат да бъдат комбинирани по различен начин, в зависимост от оплакванията на пациента. Основните правила при приложението на техниките са да не са безболезнени и да имат бърз ефект. Браян Мълиган е един от фундаменталните мануални терапевти, създател на отделна концепция в областта. Следвал концепцията на Фреди Калтенборн в първите години на опита си като терапевт, Мълиган открива сериозни недостатъци по отношение на функционалния подход при приложение на техниките в мануалната терапия.

При наличието на ограничения в подвижността в определена става или сегмент и /или провокираната при движенията в нея болка (при функционални дейности), трябва да се отчете наличието на проблем в механиката на движението или „trackingproblem". Важна особеност на концепцията на Мълиган за мануална терапия е: при приложението на техниките, да се използват изходни позиции, идентични с тези, при които са налице оплакванията на пациента. Позиции при които гравитацията действа вертикално по дължината на тялото са тези, които предизвикват негативните усещания. Те най-често са седеж и стоеж. Друга от характерните особености на Мълиган концепцията е изискването по време на приложение, на която и да е от техниките да има пълна безболезненост. Тоест, изборът на техника или модификацията и зависи от болката като симптом. Това е една от най-впечатляващите разлики в концепцията на БраянМълиган – липса на болка по време на приложение на мануалномобилизационни техники. Терапевтът е длъжен да се съобрази не само със структурната находка, а да не игнорира основния проблем (например болка), който може би е резултат от неврорефлекторни изменения.

През последните години в България все по-широко приложение намират упражненията с Швейцарска топка (fit- ball) . Те засилват проприорецепцията и водят до правилно разпределение на силите, действащи върху гръбначния стълб респективно върху междупрешленните дискове. Когато човек седи върху стол с неподвижна седалка, тялото няма движение, гръбначния стълб е приведен (пасивна кифоза), натоварването на диска и лигаментите е неправилно, притискат се дихателните и храносмилателните органи. Седенето върху топката е "активно", човек е в състояние на динамично равновесие – движението е малко, но постоянно и различно, улеснени са дишането и храносмилането, седежът е активен, тазът се движи, поддържащата мускулатура на торса е в постоянно уравновесяване, междупрешленните дискове се натоварват и хранят равномерно.

Масаж

При хроничен болков синдром в лумбо-сакралната област Л. Крайджикова предлага масажна методика за мекотъканна мобилизация. Прилага се 2-3 мин. трансверзален масаж по Cyriax за m.piriformis и 7-8 мин. мобилизиращ масаж – пасивно разтягане на паравертебралната мускулатура чрез движение на гръдния кош и таза от предмишниците на терапевта, плъзгащо разтриване от краниално към каудално по Klein-Vogelbach, съчетано с депресия на таза (при елевация ръката се придвижва без натиск нагоре и навътре към гръбначния стълб); 6-8 минути масаж по Terrier за лумбалната област – разтриване по диагонал от гръбначния стълб към spinailiacaanteriorsuperior, съчетан с пасивна вентрална и/или дорзална ротация на таза, праволинейно паравертебрално разтриване, съчетано с пасивна дорзална и вентрална ротация на таза. Болките в гърба и кръста много добре се повлияват от класическият масаж.

Според Т. Краев най-добре е да се започне с подготвителен масаж, който цели рефлекторно повлияване на структурите. След което се преминава към детайлен масаж, който е строго целенасочен. Първо се обработва напрегнатата паравертебрална мускулатура, като се започва с поглаждане. То може да е концентрично и плоскостно. Разтриването следва хода на поглаждането. Прави се надлъжно и кръгообразно разтриване с хипотенъра и с върха на 2-4 пръст на двете ръце. Показано е в тази област да се прави изтегляне на кожна гънка. Обезболяващото действие е рефлекторно, вследствие намаляване на напрежението в

подкожната съединителна тъкан. Не се прави захващане на кожна гънка, ако болния чувства силна болка. Добре действа омачкването на паравертебралната мускулатура и нейното отместване. За релаксирането на мускулатурата и за рефлекторното въздействие върху нервите се прилага стабилна и лабилна непрекъсната вибрация, най-добре с помощта на вибратор.

Недискогенниялумбо-сакрален синдром, наред с класическия масаж много добре се повлиява и от специалните масажни видове.

За период от 15 години Г. Гечев прилага иглолечение върху 172 болни и стига до следните изводи: иглолечението действа изключително болкоуспокояващо, отпуска ригидната мускулатура, рефлекторното му въздействие може да освободи болезнено блокирано движение в гръбначния стълб. Сега е установено, че тази терапия стимулира отделянето на естествени аналгетици, наречени ендорфини и енкефалини, произвеждащи се в главния и гръбначния мозък, които могат да блокират предаването на болковия нервен импулс. Този метод не помага на всеки. Някои пациенти отговарят много добре на терапията, други изпитват само краткотрайно облекчение и се нуждаят от повторни сеанси, а за трети лечението е без ефект. Претендира се за добри резултати само, когато гръбначната болка не се дължи на дискова лезия. Акупунктурата е метод за облекчаване на болката, който включва забиването на тънки стерилни игли в специфични точки на тялото. Иглите след това се завъртат около оста си, за да предизвикат стимулация.

През 2001г. З. Горанова и колектив провеждат научно изследване, в което си поставят за цел да проследят ефекта на комплексна методика от вендузотерапия, лечебни пластири, точков масаж, аурикулотерапия за овладяване на болковия синдром в лумбо-сакралната област и съчетаването им с кинезитерапия като профилактична мярка срещу рецидивите. Изследването е пример за комплексен подход при лечението на болката в кръста, чиито положителни резултати показват, че мястото на масажа е утвърдено.

Отличен ефект дава и метода с вендузите. Те могат да се прилагат по стабилен и лабилен метод. Тази силно хиперемизирана кожна вълна действа на подкожната съединителна тъкан и мускулатурата, а от там и рефлекторно – в дълбочина. Освен това, подкожния кръвоизлив (посиняването) отключва и специфични хуморални реакции, които имат терапевтично и обезболяващо действие (Pashkunova, Y.,2014).

Естествени и преформиранифизикални фактори

Според Американската АсоциацияпоФизикална Терапия ТЕНС представлява приложение на електростимулация върху кожата с оглед контрол на болката. Тя е неинвазивна, сигурна, евтина и лесна за приложениеинтервенция, като най-добър аналгетичен ефект имат честотите 100-200 Hz при относително кратка продължителност на импулса. Формата на импулса не е от съществено значение, но се препоръчва да е сложна или комбинирана, с оглед избягване явленията наадаптация.СпоредGiemza и колектив, криотерапията води до намаляване на мускулнияспазъм, отока на тъканите и болката.

Топлинните процедури повлияват болковия синдром, предизвиквайки вазодилатация, повишен кръвоток, като едновременно намаляват активността на мускулните вретена и потискат мускулния спазъм. Препоръчителни са при пациенти с хронична болка, носа противопоказани при пациенти с болки от травматичен произход.

В съвременните български специализирани комплекси за рехабилитация и рекреациясе прилага богата гама от хидро- и балнео- процедури при лечението на хроничната тораколумбална болка. Често се прилагат водни обливания по Клайн, топли вани, парни душове,подводноструев масаж в различни варианти, сауни и др. Препоръчва севаните да се съчетават и с пиене на минерална вода. Радонови води у нас се намират вкурортите Павел баня, Наречен, Момин проход, Велинград, Добринище.Калолечението под формата на кални апликации благоприятно повлиява местниявъзпалителен процес и съдейства за намаляване на отока и подобряването на трофиката. В литературата съществува консенсус по отношениеефективността на (ТЕНС), както и на други преформирани фактори - лазер,

ултразвук,нискочестотно импулсно магнитно поле, криотерапия и балнеотерапия широко използванипри лечение на хроничната торако-лумбална болка (Pashkunova, Y., 2015).

Дълбока осцилация (DeepOscillationtherapy).

Въздействито на терапията с дълбока осцилация /DeepOscillation/ се базира на нискочестотното променливо електростатично поле /НЧПЕСП/, с честота от 5 до 250 Hz, с малка сила на тока 5–7 μA и бифазен режим. Физиологичният механизъм на действие се заключава в образуването на вибрация в тъканите на дълбочина (кожа, подкожие, съединителна тъкан, нервно-мускулен апарат, кръвоносни и лимфни съдове) без наличие на неприятни усещания или болезненост при преместване на апликатора. Терапевтичните ефекти се реализират чрез подобряване на трофиката и качеството на тъканта, контрол на мускулния тонус, намаляване на отока и се определят от избрания честотен диапазон.

Основните ефекти на дълбоката осцилация са: Аналгетичен ефект; Противовъзпалителен ефект; Противооточен и лимфодренажен ефекти; Регенериращ ефект; Антифиброгенен ефект; Детоксикиращ ефект.

Предимства на терапията:

1. Възможност за прилагане пре- и в ранния постоперативен период;
2. Приложение веднага след травмата;
3. Приложение при метални остеосинтези и ендопротези;
4. Прилагане около открити рани;
5. Бърз и продължителен обезболяващ ефект.

Базирайки се на клиничния опит и субективната оценка на пациентите можем дase твърди, че терапията с дълбока осцилация значително подобрява и ускорява възстановяването при болки в торако-лумбаалната област (Mratskova-Delieva, G., 2018).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Болките в гърба и кръста са много срещан проблем, както в България така и в страните по целият свят. Тези проблеми понякога са толкова сериозни, че нарушават трудовият процес на болния и водят до огромни загуби, както за него така и за обществото. В някои случаи се достига дори и до инвалидизация. Кинезитерапията, масажа и физикалните фактори заемат своето значително място в справянето с болките в тази област. В предвид сериозността на проблема, е добре да се заложи повече върху профилактиката на развитието на тези проблеми и информираността на населението относно това как да се предпази от тях.

REFERENCES

Mratskova-Delieva, G. (2018),Comparative study of the effects of deep oscillation therapy and some reformed physical factors in the treatment and rehabilitation of patients with osteoarthritis,Author's abstract of dissertation for awarding “PhD” educational and scientific degree, Stara Zagora – 2018 (***Оригинално заглавие:*** *Мръцкова-Делиева Г., Сравнително проучване на ефектите при терапията с дълбока осцилация /Deeposcilation/ и някои преформиранифизикални фактори при лечението и рехабилитацията на пациенти с остеоартроза,Автореферат на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „Доктор”,Стара Загора – 2018 г.*)

Papatanasiu, Y., Pashkunova, N., Troev, T., Yanev, S., Elhova, H., (2016). Effective physical agents in the treatment of chronic musculoskeletal pain in adults. In: Scientific papers of the Union of Scientists in Bulgaria, Plovdiv (***Оригинално заглавие:*** Папатанасиу Я., Пашкунова Н., Троев Т., Янев С., Елкова Х.*Ефективни физикални средства при лечение на хроничната мускулно-скелетна болка при възрастни индивиди. В: Научни трудове на Съюза на учените в България, Пловдив, 2016*.)

Pashkunova, Y., (2016). Analysis of pain and activity limitations inelderly people suffering from chronic thoraco-lumbar painafter the application of acomplex physiotherapy program. //Proceedings of the Union of Scientists - Ruse, Series 4, Medicine and Ecology,pages 150-157, ISSN 1311 – 1078.(***Оригинално заглавие:*** *Пашкунова Ю., Анализ на болката и*

ограниченията на дейността при възрастни хора страдащи от хронична торако-лумбална болка след прилагането на комплексна физиотерапевтична програма. // Известия на Съюза на учените – Русе, Серия 4, Медицина и екология, 2016, стр. 150-157, ISSN 1311 – 1078.)

Paskunova, Y., Yanev, S., (2015). Diagnostic tests to establish motor skills in patients with musculoskeletal pain in the thoracolumbar region. Proceedings of the Union of Scientists - Ruse, Series 4, Medicine and Ecology, pages*160-165, ISSN 1311 – 1078.* (***Оригинално заглавие:*** *Пашкунова Ю., Янев С. Диагностични тестове за установяване на двигателните качества при пациенти с мускулно-скелетни болки в торако-лумбалният дял. // Известия на Съюза на учените – Русе, Серия 5, Медицина и екология, 2015, стр. 160-165, ISSN 1311 – 1078.*)

Popov, N., Spine - functional diagnostics and kinesitherapy, Sofia, 2002. (***Оригинално заглавие:*** *Попов Н., Гръбначен стълб – функционална диагностика и кинезитерапия, София, 2002 г.)*

Popov, N., Yanev, S., Pashkunova, Y., (2014).Treatment of back pain. In: Scientific papers. Volume 4. Ruse, pages 62-64. (***Оригинално заглавие:*** *Попов Н., Янев С., Пашкунова Ю. Лечение на болките в гърба. В: Научни трудове. Том 4. Русе, 2014, стр. 62-64.*)

Popov, N.,2018. Mobilizationofperipheraljointsandspine, NSA-Press (***Оригинално заглавие:*** *Попов Н., Мобилизации на периферни стави и гръбначен стълб, НСА – Прес 2018 г.*)

Popov, N., Yanev, S., Pashkunova, Y., 2014. Comparative study of physiotherapy programs and methods for treatment of back pain at home and abroad. In: Scientific papers. Volume 4. Ruse, pages 65-73. (***Оригинално заглавие:*** *Попов Н., Янев С., Пашкунова Ю. Сравнително проучване на физиотерапевтичните програми и методики за въздействие при болка в гърба у нас и в чужбина. В: Научни трудове. Том 4. Русе, 2014, стр. 65-73.*)

TRU-ONLINE-SSS-HP-12

PHYSICAL THERAPY AFTER SURGERY IN OMARTHROSIS [15]

Ana-Maria Kalcheva – student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: mood-a@abv.bg

Dobromira Dimitrova – student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: dobromira_dimitrova29@abv.bg

Mircho Mirchev - student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: mdmirchev@gmail.com

Pr. Assist. Prof. Yuliana Pashkunova, PhD
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: ypashkunova@uni-ruse.bg

Abstract: *The efficiency of using physiotherapy in the recovery period of patients aids to the optimal recovery after the surgical intervention. Also physiotherapy increases the quality of life and the function of the shoulder join, as well as it prevents complications.*

Key words: *shoulder complex, arm, arm, structures.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Омартрозата представлява постепенно, прогресивно, механично и биохимично разграждане на ставния хрущял и другите ставни тъкани, включително костта и ставната капсула. Износването на ставните повърхности повишава триенето, което от своя страна предизвиква болка. Това постепенно води до свиване на капсулата, разстоянието между костите силно намалява, атрофират мускулите и сухожилията, което от предизвиква силно затруднени и болезнени движения и води до появата контрактури, което прави целият процес много болезнен. Счита се, че е налична в една или друга степен в 10 – 12% от населението. Болестността корелира силно с възрастта, като 97% от нея е съсредоточена във възрастовата група над 65 години. Болестността е разпределена по равно между мъже и жени, с изключение на артрозата на ставите на пръстите, която се среща 10 пъти по-често при жени, отколкото при мъже.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Идентифицирани са множество рискови фактори за появата на омартрозата: генетично предразположение към заболяване на ставите; вродени дефекти в раменната става; генетични заболявания на костната система; заболявания на ендокринната система; травми; фрактури; луксации; възраст и др. Симтпомите се появяват постепенно и са в зависимост от етапа на развитие на артрозата на раменната става. Основно са болките при движение, които са различни по сила и интензивност, скованост, възможни са изливи и отоци. По време на първия етап на заболяването болката в раменната става е слаба и изчезва след почивка, има и

[15] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: КИНЕЗИТЕРАПИЯТА СЛЕД ОПЕРАТИВНА ИНТЕРВЕНЦИЯ ПРИ ОМАРТРОЗА.

някои ограничения в движението на ръцете. През втория етап болката се задълбочава, продължава дори при почивка с характерни кризи в ставата, причинени от калциевите отлагания, като ограниченията при движение са по-големи. Движението е силно ограничено, поради увреждане на връзките и ставната капсула, болките са силни, възможни са отоци и хематоми. (Попов Н., Ев. Димитрова, 2007)

Фиг 1. Омартроза

Диагностицирането на омартрозата включва консултация с ревматолог или травматолог. Първоначалният преглед се състои от снемане на анамнеза, палпация, изследване на активните и пасивни движения в областта на рамото. Следват кръвни и хистологични изследвания, извършват се и образни изследвания в раменната област с: ултразвук, термография, ренгенография, констраст Артрография, ядрено-магнитен резонанс и сцинтиграфия.

Лечението на артрозата на раменната става е разнообразно, зависейки от етапа на заболяването, но при всички случаи трябва да е комплексно, да се използват методи на консервативното и медикаментозно лечение, като в някои случаи се предприема и оперативна интервенция. Консервативните методи включват: терапия с лазер; инфрачервени и ултравиолетови лъчи; магнитолечение; електростимулация; лечебен масаж; мануална терапия; балнеолечение; Боуен терапия и др. Медикаментозното лечение се състои в редовен прием на лекарствени продукти целящи подобрение на кръвообращението и облекчаване на болките. Неоперативното лечение цели ранната протекция на увредения крайник, с последващата я постепенна мобилизация. Когато консервативното лечение изчерпи възможностите си, се прибягва до оперативно лечение. Най честите оперативни намеси са следните: артроскопия на ставата с изрязване на част от синовиалната мембрана; синовектомия; артродеза; хондропластика и ендопротезиране.

От голямо значение е и начина на хранене. Храната на боледуващия от артроза трябва да съдържа достатъчно пълноценни белтъчини. Това не означава да се набляга на прекомерната консумация на тежки и тлъсти меса. Напротив - те трябва да се избягват. Препоръчително е да се консумират достатъчно яйца и месни продукти като пилешко, пуешко и заешко. Рибата също е с доказано добро действие при хората, страдащи от артроза. Най-добрият начин за приготвянето на рибните и месните продукти е чрез варене, печене на скара или обработка на пара. Месните супи също са препоръчителни, стига да не се прекалява с подправките.

Друг важен фактор при храненето на болните от артроза е приемът на такива хранителни продукти, които предпазват организма от натрупването на отровни вещества. Това са най-вече свежите сезонни плодове, които са много богати на витамини. Те могат да бъдат консумирани под всякаква форма, но е най-добре да са пресни или изцедени на плодов сок или оформени като плодово пюре.

Консумацията на мазнини трябва да бъде ограничена. Пържените и панираните храни не се препоръчват, както и тежките сиропирани сладкиши.

Доказано е, че хората губят апетита си по време на силни болки, отказват да приемат необходимата им храна. В същото време тя е от съществено значение за преминаване на болката. При липса на апетитповечето болни от артроза най-добре понасят течните храни - зеленчукови супи, зеленчукови и плодови сокове, айрян и различни чайове.

Включването на физически упражнения в лечението може да помогне за по-бързото възстановяване на раменния комплекс. Отчита се необходимостта от провеждане на специфична кинезитерапия – профилактика и рехабилитация на ставен, мускулен и ортостатичен баланс. (Делева Р., 2017)

Обикновено се използват махови и кръгови движения в облекчено положение, които да повишат мобилността на ставата, без да причиняват значителна болка или дискомфорт. Започва се с малка амплитуда, която постепенно се увеличава, като този принцип важи и за повторенията. При болка или дискомфорт се намалят повторенията или упражнението се пропуска. Най-добре е упражненията да се правят след преглед при лекар и под наблюдението на кинезитерапевт. (Попов Н., Ев. Димитрова, 2007)

В следствие на хирургичната интервенция при ендопротезирането на раменната става, са налице ставна нестабилност, оток, мускулна слабост и болка в областта на ставата. В периода след операцията активно се провежда кинезитерапия, за да се премахнат патологичните процеси и да се предотврати появата на нови такива. Допуска се, че проведената кинезитерапевтичната методика в случая, ще подобри функционалността на горния крайник след хирургичната интервенция, като спомогне резорбирането на отока, подобряването на болковия симптом и преодоляването на мускулния дисбаланс.

Обект на нашето изследване е кинезитерапевтичния комплекс и неговия ефект при случаи на ендопротезиране на раменна става, а негов предмет е субективното чувство за болка и нейното управление, увеличаване на двигателната им активност, при изпълнение на дейностите от бита.

Извежда се следната **хипотеза: Ефективното приложение на кинезитерапия след ендопротезиране на раменна става, подпомага оптималното възстановяване на пациента, предотвратява усложненията, подпомага извършването на дейности от бита и подобрява качеството на живот на пациента.**

Целта на настоящето изследване е да се разработи кинезитерапевтична програма и да се изследва ефекта на приложението й върху пациенти, след ендопротезиране на раменна става, като се отчете промяната в степента на болката и способността за извършване на дейности от бита с оперирания крайник.

Задачите на изследването са да се направи анализ на съществуващата литература по проблема и да се разработи документация за събиране на данните от изследваните параметри. Да се подберат ефективни терапевтични подходи, като се проследи ефекта от приложението им върху степента на болката и двигателните качества на болните. Да се анализират и обобщят резултатите, и да се изведат изводи и препоръки необходими за практиката.

Изследването на лица, лекувани оперативно в резултат на омартроза, най-общо може да бъде разделено на четири последователни етапа:

Първи етап - анализ на състоянието на проблема.

Втори етап - избор на методи за изследване и инструментариум за неговото провеждане.

Трети етап – практическо решаване на проблема.

Четвърти етап – обработка на получените данни от изследването.

На базата на описаните промени в раменната става, предизвикващи болкова симптоматика и наложилото се оперативно лечение, се определя и отношението към режима

на кинезитерапевтичните занимания. Изключително важно е терапевта да се съобрази с комплексната патология и да подбере правилно методите, средствата и дозировката на физическото натоварване. В литературата съществува консенсус по отношение но необходимостта от активни упражнения, като на кинезитерапията се пада отговорната задача да се създаде една стройна система от лечебни и лечебно-профилактични мероприятия с широко използване на физиотерапевтичните средства при омартроза, лекувана оперативно. (Попов Н., Ев. Димитрова, 2007)

Проследяват се редица показатели както в началото на самото лечение и провеждане на кинезитерапия, така и в края. Използват се следните тестове: сантиметрия, гониометрия, тест за болка, мускулно тестуване за сила, тест за издръжливост и други.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ефективното приложение на специфични активни упражнения, комбинирани с физикална терапия спомагат за по-бързото оптимално възстановяване на оперираната става. Това, сравнено с прилагането само на медикаментозно лечение, без активна кинезитерапия, е най-ефективния метод за възстановяване. В заключение можем да кажем, че ефективното приложение на кинезитерапия след ендопротезиране на раменна става, подпомага оптималното възстановяване на пациента, предотвратява усложненията, подпомага извършването на дейности от бита и подобрява качеството на живот на пациента.

REFERENCE

Попов Н., Ев. Димитрова, (2007), *Кинезитерапия при ортопедични заболявания и травми на горния крайник*, София, 2007

Делева Р., (2017). *Мениджмънт на рехабилитацията на рамо - връзката на гръбначният стълб и шийните прешлени с травмите на рамото*. // Здравна икономика, 2017, брой 3, стр. 8 – 12, ISSN 1311-9729.

https://www.puls.bg/illnes/issue_151/part_3.html

https://bowen-therapy.eu/%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B0-%D0%BD%D0%B0-%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%B0-%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B2%D0%B0/?fbclid=IwAR0fHcjBo6OADiGJFJvfbUoar31LxhjsJwj55VdhQx2wbOdoDIcGWyDg4RU

https://diagnozata.bg/%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B8/%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B0_(1)

TRU-ONLINE-SSS-HP-13

CONTEMPORARY VIEWS OF PHYSIOTHERAPY IN LUMBAR SPONDYLOSIS [16]

Rositza Stoycheva – student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: rosica_1998@abv.bg

Eleonora Dimitrova – student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: Eli_dimitrova1996@abv.bg

Burchin Kioseva – student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: burchin.sevginova@abv.bg

Assoc. Prof. Stefka Mindova, PhD
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: smindova@uni-ruse.bg

Abstract: *Lumbar spondylosis - is one of the most common varieties of such a pathological process that in the absence of therapy leads to irreversible consequences. The main source of the disease is damage to the lower back and excessive stress on the spine. Another factor is the natural aging process. Daily exercise and adequate exercise, under the supervision of a specialist, affect complaints, feelings of pain and discomfort and help restore physical activity, prevent complications and definitive changes. Modern approaches allow physiotherapy procedures to be performed at home, which makes recovery much more effective, enjoyable and complete.*

Keywords: *physiotherapy, lumbar spondylosis, low back pain, lumbar spine.*

ВЪВЕДЕНИЕ

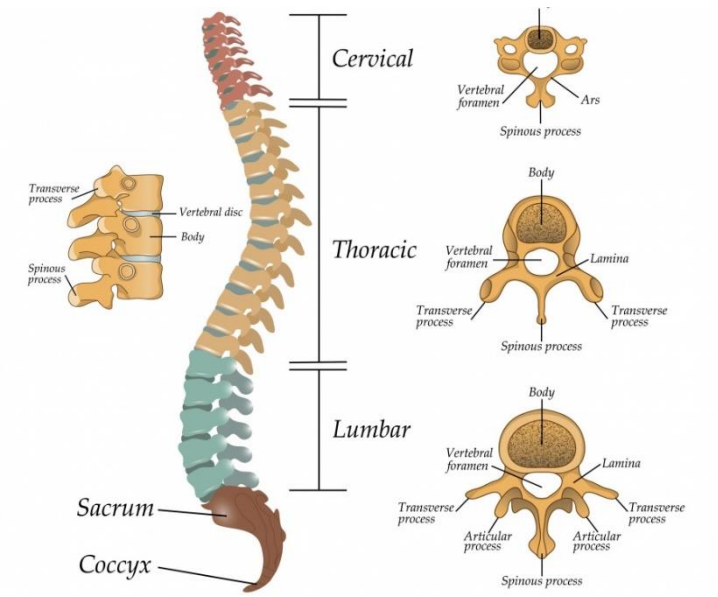
Гръбнакът е изграден от 33 прешлена. Всеки един от тях се състои от corpus vertebrae (тяло на прешлена), arcus vertebrae (дъга на прешлена), processus laterales vertebrae и processus articulares vertebrae (странични и ставни израстъци), processus spinosus vertebrae (болест израстък). Гръбначният стълб се разделя на четири анатомични зони - шийна, гръдна, поясна и кръсцово-поясна (топографско деление).(фигура 1)

Основен елемент на свързванията на гръбначния стълб е интервертебралният диск. Всеки диск в централната си част съдържа пихтиесто ядро (nucleus pulposus). Периферията на пихтиестото ядро е обградено от фиброзен пръстен (anulus ibrosus) (Vanev, M., 1972). (фигура 2)

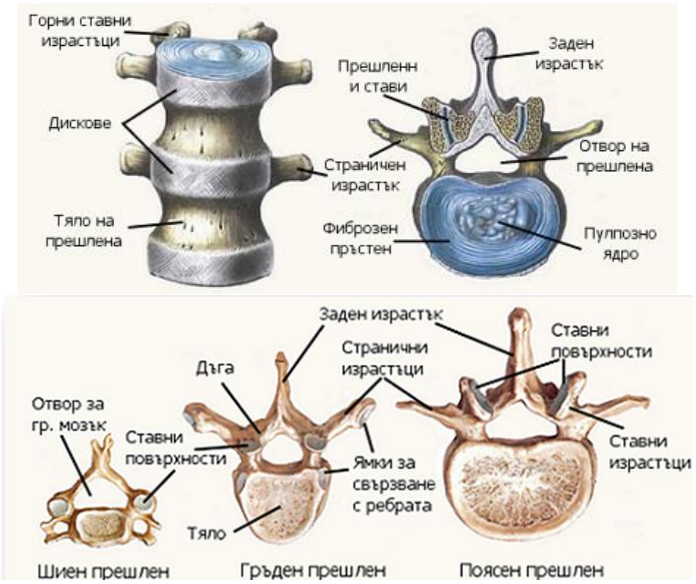
Дегенеративните промени свързани с годините са необратими. Съществени изменения се получават в nucleus pulposus. Пихтиестото вещество намалява по обем и постепенно губи еластичната си субстанция, която се заменя от калциеви натрупвания. Патологичният процес се разпростира към ануларния пръстен, костната структура на прешлените и лигаментите, които защитават прешлените. Не рядко се образуват доброкачествени измения на костите – остеофити с форма на „папагалска човка". Те имат възходяща и низходяща посока с

[16] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: СЪВРЕМЕННИ ВЪЗГЛЕДИ НА КИНЕЗИТЕРАПИЯ ПРИ ЛУМБАЛНА СПОНДИЛОЗА.

различни размери, дори да могат да комуникират като скоби в междупрешленния диск, но междупрешленното пространство остава широко, за разлика от остеохондрозата, където то е стеснено.



Фигура 1. Гръбначен стълб, физиологични кривини, прешлени



Фигура 2. Междупрешленен диск – структура

През последните години зачестяват оплакванията от болка в гърба. В цивилизованите страни честотата е по-голяма. Проучванията показват, че от значение е съвременният начин на живот (заседнал тип работа, предвижване с кола и превозни средства, седене пред компютъра, телевизора и пр.). (Gibson JN, Grant IC, Waddell G 1999)

Независимо от вида и локализацията, тези нарушения предизвикват промяна между линията на гравитация и гръбначните сегменти. Това води неправилно натоварване на мускулно-сухожилните и лигаментарните структури или до развитие на т. нар. мускулен дисбаланс.(Stefanova I, 2015)

Най-често срещаните състояния, предизвикващи дискомфорт, функционални нарушения и ограничения в областта на гръбначния стълб са: дискова херния, дископатия, радикулит, лумбална спондилоза и други.(Yanev S., A. Andreev, 2014)

Статистическите данни показват, че почти всеки човек се е сблъсквал с тези разпространени оплаквания поне веднъж в своя живот. (Kostadinov, D., 1983), (Milanov, Iv., St. Yancheva, 2009)

Болката често прогресира и рецидивира, което я превръща в хронична и прави състоянието едно от социално значимите заболявания в съвременното ежедневие. Освен генетичната предопределеност и соматичните фактори (наднормено тегло, бременност и др.) други рискови фактори са тези на работната среда, включващи големи физически натоварвания (статични и динамични), нефизиологична поза на тялото при работа и покой и други. Болката в долната част на гърба (LBP) засяга приблизително 60–85% от възрастните през определен момент от живота им. За една част от хората симптомите са леки и преходни, като 90% отшумяват в рамките на 6 седмици. Хроничната болка в долната част на гърба (LBP), дефинирана като симптоми на болка продължаващи повече от 3 месеца, засяга около 15–45% от населението. За малцинството с неразрешими симптоми влиянието върху качеството на живот и икономическите последици са значителни. Въпреки голямото разпространение на болки в гърба в общата популация, диагностичният подход и терапевтичните възможности са многообразни и често несъвместими, което води до нарастващи разходи в цялата страна. Отчасти това се дължи на трудността при установяването на ясна етиология за повечето пациенти с известни ноцицептивни генератори на болка, идентифицирани в целия аксиален гръбначен стълб. Поради тази причина болката в гърба е наречена „болест в търсене на болест“.(K. Middleton, D. Fish, 2009)

Лекуването на симптомите, а не на първопричината, както често се наблюдава в рутинната медицинска практика, налага друг по-физиологичен и функционален подход на решаване на тези проблеми, а именно – кинезитерапията, индивидуално прилагана според периодите на болестта и рехабилитационния потенциал на болния.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Спондилоза (остеоартрит на гръбначния стълб) е дегенеративно заболяване, свързано с изтъняване и изместване на междупрешлените дискове. Налице е загуба на еластичните свойства на хиалиновия хрущял и образуване на костни израстъци във вид на шипове (остеофити), като компенсация на разрушения хрущял и вследствие натоварване в края на прешлените с напредване на възрастта. Остеофитите при спондилозата са с форма на „човка на папагал”. Размерите им са различни, а посоката им възходяща и низходяща. Могат да приличат на скоби в междупрешлення диск, но пространството между прешлените остава широко, а не се стеснява за разлика от остеохондрозата.

Лумбалната спондилоза – заболяване на гръбначния стълб в лумбалната област (най-често L_4 – L_5), водещо до дегенерация на предната страна или влакнестия пръстен на междупрешлените дискове и образуване на остеофити, които оказват натиск върху нервните окончания, излизащи от гръбначния мозък. Болестта засяга както жените, така и мъжете, като с напредване на възрастта честотата ѝ се увеличава и води до инвалидизация Дегенеративната лумбална спондилоза се отнася до смесена група патологии, свързани с дегенерацията на лумбалния сегмент и ограничаване на движението и свързаните с него патологии или клинични синдроми на дискогенна болка в гърба, остеоартрит на фасетна става и сегментарна нестабилност (K. Middleton, D. Fish, 2009)

Етиология

Лумбалната спондилоза се класифицира като полиетиологична патология, тъй като няколко фактора едновременно влияят на нейното развитие. В допълнение, болестта се нарича идиопатична. Най-честите причини са:

Рискови фактори за възникване на спондилоза са: възрастта, заседнал начин на живот; наднормено тегло и затлъстяване; принудително неудобно положение за дълго време (често поради специфични условия на труд); вродена или придобита слабост на мускулно-сухожилния апарат; неправилна стойка; наследствена обремененост; прекомерна физическа активност; инфекциозни или възпалителни заболявания на костната тъкан или гръбначния стълб; чести травматични лезии в лумбалната област; нездравословно хранене; васкуларно

увреждане с атеросклероза; различни заболявания, като атеросклероза, диабет и други. (Фигура 3) Анкилозиращият спондилит (АС) е прототип в групата на спондилоартропатиите. (Pashkunova Yu., S. Yanev, N. Popov, 2014)

Фигура 3. Рискови фактори за възникване на спондилоза

Основните симптоми вследствие на заболяването най-често се изразяват с болка в областта на гръбначния стълб на поясно ниво преминаваща в към тазобедрената става, подбедрицата и пръстите на краката; парестезии, изтръпване и мускулна скованост; намалено усещане при допир; умора; куцане; намалена подвижност в гръбначния стълб. През първия етап от протичането на заболяването се развива компенсаторна реакция на организма. Подобни промени често се случват в човешкото тяло на фона на естествения процес на стареене, което води до уплътняване на дисковете, разположени между прешлените. Това обяснява постепенното развитие на тази патология.(Kostadinov, D., 2000)

Класификацията при лумбална спондилоза се определя от тежестта на възникване на патологичния процес. Според промените в рентгенографското образно изследване лумбалната спондилоза се класифицира на:

Начален етап (степен I) – налице са голям брой остеофити, които често се локализират на предния край на прешлените и постепенно стесняват вертебралния канал. Те обаче не се простират до съседни прешлени;

Втори етап (степен 2) - патологичен растеж на костната тъкан около междинния мозък. Понякога съседни остеофити растат заедно, причинявайки деформация на прешлените и образуване на фалшива става;

При трети етап се забелязва пълно сливане на остеофити и образуването на костна скоба. Това е източникът за ограничение на движението. Този стадий на прогресиране на заболяването често се усложнява от спондилоартроза. В този случай междупрешленният диск се сплесква между двата прешлена.

В зависимост от степента на развитие, лумбалната спондилоза може да се раздели на: бавно, умерено и бързо прогресивна и фулминантна - тази форма се диагностицира изключително рядко и само в случаите, когато образуването на остеофити е провокирано от друго заболяване.

Началният етап (степен I) е най-благоприятният за кинезитерапия. С напредване на заболяването (степен II) е налице не само израз на болков синдром, но и рязко ограничаване на мобилността. В някои случаи това принуждава болният да смени работата си, защото не може напълно да се справи със задълженията си. При III-та степен спондилоза - работоспособността на пациента е намалена до висока степен и може да го инвалидизира трайно.

Лечение

Няма кардинални подходи за лечение на спондилоза. В момента се използват консервативни техники за подобряване състоянието на гръбначния стълб и за облекчаване на симптомите. Те включват: медикаментозна терапия; кинезитерапия (специфични упражнения, мануално-деблокираща терапия, масаж и др.); физикална терапия за подобряване на местната циркулация (ултразвук, електрофореза, терапия с лечебна кал, UHF

терапия и др.), хомеопатия, източна медицина (акупресура, акупунктура), терапия с дву- или трифотонен лазер, Боуен терапия, Юмейхо терапия, Пилатес, йога и др. Оперативно лечение на спондилоза е препоръчително само в крайни случаи. Хирургичната намеса е много рискова и се препоръчва, когато останалото лечение не е дало положителни резултати и болките са станали непоносими.

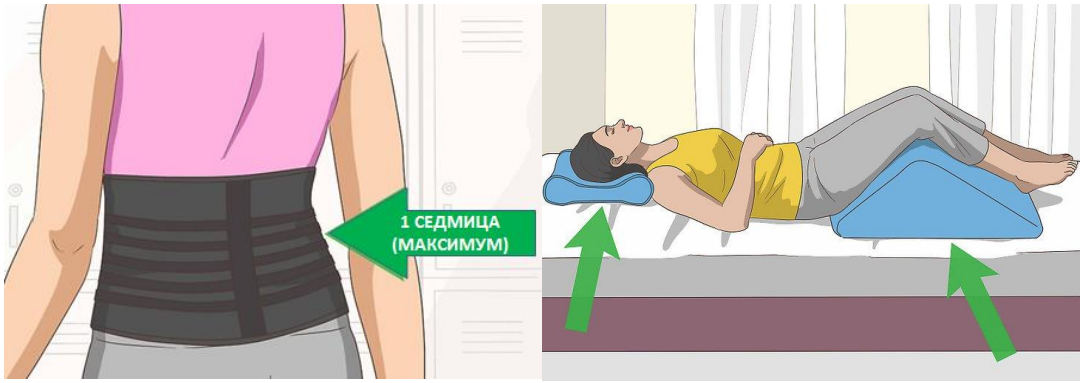
Целта на доклада е да насочи вниманието на аудиторията към по-ефективния модел на възстановяване при спондилоза, а именно – чрез индивидуална двигателна терапия, изготвена според рехабилитационния потенциал на болния, насочена не само към симптомите а най-вече към първопричината и не на последно място – профилактиката от развитие на подобни страдания.

Съвременна методика на кинезитерапията при спондилоза в лумбалния дял

Фигура 4.

При скованост се поставя топла възглавничка разположена в долната част на гърба за да се релаксират околните мускули и да се увеличи притока на кръв към съответната зона. Това може да бъде особено полезно преди физическа активност. Ако има болка вследствие на физическа активност, ледът увит в кърпа, поставен в долната част на гърба е по-добрият вариант. Прилагат се не по-дълго от 30 мин наведнъж и не повече от 3-5 пъти на ден.

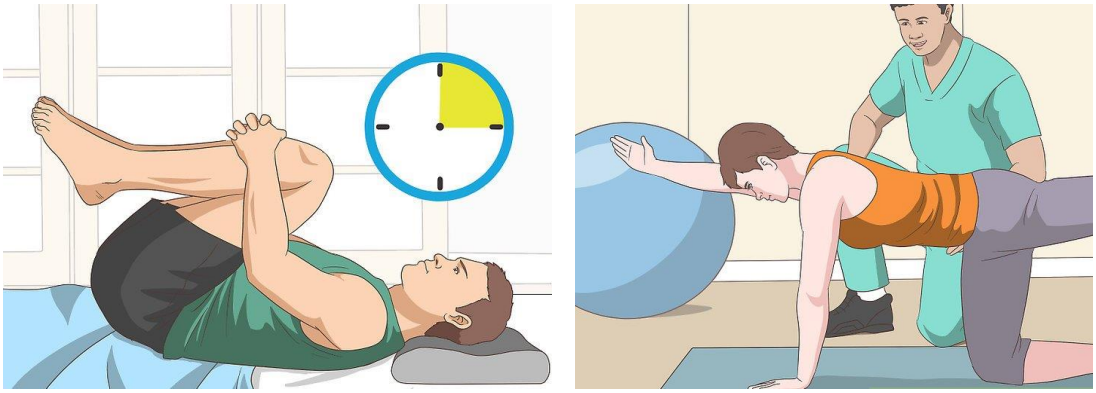
Почивка на легло за не повече от 3 дни. При болка, особено след по-голяма от нормалната физическа активност е уместно гърбът да се отпусне поне за 1-3 дни в леглото. (Фигура 4)



Фигура 5.

Носене на колан (лумбална ортеза) за не повече от 1 седмица. Коланът действа като "почивка в леглото", тъй като намалява налягането (напрежението) в долната част на гърба, но той е само временна мярка. Ако се носи повече от 1 седмица, мускулите около гръбнака ще отслабнат и състоянието може да се влоши.

Опорни възглавници и „клинове“ под колената по време на сън. Поставянето на клиновидна възглавница под коленете и горната част на краката, докато болният спи по гръб могат да осигурят известно облекчаване на болката. (Фигура 5)



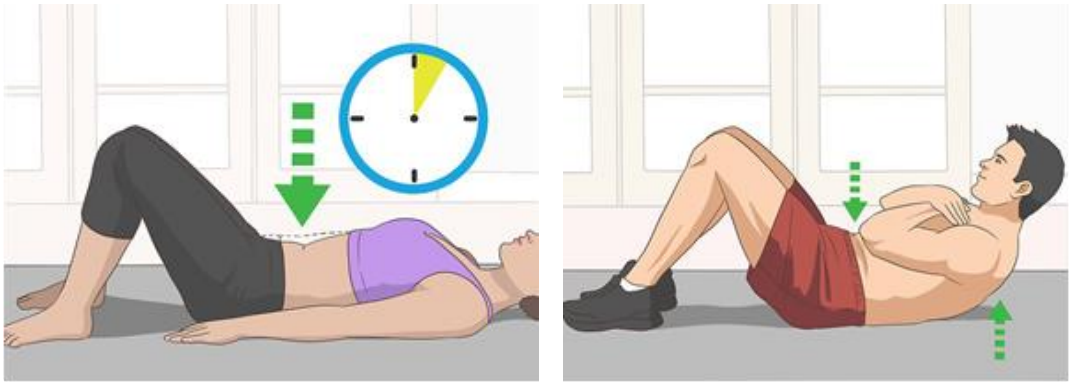
Фигура 6.

Разтягане на долната част на гърба преди ставане от леглото – главата е все още на възглавницата, коленете се изтеглят нагоре към гърдите. Ръцете обхващат коленете и леко ги издърпват надолу и напред. Болният задържа това положение 15-30 секунди, преди да стане от леглото. Коленете не трябва да докосват гърдите, ако това причинява болка. Целта на упражнението е леко усещане за разтягане в долната част на гърба и нищо повече. (Фигура 6)

Фигура 7.

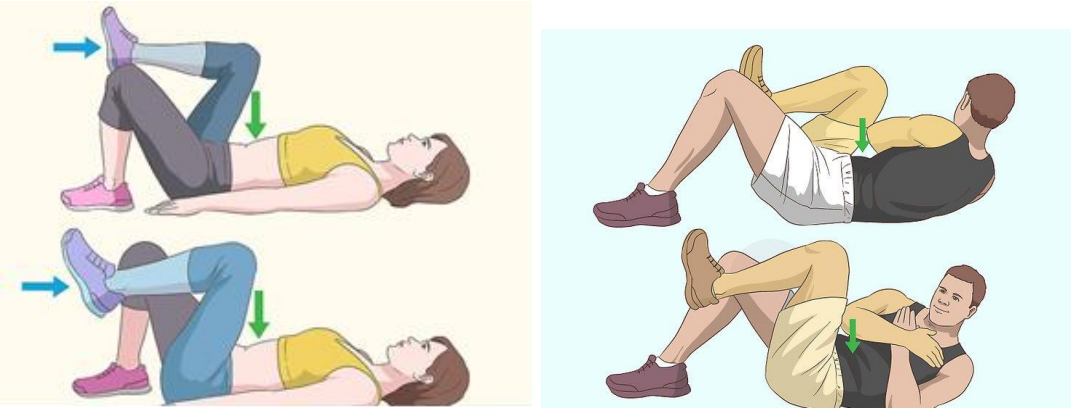
Според индивидуалното „усещане“ към упражненията продължителността им можете да варира до 1 час, 1-3 пъти седмично.

Възстановителните йога програми често са насочени към по-възрастни хора, но те могат да бъдат чудесен избор за всеки, който има хронична болка в долната част на гърба. Йога - упражненията могат да осигурят сходни ползи с упражненията, изпълнявани по време на терапевтичните сесии с физически упражнения. Въпреки това, повечето медицински специалисти вероятно биха препоръчали използването на йога като допълнение към физическата терапия, а не като заместител. (Фигура 7)



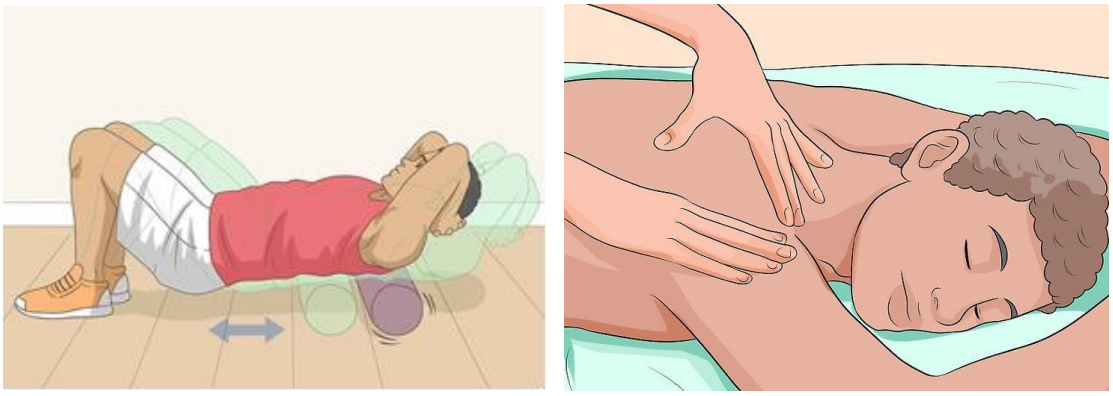
Фигура 8.

Болният лежи върху подложка за упражнения, с ръце встрани и раздалечени колене, ходилата са стъпили на пода. Фокусът пада върху корема - движения навътре и навън, като целта е да се натисне долната част на гърба към пода. Положението се задръжте за около 3-5 секунди, след което следва отпускане. Правят се 3 серии от 10-15 повторения. Ако изпълнителят се затруднява може да се започне с 1 набор от 10 повторения и с времето да се напредва. Можете да се изпълнява ежедневно. (Фигура 8)



Фигура 9.

Гореописаното упражнение може да се “затрудни”, като освен кръстосване на ръце над гърдите се извършват едновременно наклон на таза, стягане на корема и повдигане на раменете и лопатките от пода. Долната част на гърба, седалището и стъпалата са „залепени“ на пода докато се повдигат раменете. Работи се до 3 серии по 10-15 повторения всеки ден. Като допълнение лакътят може да докосва коляното. (Фигура 9)



Фигура 10.

Сетивността представлява възприемането, предаването и преработката на специфични дразненията от външната и вътрешна среда на организма. Тази информация е изключително необходима за организма при реакцията му с по– елементарна или по–сложна рефлекторна дейност.(Vasileva D., N. Petrova, I. Pavlova, 2015)

Използване на валяк е добър начин за масажиране на гърба, а също така увеличава вероятността от деблокиране на някои гръбначни стави, особено тези в лумбалната област. Масажът е средство, което може да се прилага ежедневно в началото и в края на процедурите. Редовното масажиране облекчава стреса и може да свали натрупаното напрежение в засегнатите области. (Фигура 10)

В съвременната двигателна терапия се използват и множество уреди и апарати за активно и пасивно раздвижване, като Важна особеност, която трябва да се спазва при тях е облекченото изходно положение на гръбначния стълб, от което се извършват упражненията. Разработването и използването на автоматизирани апарати за рехабилитация придобива все по-голяма популярност през последните години, поради тревожната тенденция от

застаряване на населението и заедно с това увеличаването на хроничните заболявания на опорно-двигателния апарат и нервната система, водещи до нарушение на двигателната функция на пациентите. Необходимостта от иновации в помощните технологии за ежедневните дейности и рехабилитация се оценява много високо.(Stefanova I., D. Bratanov, 2014)

Профилактика

За предпазване от проблеми в областта на гръбнака, какъвто е спондилозата, трябва да се следват няколко прости правила: предпазване на гърба от хипотермия; активен начин на живот - физическа активност (особено важна за хората, които са принудени да седят или стоят на работа дълго време); балансирано хранене; предотвратяване на силово натоварване на гръбначния стълб; поддържане на телесното тегло в нормални граници и др. (Фигура 11)

Фигура 11.

ИЗВОДИ

Няма определен „най-добър“ лечебен и възстановителен подход при дегенеративните промени в гръбначния стълб. Симптомите на всеки пациент са индивидуални, което налага и подходът към всеки да бъде индивидуален. Резултатите от редица изследвания и нашият опит показват, че ежедневните упражнения и двигателната активност с адекватно натоварване, под контрола на специалист, въздействат върху оплакванията, чувството на болка и дискомфорт и помагат за възстановяването на двигателните дейности, предпазват от усложнения и дефинитивни промени.

Съвременните подходи позволяват кинезитерапевтичните процедури да се извършват и в домашна среда, което прави възстановяването много по-ефективно, приятно и пълноценно.

REFERENCES

Vanev, M. Discogenic radiculitis. Sofia, Medicine and Physical Education, 1972 ***Оригинално заглавие:*** *(Ванев, М. Дискогенни радикулити. София, Медицина и физкултура, 1972;*)

Vasileva D., N. Petrova, I. Pavlova, Restoration of skin sensitivity in patients with total knee arthroplasty after applied kinesitherapy program, SCIENTIFIC PAPERS OF THE UNIVERSITY OF RUSSIA - 2015, volume 54, series 8.1, 91; ***(Оригинално заглавие:*** *Василева Д., Н. Петрова, И. Павлова, Възстановяване на кожната сетивност при пациенти с тотална колянна артропластика след приложена кинезитерапевтична програма, НАУЧНИ ТРУДОВЕ НА РУСЕНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ - 2015, том 54, серия 8.1, 91);*

Stefanova I., D. Bratanov, Apparatus for passive movement - past and present, Bulletin of the Union of Scientists - Ruse, Series 4, Medicine and Ecology 2014, 122 ***(Оригинално заглавие:*** Стефанова Ив., Д. Братанов. Апарати за пасивно раздвижване – минало и настояще.// Сп. “Известия“ СУБ – клон Русе, 2014, брой 4, стр. 122, ISSN 1311-1078*)*;

Stefanova I., Muscle imbalance - a prerequisite for the development of postural disorders, Bulletin of the Union of Scientists - Ruse, Series 4, Medicine and Ecology 2015, 72 ***(Оригинално заглавие:*** Стефанова Ив. Мускулният дисбаланс - предпоставка за развитие на постурални нарушения.// Сп. Известия на Съюза на учените - Русе, Медицина и екология, 2015, брой том 5, стр. 72-75, ISSN 1311-1078.);

Kostadinov, D. Back and lower back pain, Sofia, 2000 ***(Оригинално заглавие:*** Костадинов, Д. Болки в гърба и кръста, София, 2000);

Kostadinov, D. Lumbosacral Syndrome, Sofia, Medicine and Physical Education, 1983 ***(Оригинално заглавие:*** Костадинов, Д. Лумбосакрален синдром, София, Медицина и физкултура, 1983);

Milanov, Iv., St. Yancheva. Neurology for general practitioners, Sofia, 2009 ***(Оригинално заглавие:*** Миланов, Ив., Ст.Янчева. Неврология за общопрактикуващи лекари, София, 2009);

Yanev S., A. Andreev, Ankylosing spondylitis - clinical picture and concomitant diseases, Bulletin of the Union of Scientists - Ruse, Series 4, Medicine and Ecology 2014, 40 ***(Оригинално заглавие:*** Янев С., А. Андреев, Анкилозиращ спондилит – клинична картина и съпътстващи заболявания, Известия на Съюза на учените – Русе, Серия 4, Медицина и екология 2014, 40);

Pashkunova Yu., S. Yanev, N. Popov, Treatment of back pain, Bulletin of the Union of Scientists - Ruse, Series 4, Medicine and Ecology, 2014, 62; ***(Оригинално заглавие: (***Пашкунова Ю., С. Янев, Н. Попов, Лечение на болките в гърба, Известия на Съюза на учените – Русе, Серия 4, Медицина и екология, 2014, 62;

Gibson JN, Grant IC, Waddell G (1999) The Cochrane review of surgery for lumbar disc prolapse and degenerative lumbar spondylosis. Spine 24:1820 –32

K. Middleton, D. Fish, Lumbar spondylosis: clinical presentation and treatment approaches, *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*, volume 2, pages94–104(2009);

Електронни източници:

https://www.physiotherapy-treatment.com/lumbar-spondylosis.html

https://bowen-therapy.eu/

https://www.wikihow.com/Treat-Lumbar-Spondylosis-Naturally
https://www.spine-health.com/conditions/spondylolisthesis/spondylolisthesis-treatment

https://boneandspine.com/lumbar-spondylosis/

https://bg.keepingyourjointshealthy.com/spondilez-pojasnichnogo-otdela-pozvonochnika.html

https://www.spineuniverse.com/anatomy (фигура 1)

https://www.bowencenter.bg/news-bowen-slaga-krai-na-bolkite-pri-diskova-hernia (фигура 2)

https://www.wikihow.com/Treat-Lumbar-Spondylosis-Naturally (фигури 4-10)

TRU-ONLINE-SSS-HP-14

THE IMPACT OF AUTISM ON THE DAILY OCCUPATIONS OF SCHOOL-AGED CHILDREN [17]

Anna Bisset – student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 00359886221915
e-mail: annabisset97@gmail.com

Georgi Milkov - student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 00359877667545
e-mail: georgi_milkov1997@abv.bg

Assoc. Prof. Petya Mincheva, PhD
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 00359886439086
e-mail: pmincheva@uni-ruse.bg

Abstract: *The paper reviews what is autism and the symptoms of this diagnose. In the review part there is information about the relation of the symptoms with their difficulties in everyday life occupations in school-age children.*

Keywords: *Autism, everyday activities, shool-age, children*

ВЪВЕДЕНИЕ

По своята същност аутизмът спада към групата на генерализираните разстройства на развитието. Аутизмът е нарушение в развитието, което засяга способностите за общуване и отношението към околните. Характерно за състоянието аутизъм, както при децата, така и при възрастните е, че те не са в състояние да общуват по адекватен начин. Наблюдават се поведенчески и емоционални особености, възникващи преди 3 год. възраст.

Нарушени са способностите им да създават приятелства и да разбират чувствата на другите. При голяма част от тях се наблюдава и липса на страх при реални опасности, повишена или понижена чувствителност, внезапни безпричинни изблици на плач, непоносимост към допир, проблеми с храненето и съня. Хората с аутизъм често могат да имат и забавено интелектуално развитие. Всички с това състояние трудно разбират заобикалящия ги свят. Аутизмът има голямо отражение върху дейностите от ежедневието на деца в училищна възраст. Ерготерапевтите са част екипа, който работи с деца с аутизъм. Затрудненията в изпълнението на дейностите са основен обект на ерготерапията. Проявите на заболяването водят до изоставане или затруднения в ежедневните дейности на децата.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Отражение на аутизма в ежедневните дейности при деца в училищна възраст

Детският аутизъм се свързва с имената на Лео Каннер и Ханс Аспергер, които независимо един от друг правят публикации по въпроса съответно през 1943 и 1944. Аутизмът е вид генерализирано разстройство, което засяга развитието на мозъка, оттам и

[17] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: ОТРАЖЕНИЕТО НА АУТИЗМА В ЕЖЕДНЕВНИТЕ ДЕЙНОСТИ НА ДЕЦА В УЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ.

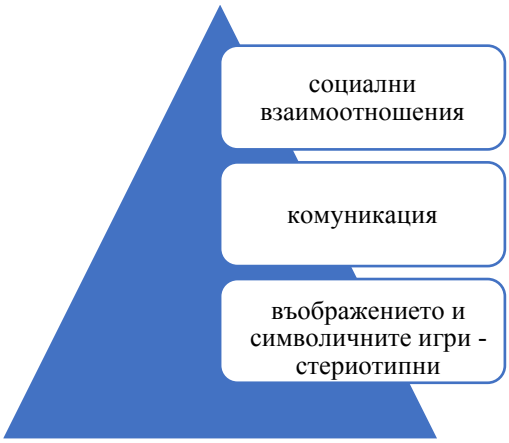
поведението на човека. Обикновено се появява през първите три години от живота като абнормно развитие със специфични характеристики. При децата, които нямат проблем с речта или интелекта, проявите проличават в училищна възраст (като проблеми със социалната адаптация, обикновено към училищните правила или взаимоотношенията с връстници). Засяга 4 пъти повече момчета отколкото момичета.

През последните 20 години в Европа и САЩ се отбелязва многократно увеличение на случаите на разстройства от аутистичния спектър. В България няма точна статистика за броя на децата с аутизъм. По данни на Световната здравна организация, разстройства в аутистичния спектър имат от един до шест на 1000 души.

- 16 000 официално диагностицирани деца
- Засегнати 60 000 души

Проблем в България е, че често разстройствата от аутистичния спектър остават неразпознати в най-ранната възраст.

Нарушенията могат да се обобщят в три основни сфери (триада на нарушенията, фиг.1).



Фигура 1. Триада на аутистичните нарушения

• Нарушения в социалното взаимодействие - затруднения в социалните връзки (например дете с аутизъм изглежда резервирано и безразлично към другите хора);

• Нарушения в комуникацията – нарушения във вербалната и невербална комуникация (неразбиране значението на жестовете, мимиките и тона на гласа);

• Поведенчески нарушения - ограничени, повтарящи се и стереотипни модели на поведение, интереси и дейности, както и съпротива на всеки опит за промяна в рутинните дейности. Децата с аутизъм имат затруднения с творческите игри и въображението.

Нарушения в сензорната интеграция

Според теорията на Джийн Еърс за сензорната интеграция, това е процес на преработка на информацията от сетивата, преработка и получаване на адаптивен отговор. Нарушенията се наричат сензорно интегративна дисфункция **(**СИД).

Сензорната интеграция също е от съществено значение за уменията за двигателно планиране, които нужни за игровите дейности, характерни в предучилищна възраст. На тази възраст децата играят, като конструират и манипулират предмети и материали, което изисква не само внимание и оптимална будност, но и двигателно планиране и двустранно интегриране. (Case-Smith, 1999) Сетивни и сензомоторни интегративни затруднения, като диспраксия, също могат да допринесат за нарушения в по-висши социални функции (Baum et al., 2015).

Децата с аутизъм имат много нарушения в развитието и затруднения в ежедневните дейности. „Дейността включва съвкупност от действия и задачи от ежедневния живот с наименование и организация, както и със смисъл и значение за отделния индивид и култура“. (Townsend et al, 2002). Сферите на дейност при ерготерапията се разделят на три групи, които са самообслужване, продуктивност (при децата това са училищните дейности) и

игрите/свободните занимания. При децата с разстройство от аутистичния спектър се наблюдават нарушения във всяка една от трите сфери.

Самообслужване: По-голямата част от децата имат необходимостта от асистиране в ежедневните дейности, като ходенето до тоалетна, обличане и съблича не, хранене. Те объркват дрехите, тяхната последователност и частите от тялото си. Голяма част от децата с аутизъм така и не се научават да ходят до тоалетна. Затруднява се развитието на предметно-практическата дейност и овладяване на навиците за самообслужване.

Праксисът при аутистите също е нарушен. Те имат трудности в планирането и изпълнението на движенията. Тези трудности се засилват при изпълнението на задачи, изискващи социални имитационни двигателни и предметни действия. Дефицитът в праксиса повлиява извършването на много ежедневни действия на детството, като игри и спорт, каране на велосипед, хвърляне и ритане на топка, използване на ножица, изпълняване на жестове. Нарушенията в координацията око-ръка затрудняват по-късно развитието на професионалните умения и независимото функциониране.

Задоволяване на основни физиологични потребности като хранене, спане, лична хигиена са голям проблем при такива деца.

Продуктивност: При деца на тази възраст се очаква да помагат в готвенето, пазаруването и почистването, но тези дейности са изключително трудни за усвояване. При децата с аутизъм се наблюдават проблеми в училищната среда. Трудноста при четене, словесното изразяване и разбиране са основни предизвикателства. Те имат големи затруднения в комуникацията с околните– писмена и говорима. По-голямата част от децата страдат от липса на реч. Особени трудности изпитват при овладяване на писмени навици, което се дължи на апраксия.

За разлика от нормалните деца и тези с умствена изостаналост, аутистите използват ограничено езика в процесите на мислене. Тези деца не могат да изразяват нуждите и желанията си, което в училищна среда е голяма пречка. Поведенческите проблеми, свързани с аутизма, могат да се проявят в класната стая под различни форми: детето изпитва затруднения при разбирането на поставените задачи, следването на инструкциите на учителя, социализирането със съучениците, участието в игри, долавянето на нюанси в тона на гласа и лицевите изражения на хората и др.

Фините двигателни умения са критично важни за писане, рисуване, рязане, поставяне и манипулиране на малки предмети.

Големите групи с деца влияят неподходящо на деца с аутистични прояви. Децата лесно се разсейват, намират проблем в съсредоточаването. Едно дете с аутизъм не може да стои мирно на чин в рамките на всички часове, то има нужда от повече почивки и движение.

Всички деца имат право да получат образование и да бъдат включени в училищната система. Учениците с аутизъм обаче са в риск от социално изключване в училище, в допълнение към риска от здравословни и социални проблеми (Brede, Remington, Kenny et al., 2017)

Игри/свободни занимания: Игрите на тези деца също са нарушени. Те основно се разгръщат в стереотипно поведение и неадекватност. Често те манипулират по особен начин с играчките или обектите - не по предназначение, без творчество и въображение. Тези деца не могат да имитират и да използват абстрактна пантомима. Дейностите и игрите са ригидни, повтарящи се и монотонни.

Често още от ранното и средно детство се срещат феномени на ритуали и повтарящо се поведение. Тези деца се въртят, удрят и подреждат обектите в редица. Показват необичайна привързаност към неодушевени предмети. Стереотипиите, маниеризмите, гримасниченето са често наблюдавани явления, особено когато детето е само. Аутистичните деца се противопоставят на промените в дома.

Някои се забавляват с въртене, клатене, движения нагоре-надолу и др. Хиперактивността е чест поведенчески проблем при малките деца с аутизъм. Агресивността и избухванията се наблюдават без видима причина или като резултат от настъпила промяна в

обкръжението. Често е намалено вниманието до почти пълна неспособност за фокусиране върху определена задача, проблеми в храненето и овладяването на тазови резервоари.

При аутистите се установяват ограничени и намалени основни двигателни умения. Специфични дефицити се откриват в двигателното имитиране, баланса, координацията, речевата артикулация и др. Те например не могат да скачат на един крак, имат трудности при прескачане и преодоляване на препятствия, не могат да хвърлят топка в цел.

Моторните двигателни умения се използват за скачане, ритане, хвърляне, бягане и прескачане. Леки до умерени проблеми в тези области, които се наблюдават в повечето хора с аутизъм, могат да създадат тежки предизвикателства в класната стая, детската площадка, и игралното поле (сред другите места, свързани с училището). Моторното планиране е друго важно, свързано с това предизвикателство.

Деца, юноши и възрастни с аутизъм имат затруднения със социалната комуникация. Понякога трудностите са много очевидни и тежки, но дори и за аутистично дете с добри езикови умения социалното мислене може да бъде изключително предизвикателно.

Собствени наблюдения по проблема

Представени са проблемите на пет деца с аутизъм в училищна възраст. Наблюденията са направени по време на преддипломен стаж на студенти по ерготерапия от Русенски университет „Ангел Кънчев“ в различни социални услуги. Тази първоначална информация е база за правилното формулиране на цели и съставяне на план за последваща интервенция. Разгледани са затрудненията в трите сфери на дейности, които са в резултат от техните аутистични симптоми и нарушения.

Таблица 1. Дейностни нарушения на изследваната група деца

Инициали Диагноза, год.	***Симптоми, поведение***	***Затруднения в училищни дейности***	***Затруднения в игри***	***Затруднения в самообслужване***
Л.П - Аутизъм - 7 год.	Хиперактивно Нарушена реч Стереотипно поведение Изоставане в езиково-говорно развитие и комуникацията	Хващане и писане с химикалка Четене Чертане на линии (права линия)	Хващане и хвърляне на топка Качване и слизане по шведска стена и сваляне на предмети от нея (топки или играчки)	Миене на зъби Закопчаване на яке (тик так /обикновени копчета) Връзване на връзки Оправяне на леглото
Н.П - Аутизъм - 7 год.	Хиперактивно Нарушена реч Стереотипно поведение Изоставане в езиково-говорно развитие и комуникацията	Изрязване на фигури с ножица Рисуване на фигури Четене и следене на текста	Прескачане на конуси и преминаване през меки модули Събиране на числа или букви с подвижна платформа	Обличане на блуза Обуване на панталон/дънки Обуване на чорапи Връзване на връзки
Д. - аутизъм - 7г.	Изоставане в езиково-говорно развитие и комуникацията Стереотипно поведение. Хиперактивно	Писане на букви и цифри Рисуване на фигури Четене и следене на текст	Хващане и хвърляне Скачане и прескачане Редене на дървени пъзели - еднотипна игра с	Ходене до тоалетна Обличане и събличане Обуване и събуване на обувки Лична хигиена

	Двигателни нарушения Емоционални проблеми СИД	Изрязване с ножица	предмети -не проявява интерес към игри	Хранене
М.- аутизъм - 8г.	Хиперактивно Стереотипно поведение Нарушена комуникация и реч Емоционални проблеми Двигателни нарушения СИД	Писане Четене Захващане на финни предмети Изрязване с ножица	Строене на кула от кубчета Скачане и клякане Прескачане Редене на пъзели Хващане и хвърляне на топка Стереотипни игри и повтарящи се действия -не проявява интерес към игри	Хранене Лична хигиена Тоалетна Обличане и събличане Обуване и събуване на обувки
И. - аутизъм - 12г.	-хиперактивно -емоционални проблеми -нарушена реч -необичайни интереси -СИД	-затруднения при писане -четене -слушане и разбиране	-хвърляне и хващане на топка -скачане и прескачане -игри с въображение	-обличане на блуза -връзване на обувки

Дейностните затруднения на представените в таблица деца се припокриват или са еднакви, тъй като децата с аутизъм имат сходно развитие и сфери на нарушения. Основното при тези деца са проблемите с комуникация, породени от това, че имат нарушена реч и липса на социални умения. Те намират много затруднения в училищните дейности, поради забавеното си развитие. Например хиперактивността на тези деца води до проблема за продължително седене на чин. Тези деца имат проблеми в писането, четене и извършване на дейности, които изискват финна моторика - те не разбират необходимото и имат нарушения в моториката си.

Децата с аутизъм имат големи проблеми в самообслужването, като тоалетна и обличане и събличане. Тези деца имат нарушения в координацията око-ръка и мисловните дейности. Нарушена е също и тяхната перцепция. Поради тяхната сензорно-интегративна дисфункция, децата с аутизъм срещат големи проблеми в училищната среда - групи от хора, шумна и пълна със стимули среда.

ИЗВОДИ

Децата с аутизъм имат различни нарушения, които допринасят до проблеми в извършването на дейностите от ежедневието. Тези деца намират и проблеми с образованието в училищна среда. Развитието им е по-бавно от на децата в норма и често в масови училища наблюдаваме забавяне в развитието на дете с аутизъм, отколкото някакво развитие и подобрение – случаите на обратното са минимални.

Аутизмът дава голямо отражение на дейностите от ежедневието на деца в училищна възраст. С тези деца е необходима индивидуална и добре (последователно) структурирана програма. Дейностите трябва да се изпълняват по стъпки и детето да има яснота от последователността. Ерготерапията има съществена роля в улесняването на дейностите и предоставяне на подкрепа на деца с аутизъм в училищна среда.

REFERENCES:

Autism Spectrum Disorder: Communication Problems in Children. National Institutes of Health. March 2018.

Autism Spectrum Disorder in Children. University of Rochester Medical Center. www.urmc.rochester.edu

Baum, S. H., Stevenson, R. A., and Wallace, M. T. (2015). Behavioral, perceptual, and neural alterations in sensory and multisensory function in autism spectrum disorder. Prog. Neurobiol. 134, 140–160. doi: 10.1016/j.pneurobio.2015.09.007

Brede J, Remington A, Kenny L, et al. (2017) Excluded from school: Autistic students' experiences of school exclusion and subsequent re-integration into school. *Autism & Developmental Language Impairments*;(2). doi:10.1177/2396941517737511

Case - Smith, J., & Bryan, T. (1999). The effects of occupational therapy with sensory integration emphasis on preschool-age children with autism, American Journal of Occupational Theray, *53*, 489 – 497 .

Craig F, Margari F, Legrottaglie AR, Palumbi R, De giambattista C, Margari L. (2016);A review of executive function deficits in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*.

Pusponegoro HD, Efar P, Soedjatmiko, et al. (2016); Gross Motor Profile and Its Association with Socialization Skills in Children with Autism Spectrum Disorders. *Pediatr Neonatol*.; 57(6):501-507

Sanz-Cervera P, Pastor-cerezuela G, González-sala F, Tárraga-mínguez R, Fernández-andrés MI. (2019) Corrigendum: Sensory Processing in Children with Autism Spectrum Disorder and/or Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the Home and Classroom Contexts. *Front Psychol*.;10:443. doi:10.3389/fpsyg.2017.01772

Townsend E. (ed.) (2002). Enabling occupation: An Occupational Therapy Perspective, revised edition, CAOT Publications ACE, Ottawa, pp 49–51.

https://www.bnr.bg/sofia/post/101101695/v-balgaria-nama-tochna-statistika-za-broa-na-decata-s-autizam

https://www.verywellhealth.com/why-school-is-so-challenging-4000048

TRU-ONLINE-SSS-HP-15

OCCUPATIONAL THERAPY IDENTITY IN EUROPEAN PERSPECTIVE INTERNATIONAL STUDENT EXPLORATION [18]

Albena Way, RN (Registered Nurse) – student in Occupational Therapy
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 877 311107
e-mail: alenatodo@gmail.com

Assoc. Prof. Liliya Todorova, PhD
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 886 781013
e-mail: litod@uni-ruse.bg

Abstract: *The paper reviews the response to questions asked to Occupational Therapy professionals across Europe. The purpose of this paper is to review the similarities and differences identified from a series of interviews. A number of occupational Therapy professionals were contacted and volunteered to be interviewed by Occupational Therapy students from a range of universities across Europe. Groups of 4 students from different countries were assigned to an Occupational Therapy Professional from a different country to any of the students within the group. The groups created a series of questions and then through an online video conference captured the responses to the questions. The write-ups of the interview, forms the basis of the research data for this paper. The research was limited by the number of interviews that took place and that the research is only carried out in the English language and within Europe.*

Keywords: *Occupational Therapy, Europe, Professional identity*

INTRODUCTION

Each year a selection of English speaking students from universities across Europe joins together to carry out a research on a given topic, related to Occupational Therapy (OT) and how it is viewed and practiced as well as innovative approaches used and results with service users.

In the 2019/2020 academic year, nine groups of four students each, participated in the international online learning activity "OT identities across Europe" developed within the COPILOT project. They were assigned to review the practice of Occupational Therapy across the European Region. The students were separated so that no group had students from the same country. Each group was assigned to interview an Occupational Therapy practitioner from a country of a different nationality. Based on the geographical distances, all interviews were carried out over the internet using various video platforms.

Practitioners from Sweden (2), The United Kingdom, Germany, Austria, France and Bulgaria were interviewed, working across the treatment spectrum of adults and children, mental health, neurological and physical handicap, as well as teaching.

EXPOSITION

COPILOT

COPILOT stands for Cooperative Online Peer-assisted and Intercultural Learning in Occupational Therapy. It is a higher educational project funded by Erasmus+, designed to facilitate international learning and skill-building in the field of Occupational Therapy by providing learning opportunities for all students at the participating institutions, especially for those who are not able to

[18] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: ПРОФЕСИОНАЛНА ИДЕНТИЧНОСТ НА ЕРГОТЕРАПЕВТА В ЕВРОПЕЙСКА ПЕРСПЕКТИВА – МЕЖДУНАРОДНО СТУДЕНТСКО ПРОУЧВАНЕ. Отличен с ***„Грамота за международно проучване"***.

go abroad. Its basic elements are intended to be transferable to other Occupational Therapy and Health Study programs.

The project was approved by the Austrian Agency for International Cooperation in Education and Research (OeAD) and is funded within the Erasmus+ key action “Strategic partnerships” for the period of December 2018 – May 2021.

The partnership consortium consists of:

- FH JOANNEUM University of Applied Sciences, Austria
- HOWEST University of Applied Sciences, Belgium
- "Angel Kanchev" University of Ruse, Bulgaria
- Luleå University of Technology, Sweden
- ZUYD University of Applied Sciences, the Netherlands

Associated partners:

- Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW), Switzerland
- European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE)

The aim of the project is to create a sustainable model of embedded international learning and suitable learning activities for any small international group or network of Occupational Therapy programs. One of the outcomes is a manual of e-Learning modules with different topics and goals, each open to students / instructors from partner universities, intended to be carried out every year so that students can choose several modules during their training.

OT PROFESSIONAL IDENTITIES ACROSS EUROPE

This online learning activity is a part of the topic “OT Identity”. Working on it enables students to:

- get an insight into different OT cultures and different professional roles of Occupational Therapists;
- strengthen their own professional identity;
- be inspired by different professional roles and the basic assumptions about OT in different national contexts;
- understand better their own professional context and realize the range of factors that have an impact on OT practice and identity.

Participants in the activity

The students taking part in the project are from European Universities in Bulgaria, Germany, Holland, Austria, France and the UK. There are 9 groups of 4 students each and 13 in total teachers/mentors and OTs that were interviewed. The participants in the study totaled 49.

One of the authors of this paper was a member of Group 3. The group contsisted of students from the University of Russe, Bulgaria, one student from the Netherlands and one from Germany, both studing in Zuyd Hogeschool in Netherlands and one from Austria, studying in FH Joanneum in Bad Gleichenberg. The group participants are all at a different stage of their programs. One of the students has been working for a number of years as an OT assistant and now has decided to continue further with his career and specialise in hand therapy. The author of this paper has a background as a General Nurse and is now managing a childcare center with the intention to create her own OT Center and work in the pediatric field. The other two students are at the beginning of their OT education and haven’t chosen their OT path yet.

Interviewed Practitioners

Practitioners that were interviewed were from Sweden, Fance, Bulgaria, Austria, UK and Germany. Most of them have been involved in teaching at universities as well as working in different OT fields.

Results

A common theme was that all of the practitioners interviewed had entered the field for vocational reasons, either to aid a family member or the interest of helping others. This is born out by similar studies by Reagon (2011) and is considered to contribute to the quality of the care involved.

Their definition of Occupational Therapy is very similar. They share that the profession of OT is not always recognised but its gaining popularity.

Most of the respondents identified that their primary motivation was to provide a meaningful way of life for their clients. This was evidenced in the efforts they made to make progress into their clients' development to be able to achieve progress through, for example the ability to re-enter school or kindergarten, being able to eat by themselves and to carry out meaningful recreational activities.

All of the interviewed professionals had a qualification at least at a Bachelor of Science degree and agreed that this was a requirement to work in the profession. Respondents identified that countries such as France and Bulgaria have a Master's programme, as well, and two of the practitioners indicated that they had qualified at this level.

In the UK it is identified that in order to practice they have to register with the government though the Health and Care Professionals Council and achieve a certain quantity of continuous professional development (CPD) over each two-year period after their qualification in order to maintain their certification. In France the interviewee noted that Occupational Therapy professionals are supposed to register with their local health authority however many do not, but continue to practice anyway.

All of the interviewees indicated that to one extent or another it was important to continue with knowledge and professional development through reading, conference and additional learning modules.

Most of the interviewees noted that Occupational Therapy is still considered a new or emerging profession within their countries and identified that there is still much work to be done to insert the professional benefits into more facets of the treatment of clients. In Germany and the UKis noted that it is more developed and accepted as a profession, but in Austria, France and Bulgaria the respondents noted that the profession is still relatively unidentified to the general population.

Although countries such as Sweden, France and the United Kingdom were able to work in medical centres such as hospitals, the Bulgarian Occupational Therapists are restricted to working in the social system only such as private practice, community centres and institutions. This means that except Bulgaria, all of the other countries are able to access patient care funding from the government as part of Primary Health Care.

All of the c practitioners except in Bulgaria identified that as an Occupational Therapy professional they worked not just in isolation but as part of a multi-disciplinary team in order to holistically develop the client. This is reflected in the limitation of Bulgarian Occupational Therapists that they are limited in their ability to work inside of medical facilities as it is not considered a medical profession.

The integration with Physiotherapy was noted as a common theme with the Swedish interviewee starting her qualification in this field. In Austria the Occupational Therapist is working in a team with twenty other Physiotherapists and in France they also work closely together. It was interesting to note that in the French system the Physiotherapist works on gross motor skills with the Occupational therapist supplementing this with a concentration on fine motor skills. This is the same finding by Brown and Greenwood (1999). The goal of the Physiotherapist was noted as movement while the goal of the Occupational Therapist is activities for daily living supported by movement, a more holistic approach to patient treatment. There is therefore a great synergy that can be created through the interwork with physiotherapy to achieve patient goals.

As noted already, the major difference across all of the interviews was the environment and location where Occupational Therapy takes place within the country of the practitioner. The most restricted country of practice was Bulgaria with all of the other countries in Europe noting that Occupational Therapists are permitted to work in the Primary Care Network of hospital and the recovery process of patients after surgery. It is also possible except in Bulgaria for patients to be referred by a doctor to an Occupational Therapist.

The use of theoretical models was identified by most of the participants, although not universally accepted as being of use or value to them particularly. The use of theoretical models was not mentioned by one of the Swedish and the Austrian professionals for example.

The German interviewee identified that according to them one of the key improvements that the profession needed to make was to embrace further the use of models such as Model of Human Occupation (MOHO) and the Japanese Kawa model in order to standardise the care and approach to treatment.

The UK and Bulgarian respondents also identified the MOHO model primarily but the Bulgarian also noted the use of the Person Environment occupation (PEO) model, with the French participant introducing two further models – Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) and Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (COOP) as being the basis of their training.

All of the interviewees identified a desire for the penetration of Occupational Therapy into further areas of life. In Bulgaria this would include the ability for qualified Occupational Therapists to be able to work at hospitals and be referred to by doctors.

In Sweden both participants saw an opportunity for Occupational therapy to become more than a treatment but to provide a prophylactic type service. This already happens in the UK with the use of work based therapists providing advice on posture and ergonomic work layouts in larger companies to all employees.

CONCLUSION

The similarities that were identified are consistent across all groups, although it is acknowledged that the sample group is very small. Eva and Morgan (2018) interviewed much larger sample size of two hundred and thirty-seven Occupation Therapists involved in palliative care in Europe and their findings are consistent with the findings of this paper. Namely that Occupational Therapy is embedded into Primary Health Care across Europe (except in Bulgaria) and that it forms an important part of a multi-disciplinary approach to holistic health management of the patent/client.

The use of models is a key differentiator between the interviewees with five in total being noted and their teaching being different across Europe. In OT Models, Applying Theory in Practice (2016) this is considered as the difference between a technician and a professional. Since all of the interviewed were professionals with many years of experience, it is possible that the interviewers did not ask a question that would have led to a response in this area. However, the number of different models taught in different countries and not harmonised was clear from the interviews.

It would have been beneficial to have a common set of questions across the groups to permit a more consistent analysis in relation to the use of models, the future and other elements such as salary and the financial support provided by the government to patients to assist in offsetting or fully defraying the cost of consultations with Occupational Therapists.

REFERENCES

Bolt, M., Ikking, T., Baaijen, R., & Saenger, S. (2019). Occupational therapy and primary care. Primary Health Care Research & Development, Vol 20 (27) https://doi.org/10.1017/S1463423618000452

Brown, G. T., & Greenwood, J. (1999). Occupational Therapy and Physiotherapy: Similar, but Separate. British Journal of Occupational Therapy, 62(4), 163–170. https://doi.org/10.1177/030802269906200406

Eva, G., & Morgan, D. (2018). Mapping the scope of occupational therapy practice in palliative care: A European Association for Palliative Care cross-sectional survey. Palliative Medicine, 32(5), 960–968. https://doi.org/10.1177/0269216318758928

OT Student (2016). OT Models: Applying Theory in Practice. Life Long Learning with OT, Wordpress. https://lifelonglearningwithot.wordpress.com/2016/04/24/the-ot-process-applying-theories-in-practice/

Reagon, C. (2011). The Changing Role of Occupational Therapy in Vocational Rehabilitation: Reflections on an Evaluation of Condition Management Programmes. British Journal of Occupational Therapy, 74(6), 309–311. https://doi.org/10.4276/030802211X13074383958066

TRU-ONLINE-SSS-HP-16

CREATIVE AND PHYSICAL ACTIVITIES IN OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTION FOR MENTAL HEALTH [19]

Кristina Rumenova Piliova – OT student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 888699287
e-mail: krisi_pili0wa@abv.bg

Elis Erginova – OT student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 896527056
e-mail: elis_erginova@abv.bg

Assoc. Prof. Liliya Todorova, PhD
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 886 781013
e-mail: litod@uni-ruse.bg

Abstract: *The paper explores the effect of physical and creative activities in the recreation of persons with mental health problems. They might be used as therapreutic or prevention media in occupational therapy for mental health. The paper points the benefits and various opportunites of applying creative and phycial activites in the recovery of phychiatric disorders.*

Keywords: *Occupational Therapy, Mental Health, Physical Activity, Creative Activities*

ВЪВЕДЕНИЕ

Липсата на достатъчно движение застрашава човека не само с появата на наднормено тегло, но и с психични разстройства, започвайки от депресивни състояния и завършвайки със сериозните психични заболявания. Според британски учени днес в Европа само 35% от мъжете и още по-малко от жените – 24%, поддържат своята физическа активност на оптималното ниво. При хората, които водят заседнал начин на живот, рискът да изпаднат в депресивни състояния е 2 пъти по-голям в сравнение с тези, които се движат повече. Редица изследвания дори показват, че физическото натоварване е най-доброто средство за лечение на депресията. Физическата активност може да е в различни варианти и да се адаптира според средата – бягане в парка или двора, скачане на въже, упражнения в домашна обстановка, кръгови тренировки, тренировки с тежести и ластици. Колективните спортни занимания също дават добри резултати за подобряване на състоянието на страдащите от психични заболявания). Градинарството също има позитивен ефект (Peirce, Lester, 2018)

Ролята на творческите занимания при хора с психични проблеми е ключова. Творчеството помага при диагностицирани хора с депресия, шизофрения, биполярно психично разстройство и страхови неврози. Много страдащи, но недиагностицирани хора с депресия, се борят с нея чрез изкуство и други занимания по свой избор.

Всъщност чрез творческата дейност човек заема активна позиция да действа и създава и по този начин се учи да бъде съзидател и водещ в своят личен живот. „Резултатите от научно проучване показват, че участието в творчески занимания има значителна и

[19] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: РОЛЯ НА ТВОРЧЕСКИТЕ ДЕЙНОСТИ И ФИЗИЧЕСКАТА АКТИВНОСТ В ЕРГОТЕРАПИЯТА ЗА ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ.

положителна връзка върху психичното здраве и влияе положително върху самоефективността, компетентността и цялостнатта самостойност" (Passmore, 2012).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Психично разстройство

Психичното разстройство е състояние на психиката, което води до поведение, отклоняващо се от приеманото за нормално, и е свързано със субективно страдание и непълноценост. Над една трета от хората в повечето страни покриват критериите за психично разстройство в определен момент от живота си.

През последните години се утвърждава тенденцията психичните разстройства да се разделят на две основни групи. Първата група психични разстройства се обозначава с количествената характеристика „чести", а втората – с качеството „тежки". Тъй като това са неравнозначни по своя произход обозначения, те предизвикват много недоумения и несигурност в тълкуването.

Тежки психични разстройства

Към първата гурапа се отнасят различни разстройства, обединявани с общото понятие психози (или психотични разстройства). Такива са например шизофренията (в нейните различни клинични варианти), биполярното афективно разстройство и някои други. Психозите се отличават от останалите психични разстройства по това, че по време на периодите на обостряне те водят до сериозно нарушаване на връзката на болния с реалността. Възприятията и представите за себе си, околните и света, както и способността за самоконтрол, са тежко нарушени. Почти винаги това води до отклонения в поведението (Richardson et al, 2005)

Често срещани психични разстройства

Във втората група се отнасят голям спектър непсихотични разстройства. Често те се обозначават с понятието „невротични", но тъй като около това понятие има концептуални спорове, през последните години то се избягва. Най-характерна проява на честите психични разстройства е тревожността. Затова те се обозначават също така като „тревожни разстройства". Тревожността присъства във всичките си проявления – неясно безпокойство и тревожно очакване за неблагополучия в бъдещето, страх от различни предмети или ситуации (т. нар. фобии), страх от разболяване (хипохондричен страх), различни форми на натрапливости (натрапливи мисли, представи или поведение). Депресията, безсънието и намалената работоспособност са чести спътници на тревожността. „Това, което отличава тревожните разстройства от психозите, е, че страдащите от тревожно разстройство никога не губят връзка с реалността, имат критично отношение към симптомите си (възприемат ги като страдание, като нещо, което им пречи), активно търсят помощ и никога не губят контрол върху поведението си (независимо, че понякога страхът от загуба на контрол може да бъде водещо оплакване)" (University of Bern, 2014).

Ерготерапия за психично здраве

Ролята на ерготерапевта в сферата на психичното здраве е голяма. Изразява се в това да оказва подкрепа във възстановяването на лица с психични заболявания чрез подпомагане и развиване на индивидуални качества за дейностно фокусирани цели, които допринасят за подобряване на самочувствието чрез участие в смислени дейности и работа за поддържане на независим живот.

Важна част от работата на ерготерапевта е насочена към възстановяване и подобряване качеството на живот и самоятелността на клиентите, към формиране на идентичност и удовлетворяване на социалните потребности, в т.ч. изграждане на общности, които създават условия за приобщаване на всички хора, а не само на способността на отделния индивид за по-добро приспособяване към общността. Ерготерапията допринася за адаптиране на средата в максимална подкрепа на човека и неговите затруднения и потребности (Тодорова, 2019).

Физическата активност и творческите дейности като терапевтични дейности при лица с психично разстройство

Въздействие на физическата активност върху човешкия организъм

Подобряване на мозъчното кръвообращение и освобождаване на ендорфини

Физическите упражнения увеличават притока на кръв към мозъка и подобряват окисляването. Така се подобрява когнитивната функция и се забавя евентуално влошаване. Всеки път при извършването на физически упражнения тялото освобождава ендорфини, които карат човека да се чувства еуфоричен и пълен с щастие. Ето защо те силно се препоръчват за хора, страдащи от депресия.

Освобождаване от напрежението и подобряване на съня

По подобен начин при проблеми със стрес или тревожност физическите упражнения допринасят за освобождаване на напрежението, което изморява тялото и ума. Това помага за подобряване на съня и продуктивността в ежедневието.

Подобряване на социалните взаимоотношения

Подобрява се възприемането за щастие и собствената личност, което подобрява социалните взаимоотношения. Води до по-голяма увереност в себе си, което подпомага по-лесно осъществяване на контакт с други лица. Подобрява се и мотивацията за участие в групови дейности. Повишава се желанието за участие в групови спортове, както и за инициране на разговор с непознати хора.

Предотвратява загубата на когнитивни функции

Физическите упражнения допринасят за предотвратяване на дегенеративни заболявания като болест на Алцхаймер и др.

Подпомага контрола при зависимости

Варианти на физическа активност

Съществуват много и разнообразни варианти за организиране на физическа активност за лица с психични разстройства. Всяка среда може да се адаптира за здравословно спортуване, както на открито така и на закрито, индивидуално и групово. Най-широко разпространение са придобили следните варианти:

- Упражнения в домашна среда, кръгови тренировки, кардиотренировки (спринтове, скачане на въже, джогинг и др.)
- Танци – спортни, латино, народни танци и др.
- Колективни спортове – те са много подходящи за обогатяване на социалните взаимоотношения при хора, страдащи от депресия (йога, аеробика, футбол, баскетбол, волейбол, бойни спортове и др.)

Творчески дейности

Творчество е умствен и обществен процес на човешката дейност, при който се създават качествено нови материални и духовни ценности. Свързан е с генерирането на нови идеи и понятия, оригиналност на продукта, нови знания, чувство за свобода.

Творческите дейности предлагат възможности за:

- обогатяване на социалните, емоционалните и когнитивните умения;
- развиване на технически и творчески умения;
- пресъздаване на лични истории и изразяване на чувства чрез нестандартен метод (напр. рисуване, боядисване, лепене, оригами);
- утвърждаване на индивидуалността на човека;
- създаване на нови приятелства чрез общи интереси.

Творческите дейности имат важно значение в процеса на обучение и развитие, тъй като имат тясна връзка с решаването на проблеми и позволяват да променяме средата. Променяйки околната среда ние можем да променим своите мисли и чувства, да оценим резултата от работата си и начина, по който сме се справили. Творческите дейности са важни за нашето здраве, защото:

- превръщат хаоса в ред;
- учат ни как да приемаме и правим грешки;
- създават чувство за цел;
- отвличат вниманието от стреса и тревожността;
- творческите дейности изискват упражняване на процесуални умения;

- спазване на логическата последователност при изпълнението на дейностите;
- избор и организация на предметите;
- адаптиране при възникване на проблеми.

Творческите способности са едно от най – ценните качества както в образованието, така и в работата. В личен план те се смятат за признак за душевно здраве и благополучие. Творчесите способности подлежат на развитие, творчеството представлява спицифична проява на оптималното функциониране на хората.

Творческите дейности имат многостранно значение, което се изразява в повишаване на мотивацията, стимулиране на обучението, подобряване на самооценката, осигуряване на възможности и улесняване на проекцията на подсъзнанието (Тодорова, 2019).

ИЗВОДИ

Физическата активност и творческите дейности имат благоприятно въздействие при хората с психически проблеми и това е научно доказан факт. Всеки може да практикува по свой избор спорт или творческо занимание, навсякъде – както в добре оборудвана среда, така и в среда с минимални ресурси или без никакви ресурси.

Физическата активност и творческите занимания намират широко приложение в ерготерапията за психично здраве за избор на хоби, като средство за борба със здравословни проблеми, средство за намиране на приятели, обучение за работа в екип, удовлетворяване на спортни амбиции, социализация и адаптиране в различна среда и дори като професия.

REFERENCES

Todorova L. (2019). Occupational Therapy in Mental Health, Ruse, “University of Ruse” Academic Press (Оригинално заглавие: Тодорова, Л., 2019, Ерготерапия за психично здраве, Русе, Академично издателство „Русенски университет“)

Peirce, N., C. Lester, A. Seth, Ph. Turner (2018). The Role of Physical Activity and Sport in Mental Health, The Sports and Exercise Psychiatry Special Interest Group of the Royal College of Psychiatrists: https://www.fsem.ac.uk/position_statement/the-role-of-physical-activity-and-sport-in-mental-health/

University of Bern (2014). Sport, physical activity help against depression, ScienceDaily: https://www.sciencedaily.com/releases/2014/09/140916084825.htm

Richardson C., F. Faulkner, G. Skrinar, D. Hutchinson, J. Piette J. (2005). Integrating Physical Activity Into Mental Health Services for Persons with Serious Mental Illness, Psychiatr ServИЦЕС, 56(3): 324-31. doi: 10.1176/appi.ps.56.3.324.

Passmore A. (2003) The Occupation of Leisure: Three Typologies and Their Influence on Mental Health in Adolescence, OTJR: Occupation, Participation and Health, 23 issue: 2, page(s): 76-83.

TRU-ONLINE-SSS-HP-17

IMPORTANCE OF OUTDOOR ACTIVITIES AND DOG-ASSISTED THERAPY FOR CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS [20]

Hristiana Grigorova – student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0887873175
e-mail: spongebob7@dir.bg

Nilqi Mustafa– student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0894727245

Elitsa Velikova
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0883334857
e-mail: egvelikova@uni-ruse.bg

Abstract: *Outdoor play has physical, cognitive, social and emotional benefits and has a direct positive impact on children's development. It is widely used in pediatric occupational therapy. This report examines the role of play in the occupational therapy, paying particular attention to the importance of outdoor games for children with special needs. The inclusion of animals, especially dogs, in the therapeutic process in children with disabilities is also considered, discussing the benefits of applying the approach.*

Key words: *Outdoor play, occupational therapy, dog-assisted therapy, canistherapy.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Общуването е основна форма на взаимодействие между хората и основен фактор за развитие и възпитание. Със задоволяването на тази основна потребност, чрез играта детето се свързва с околния свят, със заобикалящите го хора, опознавайки света през своята призма между реалност и въображение. В зависимост от средата, в която то расте и се развива и от неговите психични особености, собствената му игра преминава през различни стадии на развитие и придобива своеобразна функция и значение.

Чрез водещата дейност през периода на ранното детство – играта, децата опознават заобикалящата ги среда и удовлетворяват потребността си от общуване. Играта изпълнява разнообразни функции в процеса на израстване. Тя е средство и условие за развитие. Различните видове игри имат пряко действие върху формирането на двигателния апарат, познавателните процеси, речта и особеностите на личността.

ИЗЛОЖЕНИЕ

При децата със специални потребности играта може да бъде затруднена поради причини породени от увреждането или от бариери в средата. Основните рискове ако едно дете не играе са влошено здраве, изоставане в развитието и социална изолация. Затова играта е една от основните цели на интервенция при затруднения в тази дейност.

Децата с увреждания имат много по-малко възможности за вземане на решения кога, как с кого и на какво да играят. Тяхната игра по-често се явява структурирани действия от

[20] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: ЗНАЧЕНИЕ НА ИГРИТЕ НА ОТКРИТО И ТЕРАПИЯТА С КУЧЕТА ЗА ДЕЦА СЪС СПЕЦИАЛНИ НУЖДИ.

възрастните, отколкото свободна игра. В официалното становище за играта на Американската асоциация по ерготерапия (AOTA) от 2008 се акцентира върху влиянието на липсата на игра, а именно ограничените възможности за оптимално развитие и обучение.

Индивидуалните особености на децата със специални потребности са твърде различни и изцяло зависят от състоянието и възможностите на детето. При тези деца игрите изпълняват три основни функции:

- спомагат за адаптацията към нова среда;
- засилват екстрорецепцията и отклоняват вниманието от съществуващото отклонение, болест или състояние;
- игрите играят роля на терапевтичен фактор.

Ролята на играта в ерготерапията е разгледана детайлно в обзорна статия от Минчева, 2015. Според нея основните аспекти на приложение на играта в ерготерапията са два – за изследване и интервенция. (Минчева, П., 2015)

Играта има две основни приложения във връзка с изследването. От една страна тя е обект, защото е важна дейност за децата, а от друга страна тя се използва като средство за оценка.

Специфичната ерготерапевтичната интервенция в сферата на играта има две насоки:

- Осигуряване и улесняване на играта като дейност;
- Интервенцията използва играта като терапевтично средство, когато целите са насочени към подобряване на специфични умения (напр. глобална и фина моторика, когнитивни умения), както и специфични игровите способност.

Децата се нуждаят от външна среда, която да подпомогне тяхното продължаващо развитие, както и да им осигури места за разглеждане, експериментиране и откривателство. Играта на открито развива умения за справяне с конфликтни ситуации, подхранва тяхната креативност, въображение, изобретателност и находчивост. За много деца, играта навън по време на престоя им в детската градина, може да бъде безценна възможност, която им осигурява безопасна игра, докато се учат да оценяват риска и да развиват уменията си за управление на нови ситуации.

Игрите на открито имат следните предимства пред останалите игри:

- Развиване на сетивата и опознаване на природата – околната среда помага при развитието на сетивата при децата. Свиквайки да виждат и усещат природата наоколо, те се научават да я обичат и пазят. Събирайки камъчета, листа, клонки и кестени, децата опознават различните форми, цветове, текстури и т.н.
- По-добро здравословно състояние – забавленията навън поддържат децата здрави и в добра физическа форма. Вероятността да бъдат изправени пред проблеми като затлъстяване или сърдечни заболявания в по-късен етап от развитието си става много по-малка. Игрите навън влияят добре и на зрението, замествайки телевизора, лаптопа, телефона и всички други техники, които във все по-ранна възраст стават любими на децата. А след изразходената енергия навън, по-добрият сън е гарантиран.
- Набавяне на витамин D – когато децата играят навън, те си го набавят от слънчевите лъчи и така се повишава имунната им защита.
- Развитие на социални умения.
- Стимулират въображението и креативността – когато добре познатите игри вече им омръзнат, децата имат свобода да използват въображението си, за да измислят нови игри – строене на замъци, дървени къщички, бягане с препятствия.
- Развиват възможностите за справяне с различни ситуации.

Играта на открито има физически, когнитивни, социални и емоционални ползи и оказва пряко положително влияние върху развитието на децата. Тя се използва широко в педиатричната ерготерапия. Излизането извън клиничната среда и сред природата е един от най-добрите начини ерготерапевтите да помогнат за подобряване на живота на най-малките си клиенти. Известни са различни стратегии за интервенция на открито, като сред тях силно внимание се обръща на тези, свързани със сензорната интеграция. По-долу са представени някои от тях:

- Идентифицирането и сравняването на птичите песни може да подобри слуховите умения.
- Играта за проследяване на обекти може да помогне на децата да упражняват движенията на очите. Тези движения включват всички шест очни мускула и спомагат за подобряване на уменията за проследяване.
- Ходенето по наклони, повдигането на скали и катеренето по дървета подобряват мускулната сила.
- Скалното катеренето може да развие координационната и вестибуларната система (баланса) на детето.
- Играта на улов помага на децата да упражняват очните си движения и координацията "око-ръка".
- Използването на тебешир за писане по асфалт креда може да помогне на децата като подобри техните способности за писане.

Фигура 1. Групови игри на открито

Прекарването на повече време на открито спомага за подобряване на концентрацията. Проучванията показват, че дори само ходенето навън може да помогне за подобряване на когнитивното функциониране и на паметта, а излагането на естествена светлина помага за подобряване на цялостното настроение.

Един от терапевтичните подходи, който би могъл да се приложи на открито е подпомагането с животни. Доказано е, че има много неврологични, физиологични и генетични заболявания, наблюдавани при деца, които се повлияват благоприятно от включването на животни в терапевтичния процес. Едно от животните, често използвани в терапията от професионалисти, работещи в различни области, е кучето, като целта е подобряване на физическите, когнитивни, функционални и социални умения на хората. Подходът намира най-голямо приложение при увреждания от аутистичния спектър, както и при деца и хора със зрителни увреждания. Много проучвания споменават, че степента на независимост в ежедневните дейности се подобрява при използване на кучета като терапевтичен "спътник". Подходът е известен и като "канис-терапия".

Канис-терапия представлява занятия със специално обучени кучета, насочени към корекция, рехабилитация и социална адаптация на лица с различни нарушения. Канистерапията помага за развитието на емоционалните и умствените способности, за развитие на двигателните функции. Използва се при деца с аутизъм, синдром на Даун, ДЦП, олигофрения и др. Подпомага се подобряването на координацията на движенията, намалява спастичността, подобрява паметта. Днес канистерапията се използва като рехабилитационен метод. Рехабилитацията протича под формата на игра и ефектите се постигат ненатрапчиво. В зависимост от диагнозата терапевтите подбират специална система от упражнения.

Фигура 2. Канис-терапия

Терапията се осъществява в три основни етапа: Първият етап е съсредоточен върху социализацията на пациента с кучето. Изборът на кучето-терапевт се основава на индивидуалните характеристики на пациента. Този етап е един от най-важните и поставя основите за успех още на съвсем ранен стадий. Вторият етап е отговорен за развитието на връзката между клиента и кучето. Това се прави чрез интересни дейности, които се основават на положителните желания на пациента. Самата структура на занятията е като при педагогическата ситуация – има цел и задачи за изпълнение. Започва се с въвеждане в темата и запознаване със задачите за изпълнение, следват упражнения за обща моторика, мануален и орален праксис, речеви упражнения и упражнения за развитие на психичните процеси. По време на заключителния (трети) етап, упражненията се усложняват, като основно изискване е изпълнението на задачите да става без чужда намеса. В този етап е подходяща работата в групи от 3 деца, като се стимулира сътрудничеството между децата и в края на терапията се въвежда и състезателен елемент между отборите (дете – куче). (Kalinova, 2006)

Игрите на открито, както и канис-терапията са от изключително значение за децата със специални потребности, защото чрез тях те могат да поддържат, развият или усъвършенстват своите умения. Те помагат за развитието на емоционалните и умствените способности, за развитие на двигателните функции, подобряването на координацията на движенията, намалява спастичността, подобряват паметта.

ИЗВОДИ

Играта е комплексно средство за коригиране проблемите в умственото и двигателното развитие на деца със специални потребности. Проучванията показват, че играта е сензитивен механизъм за компенсация и частично преодоляване на проблемите в работата на деца със специални потребности. Играта формира не само интелигентността на детето, а много често му помага да решава своите емоционални или социални проблеми. Освен това, в играта детето може да изразява чувства, които са иначе неприемливи, като агресия, ревност страх, без да са опасни. Играта допринася да се преодолее безпокойството, като дава на детето възможност да изучи и приеме трудните и болезнени преживявания, с които то се сблъсква всеки ден. Играта помага да се открият и ключовите способности, които притежават децата със специални потребности. За тази цел може да се прибегне до компенсирането, като се заменят нарушените функции с други форми на възприятие и системно да се стимулира това, което е останало у детето. Главното при всеки даден случай е да се открият кои са възможностите и способностите на детето и да се намери начинът за тяхното развиване и стимулиране. Благодарение повторението на играта, травмиращите въздействия от околната среда се неутрализират и престават да оказват негативен ефект. В обобщение, независимо дали става въпрос за деца със или без специални потребности, играта има следните положителни ефекти:

- откриват се нови пътища за стимулиране на цялостното развитие на детето;
- повлиява се върху развитието на моториката, координацията на движенията на детето;

- повлияват се познавателните процеси – внимание, памет, мислене, въображение.
- намалява се агресията у детето.

Играта е двустранен процес: детето се учи да играе и детето учи чрез играта (Минчева, 2018). Ролята на възрастните е в осигуряване на подходящи условия, активно участие и подкрепа, а ролята на ерготерапевта е анализиране на всички фактори, които възпрепятстват играта на деца с увреждания и провеждане на подходяща интервенция за осигуряване на възможности за игра. Ерготерапевтът ще използва играта и ще я подобри, като основна и основополагаща дейност за успешната бъдеща интеграция на децата със специални потребности.

REFERENCES

Kalinová, V., (2006), Canistherapy as Supporting Rehabilitation Method in Czech Republic, Journal of Health Sciences Management and Public Health, p. 261

Mincheva, P., (2015), Aspects of Application of the Play in Occupational Therapy, Journal of pedagogics, vol 9 (***Оригинално заглавие:*** *Минчева П.,* Аспекти на приложението на играта в ерготерапията, Педагогика, 2015, брой 9, стр. 1231-1236, ISSN 1314-8540.)

Mincheva, P., (2016). Occupational therapy in pediatrics. Guide to practical exercises. Ruse: Publishing Center at the University of Ruse “Angel Kanchev” (***Оригинално заглавие:*** *Минчева П., 2016, Ерготерапия в педиатрията, Ръководство за практически упражнения. ИЦ РУ „Ангел Кънчев“*)

Mincheva, P., (2018). Occupational therapy in pediatrics. Ruse: Publishing Center at the University of Ruse “Angel Kanchev” (***Оригинално заглавие:*** *Минчева П., 2018, Ерготерапия в педиатрията, ИЦ РУ „Ангел Кънчев“*)

Sahin, S., Kose, B., Zarif, M., (2018), Animal-Assisted Therapy in Occupational Therapy in Occupational Therapy - Therapeutic and Creative Use of Activity, IntechOpen, p. 91

TRU-ONLINE-SSS-HP-18

EXCHANGE OF STUDENT EXPERIENCE IN OT EDUCATION THROUGH PARTICIPATION IN INTERNATIONAL PROJECT [21]

Viktoria Ivanova – student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 87 341 071
e-mail: s179057@stud.uni-ruse.bg

Assoc. Prof. Liliya Todorova, PhD
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 82 821 993
e-mail: litod@uni-ruse.bg

Abstract: *The paper describes the importance of international projects as a means of exchanging professional experience in the education of the occupational therapy students. Through comparison analysis the ways of conducting of -ICCHome (2019) and OT professional identity (2020) projects are presented. An overview of the experience and knowledge gained by the students during the two projects is presented. Particular attention is paid to the competences required of the students in order to participate in projects. At the same time, the skills and knowledge that participants have acquired are presented. In addition, how they devolved their competences at the end of the projects is described.*
Keywords: *OT education, international projects*

REFERENCES

International Online Learning Activity in Occupational Therapy by COPILOT, (2020), Study guide OT professional identities across Europe Topic: OT identity

International online occupational therapy module by COPILOT (2019), International Case Comparison @ home

ENOTHE E-Newsletter, Spring 2019 https://enothe.eu/ https://enothe.eu/

[21] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: ОБМЯНА НА ОПИТ МЕЖДУ СТУДЕНТИ ЧРЕЗ УЧАСТИЕ В МЕЖДИНАРОДНИ ПРОЕКТИ. Отличен с ***Кристален приз „Bast paper" и включен в "Reports Awarded with BEST PAPER Cristal Prize" – 2020 г.***

TRU-ONLINE-SSS-HP-19

SIGNIFICANCE OF THE USE OF AIDS BY CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY [22]

Elizabet Stoyanova – student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0882482902
e-mail: elizabet2112@abv.bg

Elitsa Velikova
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0883334857
e-mail: egvelikova@uni-ruse.bg

Abstract: *Cerebral palsy (CP) is one of the most common diseases in pediatric neuropathology, requiring comprehensive rehabilitation. The interdisciplinary team engaged with these children usually includes an occupational therapist. Occupational therapy helps to compensate for permanently impaired functions by adapting the home and school environment through the use of various aids. The provision of aids is an important step in the therapeutic process, the main goal of which is to achieve maximum independence and integration into society. The paper examines the different categories of assistive devices that are used by children with CP in the context of occupational therapy intervention.*

Keywords: *Cerebral Palsy, Occupational Therapy, Assistive devices.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Церебралната парализа (ЦП) е едно от най-често срещаните заболявания в детската невропатология. Тя обхваща сбор от смущения причинени от увреда на мозъка преди, по време или след раждането на детето. Това е диагноза с много дефиниции в исторически аспект, поставяни в различни етапи от развитието на световната медицина (Чавдаров, 2014).

Децата с ЦП изискват всекидневна грижа от голям брой специалисти, работещи в тясна колаборация помежду си и с родителите. ЦП е комплексен –медицински, психологически и социален проблем, а различните неврологични и психологични проблеми, проблеми с възприятия, образование и адаптация трябва да се разрешават интердисциплинарно.

Ерготерапията е част от комплексната рехабилитация на деца с ЦП. Това всъщност е терапия, която осигурява възможност за максимална степен на самостоятелност и независимост на лица с умствени, физически и емоционални отклонения (Тодорова, 2014). Целта на ерготерапевтичната интервенция е да осигури пълно и активно участие на хората с увреждания в обществения живот и подобряване на качеството му. Освен това ерготерапията спомага за компенсиране на трайно увредени функции чрез адаптиране на домашната и училищната среда чрез приложение на различни помощни средства.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Световната здравна организация дефинира понятоието помощно средство така: „всяко средство или съоръжение, позволяващи на индивидите да изпълняват задачи, които не могат да решат самостоятелно, и улесняващи начина и сигурността на изпълнението на дейността". (Речник на термините за комунални здравни грижи и услуги за възрастни хора, 2004).

Погледнато през призмата на ерготерапията технически помощните средтсва са технически пособия, които заменят или подобряват функции на човешкия организъм и

[22] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: ЗНАЧЕНИЕ НА ПОМОЩНИТЕ СРЕДСТВА ПРИ ДЕЦА С ЦЕРЕБРАЛНА ПАРАЛИЗА.

увеличават възможностите на хората с увреждания за самообслужване, трудова и всяка друга дейност. Осигуряването на помощни средства е важна стъпка в терапевтичния процес, основната цел на който е постигане на максимална независимост на хората с увреждания и интеграцията им в обществото. (Минчева, 2018).

Според приложението им, бихме могли да разграничим следните групи помощни средства за деца с ЦП: позициониращи помощни средства (вертикализатори; терапевтични столове и седалки; позициониращи модули и системи), помощни средства за придвижване (специализирани позициониращи инвалидни колички и проходилки), уреди за подпомагане на дейностите от ежедневния живот и помощни средства за комуникация.

Както е описано и от Минчева, 2016 правилното позициониране на дете с Церебрална парализа е от първостепенно значение, защото по този начин се осигурява извършването на различни манипулации с ръцете, дава се възможност за игра и контакт с хората. Това означава, че за да бъде едно дете включено активно в изпълнението на каквато и да било дейност, е необходимо да се започне от т.нар. „мениджмънт на позата“, което обуславя именно тази категория помощни средства да се разгледа на първо място. (Минчева, 2016)

ПОЗИЦИОНИРАЩИ ПОМОЩНИ СРЕДСТВА ЗА ОСИГУРЯВАНЕ НА СТОЕЖ

Многобройни проучвания доказват безспорната полза от поддържането на правилен стоеж. Някои от най-изявените позитивни ефекти са: превенция на контрактури и подобряване обхвата на движение в ставите; ограничаване на спастичността; превенция на рани от залежаване; подобряване на функционалността и дренажа на уринарния тракт, на циркулацията, на пикочния мехур. Съществуват многобройни вертикализационни опции, вариращи от стандартен стоеж, до мултифункционални устройства с богат набор от аксесоари и функции.

Фиг. 1. Стандартен вертикализатор.

Фиг. 2. Вертикализатор с предна и задна опора.

ТЕРАПЕВТИЧНИ СТОЛОВЕ И СЕДАЛКИ

Макар седежът да бива често подценяван като важен момент в терапевтичния процес, столовете и седалките могат да бъдат изключително полезни както на ерготерапевтите, така и на близките на деца с различни увреждания, тъй като осигуряват оптимално функциониране с минимални патологични отклонения (Минчева, 2016).

Фиг. 3. Позициониращa седалка.

Фиг. 4. Терапевтичен позициониращ стол.

ПОЗИЦИОНИРАЩИ МОДУЛИ И СИСТЕМИ

Децата с ЦП прекарват голяма част от деня в легнало положение, което обуславя и необходимостта от позициониране в лег, защото в тези случаи гравитацията влияе негативно на цялото тяло. Това се осъществява чрез модулни системи, които предлагат възможност за заемане на различни позиции в условия на пълна безопасност.

Фиг. 5. Модул за позициониране.

Фиг. 6. Рехабилитационна призма.

ПОМОЩНИ СРЕДСТВА ЗА ПРИДВИЖВАНЕ

Освен правилно позициониране, съществена роля в работата с дете с ЦП се явява и неговата функционална мобилност. За да се осигури тя, се използват различни видове помощни средства спрямо индивидуалното състояние на детето. Такива са:

СПЕЦИАЛИЗИРАНИ ПОЗИЦИОНИРАЩИ ИНВАЛИДНИ КОЛИЧКИ

В днешно време изборът на количка не е сведен само и единствено до стандартна рингова количка. Съвременните детски колички са високотехнологични мултифункционални позиционираши помощни средства. Ролята на ерготерапевта в случая е съществена за правилния избор на подходяща количка, тъй като той има необходимите компетенции за оценка. Важните моменти при избора на специализирана количка са размерите на детето, очакваната степен на позициониране, необходимостта от допълнителни аксесаори и комфорт както за ползвателя, така и за асистента.

Фиг. 7. Транспортна количка.

Фиг. 8. Позиционираща количка.

ПРОХОДИЛКИ

Проходилките подпомагат значително терапевтичния процес, осигурявайки стабилност, сигурност и пълна свобода на движенията. Най-общо, проходилките се разделят на два вида – със задна или с предна опора. И двата типа имат свои предимства, но в определени случаи могат да бъдат крайно неподходящи. Ето защо, за да бъде направен правилен избор на това помощно средство, е особено важно да бъдат оценени индивидуалните потребности и особености на клиничната картина на конкретното дете от страна на ерготерапевт.

Фиг. 9. Проходилка със задна опора.

Фиг. 10. Проходилка с предна опора.

Фиг. 11. Мултифункционална проходилка.

от ни и за дейности от ежедневния живот. Разнообразните индивидуални особености на фината и обща моторика се презентират от специалистите чрез адаптиране и моделиране на редица уреди и приспособления, с които хората с увреждания са принудени да боравят ежедневно.

Една от най-съществените нарушени дейности в детска възраст е самостоятленото хранене. Децата с ЦП често изпитват трудности с приемането на храна поради нарушени способности за координиране на своите действия, правилна преценка за разположението на храната в чинията, вземането ѝ с вилица (или лъжица) и поднасянето към устата.

Едни от най-разпространените специализирани приспособления, подпомагащи дейностите от ежедневието, са именно моделируемите прибори за хранене (Фиг. 12).

Фиг. 12. Моделируеми прибори за хранене.

ПОМОЩНИ СРЕДСТВА В УЧИЛИЩНА СРЕДА

Децата с ЦП, поради двигателните ограничения трудно изграждат статичен и динамичен три-пръстов захват. При тези деца китката и пръстите на ръцете са с намалената мощност и сила на захващане, което се отразява негативно на възможностите им за пълноценно включване в чулищните дейности като писане, рисуване, оцветяване, рязане с ножица и др. Тези движения могат да бъдат компенсирани с помощта на допълнителни средства като ръкавицата Слонче. Създадена е да подпомогне децата при овладяване на пръстово-пронаторен захват чрез изолацията на пръстите. Подходяща е при по-малките деца с церебрално увреждане, особено при спастична ЦП. При децата с атаксична форма на ЦП може да се използва и ръкавичка с тежести. Изработва се от кожа или кадифе и може да се напълни с пясък, ориз или др. Целта е да подпомогне координацията на двете ръце.

Фиг. 13. Ръкавица Слонче

Фиг. 14. Ръкавица с тежести

Най-популярните помощници за писане при децата в предучилища и училищна възраст са *тренажорите* с ергономична форма. Те осигуряват по-стабилен захват в основата на средсвото за писане. Подпомагат формирането на динамичен три-пръстов захват при писане,

намаляват проблемите при захващане, подобряват контрола и позиционирането на пръститите, редуцират натиска и напрежението при писане.

Тренажорите могат да се използват към всеки стандартен молив или химикал като лесно се прехвърлят от едно средство за писане на друго. Могат да се използват при водеща дясна или лява ръка.

Фиг. 15. Тренажор за писане

Адаптираните държачи са друга подгрупа помощни средства.

Адаптираният държач за писане е подходящ за деца и пораснали ученици, които имат значителни нарушения във фината моторика. Това е най-широкоспектърния държач – може да се приспособи към ръката на деца с всички форми на ЦП и с различна степен на умствено изоставане. С много добър ефект е не само за писане, но и за оцветяване. Еднакво добре се адаптира към дясна и към лява ръка.

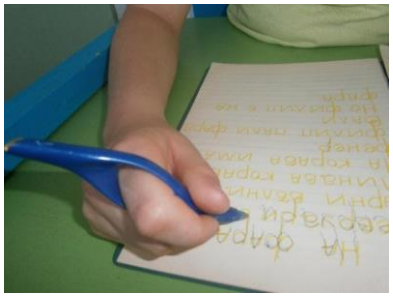
Ринг-пен УЛТРА е вид адаптиран държач, който значително намалява напрежението и умората в пръстите и китката, като осигурява стабилна подкрепа на показалеца чрез пръстеновидния държач.

Подходящ е за деца с атаксична форма на ЦП, за по-малки и по-големи ученици с дискинетична форма на ЦП, за които много трудно се намира подходящ инструмент за овладяване на екстрапирамидните неволеви движения на ръцете.

С цел улесняване на писането при деца с ЦП би могъл да се приложи и *адаптиран химикал*, какъвто е РИНГ-ПЕН.

Фиг. 16. Адаптиран държач

Фиг. 17. Ринг-пен УЛТРА



Фиг. 18. Химикал Ринг-пен

Химикалът РИНГ-ПЕН се захваща, като се постави показалецът в пръстенчето и се придържа със средния пръст и палеца. Дизайнът на този модел адаптиран химикал позволява ръката да си почива без да се налага да се оставя химикала на страна.

Този помощник за писане е подходящ за деца, които вече са натрупали опит в областта на графомоториката, но все още изпитват затруднения при писане: да ориентират буквите и цифрите в правилната посока, да поставят буквите и цифрите върху основната линия, да се контролира размера на символите, което зависи от движенията в на ръката.

Ограничител за писане и четене

Тези помощни средства засилват усещането за писане и четене в редове и улесняват възприемането на пространството. Подходящи са за деца и ученици с различна форма на ЦП.

Фиг. 19. Ограничител за писане Фиг. 20. Ограничител за четене Фиг. 21. Филтър за четене

ПОМОЩНИ СРЕДСТВА ЗА КОМУНИКАЦИЯ

За много деца с церебрална парализа комуникацията е проблем. Често оралната мускулатура е спастична, което създава затруднения при формирането на думи и така ограничава възможността за изразяване на емоции и нужди и социално взаимодействие. Важно е тези умения да бъдат компенсирани и това може да се постигне чрез използване на следните помощни средства и технологии:

- Електронна дъска за комуникация – тези устройства приличат много на таблет или дори могат да бъдат таблети със специално приложение или програма. Комуникационната дъска представя на детето избор от букви, думи, цифри и снимки. След това детето може да ги избира, за да общува с другите.
- Устройствата за генериране на реч са по-усъвършенствана версия на електронната дъска. Детето набира или чуква думи и изречения, а устройството го формулира в реч..
- Устройства за контрол с поглед – помагащите технологии за контрол на компютър с поглед дават възможност на деца с тежки физически увреждания, които не могат да говорят и не могат да използват ръцете си, да използват компютър. Специални камери проследяват погледа на детето в реално време. Тази информация се използва, за да се управлява компютърната мишка. Насочването на погледа движи мишката по екрана. Задържането на погледа е клик с мишката. Други устройства използват съхранените възможности за движение – напр. движения на главата, на устата – така че с помощта на специални приспособления да позволяват управлението на компютърна мишка.

ИЗВОДИ

Помощните средства са устройства, които подпомагат увеличаването, поддържането или подобряването на функционалните възможности на хората с увреждания и специални нужди. С напредване на технологиите специализираното оборудване за деца с увреждания се модернизира и навлиза в терапевтичния процес все по-убедително.

Правилният избор на подходящо помощно средство може да бъде ключов момент за успеха на терапевтичния процес. По тази причина всеки уред, приспособление или устройство, които ще се използват трябва да бъдат внимателно анализирани.

Неправилното използване на помощните средства може да доведе и до редица инциденти. Изследванията сочат, че голяма част от ползвателите на помощни средства не са правилно обучени в използването им, а само 20% от ползвателите получават обучение от квалифициран персонал. Важна роля в случая има ерготерапевтът като специалист, тъй като притежава необходимите знания, умения и компетенции за избор и последващо обучение в употребата на помощното средство.

REFERENCES

Chavdarov, I., 2007. Diagnosis, rehabilitation and treatment of children with cerebral palsy – consensus (***Оргинално заглавие****: Чавдаров, И., 2007. Диагностика, рехабилитация и лечение на деца с церебрелна парализа- консенсуси*)

Mincheva, P., 2016. Occupational therapy in pediatrics. Study guide. Ruse: Publishing Center at the University of Ruse “A. Kanchev” (***Оригинално заглавие:*** *Минчева П., 2016, Ерготерапия в педиатрията, Ръководство за практически упражнения, ИЦ РУ „А. Кънчев“*)

Mincheva, P., 2016. Work with parents of children with disabilities in early occupational therapy intervention, monography, Pleven, Mediatech-Pleven, p. 120, ISBN 978-619-207-071-7.) (***Оригинално заглавие:*** *Минчева П. Работа с родители на деца с увреждания в ранната ерготерапевтична интервенция, Монография, Плевен, Медиатех-Плевен, 2016, ISBN 978-619-207-071-7.*)

Mincheva, P., 2018. Occupational therapy in pediatrics. Ruse: Publishing Center at the University of Ruse "Angel Kanchev" (***Оригинално заглавие:*** *Минчева П., 2018, Ерготерапия в педиатрията, ИЦ РУ „Ангел Кънчев"*)

Todorova, L., 2012, Theoretical foundations of the occupational therapy process, Publishing Center at the University of Ruse "Angel Kanchev" (***Оригинално заглавие:*** *Тодорова Л., 2012, Теоретични основи на ерготерапевтичния процес, ИЦ РУ „Ангел Кънчев"*)

Yanina, A., 2009. Aids and technologies for children with special educational needs in "Learning in European: a collection of useful articles for teachers and parents or what we can learn about inclusion from the British experience", Center for Inclusive Education. (***Оригинално заглавие:*** *Янина, А., 2009. Помощни средства и технологии за деца със специални образователни потребности в „Да учим по европейски: сборник полезни статии за учители и родители или какво можем да научим за приобщаването от британския опит", Център за приобщаващо образование.*)

TRU-ONLINE-SSS-HP-20

ORGANISATIONS SUPPORTING INDIVIDUALS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES IN BELGIUM [23]

Maria Chondrodimou – student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 894097123
e-mail: maria_hon1998@outlook.com

Assoc. Prof. Liliya Todorova, PhD
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 886 781013
e-mail: litod@uni-ruse.bg

Abstract: *The paper reviews organisations supporting individuals with intellectual disabilities in Belgium. The Flemish Agency for Persons with Disabilities (VAPH) offers various services and organisations which can help and support individuals with learning disability and their families. The paper presents details for all kinds of support which each organisation offers to individuals with intellectual disabilities. Every organisation focuses on the autonomy and quality of life of persons with learning disabilities.*

Keywords: *Intellectual Disability, Organisations, Support, Services, Multifunctional*

ВЪВЕДЕНИЕ

Умствената изостаналост е състояние на задържано или непълно развитие на интелекта, характеризиращо се с нарушения на уменията, които възникват в процеса на развитие и дават своя дял във формирането на общото ниво на интелигентност, т.е. когнитивните, речевите, двигателните и социалните умения. Изоставането може да се съчетава или не с други психични или телесни разстройства (СЗО, 1999).

Степента на умствена изостаналост е разграничена в следните категории: лека 50-55 до 70 интелектуален квотиент (IQ), умерена 35-40 до 50-55 IQ, тежка 20-25 до 35-40 IQ и дълбока под 20-25 IQ. Нейното разпространение е 1-3% от световното население (СЗО).

В Белгия нейното разпространение е 3-4 души на 1000 население от всички възрастови групи. Като цяло, лицата с умствена изостаналост се нуждаят от подкрепа за изпълняване на ежедневните дейности в областта на самообслужването (лична хигиена, обличане, хранене и др.), продуктивността (намиране на работа, докамински дейности, обучение) и свободните занимания (спорт, социални контакти, хоби и др.).

Преживяването ми като Еразъм студент по време на предипломния ми стаж в организацията Groep UBUNTU в Белгия ми помогна да осъзная, че умствената изостаналост е сериозен проблем както за семействата на лицата с интелектуални затруднения, така и за цялото общество. Това, което ме мотивира да се насоча към тази тема, беше ежедневната ми работа и контакт с потребителите на UBUNTU, а също така и начинът на работа на другите специалисти. Всеки потребител работи в работно ателие по свой избор под ръководството на съответен специалист. Потребителите имат свобода да избират дейностите си, а групите в ателиетата са смесени от възрастни и младежи с интелектуални затруднения.

Всички лица с умствена изостаналост се нуждаят от подкрепа от такъв тип организации. Поради това Фламандската агенция за хора с увреждания (VAPH) предлага и

[23] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: ОРГАНИЗАЦИИ В ПОДКРЕПА НА ЛИЦА С ИНТЕЛЕКТУАЛНИ ЗАТРУДНЕНИЯ В БЕЛГИЯ.

субсидира организациите за хора с умствена изостаналост.

Основните видове организации в Белгия са:

- Доставчици на пряк достъп до помощ за лица с умствена изостаналост
- Организации за зелена грижа: дейности в селското стопанство и градинарството
- Мултидисциплинарни екипи (MDT): помощ при заявяване на подкрепа
- Организации за консултантска подкрепа
- Многофункционални центрове (MFC)
- Заведения за наблюдение, диагностика и лечение (ODB)
- Организации за грижа за свободното време: адаптирани дейности, доставчици на здравни услуги за лица с умствена изостаналост

Фокусът на всички организации е върху качеството на живот и постигане на автономност на хората с умствена изостаналост.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Доставчици на пряк достъп до помощ (Aanbieders van rechtstreeks toegankelijke hulp, RTH) за лица с умствена изостаналост

Дейността на този вид организации е ограничена и средоточена върху хората с увреждания чрез подкрепа под формата на консултации, дневни грижи или настаняване за нуждаещите се.

Белгия разполага със 197 такива организации. Те предлагат следната подкрепа:

Дневен център за лица с умствена изостаналост

В дневния център доставчикът осигурява значими занимания през деня като групово готвене, рисуване, танци или пътувания. Дневния център може да бъде използван както през седмицата, така и през уикенда.

Настаняване

Осигуряват временно настаняване както през седмицата, така и през уикенда. Условията за достъп до тази услуга са наличие на умствено изоставане и възраст под 65 години. В случай, че лицето е признато от Фламандската агенция за хора с увреждания (VAPH), това условие не се прилага. Ако лицето е използвало тази подкрепа преди 65-годишна възраст, то може да продължи да я получава и след това.

По-долу са представени някои от услугите, предлагащи този вид подкрепа за хора с интелектуални затрудения:

- Ado – Icarus
- Clara Fey
- Dagcentrum Kasteel
- Home Monsheide
- Homevil
- Huize Eyckerheyde
- Huize Tordale

Инициативи за зелена грижа: дейности в селското стопанство и градинарството

Инициативата за екологична грижа се предлага от асоциация или частно лице. Тя е свързана със селскостопански дейности, градинарство или други дейности, свързани с отглеждане на растения или животни. Тези дейности са част от ежедневните дейности на хората с интелектуални затруднения или друг вид увреждане, които са потребители в тези организации. Дейностите се провеждат под супервизия и наблюдение на специалисти. Белгия разполага със 75 такива организации.

Примери за инициатива за зелена грижа са ферма за отглеждане на животни, приют за животни, пансион за домашни любимци и др. Някои от тези услуги са:

- 't Fazantenhof

- Atelier ScHePSeLs
- Beestig Wijs
- Lila Vita Paarden

Мултидисциплинарни екипи (Multidisciplinaire teams, MDT)

Мултидисциплинарен екип е услуга, която подпомага лица с интелектуални и други увреждания. Всеки екип е специализиран в конкретна сфера. Някои екипи се фокусират само върху възрастни, други – само върху деца, а могат да бъдат и смесени. Има специализирани екипи в подкрепа или грижи за непълнолетни, за възрастни или за помощни средства. Белгия разполага със 75 мултидисциплинарни екипи. Всеки екип включва следните задължителни специалисти: лекар, психолог, медицинска сестра, социален работник и експерт по ресурси.

Мултидисциплинарните екипи са част от различни организации – социални услуги, рехабилитационни центрове, консултиране, центрове за развитие, центрове за ориентиране на ученици, центрове за наблюдение и лечение, центрове за психично здраве, центрове за приемане, ориентиране и наблюдение

Някои от организациите, разполагащи с мултидисциплинарни екипи за лица с умствена изостаналост, са следните:

- Dienst Maatschappelijk Werk Bond Moyson, West-Vlaanderen, Kortrijk
- Dienst Maatschappelijk Werk CM Waas en Dender
- DMW CM Limburg
- Oriëntatiecentrum

Организации за консултантска подкрепа

Консултантската подкрепа има за цел анализ на проблемите и зарудненията на хора с интелектуални увреждания и допълнителни психологически проблеми. Те предлагат тази експертиза при лица със стабилизирано състояние с цел задържане или връщане на лицето с увреждане в ежедневието. Ако е необходимо, те насочват потребителя към по-подходяща подкрепа. Те също така изготвят план за ориентиране и подкрепят неговото изпълнение. За целта консултантът работи съвместно с доставчиците на грижи и подкрепа, както и с организацията, към която принадлежи клиентът. Консултантската услуга координира това сътрудничество. Във всяка провинция има активен консултант. Белгия разполага с 6 организации, предлагащи консултантска подкрепа за хора с интелектуални увреждания, някои от които са:

- Ampel
- CGG Waas
- DAGG/CGG

Мултифункционални центрове (Multifunctionele centra, MFC)

Мултифункционалните центрове (MFC) са насочени както към деца и младежи с умствена изостаналост, така и с други увреждания до 21-годишна възраст (по изключение може да се разшири до 25-годишна възраст), които се нуждаят от конкретна подкрепа. Белгия разполага с 95 такива центрове. Мултифункционалните центрове предлагат три форми на подкрепа.

Консултант

Семейното ориентиране и широкият контекст са много важни във всяка област на подкрепа за непълнолетни лица с интелектуални увреждания. Предлагат се педагогически и психосоциални насоки. Придружителят се фокусира върху развитието на детето или младежа, както и върху педагогическата и психосоциална подкрепа на семейството. Консултирането се провежда у дома или в услугата и може да се състои от индивидуални разговори или групови сесии.

Дневна грижа

Предлагат се две форми на дневна грижа. Първата форма е за деца и младежи, които посещават училище. Те получават подкрепа от специалисти от мултифункционалния център преди, след и по време на учебните часове.

Втората форма е дневна грижа, заместваща посещението в училище. Тази дневна грижа предлага алтернативна програма по време на учебните часове за деца и младежи както освободени от задължителното образование, така и такива, които временно не могат да посещават училище.

По време на дневната грижа лицето може да ползва и различни форми на терапия и обучение (физиотерапия, логопедия, ерготерапия, самостоятелно обучение, структуриране и др.).

Временно настаняване

Многофункционалните центрове осигуряват пренощуване в адаптирана среда. Настаняването включва както вечерни, така и сутрешни грижи. Броят на нощувките може е седем или повече. Настаняването е възможно и по време на училищните ваканции.

Някои организации, които предлагат такава подкрепа за лица с умствено изоставане са следните:

- De lovie
- De Meander
- De Okkernoot
- De Speelhoeve
- De triangle
- Heynsdaele
- Groep UBUNTU

Заведения за наблюдение, диагностика и лечение (Observatie-, diagnose- en behandelingsunits, ODB-units)

Заведенията за наблюдение, диагностика и лечение осигуряват подкрепа за възрастни хора с интелектуални увреждания и със сериозни поведенчески разстройства. Белгия разполага с 4 такива организации. Тази подкрепа може да включва:

- Наблюдение, диагностика и лечение на лица с увреждания в домашна, амбулаторна или мобилна среда за период до 9 месеца.
- Трансфер на конкретни знания на други участници, предоставящи подкрепа за хора с увреждания. Заведението за наблюдение, диагностика и лечение изготвя план за действие в сътрудничество с други лица, които участват в подкрепа на хората с увреждания с оглед връщане към нормални условия на живот.

Заведенията осигуряват подкрепа на хора с увреждания на възраст 18 или повече години, признати като такива от Фламандската агенция за хора с увреждания (VAPH), които имат интелектуално затруднение в комбинация с поведенчески проблеми и с други увреждания.

Някои от услугите, предлагащи този вид подкрепа за хора с интелектуални увреждания в Белгия, са следните:

- De Lovie
- Dienstencentrum Sint-Oda
- Dienstverleningscentrum 't Zwart Goor
- Ortho-agogisch centrum Broeder Ebergiste

Организации за грижа за свободното време: адаптирани дейности

Някои организации от този вид предлагат адаптирани развлекателни дейности за хора с умствена изостаналост. В Белгия съществуват 20 такива организации.

Персонализирани дейности

Повечето организации предоставят дейностите самостоятелно. За деца и младежи те включват дейности на детски площадки, младежки работилници и ваканционни лагери. За възрастни организациите за отдих предлагат клубни занимания, пътувания, културни излети, кафенета за срещи, тренировки и спорт.

Медиация за свободното време

Редица организации изпълняват по-скоро медиаторска функция по отношение на свободното време – те стимулират и насочват хората с интелектуални затруднения в

търсенето на подходяща обикновена организация за отдих, която не е насочена конкретно към хора с увреждания.

Някои организации, осигуряващи този вид подкрепа за хора с умствена изостаналост, са следните:

- De Stroom vzw
- Kompas
- KVG Vrijetijdswerking Oost-Vlaanderen
- Vereniging voor Personen met een Handicap (VFG)

Доставчици на здравни услуги за лица с умствена изостаналост

Консултант

Предлагат индивидуално консултиране предназначено за хора, които живеят независимо, сами или със семействата си. В Белгия съществуват 261 такива организации.

Психосоциално консултиране

Осигуряват подкрепа при нужда от помощ за планирането на деня, организирането на домакинството или плащането на сметки. При необходимост се предоставят съвети относно семейните взаимоотношения, родителската подкрепа. Работи се за организиране на социални и културни мероприятия.

Домашен асистент

Асистентът подпомага дейности като обличане, готвене и други ежедневни дейности в домашна среда. Той посещава къщата на лицето, за да подмогне извършването на ежедневни дейности, като например при обличането, готвенето и като цяло към придвижването.

Обща индивидуална подкрепа

Осигуряване на подкрепа от асистент при организиране на ежедневните дейности, както и поемане на някои задачи в случаи на нужда от помощ или психосоциални насоки.

Дневна грижа

Осигурява се на лица, които посещават дневни центрове или участват в групови дейности. Дневна подкрепа се нарича, когато лицето е настанено в дневна група или извършва групови дейности.

Жилищна подкрепа

Доставчикът осигурява настаняване на лицето в собствен или малък групов дом и полагане на всички необходими грижи, както и спешна помощ в случай на нужда.

Някои от организациите, които предлагат такава подкрепа за хора с умствена изостаналост, са следните:

- De Ark te Brussel
- De boomhut
- De branding waak
- De hagewinde

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Повечето организации в подкрепа на лица с умствена изостаналост в Белгия са мултифункционални и лесно достъпни. Те разполагат с екипи от различни професионалисти за осигуряването на качествени услуги. Дейността на организациите е насочена към самостоятелност в изпълнението на ежедневните дейности в сферите на самообслужване, продуктивност и свободни занимания, пълноценно социално участие и подобряване качеството на живот.

REFERENCES

СЗО (1999). Диагностични указания и насоки за третиране на психичните разстройства в общата практика: МКБ-10. Глава V. Версия за общата практика. София, НЦОЗ, НЗОК.

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap: https://www.vaph.be/organisaties

Orthopedagogisch centrum CLARA FEY: https://clarafey.be/

Home Monsheide: https://www.monsheide.be/

Dagaanbod Voor Mensen Met Een Mentale Beperking Atelier ScHePSeLs: http://atelierschepsels.be/

Zorgboerderij Lila Vita Paarden: https://www.lilavitapaarden.com/

De Meander biedt zorg aan jongeren en volwassenen met een matige tot ernstige mentaal, mental-motorische beperking: http://www.demeandervzw.be/

Sociale organisatie die ondersteuning biedt aan jongeren en volwassenen met een Verstandelijke handicap of andere beperking De Lovie vzw: https://www.delovie.be/

Fairtrade School De triangel: https://de-triangel.be/

Dagondersteuning Multifunktioneel Centrum De Ark Brussel: https://www.dearktelaken.be/

Een school voor buitengewoon onderwijs De Hagewinde: https://www.dehagewinde.be/

Multifunctionele organisatie voor Personen met Verstandelijke Beperkingen Groep UBUNTU https://groepubuntux8k.be/

TRU-ONLINE-SSS-HP-21

ACCENTS IN OCCUPATIONAL THERAPY ASSESSMENT OF ARTHRITIS[24]

Victoria Ivanova – student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0887341071
e-mail: vicktoriq_ivanova@abv.bg

Assoc.prof. Petya Mincheva, PhD
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0886439086
e-mail: pmincheva@uni-ruse.bg

***Abstract**: The article aims to present the research methods in occupational therapy in people with Arthritis. It presents general methods and specific assessments. Emphasis is placed on research and the occupational therapy assessments used in arthritis. In the article the specific assessments applied to this type of diseases are systematized and summarized. In this way they direct the occupational therapist to the most appropriate for the clinical case.*
***Keywords:** occupational therapy, assessment, arthritis*

ВЪВЕДЕНИЕ

Артритът (от старогръцки: *ἄρθρον – става* и *-itis – възпаление*) е сборно понятие за заболяванията на ставите. В международната класификация на болестите са вписани в раздел М (М00 до М25). Някои най-често срещани са остеоартрит, ревматоиден артрит, подагра, ювенилен и инфекциозни артрити.

Артритните заболявания са с различна етиология и клинична картина на протичане. Медикаментозното лечението на всеки вид артрит се определя от видът на причинителя, а проявите на симптомите се облекчават чрез различни терапевтични методи. Артритните заболявания се развиват постепенно, но могат да започнат с внезапна проява. Рисковите фактори за поява на артрита са свързани с пола, като три пъти по-често се засягат жените, поради хормоналните промени и видът на работата. Също така рискови фактори са възрастта и наследствеността. Заболяванията обикновено се проявяват у генетично предразположените, а възрастта на проявление е след 65, въпреки че се срещат форми развиващи се в ранното детство и пубертета. Освен това роля оказват непрекъснати натоварвания на ставите, повтарящи се движения, както и травми, костни деформациите, метаболитни заболявания и теглото.

Най-разпространените видове артрит са остеоартрита и ревматоидния артрит.

Остеоартритът е най-честата форма на артрит, засягащ милиони хора по света. Често е наричан болест на "износването", тъй като настъпва в резултат на дегенеративни промени, при които се нарушава целостта на в ставната капсула. Последвалото директно триене и износване на хрущяла е болезнено, особено при движение. Нарушава се функцията на съединителната тъкан. След износването на хрущялите започва триене на краищата на съседните ставни кости.

Така с течение на времето клиничната картина се влошава, а болката се хронифицира. В определен стадий от заболяването болката и сковаността в ставите могат да станат много тежки и да затруднят ежедневните задачи. Освен това в резултат на болката настъпват нарушения на съня и депресия.

[24] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Промоция на здравето" с оригинално заглавие на български език: АКЦЕНТИ В ЕРТОТЕРАПЕВТИЧНАТА ОЦЕНКА ПРИ АРТРИТ.

Най-често остеоартритът засяга ставите на ръцете, коленете, ТБС и гръбначния стълб, но може да засегне всяка става. В МКБ 10 видовете остеоартрит са представени от: М15 Полиартроза; М16 Коксартроза; М17 Гонартроза; М18 Артроза на първа карпо-метакарпална става; М19 Други артрози; М20 Придобити деформации на пръстите на ръката и крака; М21 Други придобити деформации на крайниците; М22 Увреждания на капачката; М23 Вътреставни увреждания на колянната става; М24 Други специфични увреждания на ставите и М25 Други увреждания на ставите, некласифицирани другаде.

Ревматоидният артрит (РА) е хронично възпалително заболяване, засягащо една или повече на брой стави. Обикновено обхваща малките стави на ръцете. Етиологията на заболяването е не е открита. За разлика от износването при остеоартрита, ревматоидният артрит се характеризира с възпалителен процес в ставите, причинявайки болезнено подуване, разрушаване на хрущяла и костите с деформация на ставите. Симптомите на ревматоиден артрит включват болка, оток и скованост на ставите, която обикновено е по-изразена сутрин или след дълъг покой. Също така сред симптомите на РА са умора, треска и загуба на апетит и депресия.

С напредването на времето болестта обхваща китките, коленете, глезените, лактите, тазобедрена става и раменете. В повечето случаи симптомите се проявяват в едни и същи стави (симетрично) в тялото. РА протича с периоди на обостряне и периоди на относителна ремисия, при които симптомите спират изявата си.

Реактивният артрит е възпалително заболяване на ставите и съединителната тъкан. Обикновено уврежда ставите на коленете и ставите на глезените и стъпалата. Може да засегне също сърцето, бъбреците, костите и кожата. Реактивният артрит е предизвикан от стрептококова инфекция в друга част на тялото – чревна, на ГДП или на пикочните пътища. Симптомите на реактивен артрит започват от една до четири седмици след първичната инфекция. Проявяват се чрез болка в ставите и оток на засегнатите стави, затруднено движение, както и общо чувство на умора.Макар да не е установено със сигурност, има вероятност от зависимост на болките от климата. При влажно и хладно време те се усилват и намаляват при топло и сухо време.

Фигура 1. Деформации на пръстите при артрит

Основните симптоми на артритните заболявания са болки в засегнатите стави и скованост. Обикновено симптомите се влошават с възрастта и водят до ограничение и загуба на движение в ставите. По този начин артритните заболявания водят до нарушение на дейностите от ежедневието, чувство на дискомфорт и потиснатост както и до социална изолация на засегнатото лице. Тъй като все още няма открито подходящо медикаментозно лечение, се прилагат основно промени в начина на изпълнение на дейностите и на самия начин на живот.

Дейностни проблеми при артрит

Артритните заболявания често водят до затруднения или невъзможност за изпълнение на дейности от ежедневието. Нарушените функционални способности на крайниците и гръбначния стълб са причина за нарушена функционална подвижност в дома и общността, затруднен захват и манипулиране с предмети и пособия, което прави изпълнението на дейности трудно, болезнено, опасно или невъзможно. Steultjens и кол., 2004, отбелязват значителните последствия във физически, семеен, социален и трудов аспект. При тези заболявания ерготерапията има за цел да подпомогне дейностното изпълнение и да намали тези последствия в ежедневните дейности.

Основните подходи използвани в ерготерапията са превенция, възстановяване, поддържане и компенсиране. При артритни заболявания, според функционалните нарушения, се използват методи и средства от всички подходи. Дегенеративните артритни изменения са необратим патологичен процес и някои от тях могат да бъдат решени чрез ендопротезиране.

Съпътстващите артрозите деформации, болка и ограничени движения, могат да бъдат предотвратени или максимално намалени чрез обучение на болните в принципи за предпазване на ставите. При трайни физически увреждания, неподлежащи на корекция и лечение, се препоръчва използването на помощни и адаптирани средства за улесняване на участието в дейности.

Дейностни проблеми установени при артрит са свързани със действията изискващи сила, прецизност и задържане на захвата. Поради това се наблюдават нарушения във всички сфери на дейностите. При самообслужване се установяват затруднения при хранене, къпане, обличане, поддържане на лична хигиена, шофиране и писане. Липсата на функционален захват поражда дейностни проблеми също в трудовата и развлекателна сфери.

Основните проблеми на работното място са свързани с невъзможност за изпълнение на изискванията и липсата на подкрепа в околната среда. За много работещи с артритни заболявания стрес предизвикват справянето с хроничната болка, умората и ограничения в изпълнението на дейностите, както и непостоянството и непредвидимостта на симптомите. (Gignac, Sutton § Badley, 2007)

Ерготерапията като професия работи с хора от всички възрастови групи. Тя цели да подпомогне хората с трайни нарушения да се справят с произтичащите от заболяването дейностни нарушения. Поради това Ерготерапията е здравна професия с ефективни резултати при овладяването на симптомите на Артрита. Тя прилага съвременни научно доказани методи при предоставянето на услуги свързани с възстановяването на ежедневните дейности при увреждане.

ЕТ изследване при артритни заболявания

Ерготерапевтичното функционално изследване е насочено към анализ на дейностните затруднения. Нужна ни е информация за влиянието на симптомите на заболяването върху способностите на болния да се справя самостоятелно, безопасно и безболезнено със самообслужване, продуктивни дейности и развлекателни дейности. Дейностни проблеми установени при артрит са свързани с действията изискващи сила и прецизност на захвата. Поради това се наблюдават нарушения във всички сфери на дейностите. При самообслужване има затруднения при хранене, къпане, обличане, поддържане на лична хигиена, шофиране и писане. Липсата на функционален захват поражда дейностни проблеми в трудовата и развлекателните сфери.

За да се подберат най-подходящите за клиента методи, ерготерапевтът следва програма, която започва с процеса на изследване. При изследването на лица с артрит се прави функционална оценка включваща изследване на силата и издръжливостта на засегнатия крайник. Измерване обема на движение в засегнатите стави. Проверява се активния и пасивния обем на движение и дали има контрактури. Много важно е да се изследва нивото на болката и продължителността й. Също така се установяват какви са бариерите във физическата среда. Взима се под внимание дали съществува риск от падане за клиента при придвижване.

По-съществено значение за ерготерапевтите обаче е изследване на влиянието на артрита върху участието и изпълнението на ежедневни дейности. Освен общите методи в изследването се прилагат и специфични оценки, за да се установи от една страна по-добре нивото на функционалност на клиента. От друга страна се дава по-конкретна информация за дейностните проблеми на клиента произтичащи от заболяването.

Интервюто е първа важна стъпка в изследването. Чрез него ще съберем информация за медицинската история, дейностния профил и потребности, както и информация за средата на клиента. (Creek, 2003)

Както в много други случаи Канадска оценка на дейностното изпълнение (КОДИ) е подходящ инструмент за оценка при артритни заболявания. Тя представлява полуструктурирано интервю чрез който болните трябва да определят сфери на затруднения в дейностите си и да ги подредят по важност. За първите 5 те трябва да определят степен на изпълнение и удовлетворение (скалата е от 1 до 10). Тези дейности се включват в ерготерапевтичната програма и след време се прави повторна оценка за ефикасността на интервенцията.

Ще разгледаме и някои оценки, които ще ни помогнат за по-детайлна функционална оценка относно дейностните затруднения и промяната в качеството на живот.

Холандската **Скалата за измерване на въздействието на артрит 2 (Arthritis Impact Measurement Scales 2-DUTCH-AIMS2)** е предназначена за измерване на промените в цялостното здраве, болката, мобилността и социална функция при възрастни клиенти с артрит. Въпросникът включва 78 въпроса, разделени на 5 области. Често се използвана е от ерготерапевтите по време на изследването поради широкия и компонентен обхват (физически, афективен, симптоматичен, социално взаимодействие и роля). Освен това скалата е лесно разбираема и клиентът може да я попълни индивидуално за 20 минути. Събраната от AIMS-2 информация е за дейностите от последния месец.

Друга подобна и също толкова широко използвана оценка е Въздействието на ревматичните заболявания върху общото здраве и начин на живот, **Impact of Rheumatic diseases on General health and Lifestyle (IRGL).** Тя отразява промените във физическите, психологическите и социалните аспекти на здравето при пациенти с хронични ревматични заболявания. Самият въпросникът се състои от 16 основни въпроса с 68 подвъпроси. Въпросите са от областите на физическото и социално функциониране, както и от сферата на ежедневните дейности. Основната функция на въпросите е да представи влиянието на ревматичните заболявания върху представените области. Снетата информация за физическо функциониране се отнасят за последния месец. Скалите свързани с психологическото функциониране отразяват отчасти за последната седмица и отчасти за последния месец, а скалите за социално функциониране се отнасят за последната половин година. Оценката отново се прилага при възрастни клиенти. Предназначена е за провеждане като самооценка. (ICC @ HOME 2019)

На двата холандски инструмента AIMS2 и IRGL е проведено сравнение по отношение на измервателните им качества и ползи по време на процеса на изследването. Сравнението е проведено с 284 клиенти, страдащи от ревматоиден артрит. При него и двете оценки показват сходни качества по отношение на валидността на резултатите и отразяват връзката между физическите и психологическите здравни измерения. Основната разлика между оценките е свързана с тяхната продължителност и акцента върху здравните аспекти. AIMS2 е характеризиран като широкообхватен инструмент и оценява главно физическите измерения. Докато IRGL е по-кратък, като същевременно оценява изключително основните здравни измерения и набляга на измерването на психологическите и социалните измерения. В заключение от сравнението е обобщено, че ерготерапевтите трябва да определят кои са засегнатите измерения, за да се постигне максимална ефективност на прилагането на оценките. (Evers, Taal, Kraaimaat et al. 1998)

Друг инструмент за хора с ревматоиден артрит **е McMaster-Toront Arthritis Patient Preference Disability Questionnaire (MACTAR). MACTAR** измерва промяната във функционирането (свързано със заболяването) в пет области, които пациентът счита за важни. Освен това инструментът измерва промените в качеството на живот, физическото функциониране, социалното функциониране и цялостния емоционален живот. Въпросникът MACTAR се провежда под формата на полуструктурирано интервю от две части: основно интервю и последващо интервю.

Недостатък, който ограничава използването на инструмента, е, че ерготерапевтът трябва да премине специално обучение за да го прилага. Слаба страна на инструмента е, че отнема много време за изпълнение и обобщаване на крайната оценка, което го прави по-рядко използван. Оценката обаче е много ефективна, тъй като отразява всяка малка промяна

в изпълнението, като подчертава самооценката на клиента по отношение на подобрението. Също така MACTAR показва как приоритетните дейности на клиента се променят във времето. В допълнение към силните страни на този инструмент е факта че клиента избира да работи върху дейности, които са му били интересни преди.

Оценка, която подобно на MACTAR отразява качеството на живот на ревматоидния артрит е **Rheumatoid Arthritis Quality of Life** (**RAQOL)**. За разлика от MACTAR, RAQOL се използва широко и е предпочитана от терапевтите. Причината за това е, че се извършва за кратко време, лесно приложима е и не съдържа допълнителни материали. RAQOL е специфична оценка за артритни заболявания. Специфичното за въпросника е, че отразява аспекта на физическия контакт. За да се проучи допълнително ползата от прилагането на (RAQOL), въпросникът е приложен към 510 души страдащи от артрит. В заключение на изследването се оказва, че физическият контакт не е включен в нито една от съществуващите оценки за артритните заболявания. Поради това Физическия контакт от RAQOL може да бъде използван като независим отделен инструмент за оценка. Нещо повече, двете групови оценки показват еднакви резултати по отношение на влиянието на качеството на живот върху степента на функциониране и фазата на болестта.

SF-36 е многоцелеви, стандартизиран тест за установяване на здравно състояние, включващ в себе си 36 въпроса. Той има 8- скален профил на функционалните резултати за здравето и общото благосъстояние, психометрично базирано обобщено измерване на физическото и душевно здраве, както и преференциално базиран индекс на здравната полезност. 36-те пункта на въпросника са групирани в осем скали: физическо функциониране, ролева дейност, физическа болка, общо здраве, жизнеспособност, социално функциониране, емоционално състояние и психическо здраве. Показателите на всяка скала варират между 0 и 100, където 100 представлява пълно здраве, а всички скали формират двата основни показателя: душевно и физическо благополучие (психологически и физически компонент на здравето). (Петрова, Кинов и Кастелов, 2014)

Functional Status Index (FSI) определя функцията, включваща 3 различни, но свързани измерения: степента на зависимост, степента на трудност и болката, изпитвана при изпълнение на специфични ежедневни дейности

Индексът за артрит на Университетите в Западен Онтарио и Макмастър The Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOMAC) се използва широко при оценката на коксартроза и гонартроза. Той е достъпен на 65 езика. Това е въпросник за самостоятелно администриране, състоящ се от 24 елемента, разделени в 3 сфери:

● Болка: по време на ходене, използване на стълби, в леглото, седене или лежане и стоене изправено

● Скованост: след първо събуждане и по-късно през деня

● Физическа функция: използване на стълби, издигане от седене, стоене, огъване, ходене, влизане/излизане от кола, пазаруване, обуване/събуване на чорапи, вдигане от леглото, лягане в леглото, влизане/излизане на баня, седеж/ставане на тоалетна, домакинство.

ИЗВОДИ

В заключение можем да кажем, че са създадени множество ерготерапевтични оценки, които да изследват засегнатите от артрита сфери на дейност. Подбрани правилно за съответния клиент и заболяване оценките дават висока ефективност, която се изразява в подобряване на начина на живот на хората с артрит. Използването на оценки насочва терапевтите към най-подходящите терапевтични методи и средства, което комбинирани с правилното медикаментозно лечение води до овладяване на симптомите. Посредством това клиентите могат да възстановят загубените дейноси, роли и отново да станат част от предишния си социален живот.

REFERENCES

Petrova N., St. Kinov, R. Kastelov, (2014), Application of evaluation tests for functional ability and quality of life of patients with rheumatoid arthritis, Paper presented at the 20th

anniversary conference of Physical therapy in Southwest university of Blagoevgrad "Neofit Rilski" (*Оригинално заглавие:* ПЕТРОВА Н., СТ. КИНОВ, Р. КАСТЕЛОВ, 2014, Приложение на тестове за оценка на функционалната годност и качеството на живот при пациенти с ревматоиден артрит, НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ 20 ГОДИНИ СПЕЦИАЛНОСТ „КИНЕЗИТЕРАПИЯ", Благоевград, ЮГОЗАПАДЕН УНИВЕРСИТЕТ „НЕОФИТ РИЛСКИ")

College of Occupational Therapists, (2016) Assessments used by occupational therapists, https://www.rcot.co.uk

Creek, J. (2003) Occupational Therapy Defined as a Complex Intervention. College of Occupational Therapists, London

Evers AW, Taal E, Kraaimaat FW, et al. (1998), A comparison of two recently developed health status instruments for patients with arthritis: Dutch-AIMS2 and IRGL. Arthritis Impact Measurement Scales. Impact of Rheumatic diseases on General health and Lifestyle. *Br J Rheumatol*. 1998; 37(2):157-164. doi:10.1093/rheumatology/37.2.157

Gignac M., D. Sutton, E. Badley, (2007) Arthritis Symptoms, the Work Environment, and the Future: Measuring Perceived Job Strain Among Employed Persons With Arthritis, , Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research) Vol. 57, No. 5, June 15, 2007, pp 738–747, DOI 10.1002/art.22788, ©, American College of Rheumatology

ICC @ HOME 2019, Report: "Which joint protection techniques for facilitating daily activities are instructed for patients with rheumatoid arthritis?" Authors: Nina Bogaert (Belgium), Selina Kolb (Switzerland), Ellen van Doorn (Netherlands)

IRGL: Impact of Rheumatic diseases on General Health and Lifestyle http://www.floriskraaimaat.nl/tests_irgl.html

Steultjens E., Dekker J., Bouter L., Schaardenburg D., K. Mamah, Van den Ende ECHM, (2004), Occupational therapy for rheumatoid arthritis. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.:CD003114. DOI:10.1002/14651858.CD003114.

ICC @ HOME 2019, Report: "Which joint protection techniques for facilitating daily activities are instructed for patients with rheumatoid arthritis?" Authors: Nina Bogaert (Belgium), Selina Kolb (Switzerland), Ellen van Doorn (Netherlands)

https://www.mayoclinic.org/

https://www.healthline.com/

https://www.arthritis.org.au/

https://www.slideshare.net/StephanvanBreenenCli/occupational-therapy-and-rheumatoid-arthritis

https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/arthritis-impact-measurement-scales, ARTHRITIS IMPACT MEASUREMENT SCALES 2 (AIMS2)

https://academic.oup.com/rheumatology/article/40/10/1112/1787806, The validity of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) questionnaire

https://www.cdc.gov/arthritis/interventions/index.htm

https://www.arthritis.org.au/

https://www.slideshare.net/StephanvanBreenenCli/occupational-therapy-and-rheumatoid-arthritis

https://europepmc.org/article/med/7416929

TRU-SSS-SW-01

SOCIAL WORK IN THE US - EDUCATION OF SOCIAL WORKERS IN 1900-1920 - MARY ELLEN RICHMOND [25]

Svetlina Karapetrova – student / Specialty Social Work
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359888456122
e-mail: karapetrova74@abv.bg

Assoc. Prof. Sasho Nunev, DSc of Social Work/ Scientific Supervisor
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359886 802 466
e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Abstract: *A leading country in the field of theory and practice of social work globally is the USA. Characterized by the gradual reflection of the practical assisting activity as a professional, rethinking the ideology of social work, as well as the formation and development of the scientific foundations of social work. Use expressions such as "Case", „Client" and "Diagnosis". Mary Richmond publishes the book "Social diagnoses" in which a theoretical and methodical aspect justifies individual social work. In 1910, the In Boston, Philadelphia, Chicago, etc. Two-year schools to prepare social workers in a specific curriculum. The term "social work" is introduced in line with the socio-economic and civilizational context. The method of training in the school is practical. Teachers are best in the profession and give their students their personal experience and knowledge acquired during work (charity Conference, 1901). "Social Diagnosis" (1917) is the first comprehensive introduction to social cases, which speaks for both theoretical aspects and practical application of the profession*

Keywords: *Social work, Case, Client, Diagnosis, Mary Richmond, Social diagnoses=*

ВЪВЕДЕНИЕ

Водеща страна в сферата на теорията и практиката на социалната работа в глобален план е САЩ. Развитието на явлението обхваща четири етапа. Характеризира се с постепенното рефлексиране на практическата помагаща дейност като професионална, преосмисля се идеологията на социално помощната работа, както и формирането и развитието на научните основи на социалната работа като научна дисциплина. През 1917г. Мери Ричмънд издава книгата „Социални диагнози", в която в теоретичен и методически аспект обосновава индивидуалната социална работа. Реформаторската дейност на движението „Социални селища" на Джейн Адамс извежда на преден план необходимостта от социални промени. В публикацията си „Професия ли е социалната работа" през 1915 г. Абрахам Флекснер поставя важни въпроси за изясняване научните основи на социалната работа и нейното професионализиране. Важна роля в периода е да се осигури ефикасно обучение на социалните работници, да се проследи практиката и опита през разглеждания период, методи на преподаване, плюсове и минуси, произтичащи от това. Развива се образованието на социални работници, като от краткосрочни курсове то преминава в едногодишни (1904 г.) и двугодишни образователни програми с учебни планове (Бостън, Филаделфия и Чикаго, 1910 г.) Характерно за социална работа през разглежданата времева рамка е, че тя се реализира не само от обществени организации, но и от новооткрити социални служби. Етапът има съществено значение за формирането и развитието на научните основи на социалната работа, свързаните с нейната реализация институции и образованието по професията през XX век. През 1904 година социологът Робърт Хънтър

[25] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Социални дейности" с оригинално заглавие на български език: СОЦИАЛНА РАБОТА В САЩ – ОБУЧЕНИЕ НА СОЦИАЛНИ РАБОТНИЦИ ПРЕЗ 1900-1920Г – МЕРИ ЕЛЪН РИЧМЪНД. Отличен с „***Грамота за историческо проучване***".

(1874 – 1942 г.), който активно си сътрудничи с Джейн Адамс, Елън Стар, Грейс Абът, Флоранс Кели и други социални реформатори, публикува книгата си "Бедност", в която представя социално-икономически анализ на условията на живот в САЩ и разкрива факторите, генериращи бедност. Той представя класификация на бедните по категории (бедни, скитници, болни, деца от бедни семейства, емигранти), която според него има значение при предоставянето на помощ, доколкото позволява да се диференцира подходът към тях (Nunev, S., 2019).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Въвеждане на понятието социална работа в САЩ

През 1910 г. в Бостън, Филаделфия и Чикаго се откриват двугодишни училища за подготовка на социални работници по определен учебен план. Въвежда се понятието "социална работа" в съответствие със социално икономическия и цивилизационния контекст (Chavdarova, A., 2007; Nunev, S., 2019). Провеждат се дискусии за професионализиране на социалната работа и за нейното призвание като професия. През този етап влизат в употреба изрази като "случай", "клиент" и "диагноза". Етапът има съществено значение за формирането и развитието на научните основи на социалната работа, свързани с нейната реализация в институциите и образованието през 20 век.

Предложения и критики на термина „социална работа"

Обсъжда се терминът „ социална работа", приема се да се използва понятие в по-тесен и специален смисъл, да се определят услуги, предоствяни на бедните, децата, възрастните и бездомни хора. Всяка от тези групи има своите нужди и за да е ефективна социалната работа, трябва да има формирани принципи. Социалните работници трябва да притежават способности и техники за справяне – изисква се такт, симпатия и несъгласие с несправедливостта, стремеж за отстраняване на нередности (Brinkli, A., 2001). През 1901 г. Брекет споделя за Лятно училище за филантропски работници, създадено от Дружеството за благотворителни организации в Ню Йорк, че са обучени двайсет и четирима студенти. По време на обучението се посещават медицински благотворителни организации и институции, полагащи грижи за възрастни. Методът на обучение в училището е *практичен*. Преподавателите са най-добри в професията и предават на учениците си личния си опит и познания, придобити по време на работа (Конференция на благотворителността, 1901г). Усвояват се знания чрез лекционни курсове в класните стаи и практика под наблюдение от преподавателя. Идеята, споделена от всички е, че първо, трябва кандидатът за работа в социалната услуга да е калфа, а след година – майстор. Обсъждат се проблемите, свързани с редовното обучение, предлагано от тези училища, и как може да се надграждат знания от вече обучени социални работници. Представителите на благотворителните организации и социолозите споделят гледната точка, че социологията като наука има предназначението да открива принципи и закономерности, определящи взаимодействията между хората в обществото, а приложно ориентираната благотворителна социалнопомощна дейност установява факти, проверява принципи и се ангажира с подобряване на човешките взаимоотношения. Прави се предложение обучението по социална работа да се реализира във факултети по социология към университетите. Но именно тук настъпва противоречие в позициите на двете конструктивно взаимодействащи си страни. Мери Ричмънд изразява съмнение, че усвояването на изкуството да се помага на нуждаещи се хора, трудно може да се осъществи в условията на университетското теоретично образование. Подобна позиция се споделя от немалко представители както на социолозите, така и на социалните работници. В резултат на това се стига до определена несъгласуваност между изследващата проблемите на обществото наука и практическата дейност („изкуството") за тяхното решаване, реализирана от социалните работници (Nunev, S., 2019). На годишната сесия на Националната конференция на благотворителността през 1911г. е публикуван доклад за набирането и обучението на социалните работници в Бостън. Участват Мери Уилкоу Глен заедно с Джейн Адамс, Мери Е. Ричмънд, Джон М. Глен и професор Хейнс от университета Фиск (Social Care History Project, 2011).

Мери Елън Ричмънд (1861-1928) - мионер, администратор, изследовател и автор

Мери Ричмънд е известена със способността си да организира общностите, развитието на практиката по случай, както и със способността си да преподава и да говори интелигентно по широк спектър от теми. Първият ѝ принцип е, че грижата трябва да се съсредоточи върху човека в ситуацията. Основавайки се на задълбочени изследвания, тя разработва "социална диагноза". Нейната известна кръгова диаграма визуализира кореспонденцията между клиента и околната среда. Ричмънд идентифицира шест източника на власт, които са на разположение на клиентите и социални работници: източници в дома, в лицето на клиента, в квартала, в самата социалната среда. В книгата си "Социалнр диагнозр" (1917 г.) Мери Ричмънд изгражда основите на научната методология за развитие на професионалната социална работа. Тя търси причините за бедността и социалното изключване, взаимодействието между индивида и неговата среда. Мери Ричмънд се смята за основател на професията на социалната работа и значението на професионалното образование. В публикуваните от нея книги Ричмънд демонстрира разбиране за социалните казуси. Тя вярва в отношенията между хората и тяхната социална среда като основен фактор за тяхното положение или статут на живот. Нейните идеи за работа по казуси се основават на социална теория, а не на стриктно психологическа гледна точка. Тя вярва, че социалните проблеми за семейството или индивида трябва да се разглеждат, като, първо, се гледа на индивида или семейството, а след това и на най-близките социални връзки като училища, църкви и работни места. Ричмънд също вярва в съсредоточаването върху силните страни на човека и неговото семейството, вместо да се търси вината в тях. Голяма част от нейния фокус е върху децата, семействата и медицинската социална работа. Тя се концентрира върху общността като ресурс за всеки нуждаещ се човек или семейство. Нейните идеи за социалната работа са доста революционни за времето и се възобновяват след десетилетия на преход. Тези нейни идеи са в основата на сегашното образование в областта на социалната работа. Нейната книга "Социална диагноза" (1917) е първото всеобхватно въведение към социалните казуси, което говори както за теоретичните аспекти, така и за практическото приложение на професията. Другите ѝ творби са „Изследване на деветстотин и осемдесет и пет вдовици” (1913), „Какво е социално дело” (1922), „Бракосъчетания” (1925), „Брак и държава” (1929). Издадените от нея книги представляват широк спектър от преживявания и уроци, които е научила от ежедневната си работа, както и от практиката и изследванията на нейните колеги от социалната работа. Темата за обучение по социална работа, представена от Мери Е. Ричмънд обсъжда универсалната нужда в социалната работа и способността да открият онези методи, на които трябва да се планира действие и подпомагане. Фактът, че помощта трябва да бъде индивидуална, а не колективна, посочва Ричмънд (Social Care History Project, 2011).

ИЗВОДИ

Обобщавайки представеното, можем да отбележим, че в края на XIX и началото на XX се очертава етап, характеризиращ се с динамичен процес на търсене на възможности и подходяща база за идеологическо и теоретично обосноваване на социалнопомощната дейност. Той протича в условията на критичен анализ и преосмисляне на теорията на социалния дарвинизъм и откриване на общи и необходими за развитието на социалната работа позиции, изследователски и приложни полета със социологията, медицината, психологията, биологията и др. В разглеждания период от развитието на социалната работа в САЩ се наблюдава усилена работа относно подобряване на ефективноста и социалнопомощната дейност на всеки един работещ в тази сфера. Работено е усилено за прокарване на нови практики, идеи и методи в помощ на всеки един, имащ нужда от такава подкрепа. В периода не липсват и критики, които се оказват градивни и подпомагащи въведението им. Добро впечетление прави и пионерът в социалнта работа Мери Ричмънд, предизвикваща интереса ми да се спра на начина ѝ на живот и на нейните идеи, които за времето, в което е живяла, са приети много добре. Методите и идеите ѝ се се прилагат и в момента в работата на всеки един социален работник.

REFERENCES

Brinkli, A. (2001). History of the American people. Switching. In English. Sofia: RIVA.

Chavdarova, A. (2007). History of Social Work. Sofia. Bulherba.

Nunev, S. (2019). History of social work. Development of social work activities in the USA, Germany and Bulgaria. Sofia: Paradigma press.

Nunev, S. (2019). History of social work. Textbook for students in professional development "social activities". Sofia: Paradigma press.

Social Care History Project (2011). Mary Ellen Richmond (1861-1928)-a pioneer in social work, administrator, researcher and author. A project on the history of social care. Received from: http://socialwelfare.library.vcu.edu/social-work/richmond-mary/.

Vladinska, N. (1993). Development of the social work and occupation of social worker/social pedagogue in the USA and the FRG. VTU "St. Constantine and Helena" St. Cyril and Methodius Street, Veliko Turnovo.

TRU-SSS-SW-02

INTERENET DEPENDENCY- SOLICITATION, ATTITUDES, BEHAVIOR – FOCUS ON DIGITAL DEPENDENCE [26]

Svetlina Karapetrova – student / Specialty Social Work
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359888456122
e-mail: karapetrova74@abv.bg

Assoc. Prof. Sasho Nunev, DSc of Social Work/ Scientific Supervisor
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359886 802 466
e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Abstract: *"Deviant behavior" includes the dependent behavior of the individual, which is a current and serious social problem. The Internet is a unique computer technology with a powerful socialising effect. Addiction to the virtual space leads to self-isolation, and hence to depression and other dangerous consequences for the mental and physical health of the neholics. Research on solicitation, mindset and awareness and factors that lead to digital dependence. Discussion and conclusions of the study."Dependence is a subjective loss of control caused by repeated exposure to an object, entity, or behavior in which the dependent person uses the dependency to satisfy psychological shortages such as social interaction, stress or workload, and this dependence is so strong that it prevails in its life and is detrimental to everything else, including friends, family, work, and health."*

Keywords: *Deviant behavior, Autoduative behavior, Internet dependence, Addiction to virtual space and communication, Discussion and conclusions.*

ВЪВЕДЕНИЕ

В обхвата на понятието "девиантно поведение" се включва и зависимото поведение на личността, което представлява актуален и сериозен социален проблем поради оказваното негативно въздействие по отношение на създаване на условия за противоречия и конфликти с обкръжението, загуба на работоспособност и на трудова заетост, извършване на други криминални прояви и др. Зависимото поведение (адиктивното поведение) е непосредствено обвързано със злоупотребата от страна на личността с определени обекти (вещества, медикаменти, храна, дейности, превързаност към хора и др.), както и в нарушения в нейните потребности. В субективен и личностен аспект то се изживява като непрекъснат стремеж към обекта на зависимост и невъзможност да съществува без него. Реализираното по този начин поведение има ясно очертана автодеструктивна, саморазрушаваща насоченост, която е деструктивна за организма и личността. Проблемното ползване на интернет е въпрос, който все повече засяга нашето общество. Първостепенно значение придобива профилактиката на социално - значимите заболявания. Понастоящем у нас няма ясни данни за разпространението т.н. зависимост към интернет, това не омаловажава неговата значимост. Интернет е уникална компютърна технология с мощен социализиращ ефект. Много по-лесно, неангажиращо и евтино е да се видят приятели пред монитора, отколкото да осъществят контакт лице в лице. Страната ни, но и цялото човечество е пред предизвикателство за справяне с Covid-19 и интернет е начин да се осъществи връзка, да се информираме и да работим. Интернет зависимост (на английски Internet addiction disorder – IAD, или Pathological Internet use – PIU) според най-разпространеното определение е натрапчиво желание да влезеш в Мрежата и неспособност да излезеш. За пръв път това

[26] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Социални дейности" с оригинално заглавие на български език: ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОСТ ПРЕДРАЗПОЛОЖЕНОСТ, НАГЛАСИ, ПОВЕДЕНИЕ – ФОКУС ВЪРХУ ДИГИТАЛНА ЗАВИСИМОСТ.

състояние е описано в средата на 90-те години от нюйоркския психиатър д-р Айвън Голдбърг. В САЩ е създаден и първият Center for On-Line Addiction под ръководството на проф. Кимбърли Янг от Питсбургския университет. Списъкът с видовете нехимически зависимости е попълнен с компютърната, но не всички специалисти са съгласни с класифицирането на IAD и като психическо разстройство. Според някои терапевти това не е самостоятелно заболяване, а симптом за сериозни проблеми като депресия или затруднения в общуването. Пристрастяването към виртуалното пространство води до самоизолация, а оттам – към депресия и към други опасни последици за психическото и физическото здраве на нетохолиците. Обобщавайки всички модели на зависимост, а именно психо-социалния, биопсихосоциалния, генетичния и психо-фармакологичния, Ричард Тайрер заключава, че: „Зависимостта е субективна загуба на контрол, причинена от повтарящо се излагане на обект, субект или поведение, при което зависимото лице използва зависимостта, за да задоволи психологически липси като социално взаимодействие, стрес или натоварване и тази зависимост е толкова силна, че преобладава в неговия живот и е в ущърб на всичко останало, включително приятели, семейство, работа и здраве.“ (Tyrer, H., 2008).

ИЗЛОЖЕНИЕ

1. Изследване на нагласите и факторите, водещи до дигитална зависимост

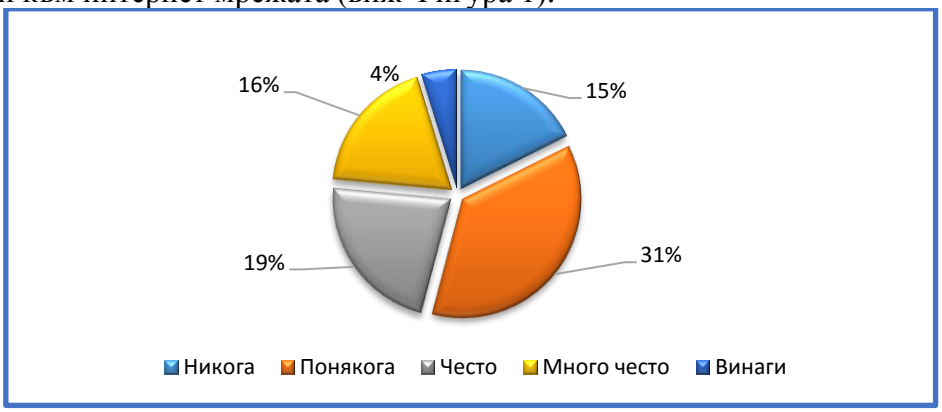
1.1. Цел на изследването

Целта на изследването е да се събере и анализира информация за склонността, нагласите и информираността на лица за симптомите, поведенческите характеристики, факторите и причините, които водят до дигитална зависимост, в анкетата умишлено не са включени въпроси, свързани с моментното извънредно положение в страната ни (Covid-19). Изследователският инструментариум съдържа 11 въпроса с предоставена възможност за изказване на мнение в свободна форма от всеки отговорил. В изследването участват 85 респоденти. При изпълнението на дейността се използват психологически и социологически методи за провеждане на количествени и качествени проучвания, както и за анализ на информация. За изследване нивото на интернет зависимостта е използван теста на Кимбърли Янг. Основни характеристики на респондентите в извадката е по признак пол – жени 44 бр. (52%) и мъже – 41 бр.(48%), и възраст – от 20г. до 30 г.- 65% и от 31г.до 45г.- 35% . Социален статус на респондентите, включени в изследването са: студенти - 28 лица, работещи - 32 лица и безработни - 15 лица. Изследването е проведено онлайн в периода от 15.04.2020 – 15.05.2020, отговор са дали жители от Русе, София и Варна.

1.2. Резултати от проведеното изследване

1.2.1. Наличие на моменти от живота, характеризиращи се с пристатстеност към интернет

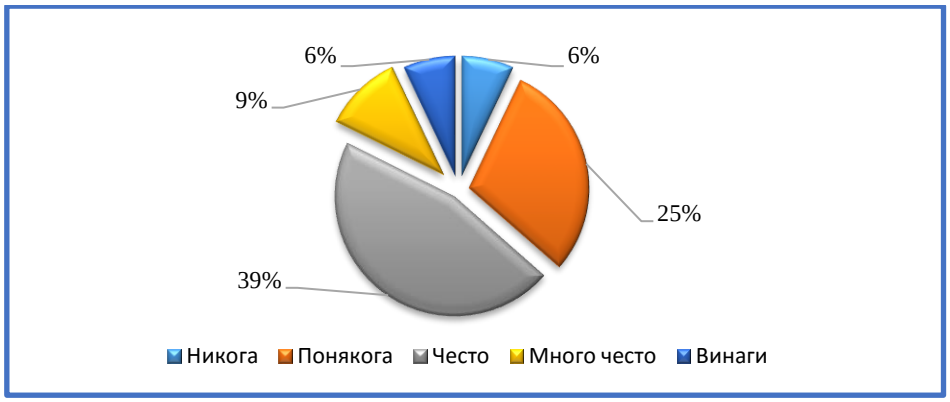
Количественият анализ на данните по въпроса разкрива, че 23% от респондентите никога не са имали моменти на пристрастеност, 36% понякога са имали такива моменти, често имат такива моменти – 19% , много често – 18% и 4% – винаги са се считали за пристрастени към интернет мрежата (виж Фигура 1).



Фиг. 1. Наличие на моменти от живота, характеризиращи се с пристрастеност към интернет

1.2.2. Продължителност на пребиваване в интернет

Данните от изследването разкриват, че 6% от участниците в изследването прекарват продължително време в интернет пространството, 39% отговарят, че често са пред синия екран, 9% – много често използват интернет, 25 % – понякога и 6% – не го използват (виж Фигура 2).



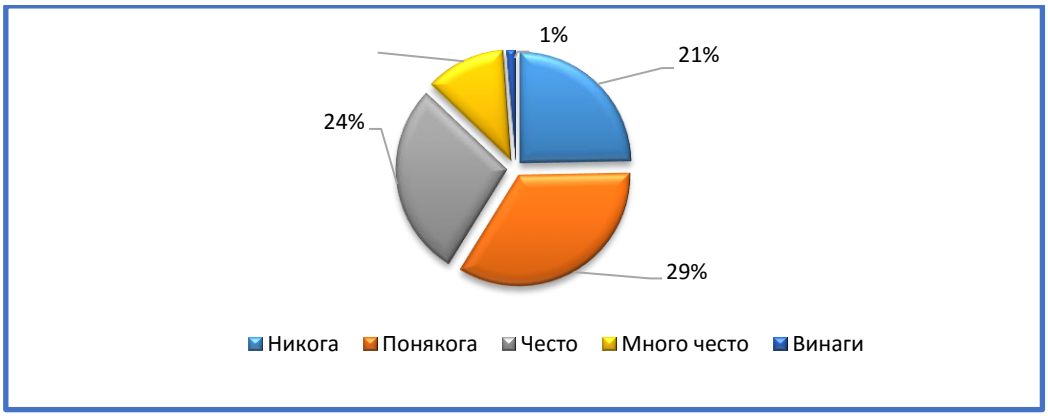
Фиг 2. Продължителност на пребиваване в интернет

1.2.3. Пренебрегване на другите задължения с цел прекарване на повече време онлайн

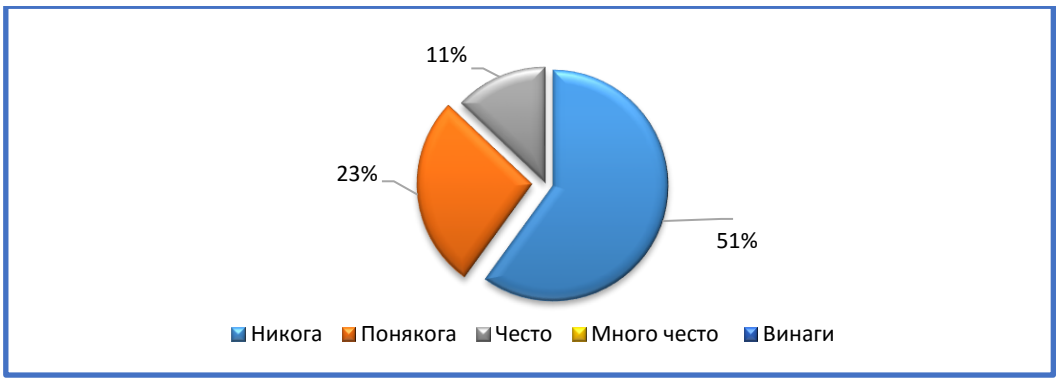
Количественият анализ на даните показва, че 1% – от респондентите пренебрегват другите си задължения, за да прекарат повече време онлайн, 10% – са дали отговор много често, 29% – понякога го правят и 21% – нямат подобен проблем. Пристрастеността към хормона допамин води до търсене на удоволствени преживявания. Мрежата предлага необятен обем от информация, което в някои случаи на пристрастяване може да доведе до негативи, свързани с пренебрегване на лични постижими цели и неглижиране на конкретни задължения (виж Фигура 3).

1.2.4. Предпочитания към породени от интернет емоции пред общуването с партньор

Отговорите на участващите в изследването са удовлетворяващи, поради това, чеи 51% от тях отхвърлят преживяване на емоции свързани с интернет пред това да общуват с партньор, 23% – понякога пренебрегват партньора си, за да останат в мрежата и само 11% – правят това много често (виж Фигура 4).



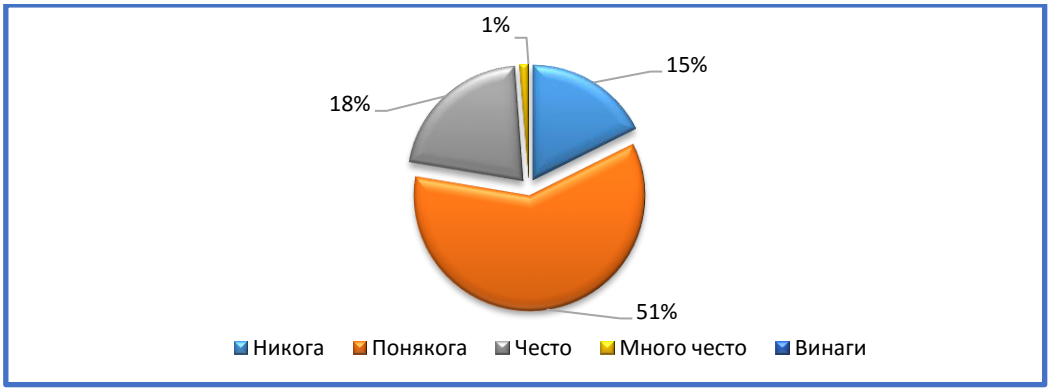
Фиг. 3. Пренебрегване на другите задължения с цел прекарване на повече време онлайн



Фиг. 4. Предпочитания към породени от интернет емоции пред общуването с партньор

1.2.5. Създаване на връзки и приятелства с други онлайн потребители

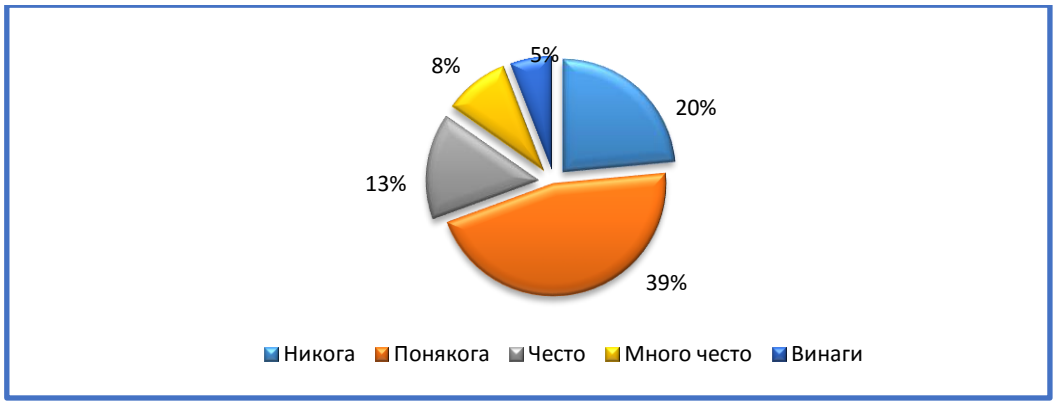
От участниците в изследването 15% изразяват мнение, че никога не създават връзка и приятелства с други онлайн потребители, докато 51% понякога създават връзка и приятелство, а 18% – често, 1% – много често (виж Фигура 5).



Фиг. 5. Създаване на връзки и приятелства с други онлайн потребители

1.2.6. Критика от близките за прекарано време в интернет

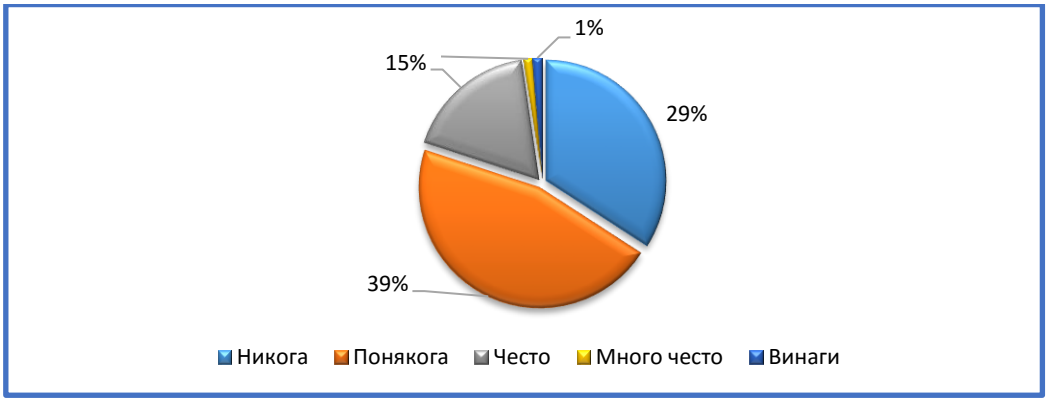
По отношение на зададения въпрос, често ли близките ви критикуват за времето прекарано в интернет 5% от респондентите отбелязват, че винаги ги критикуват, когато са в мрежата. Друга част от тях – 8% получават много често упреци от близките си, 13 % – често, 39% – понякога и 20% – никога. Увличането и желанието на индивида повече време да бъде онлайн в мрежата е възможно да бъде индикатор за пристрастяване (виж Фигура 6).



Фиг. 6 Критика от близките за времето, прекарано в интернет

1.2.7. Проверка на електроната поща преди всички останали задачи

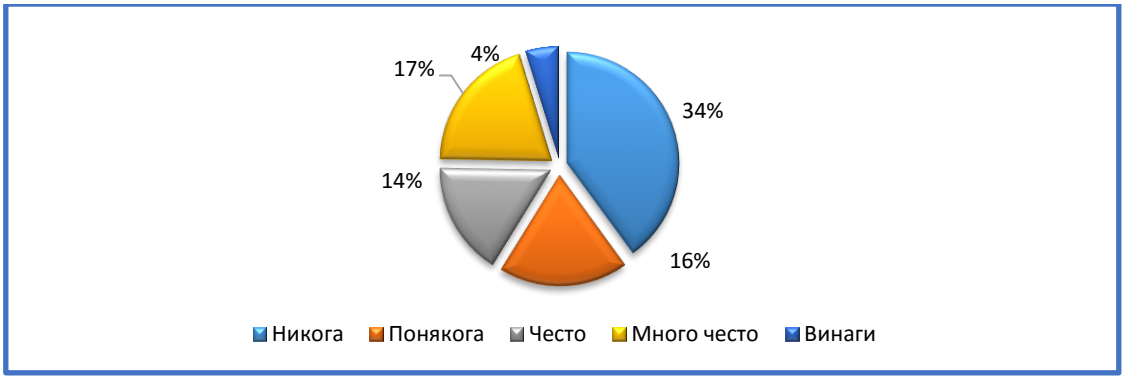
В зависимост от работното място и отговорностите, свързани с изпълнение на служебните задължения, изискват от определени служители редовно да осъществяват комуникация чрез електронна поща. В очертания контекст отговорите на участниците не водят до притеснение, кореспондиращо с опасност от пристрастяване (не и в момента на извънредно положение). Минимална част от респондентите (1%) отбелязват в отговорите си, че винаги преди да започнат определена работа, проверяват електронната си поща, 1% – от изследваните го правят много често, 15% – често, 39 % – понякога, а 29 % дават отговор – никога (виж Фигура 7).



Фиг. 7. *Проверка на електроната поща преди всичко останало*

1.2.8. Страх за живот без интернет (скучен, празен и безинтересен)

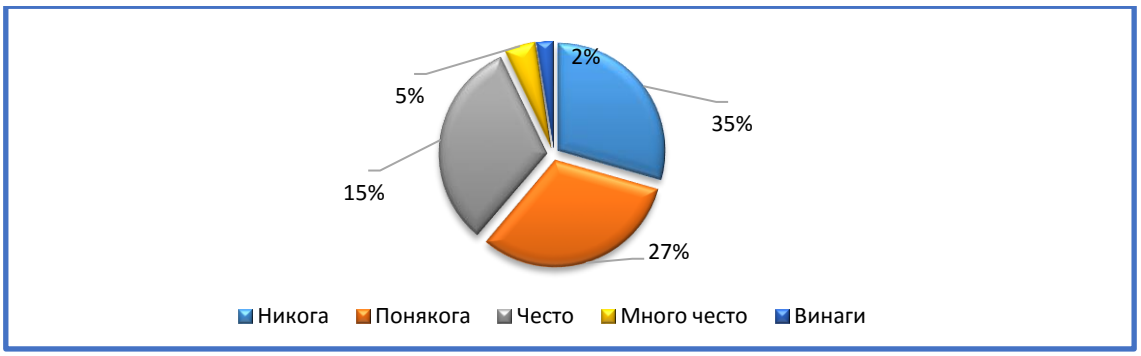
По отношение на виждането за водене на скучен и безинтересен живот без интернет мнение за пораждане на страх от това изразяват 4% от респондентите с отговор „винаги“, 17% – отговорят „много често“, 14% – „често“, 16% – „понякога“ и 34 % – „никога“ (виж Фигура 8).



Фиг. 8. Страх за живот без интернет (скучен, празен и безинтересен)

1.2.9. Грубо поведение при безпокойство, когато респондетът е онлайн

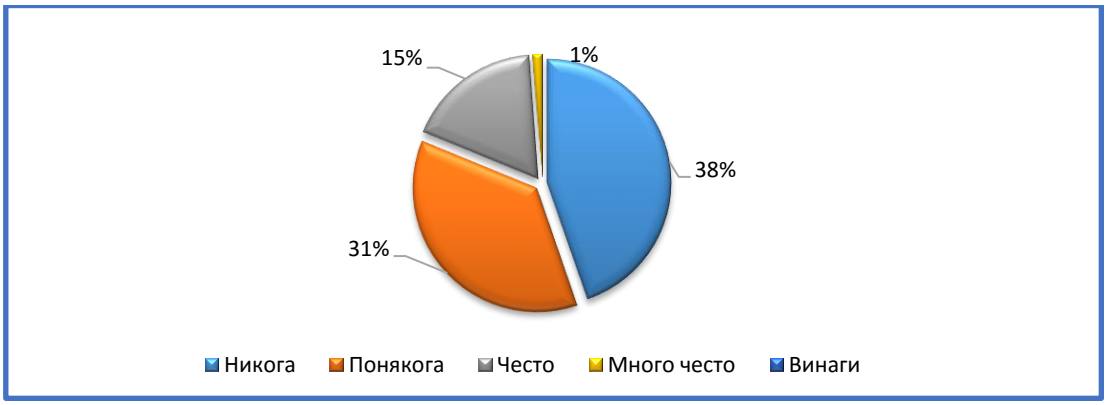
Количественият анализ на даните от изследването разкрива, че 15 % от респондентите често проявяват грубо поведение, ако някой ги безпокои когато са онлайн, при 5% – това се случва много често, при 27% – от изследваните лица отговорът е понякога и 35% отбелязват, че никога не реагират грубо, викат или действат троснато, ако някои ги безпокои (виж Фигура 9).



Фиг. 9. Грубо поведение при безпокойство, когато респондетът е онлайн

1.2.10. Опити за контрол на прекарано в интернет време

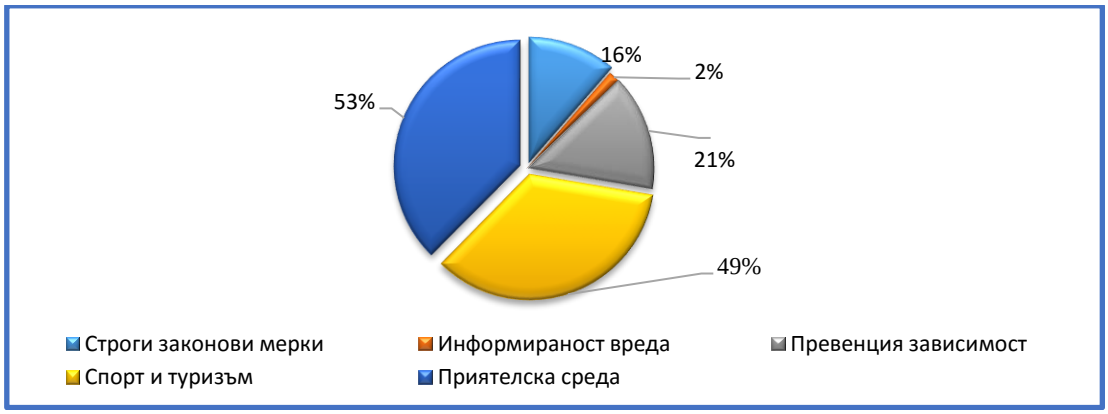
По отношение за контрол и намаляване на времето за използване на интернет 38% – от респондентите отговарят, че никога не са имали такъв проблем. Техният самоконтрол е в нормите на ползване на интернет, но 31% от респондентите отговарят, че понякога са имали неуспешни опити относно контрол на поведението, а 15 % – дават отбелязват, че често им е трудно да контролират времето на престой в интернет (виж Фигура 10).



Фиг. 10 Опити за контрол на прекарано в интернет време

1.2.11. Предложения за дейности, отклоняващи вниманието и желанието за престой в мрежата

Броят на отговорите надвишава 100% поради това, че са предложили повече от една алтернатива, която би заменила зависимостта като: строги законови мерки, висока степен за информираност за вредата, обучение за превенция от дигиталната зависимост, спорт и туризъм, приятелска среда (виж Фигура 11).



Фиг. 11 Фактори, които биха отклонили вниманието и желанието за престой в мрежата

ИЗВОДИ

Осъщественият количествен и качествен анализ на данните от проведеното изследване позволява да бъдат представени следните изводи: 36% от респондентите имат понякога моменти на пристрастяване към интернет, 23% от тях никога не са имали такива моменти; 59% дават отговор че, много често пренебрегват задълженията си, за да бъдат в интернет пространството, 21% от изследваните нямат подобен проблем; категорично отхвърляне на преживяване на емоции свързани с посещенията в интернет пред това да общуват с партньора отговарят – 51% , понякога пренебрегват партньора си 51% за да останат в мрежата; повече от половината респонденти 70% понякога създават онлайн приятелства и запознанства в интернет, 15 % никога не създават такива приятелства; 65 % от анкетираните са критикувани за времето прекарано в интернет, но 20% не са критикувани; 56% от респондентите посещават редовно електроната си поща, тези резултати не са претиснителни за опасност от пристрастяване, 29 % никога не го правят; страх за живот без интернет, че ще е скучен, празен и безинтересен имат 51%, но за 34% такъв страх не съществува; грубо реагират когато бъдат прекъсвани 50% от отговорилите, 35 % нямат негативна реакция; относно спиране и контрол за времето прекарано в интернет 38 % нямат такъв проблем, за разлика от 47% от респондентите, които имат неуспешни опити за контрол. Повече от една алтернатива е предложена как да се отклони вниманието от интернет според респондентите това са строги законови мерки, висока степен за информираност за вредата, обучение за превенция от дигиталната зависимост, спорт и туризъм, приятелска среда. На основа на предствените изводи може да обобщим, че е постигната целта на изследването.

REFERENCES

Bonev, I., (2014). The problematic use of the Internet (can we recognize it and how to deal with it) Sofia: Zape4at. com press.

Ivanov, P., (2009). (practical guide) - How to deal with harmful habits and addictions. Rousse: Ahat press.

Nunev, S., (2005). Social work with people with deviant behavior. Lecture Course. Rousse.

Enev, S., Kaneva, M., (2013) Study of physical health and habits of computer use. Clinical and Consultative Psychology , 1 (15).

Enev, S., (2010) Internet dependence-symptoms. Evaluations and treatment. Kimberly Yang. Clinical and Consultative Psychology , 2 (4).

TRU-SSS-SW-03

SOCIAL WORK WITH CHILDREN AT RISK [27]

Burchin Ahmedova – student
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359897582214
e-mail: burci_98@abv.bg

Assoc. Prof. Sasho Nunev, DSc of Social Work/ Scientific Supervisor
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359886 802 466
e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Abstract: *The present study aims to acquaint with the nature of social work with children at risk, the main measures for protection, the principles of child protection, the factors influencing the social functioning of children. Social work with children at risk aims to provide adequate support and assistance to children in difficult life situations. We are all responsible for children, but there are certain institutions and professionals who are closely involved in this activity, namely to protect the interests of the child. We will get acquainted with the institutions and persons responsible for child protection. The social worker has clearly set tasks and responsibilities for all vulnerable groups, but when working with children he must be even more responsible because children are vulnerable, they cannot defend themselves and therefore, he must take adequate measures to prevent the factor that puts the child at risk.*

Keywords: *Children, Vulnerability, Measures, Protection, Support, Facts, Responsible Institutions, Principles*

ВЪВЕДЕНИЕ

Социалната работа с деца в риск цели създаване на условия, които да осигурят благосъстоянието и развитието на детето в съответствие с неговите права и потребности. Предметът на социалната работа с деца в риск се свързва с представянето на условията и закономерностите на протичане на професионалната дейност на социалния работник в съответсвие със спецификата и динамиката на проблемите на децата от определени по вид и степен на риск групи (Nunev, S., 2003). Основен номартивен акт, на базата на който се разработват закони и други нормативи, които уреждат въпроса за закрила на детето, това е Коонвенцията на ООН за правата на детето. В нея са разписани основните права и задължения на родителите и на държавата при оказване на закрила на детето. За целите на Конвенцията „дете" е всяко човешко същество на възраст под 18 години освен ако съгласно приложимия за детето закон, пълнолетието настъпва по-рано.

Висшите интереси на детето представляват съобразяване на всички действия, отнасящи се до него, независимо дали са предприети от обществени или частни институции за социално подпомагане, от съдилища, административни или законодателни органи.

Като страна, ратифицирала Конвецията, България се задължава да поеме отговорности и да разработва нормативни актове в областта на закрилата на детето, които са съобразени с разпоредбите на Коонвенцията на ООН за правата на детето. Задължава се да осигури на детето такава закрила и грижи, каквито са необходими за повишаване на неговото благосъстояние (Convention on the Rights of the Child, 1989).

ИЗЛОЖЕНИЕ

[27] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Социални дейности" с оригинално заглавие на български език: СОЦИАЛНА РАБОТА С ДЕЦА В РИСК.

Органи за закрила на детето

Според чл.14 от Конституцията на Република България семейството, майчинството и децата са под закрила на държавата и обществото (Constitution of the Republic of Bulgaria, 1991). Управлението и функционирането на системата за закрила на детето в България е свързано с дейността на следните органи (Article 6, Child Protection Act, 2000): Министерски съвет на република България чрез министъра на труда и социалната политика; министъра на вътрешните работи, министъра на образованието и науката, министъра на правосъдието, министъра на външните работи, министъра на културата, министъра на здравеопазването, областни администрации и кметове на общини; председател на Държавната агенция за закрила на детето и администрацията, която го подпомага при осъществяване на неговите правомощия; дирекции „Социално подпомагане“ от териториалните структури на Агенцията за социално подпомагане.

Фактори, които поставят децата в риск и оказват влияние върху благосъстоянието им

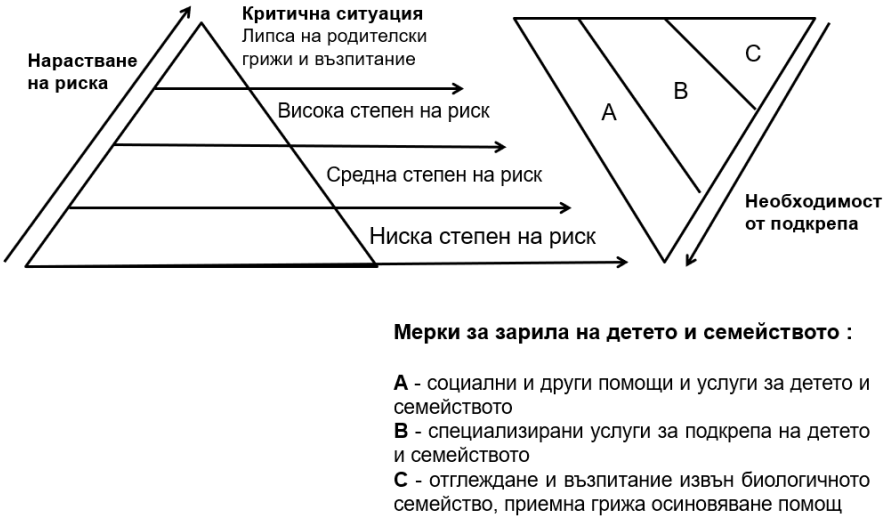
Съществуват редица фактори, които са причина за въздействие върху благосъстоянието на децата и попадането им в ситуация на риск, като те са различни по вида и степента на тяхното въздействие. Основните сред тях са (Kartalova, K., 2013):

- *семейна среда* – един от основните фактори, поставящи децата в риск, тъй като оказва съществено влияние върху формирането на детето като личност. Семейството е първата система, в която детето се социализира и от това зависи по-нататъшното му функциониране и развитие. То е първото място, което е необходимо да се изследва, след като е получен сигнал за дете в риск, тъй като в редица случаи децата в семейства с конфликти и насилие са най-уязвими;
- *училищна среда* – втората значима среда, с която взаимодейства детето е училището. Като фактор то има определящо влияние върху образователната компетентност, възпитанието и развитието на подрастващите;
- *приятелски кръг* – като неформална среда оказва влияние върху възпитанието, формирането и поведението на децата. От значение за превенция на риска за децата е изучаването на средата от връстници и приятели от групи с асоциална субкултура;
- *медии и електронни средства за информация и комуникация* – наред с множеството възможности на медиите и електронните средства, съществуват и негативни последствия при неправилно ползване, които поставят в риск детето. Това може да се реализира от една страна с внушенията на тесктовете на песни и заглавия на филми. Особено тежки са случаите, когато зад прикрита самоличност се реализират користни цели за живота и здравето на децата, като въвличането им в детска порнография, трафик, сексуална експлоатация, психически тормоз и други;
- *личностни особености на децата* – спецификата на възрастовото развитие също понякога благоприятства появата на риск. Затова целенасочената работа за развитие на умения за справяне в трудни ситуации, за самопознание, самоценност и увереност в себе си са от значение за превенция на риска при децата.

Модел на социална защита на детето в риск

Моделът на социална защита на детето в риск изобразена на (Фиг.1) се основава на виждането за равнопоставеност на потребностите и разграничаване на четири категории групи от деца и семейства в зависимост от степента на риск. Една обновена инфраструктура от социални и други услуги за деца и семейства от средна и висока степен на риск се ръководи от виждането за инвестиране в нивата на подкрепа и от подхода поставящ акцент върху положението, че през различните възрастови етапи от детството е необходима специфична насоченост и определена активност за разрешаване на различните ситуации на риск (Nunev, S., 2003).

Схема на взаимодействието между фаторирите за закрила на детето и ситуациите на риск, изискващи управление и контрол.



Фиг.1. Модел на социална защита на дете в риск

Нивото на риск влияе върху мерките, които ще се предприемат за да се осигури благосъстоянието на детето. Колкото е по-висок рискът, толкова мерките за закрила се динамизират, увеличават и усложняват. Установявайки случая по време на ниската степен на риска е възможно да се предприемат мерки за закрила в семейната среда. Необходимо е да се отбележи, че в практиката немалко случаи, за които е подаден сигнал в Отдел „Закрила на детето“, са с висок риск за живота и здравето на детето и поради това се налага мярка за извеждането му извън семейството по административен ред. Целта на модела е да се установят по-рано нискорисковите семейства, за да се реагира своевременно и да се предотврати нарастването на риска.

Управление на случай на дете в риск

Управлението на случай за закрила на дете в риск е метод, чрез който се осигурява връзка, последователност и непрекъснатост на процеса на помагане, намеса и се изразява в организация, координация и контрол на всички дейности и услуги, които го съставляват. В този смисъл управлението на случай обхваща интервенциите насочени към детето, неговото семейство, към жизнената им среда, включително институциите, функциониращи в тази общност. Управлението на случай представлява последователен процес, в който се съчетават различни подходи, методи и средства за определяне на мерките и интервенциите в зависимост от крайните цели и контекста, в който те се осъществяват (Methodology for case management of a child at risk).

Основните компоненти на процеса на управление на случай на дете в риск

На основата на обнародвани нормативни актове, правилници за прилагането им и наредби към тях е разработена Методика за управление на случай за закрила на дете в риск от Отдел „Закрила на детето“, чрез която се определя технологията на работа на водещият случайя социален работник. Създаден е алгоритъм, който позволява да се обхванат всички аспекти, за да се получи цялостна картина на проблемните зони, към които ще се насочи дейността. По този начин социалният работник следва всяка стъпка, ориентира се в процеса на предоставяне на закрила на детето. Всяко действие от страна на социалният работник е обосновано и представено с описание на факти, обстоятелства и обективни аргументи, които се представят под формата на доклад. Действията му се характеризират с последователност и са насочени към елиминиране на риска за детето на основата на оценка на риска, планиране на дейностите, периодичен преглед и оценяване на реализираните действия. Това позволява да се

установи качеството и ефектевността на предприетите мерки, както и необходимостта от допълнителни такива. В организационен и технологичен план Методиката за управление на случай за закрила на дете в риск от Отдел „Закрила на детето“ включва следните основни компоненти (Methodology for case managementof a child at risk):

A. *Получаване на сигнал и регистриране*. Съществуват различни начини, по които се получават сигнали за дете в риск. Писмен, устен или от електронни източници. Социалният работник регистрира, проверява и оценява всяка получена информация за нарушаване правата на дете или застрашаване на неговото психическо, физическо и социално развитие по определена процедура, в законовоустановени срокове. При всеки сигнал (подаден от самото дете, родителите, физически лица, държавни органи или юридически лица и др.) се извършва проучване и оценка на сигнала и при установяване на риск за детето се открива случай.

B. *Проверка на сигнал и първоначална оценка*. При получаване на сигнал за дете в риск и при извършване на проучването, ролята на социалния работник е да събере информация от всички възможни източници. След което получената информация се обобщава и се извършва оценка на риска. Отдел „Закрила на детето" извършва проучване, като събира възможно най-подробно информация от всички достъпни източници – от детето, семейството, училището, детската ясла или детската градина, специализираната институция, от роднини, близки, съседи, личен лекар, друга дирекция „Социално подпомагане“ и т. н. Въз основа на събраните данни се взема решение дали детето се нуждае от закрила и какви мерки е необходимо да се предприемат. От събраната и обобщена информация се извършва оценка на риска. При констатиран риск, водещия социален работник открива случай. За сигнали, които не се доказва риск остават на ниво сигнали и се приключва работата.

C. *Мерки за закрила на детето в риск*. За предпазването от попадане на децата в риск, за бързото овладяване на рисковата ситуация и за незадълбочаване на проблема е необходимо своевремнно и адекватно реализиране на дейности чрез подходящи мерки за закрила. На база на оценката и становището се предприемат действия и мерки за закрила на детето. В зависимост от това дали рискът е висок или нисък, законодателят предлага две форми на закрила: в семейната среда и извън нея, т.е. извеждане на детето от семейството. Мерките за закрила на детето в семейна среда се прилагат, тогава когато рискът за живота и здравето на детето е нисък или среден. Когато родителите имат желание да се грижат за децата, но нямат материални възможности или други обстоятелства, които не поставят детето в ситуация на висок риск.

D. *Основания за настаняване извън семейството*. Настаняването на детето се налага като крайна мярка, защото всяко дете има право да расте и се отглежда в биологичното си семейсто и в негов интерес е да живее с родителите си. Но ако рискът за детето е висок и семейството оказва негативно влияние върху физическото и психическото развитие, тогава детето следва да се изведе от семейството. При извеждане първо се проучват близки и роднини, които биха поели грижите за детето, след като не се намреят такива се настанява в приемно семейство. Настаняването в институция също е крайна мярка, защото детето трябва да расте и се отглежда в среда близка до семейната.

ИЗВОДИ

Социалната работа с деца в риск изисква добра професионална подготовка на социалния работник. Той решава съдби на деца нуждаещи се от подкрепа и помощ. Социалния работник трябва безусловно да приеме детето, да прояви разбиране, топлота, загриженост, любов и интерес към нвго. Те допринасят за по-добро вникване във вътрешния свят и преживяванията му и същевременно помагат на специалиста да убеди детето, че може да се довери, да сподели мисли и чувства за възникналите трудности и да разчита на помощта на социалния работник. Повишаването на качеството и ефективността на социалната работа с деца в риск изисква добра организация на технологичния процес, задълбочено вникване в същността на проблема и съобразяване с най-добрия интерс на децата. В тази насока е необходимо социалните работници в сферата на закрилата на детето

да знаят какво правят, защо от тях зависят съдбите на децата. Социалният работник има нужда не само от високо ниво на професионална компетентност, но и ясно виждане относно подкрепата на деца и семейства в уязвима ситуация.

REFERENCES

Child Protection Act (2000), DV. No. 48, as amended. and ext. DV, issue 58 of July 23, 2019.

Constitution of the Republic of Bulgaria, (1991).

Kartalova, R. (2013). *Socio-pedagogical work with children at risk*. Veliko Tarnovo: Publishing House Veliko Tarnovo University "St. St. Cyril and Methodius".

Methodology for case management of a child at risk. State Agency for Child Protection. URL: https://sacp.government.bg/sites/default/files/regulatorybase/normativna-baza-1308.pdf

Nunev, S. (2003). *Theoretical and applied aspects of social work whit children at risk*. Ed. Antos, Shumen.

Convention on the Rights of the Child (1989), United Nations.

TRU-SSS-SW-04

SOCIAL WORK WITH GROUPS – NATURE, CONTENT AND TECHNOLOGICAL FEATURES AND PRINCIPLES [28]

Burchin Ahmedova – student
Department of Public Health and Social Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359897582214
e-mail: burci_98@abv.bg

Assoc. Prof. Sasho Nunev, DSc of Social Work/ Scientific Supervisor
Department of Public Health and Social Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359886 802 466
e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Abstract: *The article aims to clarify the nature of working with groups as a method of social work. The purpose of this method is to help group members deal with certain difficulties and problems. On the one hand, the meaning of social group work is the positive change of the individual group member, and on the other hand, supporting the whole group by helping each other to cope with the problems. Social work is looking for a solution to the problems of human relations. The mission of the social worker is to restore the normal social functioning of the individual members and the group as interdependent elements. The report seeks to clarify the stages that group members go through, the factors that affect group work and the conditions for achieving effective group work.*

Keywords: *Group, Method, Dynamics, Factors, Conditions, Change*

ВЪВЕДЕНИЕ

Социалната работа с групи възниква в началото на XIX век в САЩ. Официално е призната за метод на социалната работа през 1930 година. В исторически план този метод се оформя с възникване на социалната помощ или социалното подпомагане и като дейност на благотворителни и религиозни организации, и като дейност на държавата. В груповата работа социалният работник не се фокусира само и единствено върху групата като цяло, но и всеки един член на групата. Целта на груповата работа е да се удовлетворяват индивидуалните потребности на всеки неин член, или защита на личните му интереси чрез достигане на общогрупови цели. Социалната работа с групи е метод, който помага на индивидите и групите да достигнат капацитетите на своето социално функциониране чрез опита в групата (Dimitrova, N., 2001).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Същност на групата

Помагаща дейност, която използва възможностите на груповия процес и взаимодействие, се основава на теорията на социалните системи, насърчава взаимодействието и взаимното подпомагане за постигане на позитивни промени в личностен и междуличностен аспект. Социалната работа с групи е целенасочена дейност за предоставяне на подкрепа с фокус към задоволяване на идентифицирани потребности и решаване на определени проблеми. Дейността е ориентирана както към членове, така и към групата като среда за взаимопомощ в рамките на системата за предоставяне на социални услуги. Участвайки като член в дадена група, личността не спира да взаимодейства и с други важни за нейния живот системи като семейство, приятелски кръг, етническа група и други. Тези системи оказват влияние върху нейното социално функциониране. Поради това е важно

[28] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Социални дейности" с оригинално заглавие на български език: СОЦИАЛНА РАБОТА С ГРУПИ – СЪЩНОСТ, СЪДЪРЖАНИЕ, ТЕХНОЛОГИЧНИ ОСОБЕНОСТИ И ПРИНЦИПИ.

членовете на групата да се разглеждат в три аспекта: отделна личност, част от групата за справяне с проблемите и част от други системи, които оказват влияние върху неговото функциониране (Nunev, S., 2015).

Видове групи

Хората членуват в различни видове групи и това спомага за разбиране на взаимоотношенията между членовете и средата, в която може да се проведе социална работа с групи. Разграничават се следните видове групи:

първични групи- групи от хора, например семейство или близки приятелски кръгове, където съществува непосредствено и емоционално наситено общуване, а също така и високо ниво на взаимозависимост;

вторични групи – членовете не винаги влизат в пряк контакт . В преобладаващата си част те са официално организирани с определена цел;

сформирани – специално формирани във връзка с определена цел. Това се осъществява или от самите членове или от външно лице;

естествени – създават се спонтанно на основата на естествено възникнали в даден момент събития от хора, които се намират заедно на едно и също място (Nunev, S., 2015).

Видове групи използвани в социалната работа

В теорията и практиката на социалната работа се разграничават следните видове групи (Nunev, S., 2015). Таблица 1 са изобразени групите според целта.

Таблица 1. Видове групи според целта

Групи според целта
***за обучение* – усвояването от клиентите на нови знания, които ще подобрят психо-социалното им функциониране;**
***за подкрепа* – формират се от хора, сблъскващи се с сходни обстоятелства на затруднение, които биха могли да си помагат чрез обмен на опит, идеи и чувства;**
***за социализация* – помагат за развиване нагласи и поведение за удовлетворяващо участие в обществения живот; управление на междуличностни конфликти, социални компетенции като работа със сложни емоции;**
***за терапия* – фокусира се в/у личните проблеми на членовете; оказване на помощ за справяне със споделени трудности и проблеми за постигане на персонални промени в поведението или познанието;**
***ориентирани към решаването на задачи* – за решаване на задачи както на членовете, така и на такива, които имат по-широк периметър; оценките се правят във връзка с изпълнените задачи;**
***за самопомощ* – самоусъвършенстване чрез развитие на самосъзнанието, което трябва да допринесе за подобряване на социалното функциониране и приемане на обществените норми;**
***за овластяване/освобождаване* – оказване на помощ за развиване на информираността си за източниците на тяхното потискане , както и подпомагането им за справяне с потисничеството.**

Фактори влияещи върху груповите процеси

Редица фактори оказват влияние върху ефективността на функционирането на групата. Водещо значение сред тях имат:

- *групово взаимодействие* – допринася за осъществяване на общи цели, посредством разпределяне на роли, задачи, дейности, ресурси за да се координират общите усилия;
- *групова взаимозависимост* – всички членове са взаимозависими един от друг, защото целта на груповата работа е членовете да си оказват подкрепа и помощ, да постигнат личните и груповите цели заедно. Именно затова взаимозависимостта е фактор, който оказва влияние върху груповия процес, ако

няма взаимозависимост между членовете, те не биха постигнали поставените цели и задачи;

- *групова структура* – спомага за правилно разпределение на ролите и отговорностите на членовете, всеки един трябва да знае какви отговорности има и какво се очаква от него, за да няма недоволства и противоречия;
- *групови цели* – за да се постигне резултат от работата с групата, трябва да има поставени цели, които да карат члеовете да се стремят за постигане на целта. Груповата цел трябва да удовлетвори както индивидуалните така и груповите потребности, защото ако отделните членове не задоволят своите потребности, няма как да се постигне груповата цел;
- *групова сплотеност* – членовете трябва да бъдат близки, за да споделят истинските си чувства и преживявания и да постигнат ефект от груповата работа. Сплотеността помага на групата да разреши проблемите на всеки един член и на групата.

Групова динамика

Психологичекото въздействие на групата върху отделния член и въздействието на всеки челн върху цялата група. Груповата динамика „се отнася до система от поведения и психични процеси, възникващи в групата. Между членовете на групата съществува състояние на взаимозависимост, груповите динамики повлияват на индивидуалното поведение“ (Parisov, P., & Sotirova, V., 2012). Влияние на групата върху членовете и житейският опит на отделните членове, разграничават се следните динамики в групата:

- всеки член на групата се влияе както от групата като цяло, така и от всеки един отделен член;
- всеки член е преминал през различни житейски ситуации, всеки реагира различно на определени дразнители, за няко членове определени действия могат да се приемат като дразнители, а другите да го приемат като нормално действие, поради това групата е динамична и отношенията между нейните членове се променят много бързо;
- във всяка група, именно като последица от извършването на различни дейности спонтанно възникват чувства на симпатия, антипатия или неутрално отношение. Тези чувства влияят по-нататък на начина, по който ще се извършва взаимодействието, те са и индикатор за това как протича то, доколко те стоят в основата на изборите за взаимодействие между участниците (Dimitrova, N., 2001).

Принципи на социална работа с групи

Принципите са като закони за социалните работници, в работата с групи социалният работник се съобразява с редица изисквания за това, как трябва да се отнася към членовете на групата. Открояват се определени принципи на социална работа с групи:

- съобразяване с последствията от действията във връзка с уникалността и различността на всеки от членовете на групата;
- проява на искреност при приемане на всеки индивид с неговата уникалност, силни и слаби страни;
- създаване на целенасочени взаимодействия между социален работник и клиент;
- осигуряване на помощ и насърчаване на отношенията за сътрудничество;
- насърчаване на всеки член от групата да участва в зависимост от собственото ниво на развитие и капацитет предоставяне на възможност да развие умения;
- използване на хуманен подход и високо ниво на отговорност;
- предоставяне на възможност на групата за по-високо ниво на независимост и капацитет за оказване на помощ;
- социалния работник трябва да използва научни методи при установи факти, анализ и диагностика на индивидуално, групово и социално равнище;
- социалния работник приема членовете на групата такива, каквито са, без да ги осъжда за поведението им;

- предоставяне на възможност на членовете на групата да развиват собственото си поведение и да избират своята отправна точка (Parisov, P., & Sotirova, V., 2012).

Етапи на социална работа с групи

Всяка група независимо от вида си преминава през различни етапи, тези етапи подпомагат социалния работник да разбере в кой етап на работа се намира групата, да прецени какво следва и да предприеме мерки и действия за подготовка на членовете (Nunev, S., 2015).

- ***етап на приемане*** – представят се интересите и се идентифицират потребностите на бъдещите членове на групата. Взема се решение, кои от заявилите желание могат да бъдат включени в групова работа, определят се целите на групата;
- ***етап на подбор на членове*** – изисква вземане на предвид дескриптивни(описателни и поведенчески) фактори. Факторите възраст, пол, и ниво на образование са дескриптивни и чрез тях може да се постигне хомогенност или разнообразие в рамките на групата;
- ***етап на оценка и планиране*** – осъществява се по-задълбочена оценка, прецизиране на формулираните цели и план за намеса;
- ***етап на развитие на групата и намеса*** – групите трябва да достигнат определено ниво на взаимозависимост, позволяващо им да постигнат целите и задачите си, което да удовлетворява членовете им;
- ***етап на оценяване и приключване*** – разглежда се не като еднократен, а непрекъснат процес. Решението за приключване се основава на изпълняването на индивидуалните и групови цели, изтичане на определения времеви период, неуспехи на групата, недостиг на средства за поддържане, напускане на работата на социалния работник.

Норми и правила в групата

Нормите могат да бъдат писани и неписани. Те могат да се приемат след обсъждане, могат и да се налагат от лидера, или болшинството. Тяхното влияние е в мисленето, поведението, външните атрибути. За да станеш член на групата ти приемаш тези норми и правила. За да продължиш да бъдеш в групата ти си принуден да ги спазваш.

Групата има система от санкции и възнаграждения, чрез които гарантира тяхното спазване. Традициите и ритуалите са също проява на влиянието и натиска чрез нормите и правилата в групата (Dimitrova, N., 2001).

Важни аспекти на груповите норми и правила

Груповите правила представляват своеобразен кодекс, който важи за всички членове на групата, както социалният работник така и останалите членове на групат. Важно е как се приемат нормите за функциониране на групата и следва да се разграничат следните начини за приемане на нормите:

- чрез обсъждане на рационално ниво и съгласуване;
- дали този своеобразен групов кодекс е константен и не подлежи на промяна или е отворен за промяна и нововъведения;
- какви са нормите, като съдържание, дали изразяват както груповите интереси така и уважение към индивидуалното, към човешкото достойнство, или са норми отчитащи единствено суверенитета на групата и неглижиращи правото на индивидуалната територия на всеки член на групата. Дали тези норми уважават различието или толерират единствено общото между членовете на групата;
- участието и особено неучастието на членовете на групата в нейната работа (Dimitrova, N., 2001).

ИЗВОДИ

Социалната работа с групи е важен метод на социалната работа. Значим и динамичен е, защото членовете на групата са различни, те имат различни интереси, потребности, способности, преживявания, опит и други. Социалният работник във функцията на водещ на групата трябва да може да ги обедини в едно цяло. Всеки член трябва да се идетифицира с групата за да може да се чувства част от нея. Поради това е необходима работа с двама

клиенти – индивида и групата. Приемайки желанията на отделния член, не трябва да се пренебрегва общият интерес на групата. Социалната работа с групи изисква от социалния работник високо ниво на професионална компетентност, за да бъде с високо ниво на качество и ефективност.

REFERENCES

Dimitrova, N., (2001). *Fundamentals and methods of social work*. Sofia: Litera Publishing House.

Nunev, S., (2015). *Lecture course, Methods of Social Work II* (*Working with Groups*).

Parisov, P., & Sotirova, V., (2012). *Methods in social work. Publisher*: IM "Neofit Rilski".

Shipkovenski, N., (2016). *Guide for work on methodology for improving the social skills of children with special needs*. Sofia: Center for Mental Health "Prof. N. Shipkovenski ” EOOD.

TRU-SSS-SW-05

INTERENET DEPENDENCY- SOLICITATION, ATTITUDES, BEHAVIOR – FOCUS ON DIGITAL DEPENDENCE [29]

Sevgi Hulmi – student / Specialty Social Work
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0896562710
e-mail: sewgi.h21@abv.bg

Assoc. Prof. Sasho Nunev, DSc of Social Work/ Scientific Supervisor
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359886 802 466
e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Abstract: *Social work focuses on specific aspects based on strengths, because each member of the group has their own strengths and resources, and the role of the social worker is to help build on their personal skills and support systems that contribute to overcoming of their problems. In group work, the specificity of the problems is manifested and causes the use of certain techniques of group work.*

Key words: *Social Work; Social Work with Groups; Group Meetings, Elements, Strategy*.

ВЪВЕДЕНИЕ

Груповата работа е метод, който позволява да изследваме себе си, нашият вътрешен свят, конфликти и болезнени теми в безопасна, защитена среда, в която ще бъдем приети без осъждане и критика и ще получим адекватна обратна връзка за чувствата и емоционалните преживявания както нашите, така и на другите участници в групата. В тази тема акцентът е в следните дейности: специфика на протичането на работни срещи, насочени към взаимодействията между хората и тяхната социална обкръжаваща среда, които засягат способността им да изпълняват житейските си задачи, намаляват дистреса и им помагат да реализират техните стремежи и ценности чрез взаимната групова работа. Стратегията на социалния работник е разкриването на специфика на протичането на работни срещи и насоченост в зависимост от елемента „възраст и способност на членовете на групата за изразяване", уточняване на специфика на протичането на работни срещи и насоченост на взаимодействие от елемента „авторитет и власт на социалния работник", формулиране на специфика на протичането на работни срещи и насоченост от елемента „същност на проблемите на клиентите", акцентиране на специфика на протичането на работни срещи,насоченост и свързаност от елемента „място за срещи", излагане на специфика на протичането на работни срещи и насоченост в взаимозависимост от елемента „времеви рамки", установяване на специфика на протичането на работни срещи и насоченост на взаимоотношение от елемента „същност на проблемите на клиентите", фиксиране на формирането на стратегия на социалния работник и динамика на протичане на работните стрещи (Nunev,S., 2020).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Социалната работа с групи се използват за генериране на нови идеи, за вземане на решения и за намиране на решения на организационни проблеми. Работната групова среща има три основни цели: среща с нужда от клиент, потребности от организация на срещи,

[29] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Социални дейности" с оригинално заглавие на български език: СОЦИАЛНАТА РАБОТА С ГРУПИ И СТРАТЕГИЯ НА СОЦИАЛНИЯ РАБОТНИК – ФОКУСИРАНЕ ВЪРХУ ОПРЕДЕЛЕНИ ЕЛЕМЕНТИ.

среща на нуждите на общността. Фокусът на груповия процес е върху усвояването на практични инструменти и методи, с които да планираме, провеждаме и обобщаваме работни срещи, които водят до устойчиви, стабилни и жизненоспособни резултати. Социална работа акцентира върху специфични аспекти основаващи се на силните страни, защото всеки член на групата притежава свои силни страни и ресурси, и ролята на социалния работник е да помогне за изграждането на тяхна основа на личностни умения и системи за подкрепа, които да допринесат за преодоляване на проблемите им.

Стратегията на социалния работник

Стратегията се очертава в реализиране чрез превръщане на всяка промяна в позитивни възможности. Тя се описва, като процес на вземане на решения относно бъдещи събития. При нея може да се наблюдава интеракцията между идеите и действията.Ролята на социалния работник в този контекст е поддържане на непрекъсната обратна връзка с участниците в груповата работа. Социалният работник трябва да създаде подходящи условия за изясняване на преживяванията в групата и да им даде ходове за позитивен изход от ситуацията, която ги тревожи и създава проблемни точки. Също трябва да уточни, както на себе си така и на персонала очакванията. Какво очакват членовете на групата и групата като цяло,персонала на услугата и социалния работник. Така ще се постигне взаимно спокойствие от страните. Друг важен фактор е до личността и професионалния опит на социалния работник. Каква роля и функция за предоставяне на подкрепа има той, какви насоки може да предаде за груповото взаимодействие и взаимна помощ.При осъществяване на групова среща всеки от участниците има възможност да наблюдава и оценява останалите и също така самия той да е наблюдаван и оценяван (Nunev,S.,2020).

Възраст и способност на членовете на групата за изразяване

Социалния работник трябва да представя по проходими и съобразени с възрастовите особености на членовете на групата начин своята функция и роля в контекста на групая помагаш процес. Също така да предаде по достъпен и съобразен с възрастовите различия на членовете на групата своята функция и роля в обстоятелствата на груповия помагащ процес. Социалният работник без оглед от възрастта на членовете дали са деца, младежи, възрастни или стари хора трябва точно и ясно да представи целта.От важно значение е използването на допълнителни средства като например различни дейности представляващи интерес за членовете за поддържане на обратна връзка.Способността правилно да се възприемат членовете се подобрява с добър подбор относно възрастовите особености в групата. Точното взаимно възприемане на групата е движеща сила в взаимния процес на работата в група,както и правилата в групата и оценката на членовете в дадена група трябва да се насочат към повишаване на способността да се възприемат ролите на отделните членове в групата (Nunev, S.,2020).

Авторитет и власт на социалния работник

Авторитетът на социалният работник се свързва със знания, нравствени достойнства и опит му. Властта има различни форми, различни източници, може да бъде измерена по различни начини. В широк смисъл на думата властта може да се определи като способност на индивида да контролира и променя средата, включително и поведението на околните (Usheva. M., 2010).

Способноста на социалния работник е да контролира и променя средата, включително и поведението на околните. Методът на социалния работник за открито предпазване на въпроса за авторитета и властта му по време на първата групова работа може да бъде важен фактор за здравното причината мазето на проблеми на необходимостта да се работи и да се използва помощта на групата за преодоляването му. Методът на социалния работник за открито представяне на въпроса за авторитета и властта му по време на първата групова работа може да бъде важен фактор, да се предвиди необходимостта да се работи и да се използва помощта на групата за преодоляването му. Изявяват се някои основни въпроса, които изискват разрешаване: Групата или лидерът (социалния работник) имат първичен контрол? Какви са границите на силата на групата и на социалният работник и до каква степен той ще използва силата си? **(**Zastrow. C.,2009).

Тази несигурност води до безпокойство и значителни изпитания от членовете на групата, за да преценят границите и да установят норми за силата и авторитета както на групата, така и на лидера (социалния работник). По време на тази борба лидерът трябва да помогне на членовете да разберат естеството на борбата за власт, да оказва емоционална подкрепа, за да помогне на членовете да преодолеят дискомфорта от несигурността и да помогне за установяване на норми за разрешаване на несигурността. Авторитета и властта на социалния работник очертава рамка на професионално и компетентно информиране на членовете на групата чрез използване на специализиращи източници по проблемите и трудностите, популяризиране и внедряване на утвърдени практики за въздействие върху социалното развитие на груповата работа (Nunev,S.,2020).

Същност на проблемите на клиентите

Ясното и без наличие на притеснения назоваването на специфичните проблеми на клиентите са важна стъпка. Особено важно значение допринася постигането на договореност на характерните проблеми на клиентите. Тези аспекти пораждат определени трудности при наличието им. Тежките заболявания или нелечими, или такива, които съдържат по дълъг процес на лечение придават шокиращо въздействие и неизвестност. В някои случаи, когато някои клиенти се сблъскват с динамични чувства и преживявания,чувстват се самоизолирани, прекомерна, самокритика, прекомерна емоционалност, отчуждение, нещастие, негативни събития и др. В тази насока социалният работник трябва да обясни спокойно по не тревожещ начин на членовете на групата целта на груповата работа, да изрази своята съпричастност и загриженост към трудностите и проблемите, които се сблъскват в момента клиентите. Социалният работник трябва да цитира теми на клиентите, които влияят в положителен подход на проблемите им. решаването на проблеми е процес, който е централен за практиката на социална работа с групи (Nunev, S.,2020).

Фактори по отношение на времето и мястото

При планирането на структурата на групата социалния работникът трябва да вземе предвид редица фактори по отношение на времето и мястото:

- времеви условия за работа на групата и рационалната за тях непрекъснатост, честота на срещите, продължителност на срещите, част от деня, продължителност на съществуването на групата (брой работни срещи, седмици, месеци)
- условията за групата и обосновката за тях, място за провеждане на груповите срещи
- удобен транспорт и достъпна среда;
- съобразяване със спецификата на проблемите на клиентите;
- пространство в помещението и обзавеждане (Northen. H.,2001).

Място за срещи

В случаите при които участниците в групова работа, които пребивават в сграда, като например болница, превъзпитателно заведение, затвор или друга система, социалните работници имат групови срещи с болничния персонал и другите персонали. Тази социална групова работа се визира при определена среда. Всяка специфична институционална среда има своите особености и важни моменти за протичане на работния процес. Тези места привнасят и опита от взаимодействието с обкръжението,средата в която те пребивават всекидневно. Партнирането в тези условия допринася за взаимната работа с възникналите бариери и трудности независимо в каква среда се намират членовете на групата. Взаимната помощ и подкрепа създава условия те да се справят с наличните преживявания, състояния на тревога дори и страх в някои случаи и ролята на социалния работник е да вникне в техните преживявания и да подходи по позитивин изход за тяхното преодоляване. Работната среща е изключително важна, защото работата в тази среда все още продължава процесът на проучване,взаимното опознаване и ако социалния работник не предприеме необходимите действия ще продължат хората да живеят в тези безпокойства, ще бъдат под напрежение неизвестно време. Социалният работник обединявайки членовете на групата в основата на феномена „всички в една лодка“ доказва че и други хора се срещат със същите проблемни точки и трудни моменти (Nunev, S.,2020).

Времеви рамки

Оптимално разпределяне на времето, което позволява да преминат през всички работни етапи е водещ акцент. Погледът на социалния работник върху определен времев лимит, през която трябва да се реализира работата с определена група изисква не само създаване на стабилна и ползотворна организация и структура,но и формирането на съобразена с фактора време стратегии и подходи за работа с група и с нейните членове. При ефективното разпределение и използване на времето е необходимо създаването на стратегия и подходи на работата с група и нейните членове. Добрата организация е също важнен момент от работния процес. Социалния работник трябва много правилно, уместно и благополучно да прецени колко време ще му отнеме да работи с двамата клиенти - тоест с групата като цяло и индивидите с нея представене като членове на групата. В тази насока обаче социалния работник трябва да осъществи успешно предварително настройване и една добра предварителна подготовка в следващите ходове, цели ,стремежи и посока на движение на груповите работни срещи. Успешността на тези взаимодействия зависи и от изградената вече у социалния работник времева рамка, която се намира в пряка връзка със социално-перцептивната му компетентност (Nunev, S.,2020).

Основни параметри в дейността на социалните работници при практическата работа в група включват следните компоненти:

- взаимопомощ – груповата работа е работа с клиенти, обединени, сплотени и организирани в групи, в които основните методи могат да бъдат: терапия в групата, групова терапия и лечение, терапия посредством групата или съчетание от всички подходи,системи и начини на действия;
- цел – облекчение,улеснение на комуникацията и подпомагане за отслабяването и намаляването до минимум на бариерите и социалната изолация, решението и постановлението на проблемите,усложненията и трудностите благодарение на социалната среда и обществото като цяло;
- роли в процеса на групова работа – функцията и задачите в социалната работа с група, социалният работник може да играе както основна (централна) роля, така и спомагателна роля (оказващ помощ).
- направление на дейностите – в аспекта на социалната работа с група, разглеждайки различни типове и видове групи, крайната цел и стремеж на груповата дейност и активна работа се изобразява и извежда в ефективното личностно и групово функциониране на потребителите в обществото и социума,тоест между моралните връзки на хората (Vasileva, H.,2017).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В резултат на разгледаната тема можем да обобщим, че реализирането на началната фаза на работа с група се отличава с особености, които се определят от възрастта и способността на участниците да се включат в групова работа,да изразяват своите мисли, чувства и преживявания в условиятя на груповото взаимодействие, авторитета и властта на социалния работник, мястото за провеждане на работните срещи и времевата рамка, която много добре и точно трябва да бъде определена. Груповия водещ трябва да умее да открива и да анализира проблемите на другите. Най-важната цел на социалната работа е да подпомогне и подкрепя социалната промяна, според мен е всеки член на групата и групата като цяло имат възможност да развият потенциалите и способностите си, да постигне най-високо ниво на социален статус и да предотврати трудности и кризи ситуации и бариери. Поддържането на обратна връска е изключително важна цел процеса на работа.

Точното взаимно възприемане на групата е движеща сила в взаимния процес на работата в група,както и правилата в групата и оценката на членовете в дадена група трябва да се насочат към повишаване на способността да се възприемат ролите на отделните членове в групата.Идентифицирането на възможностите за развитие и разширете крайния цели е мисия за социалния работник. Поддържането на баланс е важна стъпка за положително и ефективно взаимодействие и взаимопомощ с групата.

REFERENCES

Northen. H. (2001). Social Work with Groups., New York, p.143. https://books.google.bg/books?id=SW0slEfHqS0C&pg=PA191&dq=social+work+in+group+meetings&hl=bg&sa=X&ved=0ahUKEwjj-dKWn9ToAhVxwsQBHUSXDRUQ6AEIfjAI#v=onepage&q&f=false

Nunev, S. Lecture Course on Methods of Social Work Part II (Working with Groups). Ruse, University of Ruse Kanchev ", 2015, p. 17 - 21.

Usheva. M, Power as a Necessary Condition in Governance, Blagoevgrad, Hristo Botev Publishing House, 2010. http://oldweb.ltu.bg/jmsd/files/articles/27/27-05_M_Usheva.pdf

Vasileva H. Social Work with a Group in the Practical Training of Social Workers, June 2017, p.320. http://sociobrains.com/website/w1465/file/repository/317_321_HRISTINA_KOLAROVA_VASILEVA_SOCIAL_WORK_WITH_GROUPS_IN_PRACTICAL_TRAINING_OF_SOCIAL_WORKERS.pdf

Zastrow. C. (2009). Social Work with Groups: A Comprehensive Workbook. United States, p.14. https://books.google.bg/books?id=kqY8SQigMnwC&printsec=frontcover&dq=social+work+with+groups&hl=bg&sa=X&ved=0ahUKEwje1JTV1tPoAhWEzMQBHVsOAhQQ6AEIJzAA#v=onepage&q&f=false

TRU-SSS-SW-06

SOCIAL WORK WITH GROUPS – NATURE, CONTENT, TECHNOLOGICAL FEATURES AND PRINCIPLES [30]

Stanislava Stoyanova – student / Specialty Social Work
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse ”Angel Kanchev’
Phone: +359894 326 148
e-mail: stasiistyless@gmail.com

Assoc. Prof. Sasho Nunev, DSc of Social Work/ Scientific Supervisor
Department of Public Health and Social Activities
University of Ruse ”Angel Kanchev’
Phone: +359886 802 466
e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Abstract: *The paper discusses social work with groups, their empathy, content and technological features, which are also the principles of social work with groups. The purpose of the report is to make a thorough analysis of the social work with groups and accompanying structural levels, to classify a social work group into a part of the goal, the process of forming, structuring, reconciling the activity. It’s main types of groups are considered, determine their development, characteristics of the group and it’s characteristics features.*

Keywords: *Social work, Social group work, Purpose of social group work, Structure of social group work, Group interactions.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Групата е градивен елемент на обществото. Всеки членува поне в няколко групи – семейство, приятелски кръг, спортен клуб, колегиална общност и други. Групите играят важна роля за разпространението на информация, оформянето на лични мнения и вземането на решения. Групите също така спомагат за оформянето на индивида - като личност изразяваща определено мнение. Всеки човек се развива в някаква група: в семейство, в социална класа, сред връстници и приятели. Развитието на личността, възприятието и говоренето се формират в така наречените начални групи /семейство, училище/. В групата се придобиват качества, трупа се социален опит, усвояват се умения. Всеки индивид на свой ред допринася за формирането на другите. Би било погрешно, ако предположим, че началните групи се основават единствено на любов и хармония. Това единство не винаги е дефинирано и в повечето случаи е поставено на конкурентна основа. Но въпреки несъвършенствата си , на практика семейството се явява като универсална група за всички времена (Stoyanova, S., 2007).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Социалната работа с група представлява практически метод на социалната работа, която подпомага личностите да подобрят своето социално функциониране и чрез целенасочени действия да подпомогне за по-ефективното справяне с индивидуалните, групови или проблеми в микросоциума (Vasileva, K., 2017).

Групата се отличава със следните особености: общ живот и дейност на този състав в единни за всички членове на групата пространствени и времеви условия; постоянни непосредствени контакти между членовете - един с друг и с цялата група; обособяване на лидери, които оказват влияние върху участващите в групата индивиди; сплотеност между

[30] Докладът е представен на студентската научна сесия на 28.05.2020г. в секция „Социални дейности“ с оригинално заглавие на български език: СОЦИАЛНА РАБОТА С ГРУПИ – СЪЩНОСТ, СЪДЪРЖАНИЕ, ТЕХНОЛОГИЧНИ ОСОБЕНОСТИ И ПРИНЦИПИ.

членовете на групата и формиране у тях на чувство за "ние"; честота и продължителност на взаимодействията между участниците в групата; съвместна дейност на членовете на групата при практическото решаване на общите за цялата група цели и задачи на дейността; характерно за групата общо мнение по редица въпроси; определеност на ролите, които изпълняват отделните индивиди (Vasileva, K., 2017).

Етапи на развитие на социалната работа с група.

В социалната работа наблюдението е съпътстващ метод, чрез който се събира информация от социалния работник в реална обстановка за клиента – индивид, семейство или група.

В процеса на социална работа помагащия специалист чрез наблюдение (което обхваща по-дълги периоди от време) събира вербална (чрез етика и речта) и невербална (мимики, жестове, пози…) информация както за поведението – постъпки и прояви, така и явленията, и процесите, които съпътстват живота на бенефициента. Това дава възможност впечатленията, които се събират да са пълни и до колкото позволява субективността на метода точни и всестранни, като се избягат „случайностите”, които могат да създадат грешна представа за лицето (Parizov, P., & Sotirova, 2012).

Процесът на помощ в груповата интервенция се осъществява посредством следните етапи:

- етап на целенасочено, основано на разбиране професионално взаимодействие между социалните работници и групата;
- етап на управление на груповите процеси, осъществяване на взаимодействие между всички членове на групата;
- етап на осъществяване на вербална комуникация между членовете на групата;
- етап на осъществяване на невербална комуникация между членовете на групата;
- етап на целенасочен избор и създаване на необходимата терапевтична среда (Stoyanova, S., 2007).

Основни видове социална работа с групи.

В теорията и практиката на социалната работа се представят следните видове групи:

A. Групи за възстановяване – организират се в социална микросреда и включват индивиди с общи ценности, интереси и възгледи, живеещи съвместно в еднакви социални и икономически условия. Водеща цел на дейността им е съвместно рационално споделяне на свободното време. Груповата динамика в този вид групи се базира на спонтанната активност на групата, доброволното приобщаване на членовете, участие в различни събития и игри, съвместно обсъждане на информация и др.
B. Групи за възстановяване на умения – основната им цел е да се помогне на потребителите на услуги да възстановят загубени умения или да ги затвърдят. Такива групи имат достатъчно широк спектър форми на дейност – от различни игри до занятия по приложно изкуство.
C. Групи за обучение – социалната работа в тези групи се основава на общия интерес на потребителите към определен проблем. Тези проблеми в своята същност се фокусират в реалите потребности на отделните индивиди или техните семейства. Работата се фокусира върху социалните им потребности, като организация на семейния бюджет, възпитанието на децата, въпроси за взаимоотношенията и др.
D. Групи за посредничество – дейността им се базира на теорията на социалната система, теорията на малките групи, участието на индивида във взаимодействията в групата. Процесът на оказване на помощ включва настройване и приготовка на социалния работник за взаимодействие с групата. Целта им се изразява в хармонизиране на потребностите на личността и обществото. Социалният работник е в ролята на посредник и вдъхновител.
E. Групи за самопомощ – помощта, която се оказва в групата се базира на взаимната подкрепа на членовете. В този вид групи са заложени принципите

на самоусъвършенстване чрез развитие на самосъзнанието и подобряване на социалното функциониране на членовете на групата (Stoyanova, S., 2007).

Характеристиките на групата в социална и динамична перспектива

Въпреки разликите в размерите им, в структурата им и в дейностите им, всички групи се основават на взаимната зависимост между членовете им. Интуитивно можем да разберем, че не можем да считаме трима души, седящи в три различни стаи и занимаващи се с несвързани задачи, за група, тъй като те не могат да си влияят взаимно по никакъв начин. И все пак, ако се създаде възможност за взаимна връзка помежду им, например, като един човек се повлияе от някой от другите двама, тогава вече бихме могли да се отнесем, към тях като към група.

Група съществува, когато двама или повече души се определят взаимно като членове в нея и съществуването е признато поне от един друг човек (Brown, P., 1999). Тя е съвкупност от лица, свързани и значително зависими взаимно помежду си (Cartwright, D. & Zander, A., 1968). За да се счита една съвкупност от лица за група, задължително трябва да има интеракция помежду им. Под понятието група имаме предвид известен брой хора, свързващи се помежду си, обикновено за продължително време, които са достатъчно малко, така, че всеки човек да може да се свърже с всички останали без посредник или чрез другите, а лице в лице. Групата е обществена единица, съставена от няколко лица с определен статус и определени функционални взаимоотношения помежду си, поддържащи структура от свои собствени стойности и норми, прикриващи поведението на индивидуалните членове на групата, поне що се отнася до самата група (Nunev, S., 2020).

Характерни черти на групите. Взаимна зависимост и интеракция

Взаимна зависимост съществува, когато действията на един член от нея и резултатите от тях се влияят от действията на другите в групата. Най-общо казано можем да определим два основни вида взаимна зависимост: отрицателна взаимна зависимост и положителна взаимна зависимост. Отрицателна взаимна зависимост съществува, когато членовете на групата предполагат, че биха могли да постигнат личните си цели, само ако другите членовете на групата не успеят да реализират целите си. Лица в такава група са склонни да действат един срещу друг и са заети до голяма степен с обществено приравняване. Положителна взаимна зависимост съществува, когато всеки член на групата е свързан с останалите по начин, по който той може да успее, само ако успеят и другите. Индивидуалният член на групата развива схващането, че той успява да постигне собствените си цели не само заради личните качества и умения, които носи със себе си, а също така и заради личните качества и умения на другите в групата и готовността им да му помогнат и да го окуражат. По този начин индивидуалният член на групата схваща своя принос към общия успех на групата. В една група могат да съществуват едновременно различни взаимни връзки между членовете й. По отношение на различни цели или определени резултати членовете на групата могат да развият положителна или отрицателна взаимна зависимост. Взаимната зависимост има различни изражения. Членовете на групата си влияят взаимно по различни начини: Те могат да си дадат взаимно съвет, да разменят преживявания, да поискат реакция или да изискват подчинение.

Размер на група.

Групите се различават една от друга по размера си. Различните комбинации са: малка група (4-20 членове), средна група (20-30 членове) и голяма група (над 40 членове). Все пак средно повечето групи са относително малки и се движат между 2 и 7 членове. Размерът сам по себе си не е много важна характерна черта на групата, въпреки, че косвеното му влияние върху други аспекти на групата е голямо. Двойките, например, се характеризират с особен стил, понеже включват само двама души. Двойката е единствената група, която се разпада, когато я напусне един член, а също така тя е единствената група, която не може да се разцепи на под-групи. Много големите групи, от друга страна, могат да бъдат толкова големи, че членовете им да се затруднят при създаването на взаимно вътрешно представяне, а също така се характеризират и със загуба на интимност. Затова е характерно големите групи да се разпадат на няколко под-групи. Освен това е важно да се запомни, че колкото по-

голяма е групата и се превръща в организация, тя става толкова по-сложна и формално структурирана.

Принципи на социалната работа с групи.

Принципите на социалната работа с групи определят рамката на работа с групата. Те представляват основни ръководни правила, които са проучвани и тествани в условията на научни изследвания и добър опит и практики. В контекста на социалната работа с групи те се интерпретират като допринасящи за предоставянето на качествена и ефективна помощ на членовете на групата, справяйки се с възникналите трудности и проблеми, да се променят и развиват. Целите на социалната работа с групи могат да се изпълнят само при спазване на нейните принципи, което определя мястото и значението им на основна движеща сила в груповия помагащ процес. Разграничаваме следните основни принципи в социалната работа:

Първи принцип на коректно взаимодействие между обект и субект. Успехът на социалната работа, постигането на поставените цели зависи в много голяма степен от коректното взаимодействие между двете страни на социалната работа. Клиентът е длъжен да съдейства на социалния работник, а той трябва да вложи всичките си знания и умения при изпълнението на своите задължения.

Вторият основен принцип е диференциране на социалните дейности и методите на социална работа в зависимост от спецификата на социалния риск и особеностите на клиента. Този принцип е с универсално значение за построяването на цялата система на социалната работа. На основата на него са специализирани и заведенията, в които се обслужват или настаняват лица с определен социален риск. Доколкото е възможно, се конкретизират и методите на социална работа.

Третият ключов принцип е опазване на достойнството на социалните клиенти - лица, семейства или групи от хора. Този принцип се отнася до професионалната етика на социалните работници, която е не по-малко важна от професионалната им подготовка. Принципите и подходите не изчерпват методите на социалната работа. Важна съставна част от тях са социалните техники (умения).

ИЗВОДИ

В процеса на работа се проектират модели за оптимално социално функциониране и стабилизране на емоционалното напрежение. Възможно е да настъпят ситуации, като например:

A. Трудности на отделния член на групата да осъзнае, че собствения му интерес и интереса на другите съвпада. Да схващаш потребността различно, да не са в състояние да видят общата основа между тях и другите, да смятат своите чувства и преживявания за уникални и нямащи връзка с другите. Основната задача на водещия на групата е го накара да осъзнае общите интереси.
B. Сложна задача по създаване на система за взаимопомощ. Тези препятствия произтичат от факта, че групата е сложна система, която трябва да се справи с много задачи за да работи продуктивно.
C. Трудности при осъществяване на комуникация: сферата на възможните проблеми е свързана с бариерите, които пречат на клиента да сподели истинските си мисли и чувства.

Такива бариери могат да са: културата на обществото на клиента и нетолериране на откритото общуване. С помощта на социалния работник участниците изработват нова култура, въвеждат нови норми, които им позволява да разговарят по теми табу. Усилията на социалния работник са насочени към яснота и понятност на комуникацията в групата т.е. рамките трябва да са ясни.

REFERENCES

Brown, P. (1999). Group processes: Dynamics wthn and between group 2nd. Oxford; Wiley-Blackwell.

Cartwright, D. & Zander, A. (eds.) (1968) Group dynamcs: research and theory 3e. London: Tavistock Publications.

Nunev, S. (2015). Lecture course “Methods of social work 2 (work with groups)”. Ruse: Angel Kanchev University of Ruse.

Parizov, P., & Sotirova, V. (2012). Methods in social work. Blagoevgrad: University Publishing House SWU Neofit Rilski.

Stoyanova, S. (2007) .Methods of social work with group. Veliko Tarnovo, Boyka Publishing House.

Vasileva, H. (2017). Social work in a group in the practical training of social workers. SocioBrains Internacional scientific refereed online journal with impact factor, Issue 34, June 2017.

WED-ONLINE-SSS-HC-01

CYSTIC FIBROSIS-AWARENESS AND MEDICOSOCIAL PROBLEMS [31]

Simona Nedelcheva – student
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 089989014
e-mail: simona_99_rz@abv.bg

Assoc. Prof. Despina Georgieva, PhD
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0889789100
e-mail: dpgeorgieva@uni-ruse.bg

Abstract: *About 5% of the population carries a gene that causes cystic fibrosis. The severity of the disease, the involvement of many organs and systems, as well as the low survival of patients raise many questions and problems to the health and social systems of each country. Awareness of the population about the availability of screening and genetic testing, as well as the course of the disease and methods of treatment allow seeking timely medical care, timely accurate diagnosis and appropriate treatment. This report presents a case of 20 years. a girl diagnosed with cystic fibrosis with the right approach to the disease and a good quality of life. It is important to know that cystic fibrosis is a clinical and social problem and people with this disease need support, timely diagnosis and proper treatment and care, including maintenance medication, proper regimen and proper diet.*

Keywords*: Cystic fibrosis, screening, control, awareness, health care, medico-social problems*

ВЪВЕДЕНИЕ

Муковисцидозата (МВ) е автозомно-рецесивно заболяване, с честота за Европа средно 1:2500 до 1:3500 живородени. Най-често се среща при представители на бялата раса в Европа, Северна Америка, Автралия. Честотата е вариабилна в зависимост от етническата и/или географската принадлежност. Общият брой на пациентите с муковисцидоза в България е около 180.

Известно е, че около 5% от населението е носител на мутантния ген, като заболяването се среща предимно в европейските и северноамериканските страни (Georgiev, J., 2016).

Според европейския консенсус за стандартни грижи при пациенти с муковисцидоза центърът за проследяване е добре да бъде приобщен към университетска болница, да осигурява 24-часова помощ, да разполага с 3 до 5 легла в самостоятелни стаи, да има консултативно звено и звено за амбулаторно проследяване. На всеки 3-6 месеца болният да се консултира с пулмолог, физиотерапевт, психолог, диетолог. Един път годишно се извършват: рентгенография, ехокардиография, изследване на лабораторни показатели - хемограма, биохимия, нива на витамини (Perenovska, P., 2011).

В резултат на подобрените неонатални грижи, хирургия, антибиотичното лечение на белодробните усложнения и подобреното хранене се наблюдава увеличаване на средната преживяемост на пациентите до 30 год. Доказана е изключителна корелация между телесното тегло и белодробната функция. Значителна част от пациентите с муковисцидоза имат биохимични, ултразвукови и клинични доказателства за чернодробно засягане. Това води до сериозни хранителни проблеми в резултат на загуба на жлъчни соли, намалено усвояване на мазнини, намаление на мастноразтворимите витамини и промяна на факторите на съсирване. Пациентите с муковисцидоза са с висок риск от ниски нива на незаменимите

[31] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: МУКОВИСЦИДОЗА-ИНФОРМИРАНОСТ И МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ПРОБЛЕМИ.

мастни киселини, омега-3 дълговерижни полиненаситени мастни киселини, което води до кожни лезии, промяна на имунитета, бъбречната, чернодробната и белодробна функции (M. Sinaasappel et al., 2002).

През 1992 год. във Франция е създадена Националната обсерватория (*Observatoire national de la* mucoviscidose, ONM) по муковисцидоза за мониториране на здравното състояние на пациентите. Отчита се за периода 2001–2003 год. средна продължителност на живота 36.4 год. Тези резултати, са по-добри от предходните години и са били свързани с подобрените здравни грижи. Усилията са били насочени към подобряване знанията на пациентите относно методите на лечение. Изследванията на Националната обсерватория на Франция за 2003 год. обхващат 4 104 пациенти, които съставляват едва 63% от теоретично изчислената популация. Това се дължи на пропуснати, недиагностицирани или леки форми на муковисцидоза. От 2003 год. е въведен и масов неонатален скрининг сред новородените с муковисцидоза. Отчита се, че значителен брой от пациентите са пропуснати за диагностициране или страдат от по-лека форма. Включване на новородени с положителен скринингов тест и преглед от специалист веднъж годишно ще осигури надежден мониторинг на здравния статус. Увеличената продължителност на живота се дължи на подобреното лечение и хранене, но се отчита и тенденцията за понижаване на хомозиготи с ΔF 508 генотип, което се отразява благоприятно върху смъртността (Gil Bellis et al., 2007).

Съобщава се (Döring, G., 2007) за случаи от скрининга с нормален потен тест и ДНК мутации за муковисцидоза, което показва, че при изявена клинична картина трябва да се търсят генните мутации за муковисцидоза.

Проучванията при пациенти с муковисцидоза са предизвикателство за здравната система и засегнатите хора поради прогресивния характер на заболяването, големите вариации, тежестта, както и и броя на засегнатите органи.

Проблемите на болните с муковисцидоза в България са свързани с осигуряване на безплатната и своевременна антибактериална и секретолитична терапия, физиотерапия, осигуряване на адекватно хранене с добавка от витамини и микроелементи, психосоциалната адаптация и професионалното ориентиране.

Основната задача според (Nedkova, V., 2013) остава подобряване на преживяемостта на болните и качеството на живот, както и профилактиката на следващите бременности на засегнатите семейства.

ИЗЛОЖЕНИЕ

МВ е най-честото наследствено животозастрашаващо състояние в европейската популация, което афектира както върху деца, така и върху възрастни. То е резултат от мутация в ген (CFTR – cysticfibrosis transmembrane conductance regulator), който кодира протеин регулиращ трансмембранната проводимост и йонния транспорт в епителната повърхност на редица органи и системи в организма. Най-често и силно засегнати са дихателните пътища, панкреатичните канали, чревния тракт, жлъчните пътища, потните канали. Тяхната функция се ограничава от образуването и задържането на гъст, жилав секрет, чието отстраняване е трудно, а понякога и невъзможно. Ограничаването на работата на тези органи и системи води до прогресиране на болестта и значително намаляване на качеството на живот – особено с напредване на възрастта.

Биалелните мутации на гена за трансмембранен регулатор на муковисцидоза, водещи до намаляване или липса на протеинова функция, причиняват МВ (Sosnay PR, Siklosi KR, Van Goor F., 2013). Клиничния синдром при засягане на дихателните пътища е обстойно описан от (Elborn J.S., 2016) и се характеризира се с възпаление, хронични инфекции, инспирация на упорит секрет, бронхиектазии и евентуална преждевременна смърт.

Според (Castellani, C., Assael, BM, 2017) МВ включва множество органи и обхваща много клинични характеристики. Взаимодействията между специфичните за органите болестни процеси в рамките на клиничния синдром, създават сложна мрежа от вероятни причинно-следствени връзки.

Georgiev J (2016) описва най-честите симптоми при МВ. Кашлицата е първия симпотом, като в началото тя може да е суха и дразнеща, но впоследствие става влажна и продуктивна, като храчките обикновено са гнойни. С напредване на заболяването възниква дихателната недостатъчност. Кожата придобива пепеляво-сивкав цвят. Гъстият мукозен секрет създава благоприятни условия за заселване на патогенни бактерии в респираторния тракт и последващи усложнения. Другият чест симптом е диария, дължаща се на засягане на екзокринната функция на панкреаса, установява се при 85% от случаите, като симптомите включват често изхождане на обемисти, мазни изпражнения. Това довежда до намелено усвояване на хранителните вещества, а оттам – лошо наддаване на тегло и изоставане в растежа. Поради лошата резорбция на хранителните вещества, дихателната недостатъчност и учестеното дишане децата са с повишени калорийни нужди и съответно имат много добър апетит. Следващият симптом е хипохлоремична алкалоза в резултат на загубата голямо количество соли. При обилно потене по дрехите остават бели следи след изсъхване, а самата кожа на детето е със солен вкус (т.нар. „солена целувка”). Важно е да се знае, че при интензивна физическа дейност, фебрилитет, изостряне на дихателната недостатъчност загубата на соли се увеличава, като възниква нерушение в хомеостазата – хипохлоремична алкалоза. Установяват се и нарушения в пикочо-половата система, при 95% от момчетата се установява азооспермия, често срещани са и състояния като ингвинална херния, хидроцеле, крипторхизъм. При момичетата често срещана е аменореята особено през периодите на обостряне на дихателната недостатъчност. По принцип тяхната репродуктивна функция не е нарушена. В 15-47% от момичетата се наблюдава инконтиненция на урината особено по време на кашличен пристъп (Georgiev, J., 2016).

Муковисцидозата е клиничен и социален проблем. Качеството на живот на хронично болните и техните близки прогресивно се влошава с естествения ход на заболяването. Прогнозата за момчетата е по-добра. Навреме поставената диагноза внася яснота и в разбирането на родителите и близките за състоянието на детето, позволява на семейството да се адаптира към проблемите, свързани с хроничното заболяване, да реши въпроса с пренаталната диагностика при следваща бременност (Perenovska, P., 2011).

По международни данни настоящата прогнозна възрастта на оцеляване на индивидите болни от Муковисцидоза е 37.4 години. За съжаление в България средната продължителност на живота на болните от Муковисцидоза е ранна ученическа възраст – 12-13 години (Yancheva, St., Nankova, M., Borisova, S., 2017).

През последните десетилетия преживяемостта на пациентите с МВ значително се подобрява благодарение на новите терапевтични режими, но все още дефинитивно лечение няма. Макар и със значително удължена преживяемост и подобрено качество на живот и прогноза, в сравнение с пациентите преди 20 години, цената за тези постижения е много голяма и за пациента и за обществото. Ежедневното адекватно лечение е скъпо и много времепоглъщащо. Честите посещения в болница също оказват своя негативен отпечатък. От друга страна във връзка с удължената продължителност на живот се срещат все повече „необичайни“ за МВ изяви, което е предизвикателство за лекарския екип, и пациента (Rowe SM et al, 2005).

В подкрепа на доказателствата, че навременно поставената диагноза, непрекъснатия контрол и правилно лечение хората с тази диагноза могат да водят пълноценен живот и да имат добро качество на живот.

В настоящото научно съобщение се представя историята на заболяването на 20г. Н. Г., студентка по фармация. Тя е наясно със своето заболяване и предоставя споделената информация за публикуване след писменно информирано съгласие. Заболяването на Н.Г е открито на 6 месечна възраст, когато са установени проблеми с храненето, ненадаване на тегло и появила се кашлица. По разкази на близките си тя представя трудния път на поставяне на правилната диагноза. Постъпила е на лечение в лечебно заведени в родния си град с диагноза „бронхит” на 6м. възраст. След едномесечно лечение без подобрение е потърсена лекарска помощ във Варна, където е поставена диагноза Муковисцидоза чрез потен тест и генетично изследване., доказано е , че майката е носител на заболяването. Н.Г.

споделя социалния си живот и отношенията и с приятели и близки, най-близките и приятелите са запознати с нейното заболяване и проявяват съпричастност и готовност за разбиране и помощ. Информирана е подробно за хода на болестта и е приела заболяването си, съобщава, че се чувства добре. Постъпва в болница поне веднъж в годината за профилактични прегледи и курсове на лечение. Когато оплакванията зачестят се налага хоспитализация 2-3 пъти в годината. Не спортува, защото чувсва умора, но се старае да върви пеша колкото е възможно повече, за да увеличи белодробния си капацитет. „Живея нормално, както всички останали", съобщава Н.Г. , приема медикаменти: Креон 25 000х2 табл. преди всяко хранене. Провежда инхалаторно лечение с Пулмозим, Колобрет по схема 28 дни 2 вдишвания на ден-сутрин и вечер, Спиолто Респимат-2 вдишвания на сутрин, Кависепт 3% инхалация за отхрачване един или два пъти на ден, АЦЦ 600мг. и витамини. „Тази болест няма лечение, живея на поддържаща терапия. Основният проблем в България е, че няма белодробни трансплантации. Въпреки всичко не съм изгубила вяра в живота, отдала съм се на образованието си" споделя Н.Г.

ИЗВОДИ

От проучената литература по проблемите на муковисцидозата и представения случай на успешен живот, въпреки заболяването, могат да се направят следните изводи и заключения:

Необходимо е провеждане на всеобхватна информираност на населението за самото заболяване, неговия ход, лечение и възможности за диагностициране. Информираността за съществуването на скрининг за носителство на дефектен ген причиняващ Муковисцидоза може да се разпространява сред обществото по различни канали. Особено ефективно е информирането на жени в подходяща възраст и семейства, планиращи бременност от страна на гинеколозите и другите медицински специалисти. Важно значение относно предоставянето на навременна и точна инфорормация на населението са професионалистите по здравни грижи - акушерки и медицински сестри. Обучението на бъдещите професионалисти е свързано с формиране на професионални компетентности по време на обучението и особено през периода на преддипломния стаж (Hristova. Tsv., 2019). Това гарантира достигането на пълната и точна информацията, както и разясняването на важността за това изследване и опасностите от болестта до най-важната и най-заинтересована в случая група хора.

Генетичните анализи при пациентите с муковисцидоза съдържат важна информация, която в настоящия момент е ориентирана основно към прогнозиране хода на болестта или потвърждаване на клиничната диагноза, но тя би могла да послужи и за разработването на индивидуални подходи за терапия и значително подобряване на качеството на живот на засегнатите от Муковисцидоза хора. Целите на информационите кампании са да подобрят познанията за медицинските и социалните характеристики на болестта. Правилният контрол на заболяването ще позволи да се измери влиянието на методите на лечение, да се оцени социално-икономическите разходи на заболяването да повиши качеството на живот на пациентите и намали тревожността на техните близки.

REFERENCES

Bellis G., Gazes M.H. et al. (2007). Cystic fibrosis mortality trends in France. Journal of cystic fibrosis Volume 6, Issue 3, May 2007, Pages 179-186 https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1569199306001123, https://doi.org/10.1016/j.jcf.2006.07.001

Castellani, C., & Assael, B. M. (2017). Cystic fibrosis: a clinical view. *Cellular and molecular life sciences: CMLS*, *74*(1), 129–140. https://doi.org/10.1007/s00018-016-2393-9

Döring., G. et al. (2007). Clinical trials in cystic fibrosis. *Journal of cystic fibrosis*. 6 (2007) 85–99. URL: https://www.elsevier.com/__data/promis_misc/2007JCF.pdf

Georgiev, J. (2017), Cystic fibrosis - the disease of the salt kiss. (***Оригинално заглавие*** *Георгиев, Й. (2017). Муковисцидоза - болестта на солената целувка*. URL: *https://www.puls.bg/detsko-zdrave-c-38/mukovistsidoza-bolestta-na-solenata-tseluvka-n-25552)*

Nedkova, V. (2013). Clinical characteristics of patients with cystic fibrosis, Medinfo, issue 12, 2013. (***Оригинално заведние****: Недкова, В. (2013). Клинична характеристика на пациенти с муковисцидоза, Medinfo, бр.12, 2013г.* URL: *https://www.medinfo.bg/spisanie/2013/12/statii/klinichna-harakteristika-na-pacienti-s-mukoviscidoza-1607)*

Perenovska, P. (2011). Cystic fibrosis - diagnosis and treatment, issue № 3 (15) / september 2011, Cystic fibrosis (cystic fibrosis**)** URL: https://inspiro-bg.com/mukovistsidoza-diagnoza-i-lechenie/ **(*Оригинално заглавие:*** *Переновска, П. (2011). Муковисцидоза – диагноза и лечение, брой № 3(15) / септември 2011, Кистична фиброза (муковисцидоза)****)***

Rowe, S. M., Miller, S., & Sorscher, E. J. (2005). Cystic fibrosis. *The New England journal of medicine*, *352*(19), 1992–2001. https://doi.org/10.1056/NEJMra043184

Sinaasappel, M., Stern, M., Littlewood, J., Wolfe, S., Steinkamp, G., Heijerman, H. G., Robberecht, E., & Döring, G. (2002). Nutrition in patients with cystic fibrosis: a European Consensus. *Journal of cystic fibrosis : official journal of the European Cystic Fibrosis Society*, *1*(2), 51–75. https://doi.org/10.1016/s1569-1993(02)00032-2

Sosnay, P. R., Siklosi, K. R., Van Goor, F., Kaniecki, K., Yu, H., Sharma, N., et al. (2013). Defining the disease liability of variants in the cystic fibrosis transmembrane conductance regulator gene. *Nature genetics*, *45*(10), 1160–1167. https://doi.org/10.1038/ng.2745

Yancheva, St., Nankova, M., Borisova, S. (2017). Care and psychotherapeutic approach of the nurse to patients with cystic fibrosis. Scientific Online Resource System Conference Proceedings URL: http://journals.mu-varna.bg/index.php/conf/article/view/4287, ***(Оригинално заглавие:*** *Янчева, Ст., Нанкова, М., Борисова, С. (2017), Грижи и психотерапевтичен подход на медицинската сестра към пациентите с муковисцидоза)*

Elborn J. S. (2016). Cystic fibrosis. *Lancet (London, England)*, *388*(10059), 2519–2531. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00576-6

Hristova, Tsv. (2019). Pre-graduate students internship for forming professional competeces, Izvestie, Union of Scientists – Ruse, (9), ISSN 1311-1078, (***Оригинално заглавие****: Христова, Цв. (2019). Преддипломният стаж на студентите акушерки за формиране на професионални компетенции. Известие, СУБ- Русе (9), ISSN 1311-1078)*

WED-ONLINE-SSS-HC-02

THE DISEASE PROCESS AND RELATED INDIVIDUAL, PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL FACTORS [32]

Miroslava Ilieva – student
Department of Health Care
University of Ruse „Angel Kanchev”
Phone: +359896773005
e-mail: mira_koleva@abv.bg

Assoc. Prof. Despina Georgieva, PhD
Department of Health Care
University of Ruse „Angel Kanchev”
Phone: +35982888421
e-mail: dpgeorgieva@uni-ruse.bg

Abstract: *The appearance of the disease and the disease process are associated with a many factors of psychological, social and personal levels. The purpose of this scientific communication is an analysis of the different groups of factors, influencing at the disease process as well as presenting the types of behaviours and emotional experiences of the patients. Knowledge of the individual characteristics of the patients, their emotional reactions and social roles will allow of the healthcare professionals correctly interpret patients' reactions and their behavior and then the healthcare professionals will respond adequately and professionally with empathy and humanity.*

Keywords: *psychological factors, behaviour, disease, disease process, patients, individual characteristics*

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравето е най-голямата ценност, която по-голямата част от хората приемат като даденост, като нещо неизменно до момента в който се появи болестта. Тогава се правят равносметки и човек осъзнава, че болестта никога не е включена в мечтите и плановете за предстоящия живот. Обикновено болестта идва неочаквано и е свързана с множество проблеми за личността на болния и неговото семейство. Осъзнаването и приемането на болестта е индивидуален процес. За някой е поредно предизвикателство, с което ще се справи и ще продължи живота си такъв какъвто е бил преди болестта. За други е психологическа драма, свързана със силна фиксация към болестта и нейния фатален сценарии. Сблъсъка с болестта, нейното приемане и процеса на боледуване зависят от множество фактори. Някои от тях произлизат от естеството на болестта, възрастта на пациента, индивидуални психологически характеристики, финансови и битови проблеми, минал опит, съществуваща групова подкрепа от семейство и приятели. Не на последно място е професионализма на лекуващия екип, проявата на подкрепа, разбиране, съпричастност и емпатия. Разбирането на отношението към болестта, както и процеса на боледуване е необходимо да се познава от специалистите по здравни грижи, за да се реагира с адекватна обратна връзка и индивидуално отношение. Процесът на боледуване – това е процес, в който са засегнати тялото и психиката на човека, по начин, който не му позволява да функционира нормално и самостоятелно. Този процес е свързан с адресиране към лекар, предприемане на едно или повече лечения и последваща рехабилитация. Процесът на боледуване може да „изключи” болния от реалността за кратко или за по дълго време. По време на боледуване приоритет в контакта на пациента има болестта, нейната причина, продължителност, интензивност, симптоми и прогноза (Angelov, D., 2016)

[32] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ПРОЦЕСЪТ НА БОЛЕДУВАНЕ И СВЪРЗАНИТЕ С НЕГО ИНДИВИДУАЛНИ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИ И СОЦИАЛНИ ФАКТОРИ.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Всяко заболяване е съпътствано от редица психологически, социални, индивидуални фактори и фактори, свързани с болестта. Всички те оказват несъмнено влияние върху процеса на боледуване, върху това за какъв период от време този процес ще бъде повлиян както и за вземането на решения, свързани с търсенето на помощ и желание на лекуване.

Първата група са **психологическите фактори,** влияещи върху процеса на боледуване. Те включват способността на личността да преработва травматични събития – колкото по-бързо човек се отърсва от първоначалното чувство на зависимост, то тогава е възможно периодът на боледуване да бъде значително съкратен и връщането към обичайния начин на живот да е по-бързо. Друг важен фактор е нагласата към собственото здраве и боледуване – ако човек приема здравето си за даденост и се отнася безотговорно към тялото и душата си, не полага ежедневните елементарни грижи, то болестта неминуемо ще настъпи в даден момент. От съществено значение тук е превенцията на заболяванията и промоцията на здравето от страна на професионалистите по здравни грижи. Честотата на боледуване и интензивност на заболяванията също повлияват процеса на боледуване, като тук особено значение оказва наличието на хронично заболяване. Подкрепящата среда – семейство, приятели, колеги могат да мотивират и оказват съдействие на боледуващият да се стреми сам да въздейства за по-скорошното си възстановяване. Проявата на апатия, или усещане, че здравето е зависимо единствено от лекуващия екип е състояние на отхвърляне на личната отговорност, тогава лечението може да бъде неефективно и безрезултатно.

Втората група са **социални фактори.** Освен психологическите фактори, наблюдавайки как хората реагират по различен начин на болестта, Mechanik и Volkart считат, че социални фактори като образование, религиозни убеждения и социална принадлежност също играят важна роля върху поведението при болест. Авторите за първи въвеждат понятието „поведение при боледуване", с което обясняват явлението как при наличие на една и съща болест, едни и същи симптоми и съпоставими физически данни на пациентите, те реагират по различен начин и почти никога болестта не протича по идентичен начин. (Mechanik, D., Volkart, E. H., 1960; Dokova, K., Rangelova, J., 2015).

При всички случаи личността реагира на болестта. Като поведение на боледуване означаваме начините, по които дадени симптоми могат да се възприемат или оценяват различно, както и да послужат за отправна точка за действие (или бездействие). Търсенето на помощ в съществена степен е предизвикано от срив във възможностите за адаптация към симптомите. Психологичният компонент често е факторът, който води пациента до лекаря (Shiatis, M.,2012). Поведението при боледуване представлява комплекс от поведенчески реакции на личността към болестта и съпътстващата я прогноза. Тук се включва както поведение, за което се приема, че е напълно съответно при дадено заболяване (нормални психологически реакции), така и поведение, което е несъответно на състоянието (болестни реакции). Психологическите реакции на болния човек спрямо болестта се определят от въздействието на 3 големи групи фактори:

- Индивидуални фактори. Определят се от способността на индивида да разпознава и интерпретира болестните симптоми, убеждения относно сериозността на дадена болест, личен опит, убеждение относно ефикасността от приложените здравни мероприятия.
- Социо-културални фактори. Доказано е, че социално-икономическия статус на пациентите влияе върху търсенето на лекарска помощ. По различен начин реагират хората с нисък икономически статус в сравнение с тези, които нямат финансови проблеми.
- Фактори, свързани с естеството на болестта. Представата за болестта започва да се формира още от най-ранна детска възраст, и почива на базата на индивидуалния опит, който оставя траен отпечатък за по-нататъшното разпознаване на болестните симптоми (Arabadzhiev, Z., 2017).

Познаването на видовете поведения по време на боледуване при хоспитализираните пациенти е от съществено значение за определяне на поведението и реакциите на специалистите по здравни грижи. Като професионалисти те трябва да прилагат индивидуални психологически подходи при пациенти показващи на пръв поглед

неадекватност и нерационалност в действията си.Савова, базирала се на М. Ачкова разграничава следните характерни поведения на болния в болнично заведение:

- Уравновесено, спокойно и търпеливо поведение – пациентът показва готовност и умение за комуникация и партниране, овладява екстремни прояви в преживяванията си Адекватно поведение, което ще благоприятства за по-бързото му възстановяване.
- Ажитирано, тревожно поведение – болният се тревожи прекомерно, не може да осмисля рационално ситуациите и информацията, която получава. Тревогата е свързана често с прекалена приказливост, охкане, тюхкане, суетене. Тези пациенти ангажират всички да слушат техните оплаквания, преживявания и социални проблеми. Не са в състояние да се съобразяват с нуждите и страданието на останалите .Обикновено това са пациенти с по-ниска здравна култура и култура на общуване или имат значително тревожен характер.
- Затварящи се в себе си и необщителни болни, изолиращо поведение – пациентите не контактуват, не задават въпроси, рядко предявяват искания и оплаквания Държат се грубо с близките си и не ги допускат да преживяванията. Очакванията им са, че всички трябва да знаят, че състоянието им е много тежко. Смятат, че остават неразбрани. Тези болни са трудни за установяване на терапевтична връзка.
- Враждебно и агресивно поведение – най-често провокирано от страха от поставената диагноза. Чрез агресията се изтласква и прикрива непризнавания страх. Тези пациенти могат да откажат лечение или да бъдат груби с медицинският персонал, който се възприема като твърде авторитарна фигура с доминиращо отношение.
- Регресивно поведение – проявява се когато изпаднат в пълна зависимост от грижите на другите, невъзможност да вземат решение.
- Отричане на болестта – това е вид защитна реакция, а пациентите често не съзнават това. Този защитен механизъм се включва и действа дори и когато пациентите са с медицинско образование и рационално имат знания за болестта (Angelov, D., 2016; Achkova, M., 1996; Savova, Z., 2015).

В зависимост от психологическите индивидуални характеристики се разграничават няколко типа абнормно поведение:

- Хипохондрия – такива болни са погълнати от мисълта за болестта, имат пожизнена склонност към безпокойство по отношение на здравето, тревога за физическото състояние, както и страх от заболяване. Хипохондричните симптоми могат да имат характеристика на свръх ценни идеи или налудности.
- Хистерия – несъзнателна симулация на болестни признаци, при която се нарушават нормалните, намиращи се под волеви контрол функции на ЦНС (Arabadzhiev, Z.,2017). Хистеричните кризи се състоят в бурни конвулсии, парализа, загуба на зрението или речта, като в същото време рефлексите са запазени. Те почти винаги настъпват в присъствието на много хора. Хистеричните пациенти не са симуланти, а невротици, които се лекуват ефикасно с психоанализа.
- Симулация, търсене на „вторична печалба” от болестта – наблюдава се при пациенти, които търсят изгода от своето заболяване. Това може да бъде абсолютно осъзнато поведение. Най-често това са възрастни хора, самотници, тъй като те получават грижи в болничното заведение, където другаде не биха получили. Или пък такива, които след като се приберат в домовете си, смятат че близките им са длъжни да ги обслужват и те се възползват от това свое временно състояние (Arabadzhiev, Z., 2017).

При едно остро възникнало заболяване, хронична болест или трайно увреждане е важен не само индивидуалният, но и общественият аспект на болестта и поведението при боледуване. Американският социолог Parsons T. разработва цялостен теоретичен модел на болестта и как тя влияе върху общността. Според неговият структурно-функционален анализ обществото е интегрирано и функционира ефективно като единна система. Всеки човек изпълнява своите професионални задължения и така способства за нормалното функциониране на цялата обществена система. Болестта води до неспособност на индивида да продължи да изпълнява обичайните си дейности и той става неефективен. В следствие на

този процес животът на обкръжаващите го хора също се засяга. Задачите на работното място остават недовършени, ангажиментите към семейството и дома също са изоставени. Болестта е заплаха за нормалното функциониране на обществото. Тук се пораждат едни нови взаимоотношения – между болния и лекаря, като се определя „ролята на болния" (Parsons, T., 1951). Като всяка роля и тази е свързана със съответните права, задължения и отговорности. Болният човек влиза в роля, която го освобождава от обичайните до този момент ангажименти, но поражда нови задължения. Ролята на болния се основава на следните принципи:

1.Болният човек не носи лична отговорност за болестта. Тя се разглежда като следствие на физически причини, които болният не би могъл да контролира, т.е. началото на болестта не е свързано с поведението на индивида.

2.Болният човек се освобождава от обичайните си задължения. Този принцип е подчинен на първият – тъй като болният не носи отговорност за болестта, то той е освободен от определени негови задължения. Той може да отсъства от работа, но този период на отсъствие да е заплатен (болничен лист), може да остане на легло и по този начин да отпаднат ангажиментите му към дома и семейството.

3.Болният е длъжен да се погрижи за възстановяването на здравето си. Тук се включва и задължението да се консултира с лекар-специалист, а за да се възползва от правата си в „ролята на болен" заболяването трябва да бъде диагностицирано от лекар. Потвърждаването на диагнозата, позволява на обкръжаващите болния да се съобразят и приемат неговите претенции. „Ролята на болния" налага на пациента да сътрудничи на лекаря и да спазва строго предписанията му. По този начин болният поема отговорност за здравето си и работи за неговото възстановяване. Тези болни, които се отказват от консултации с лекар или не следват съветите им, поставят под съмнение своя статус на болни (Dokova, K., Rangelova, J., 2017; Parsons, T., 1951). Този модел обаче разкрива и някои слаби страни, които са установени на по-късен етап от други автори и изследователи, особено в случаите когато става въпрос за заболявания, при които не се налага преустановяване на обичайните дейности – артериална хипертония, захарен диабет и др. Тук може да се причисли и бременността, която не е заболяване, но е специфично състояние, което поражда необходимостта от консултации и профилактични прегледи (Gabe, J., Bury, M., Elston, M.A., 2004). Днес все повече се акцентира на връзката между начина на живот и здравето, на личната отговорност за собственото благополучие, което противоречи на теорията на Парсънз, че индивидът не носи отговорност за своето заболяване. Според Dokova, K., Rangelova, J., въпреки разкритието на тези слаби страни, моделът на Парсънз и до днес се счита за значима теория която определя ролята на болния в обществото и продължава да се изучава и изследва от социолозите (Dokova, K., Rangelova, J., 2017).

Freidson, E. разглежда други три аспекта за „ролята на болния" които корелират с тежестта на болестта.

1.Условна роля на болния – отнася се до болни, които страдат от краткотрайно заболяване и могат напълно да се излекуват.

2.Безусловна роля на болния – тя се отнася до болните с неизлечими заболявания. Тук могат да се разграничат два модела:

- болни с неизлечимо заболяване, при което те се освобождават от досегашните си задължения към професионалната ангажираност и семейството;

- болни с неизлечимо заболяване, при което те не се освобождават от досегашните си задължения към професионалната ангажираност и семейството, но не носят отговорност за заболяването си. Такива болни са страдащи от акне, сколиоза, лицеви аномалии и др.

3."Незаконна" роля на болния – тя се отнася за случаи на заболявания, които са порицавани от обществото и при които болният е напълно или отчасти отговорен за болестта си. Пример за такова заболяване е СПИН. Авторът дава светлина и за една друга „роля на болния", а именно за ролята му при контакта с лекаря. Според него се наблюдава конфликт във взаимоотношенията между професионалист и непрофесионалист. Професионалистът-лекар диагностицира заболяването и назначава съответната терапия, докато

непрофесионалистът-пациент се интересува от болката си и от трудностите, пред които е изправен в професионален и личен план, които са породени от заболяването. Freidson, E разкрива две тези, които според него пораждат този конфликт: когато пациентите очакват да бъдат добре информирани, а лекарите не предоставят пълна информация за заболяването и състоянието им; и когато лекарят е подходил обичайно, рутинно към проблема, а очакванията на пациента са за индивидуален подход, разбиране и емпатия (Freidson, E., 1970).

Друга категория боледуващи са пациентите с неблагоприятна диагноза. За разбирането на психологическите характеристики и емоционалните им реакции се изучава и прилага широко известния Модел на Кюблер – Рос. В книгата „За смъртта и умирането", авторката и американски психолог Кюблер-Рос обобщава своя опит като концепция за психологическа грижа за умиращи пациенти, известна днес като Модел на Кюблер-Рос. Тя идентифицира пет етапа на реакции в процеса на боледуване

1.Отрицание - отричането и шокът са присъщи за почти всички пациенти и не само в първите етапи на заболяването.

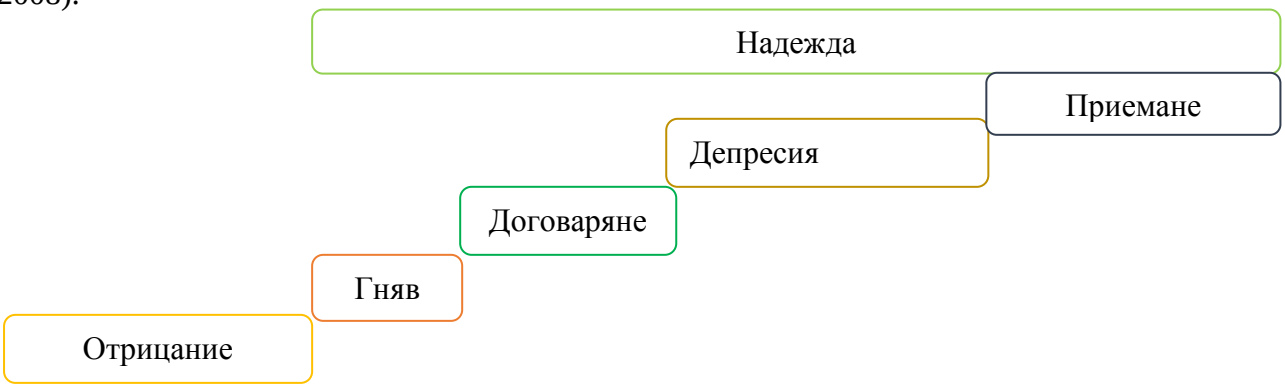
2.Гняв - възмущение от работата на медицинските лица, омраза към здравите хора, раздразнение към близките.

3.Договаряне – това е доста кратък етап, при който пациентът променя поведението си, в желанието да удължи живота си, най-често срещу обещанието да не иска нищо друго.

4.Депресия – този етап се характеризира с отчаяние, съжаление за миналото, загуба на интерес към живота. Пациентът вече е наясно с настъпващият край.

5.Приемане – през този етап съпротивата отслабва. Пациентът е слаб и уморен, но той вече разсъждава рационално и изпитва спокойствие.

Според Кюблер-Рос, неизлечимо болен човек почти никога не губи надежда (Kubler-Ross, E., 1969). Според някои изследователи, не всички пациенти преминават през всичките пет етапа, както и не винаги тези етапи са в тази последователност (Friedman, R., James, J.W., 2008).



Фиг. 1.Етапи на възприемане на смъртта от Е. Кюблер-Рос

Основно психично преживяване на болния е отношението към собствената болест. То може да варира от нормално – реалистично изживяване на промени в жизнения стереотип, тревожност и несигурност, до патологично, поради интензивността или/и неадекватността на емоционалната компонента в преживяването. Най-често преобладават нормалните психологични реакции, в основата на които лежи загриженост и опасения за собственото здраве и живот и вяра в оздравяването (Arabadzhiev, Z., 2017). Информацията относно начина, по който човек преживява своята болест, значението което й придава и влиянието, което тя оказва върху неговото поведение и взаимоотношенията му с другите, служи за изработване на диференциална диагностика, за оценка на резултата от лечението, за избора на методите за психотерапевтично въздействие, за разработването на рехабилитационни програми и за експертна дейност (Shiatis, M., 2012).

ИЗВОДИ

В съвременния свят все повече болните се обръщат за „помощ" първо към своите близки и приятели, търсят информация в интернет, където обсъждат проблема си дори с непознати лица, опитват да се справят сами като предприемат самолечение. Но до колко тази помощ би била адекватна и навременна. В глобалния информационен поток, способността да се разбира и правилно интерпретира многоаспектната информация по даден проблем е от водещо значение.Основна задача на медицинските специалисти и специалистите по здравни грижи е да сведе отношението на пациента към заболяването му до реалистична представа за него. За някои болни ще е необходимо да преминат от прекален до поне умерен оптимизъм, за да са в състояние, ако не да помагат, поне да не пречат на лечението (Arabadzhiev, Z.,2017). Ефективността на лечението зависи от познаването на факторите влияещи върху отношението на пациента към болестта, неговите емоционални реакции, психологически характеристики и поведение по време на боледуване.

Многоаспектните фактори – биомедицински, социални, психологични, културни, икономически, политически и др. определят сложността на процесите и необходимостта от специализирани знания и подготовка на медицинските специалисти, както и възможността за консултиране с клиничен психолог и социален работник в условията на болнично лечение.

REFERENCES

Achkova, M. (1996). Psychiatry. Sofia, Knowledge publishing. ***(Оригинално заглавие:*** *Ачкова, М. (1996). Психиатрия. София, Издателство знание).*

Angelov, D. (2016). Topics medical psychology. ***(Оригинално заглавие:*** *Ангелов, Д. (2016). Теми медицинска психология. URL: http://www.dangelov.eu/теми-медицинска-психология/).*

Arabadzhiev, Z. (2017). Disease behavior. ***(Оригинално заглавие:*** *Арабаджиев, З. (2017). Поведение на боледуване, URL: http://www.bulgariasega.com/interesting_facts/zdrave_bulgari_usa_canada/34083.html).*

Dokova, K., Rangelova, J. (2017). Living With a Disease. Health Economics and Management, N 4(66) ***(Оригинално заглавие:*** *Докова, К., Рангелова, Ж. (2017). Живот с болестта. Здравна икономика и мениджмънт, брой 4 (66)).*

Friedman, R., James, J.W. (2008). The Myth of the Stages of Dying, Death and Grief. Skeptic Magazine, Vol. 14, 2, 37-41.

Gabe, J., Bury, M., Elston, M.A. (2004). Key concepts in medical sociology. First ed., London, SAGE Publications.

Kubler-Ross, E. (1969). About death and dying. New York, Scribner.

Mechanik, D., Volkart, E. H. (1960). Illness behavior and medical diagnosis. Journal of health and human behavior.

Parsons, T. (1951). The social system. New York, Free Press.

Savova, Z. (2015). Medical psychology. Sofia, Mont Press, ***(Оригинално заглавие:*** *Савова, З. (2015). Медицинска психология. София, Издателство Монт, 177-182).*

Shiatis, M. (2012). Disease behavior. ***(Оригинално заглавие:*** *Shiatis, M, (2012). Поведение на боледуване. URL: https://psyblog.net/2012/03/povedenie-boleduvane/).*

WED-ONLINE-SSS-HC-03

AUTISM AND SOCIAL INTERACTION [33]

Irina Todorova – student
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 878 874 855
e-mail: kiki_reni@abv.bg

Assoc. Prof. Daniela Konstantinova, PhD
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 888 520 021
e-mail: ddraganova@uni-ruse.bg

Abstract: *For several years, there has seen a considerable rise in the interest of researchers and doctors in the problem of autism spectrum disorders. This is primarily due to the significantly increased in recent years prevalence of autistic disorders of various etiologies in the pediatric population. In Bulgaria there is no inclusive and comprehensive study of autism in children, although lately there has been growing interest among professionals in various fields - psychologists, educators.*

All this motivates us to have a first-person conversation with the mother of a young man with autism, who talked about the problems she faced.

Keywords*: Autism, public interest*

ВЪВЕДЕНИЕ

В последните години броя на децата с ранен детски аутизъм стремително нараства и представлява сериозен медицински, социален и психолого-педагогически проблем (Башина В. М., Красноперова М. Г., 2004). Въпросът какви обстоятелства от живота на детето – аутист способстват за положителна динамика в това състояние и какви не, все още остава недостатъчно изучен.

Липсата на ясни идеи затруднява психокорекционната работа с деца с аутизъм, както и със семействата им. Разработването на коригиращи програми без изучаване на факторите, които в една или друга степен оказват значително влияние върху хода на детския аутизъм, е неефективно (Жуков, Д. Е., 2005).

Независимо, че в последните 30 години феноменът детски аутизъм е добре изучен, данните за дълбочината и характера на пораженията върху функционалната система на мозъка са много противоречиви.

В България помощта за децата с аутизъм е регламентирана в нормативни документи, касаещи човешките права, респективно правата на хората с увреждания, но не конкретно децата с аутизъм, което е по-специфично състояние. Ратифицирана е Конвенцията за правата на хората с увреждания (2012). Медицинският и благотворителният подходи по отношение на увреждания все още преобладават в политиката, практиките и всеобщото разбиране за увреждания. Затова усилията са предимно насочени към справяне с отделното състояние, а не към премахването на институционалните, социалните и физическите пречки и тези, породени от нагласите, които ограничават участието на хората със специални потребности. Не са достатъчно развити ранното установяване и услугите за интервенция в ранна детска възраст, чрез които полагащите грижи лица получават подкрепа, за да могат да осигуряват стимулиращи грижи за децата с увреждания през първите 3 години от живота, което ограничава възможностите им за развитие и растеж (Dimitrova, Y., Hristova, Tsv., 2020).

[33] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: АУТИЗМА И СОЦИАЛНОТО ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ.

ИЗЛОЖЕНИЕ

От няколко години се забелязва значителен подем на интереса на изследователи и лекари към проблема с разстройства от аутистичния спектър. Това се дължи преди всичко на значително увеличеното през последните години разпространение на аутистични разстройства от различна етиология в детската популация - от 7-16 до 26-52 случая на 10 000 деца. Високите нива на заболеваемост от нарушения на аутистичния спектър и техните тежки социални последици показват високата значимост на изучаването на тази патология и необходимостта от намиране на нови терапевтични подходи за тези групи пациенти. С навременното разпознаване и адекватно лечение на аутистичните състояния при децата е възможно да се смекчи дълбочината на психичните и поведенчески разстройства (Красноперова, М.Г., 2003).

Научни изследвания (2008г.), цитирани от РЗИ Пловдив, насочват към различни клинични, генетични, неврологични източници. При над 80% от засегнатите с аутизъм причината остава неразкрита. Само при около 10% от случаите е установена специфична причина за заболяването.

Към разстройствата от аутистичния спектър спадат:

· *аутизъм* (слабо развитие или отсъствие на говор, съпротива на промени, стереотипно поведение, привързаност към предмети и действия с части от тях, впечатляващи отделни умения)

· *синдром на Аспергер* (нормален интелект и говорно развитие, ограничени комуникативни умения, проблеми в социалните взаимодействия, ритуално поведение)

· *атипичен аутизъм* (отделни прояви, появяващи се предимно след тригодишна възраст). Имат добри изяви в области с логическо мислене и компютърни технологии. Налице са особености в разбирането на света, мисленето и емоциите на другите. Затрудняват се в планирането и организирането на дейностите си.

Симптомите варират силно при различните индивиди и дори при един и същи човек през различни възрастови периоди.

По думите на психотерапевт от УНИЦЕФ България, децата с аутизъм имат огромен потенциал, но хората, които гледайки отстрани тяхното странно поведение - ходенето на пръсти, махането с ръце - смятат, че те нямат никакъв потенциал, смятат ги за умствено изостанали, смятат, че "щом си невербален, значи си необучаем".

През последните десетина години има данни за многократно увеличаване на броя на лицата с нарушения от аутистичния спектър дотам, че започва да се говори за аутистична епидемия. В резултат на това интересът към проблематиката нараства в световен мащаб и все повече се увеличават научните изследвания (Motzinova-Brachkova, M., 2020).

В България няма цялостно и обстойно изследване на аутизма у децата, макар напоследък да се наблюдава засилен интерес сред специалисти от различни области – психолози, педагози.

Всичко това ни мотивира за разговор от първо лице с майка на младеж с аутизъм, която разказа за проблемите с които се е сблъскала.

ИНТЕРВЮТО представяме без корекции.

Срещам се с Росица Стоянова, майка на 18-годишния Станислав, с диагноза „аутизъм“ във фамилната им къща в село Басарбово. Те са приветливи хора, мили и гостоприемни. Майката ми отговаря съвсем искрено на въпросите и не се срамува да разказва какво е преживяла докато синът й стане самостоятелен човек.

Кога всъщност разбрахте, че нещо с Вашето дете не е наред?

Станислав се роди едно хубаво и напълно здраво дете. На година и шест месеца след поставена ваксина неговото поведение се промени напълно. Наблюдавах как настъпва пълен регрес в неговото поведение и не знаех какво да направя. Този ужас не го пожелавам на никоя майка! Детето преди произнасяше типичните за възрастта думички „мама“, „тати“, а изведнъж спря да отговаря и не реагираше на никакъв контакт. Даже с очи не се

фокусираше! Забелязах и прояви на агресия в него, което до този момент не се беше случвало.

Какво предприехте?

Ами започна истинско ходене по мъките! Отначало лекарите решиха, че Станислав има проблеми със слуха. Година и половина мина в изследвания, посещение на различни педиатри, специалисти. Едва в болница „Свети Никола“ за първи път чух диагнозата „аутизъм“.

Как реагирахте?

Аз бях шокирана. Никой не ме беше предупредил за това, нищо не знаех за това заболяване.

Какви специалисти работиха с детето през годините?

Най-трудното за нашето семейство бяха първите му години. Защото истината е, че в държавата няма адекватна политика за деца с аутизъм и техните семейства. Трябваше сами да търсим кой логопед, психолог, учител е добър за сина ни. Бях отчаяна когато отказаха да го приемат в държавната детска градина в селото, където живеем. За щастие тогава ми казаха за специализирана детска градина „Зора“. Благодарение на техните специалисти и непрекъсната работа с детето, Станислав проговори. Нищо, че беше на 7 години, важното беше, че имахме нормална комуникация помежду си! Аз бях негов придружител в училище от 1 до 4 клас. Чак в пети клас стана по-самостоятелен. Благодарна съм на ръководството и преподавателския екип на ОУ „Отец Паисий“, където Станислав учеше до 7 клас. В училището той посещаваше ресурсен кабинет, с него работеше училищния психолог.

Знаем, че при аутизма се проявяват интересни и често забележителни черти. Кое отличава Станислав от другите деца?

Ами страстта му към изучаването на езици. След 7 клас беше приет в Гимназията за европейски езици в Русе, със засилено изучаване на английски, немски език и руски език. В началото на учебната година аз се срещнах със съучениците му и с техните родители. Те го приеха много радушно, никой не му се подиграваше, нямаше проблеми. С него ежедневно се срещат не само ресурсен учител, но и училищния психолог. Изводът за мен е, че когато има диалог между семейството, учителите и децата, учебният процес е нормален. Днес мога да Ви уверя, че Станислав има нормално поведение, наблюдавам едва забележими поведенчески отклонения. Защото видяхме кои са неговите силни страни и положихме усилия с учителите да ги доразвием. Не сме го тормозили с математика, химия и физика, където той се чувства затруднен. Обърнахме внимание на езиците. А паметта му е наистина изумително феноменална, почти като във филмите за Джеймс Бонд. От няколко години е част от театрална школа „Артистисимо“ където се чувства добре и много обича да заснема и монтира снимките на състава. Станислав не просто се интегрира чудесно като нормален член на обществото ни, активно се интересува от изкуство, театър, кино. Той има мечти, представете си колко щастлива се чувствам от това!

Каква е тайната на това постижение?

Няма тайна, а само усилена и постоянна работа с децата. Още от съвсем ранна възраст те трябва да бъдат интегрирани. Да бъдат част от обществото ни, за да се социализират по-бързо и лесно. И най-важното – с тези деца да се работи екипно – психолози, логопеди, учители. Всички заедно! Да се търсят интересите на съответното дете и те да бъдат насърчавани. Само така „аутизъм“ няма да бъде клеймо, а просто обикновена диагноза.

ИЗВОДИ

Поради специфичността на потребностите си, независимо от равнището на интелектуално развитие, децата с нарушения от аутистичния спектър са значително предизвикателство. Проблемът с развитието на децата с аутистични нарушения е все още приоритет само на медицината.

Обществеността е слабо запозната със затрудненията и способностите им, затова и ресурсите за тяхното приобщаване и приемане са недостатъчни. През последните години се създават родителски дружества и организации за популяризиране на проблемите на децата с аутизъм,

което ще подпомогне провилно и ранно диагностициране и адекватно подпомагане на децата и техните семейства.

REFERENCES

Bashina, V. M., Krasnoperova, M. G. (2004). Childhood autism of procedural origin: pathogenesis, clinical features and differential diagnosis. Psychiatry and psychopharmacotherapy. №1. pp. 35-38. (***Оригинално заглавие:*** *Башина. В.М., Красноперова М.Г. (2004). Детский аутизм процессуального генеза: вопросы патогенеза, клиника и дифференциальная диагностика // Психиатрия и психофармакотерапия. - №1. - с. 35-38)* URL: https://con-med.ru/magazines/psikhiatriya_i_psikhofarmakoterapiya

Bashina, V.M. (1999). Autism in childhood. pp. 21-26, (***Оригинално заглавие:*** *Башина. В.М. Аутизм в детстве. М. 1999. с. 21-26*) URL: http://ncpz.ru/lib/1/book/2/chapter/8

Dimitrova, Y., Hristova, Tsv. (2020). Autism necessary obstetric care. Proceedings of university of Ruse - 2020, volume 59, book 8.4. (***Оригинално заглавие***: *Димитрова, Я., Христова, Цв. (2020). Аутизъм – нужните акушерски грижи. Трудове на Русенски университета – 2020, том 59, книга 8.4.).*

Gukov, D.E. (2005). Comparative analysis of biopsychosocial factors during childhood autism. Psychiatry and psychopharmacotherapy. Dissertation the candidate of psychological sciences: 19.00.04. 119p. **(*Оригинално заглавие:*** *Жуков, Д.Е., Сравнительный анализ биопсихосоциальных факторов в течении детского аутизма. Дисерт. кандидат психологических наук: 19.00.04. 119 с.*) URL: https://www.dissercat.com/content/sravnitelnyi-analiz-biopsikhosotsialnykh-faktorov-v-techenii-detskogo-autizma

Krasnoperova, M.G. (2003). Clinic and psychopathology of procedural childhood autism occurring with manifest psychoses and mental retardation. (***Оригинално заглавие:*** *Красноперова, М.Г. (2003). Клиника и психопатология процессуального детского аутизма, протекающего с манифестными психозами и задержкой психического развития*) URL: http://medical-diss.com/medicina/klinika-i-psihopatologiya-protsessualnogo-detskogo-autizma-protekayuschego-s-manifestnymi-psihozami-i-zaderzhkoy-psihiche

Motzinova-Brachkova, M. Autistic disorders of children Milena, (***Оригинално заглавие:*** *Моцинова – Бръчкова, М. Аутистични нарушения при децата*) URL: https://journals.uni-vt.bg/

http://riokozpd.com Childish autism - ability and manifest (***Оригинално заглавие:*** Детски аутизъм – същност и прояви)

https://www.unicef.org/bulgaria

WED-ONLINE-SSS-HC-04

TOXIC EPIDERMAL NECROLYSIS /Lyell's syndrome/ [34]

Nina Vasileva– student
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 884 170 100
e-mail: ninka84@abv.bg

Assoc. Prof. Daniela Konstantinova, PhD
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 888 520 021
e-mail: ddraganova@uni-ruse.bg

Abstract: *Toxic epidermal necrolysis (TEN), also known as Lyell's syndrome, is a rare life-threatening dermatological disease characterized by the spread of erythema, necrosis, and bullous transformation of the epidermis and mucous membranes. The disease causes the top layer of skin (epidermis) to separate from the lower layers of skin (dermis) all over the body, leaving the body susceptible to severe infection. Mortality varies around 25-30% as a result of sepsis and multiple organ failure. The incidence of the disease is between 0.4 and 1.9 cases per million each year, ranking it among the rarest diseases. Most often, toxic epidermal necrolysis is drug-induced, but there are other disorders and conditions that can also be a potential cause of the development of toxic epidermal necrolysis, making the occurrence and prognosis difficult to predict.*

Keywords: *Toxic epidermal necrolysis, drug reaction*

ВЪВЕДЕНИЕ

Токсичната епидермална некролиза (TEN), известна още като синдром на Lyell, е рядко животозастрашаващо дерматологично заболяване, което се характеризира с разпространението на еритема, некроза и булозна трансформация на епидермиса и лигавиците, и води до сепсис и/или смърт. Лезиите на лигавиците могат да доведат до стомашно-чревно кървене, дихателна недостатъчност, зрителни и урогенитални усложнения (Toxic epidermal necrolysis, 2015).

Болестта причинява отделяне на най-горния слой на кожата (епидермиса) от долните слоеве на кожата (дермата) по цялото тяло, оставяйки тялото податливо на тежка инфекция. Смъртността варира около 25-30 % в резултат на сепсис и полиорганна недостатъчност. Заболяването може да се развие във всички възрастови групи (More on Toxic Epidermal Necrolysis, ICD L51.2).

Честотата на заболяването е между 0,4 и 1,9 случая на един милион всяка година. Токсичната епидермална некролиза и синдромът на Stevens-Johnson са много тежки форми на erythema multiforme, като състоянието се нарича Токсична епидермална некролиза, когато е засегната над 30 % от повърхността на тялото. Заболяването се нарича синдром на Stevens-Johnson при засягане на по-малко от 10 % от телесната повърхност. Междинната форма при засягане на 10-30 % от телесната повърхност се нарича "синдром на Stevens-Johnson / токсична епидермална некролиза". Въпреки че синдромът на Stevens-Johnson и токсичната епидермална некролиза се включват към спектъра на заболявания, който включва еритема мултиформе, те се разглеждат като отделни състояния.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Най-често токсичната епидермална некролиза е лекарствено-индуцирана. Съществуват

[34] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ТОКСИЧНА ЕПИДЕРМАЛНА НЕКРОЛИЗА /БОЛЕСТ НА ЛАЙЕЛ/.

обаче и други нарушения и състояния, които също могат да бъдат потенциална причина за развитието на TEN, включително инфекция, злокачествени новообразувания и ваксинации. Токсичната епидермална некролиза е доста своеобразно състояние и появата му, както и прогнозата е трудно да се предскаже.

Лекарствени реакции са докладвани при 80-95 % от всички случаи на синдромът на Lyell. Медикаментите, които най-често причиняват токсична епидермална некролиза, са: антибиотици - сулфонамиди (сулфаметоксазол, сулфадиазин, сулфапиридин), бета-лактамни антибиотици (цефалоспорини, пеницилини, карбапенеми), нестероидни противовъзпалителни лекарства, алопуринол, антиметаболити (метотрексат), антиретровирусни лекарства (невирапин), кортикостероиди, анксиолитици, антиконвулсанти (фенобарбитал, фенитоин, карбамазепин, валпроева киселина).

Освен с медикаменти възникването на изброените синдроми, макар и рядко, се свързва и с някои инфекции – инфекция с Mycoplasma pneumoniae, херпесни вируси, грипни вируси, хепатитни вируси (Пишмишева, М. и колектив, 2017). Заболяването е със сравнително ниска честота: за TEN приблизително 1-2 случая годишно на 1 млн. население и за SJS до 6 случая годишно на 1 млн. души. В последните години има тенденция за увеличаване на честотата – вероятно поради асоциирането му с костно-мозъчни трансплантации, мозъчни тумори и Lupus Erythematosus. Ролята на имунната система в точната патогенеза на токсичната епидермална некролиза остава неясна. Заболяването се приема за имуномедиирана цитотоксична реакция, целяща да унищожи кератиноцитите, експресиращи чуждия антиген.

Рискови фактори за развитие на синдрома на Lyell са:

HIV-позитивни индивиди имат 1000 пъти по-голям риск от развитие на заболяването в сравнение с останалите хора. Причината за този повишен риск не е ясна.

Смята се и че някои генетични фактори са свързани с повишен риск от развитие на токсична епидермална некролиза.

Токсичната епидермална некролиза води в крайна сметка до обширно кожно засягане със зачервяване, некроза и отделяне на повърхностния слой на кожата и лигавицата. Преди развитието на тези тежки клинични находки, пациентите често имат грипоподобен продром с общо неразположение. Анамнеза за лекарствена експозиция съществува за средно 14 дни (варираща от 1 до 4 седмици) преди началото на симптомите (More on Toxic Epidermal Necrolysis, ICD L51.2).

Клинично заболяването се проявява след различно дълъг латентен период (до 4 седмици) и започва с неспецифични симптоми: температура, отпадналост, главоболие, болки в ставите и мускулите, гадене, повръщане. На по-късен етап се появява „парещ” обрив, който започва най-често от лицето и горната част на торса. Ключова за диагнозата SJS/TEN е наличието на триадата: лигавични ерозии, таргетни лезии и епидермални некрози със свличане на епидермиса (Pishmisheva, M. et all, 2017).

Симптоми и прояви

Пациентите с токсична епидермална некролиза описват общото си състояние като грипоподобно: неразположение, обрив, треска, кашлица, артралгия, мускулна болка, ринит, главоболие, липса на апетит, гадене и повръщане, със или без диария. Други продромални симптоми и признаци включват конюнктивит (32%), фарингит (25%) и сърбеж (28%). Продромалните симптоми и признаци траят от 1 ден до 3 седмици. В началния етап кожните обриви са слабо определени. В рамките на час до няколко дни обривът се слива в едно цяло с образуването на мехури и епидермални формации на листа. Най-често тези лезии се развиват по торса и лицето. Болката в мястото на кожните лезии е преобладаващият симптом и тежестта му често е пропорционална на появата на лезиите (особено в началния етап). Развитието на ерозия на лигавицата (при 90% от пациентите), като правило, предхожда развитието на кожни лезии. Най-често страда лигавицата на орофаринкса, а след това очите и гениталиите. В устната кухина се усеща болка или парене.

Синдромът на Лайел се характеризира със следните промени в лабораторните параметри:

• в кръвна картина - увеличение на СУЕ, левкоцитоза, отсъствие на еозинофили;

• повишена коагулация на кръвта;

• повишаване на нивото на урея, остатъчен азот и чернодробни проби;

•намаляване на общ белтък в кръвта и увеличаване на броя на глобулините.

Биопсия на засегнатата кожа разкрива некроза на епидермиса, а в слоевете, разположени по-дълбоко - имунни клетки, оток, мехури.

В хода на заболяването, Токсичната епидермална некролиза преминава през 3 етапа:

- първият етап се характеризира с влошаване на доброто състояние на пациента, появява се сънливост, телесната температура се повишава и ориентацията в пространството се губи. По-късно върху кожата се появяват хиперемични огнища, чувствителността в тази зона се увеличава;

- вторият етап - хиперемични огнища се увеличават по размер, възниква свръхчувствителност. Кожата ексфолира, появяват се мехурчета, жажда, количеството на слюнката намалява;

- третият етап - пациентът е изключително отслабен, признаците на дехидратация преобладават. В случай на ненавременно предоставяне на медицинска помощ, вероятността от смърт е висока.

Диференциална диагноза - токсичната епидермална некролиза трябва да бъде диференцирана от дерматит, пемфигус, херпес, херпетиформен дерматит на Дюринг, булозна епидермолиза. Тези патологични процеси са със същата природа и симптоматика, но синдромът на Джонсън започва с появата на мехури по лигавиците на устата, а синдрома на lyell започва с лицето и градуално покритие на цялото тяло.

Лечение

В основата на лечението е поддържаща терапия, която включва прилагане на антибиотици, кортизонови препарати, протеинови и водно-солеви инфузии, витамини, некректомия. Терапията трябва да продължи, докато епителът на пациента не се регенерира. Мерките за подкрепа включват изолация на пациента, контрол на течности и електролити, добро хранене, контрол на болката и защитни превръзки. Ранното насочване на пациенти в център за изгаряне или център за интензивно лечение може да намали риска от инфекция, смъртност и продължителност на хоспитализацията.

Елиминирането на лекарства (ако бъдат идентифицирани) трябва да се извърши възможно най-бързо. Според резултатите от едно наблюдателно проучване смъртността при пациентите може да бъде намалена от 26% на 5%, ако пациентът е под въздействието на лекарства с кратък полуживот и ако тези лекарства се елиминират от тялото не по-късно от ден преди развитието на мехури или ерозия.

Основните усложнения обикновено се ограничават до засегнатите органи и системи (т.е. кожата и лигавиците) и включват:

• Промени в пигментацията на кожата

• Загуба и дегенерация на ноктите

• Анхидроза (невъзможност за изпотяване)

• Цикатрикси, алопеция

• Изсушаване на кожата, което води до дълбоки ерозии по кожата

• Хронична ксеростомия - състояние, при което устната кухина е по-суха от нормалното и води до проблеми с храненето и промени в структури на хранопровода

• Вулвовагинална синехия

• Фимоза

• Хронична ерозия на лигавицата на устата и гениталиите.

От голямо значение за благоприятен изход от заболяването са качествените **здравни грижи**, добра хигиена на кожата за минимизиране на риска от допълнителни инфекции. Оздравителният процес е бавен, на местата на засегнатата кожа остават пигментации за около 2-4 месеца. Понякога се уврежда и черния дроб, бъбреците и сърцето. Заболяването невинаги има благоприятен изход, въпреки лечението.

Прогноза

Според различни оценки смъртността варира от 10 до 70%. Прогнозата ще зависи от качеството на грижата за пациента и колко бързо ще започне лечението. Сепсисът и многосистемната органна недостатъчност са основните причини за смъртта. Загубата на епител може също да направи човек уязвим към бактериални и гъбични инфекции. Отхвърлянето на многослойния епител на лигавиците може да доведе до стомашно-чревен кръвоизлив, дихателна недостатъчност и увреждане на пикочно-половата система. Поради значителна загуба на течности и невъзможност да понасят оралното поглъщане, пациентът може да развие хиповолемия, остра тубулна некроза и шок.

Възрастта, площта на засегнатия епидермис и серумните нива на урея са най-важните прогностични фактори за токсична епидермална некролиза. Смъртността при децата е значително по-ниска, отколкото при възрастните. Пациентите в напреднала възраст имат лоша прогноза. Други отрицателни прогностични фактори включват:

•Повишени нива на креатинин
•Нарушено дишане
• Тромбоцитопения
• Лимфопения
• Неутропения
• Левкопения
• Сепсис

Профилактика

За предотвратяване на болестта на Лайел трябва да се спазват следните правила:

- спазване режима на дозиране, предписан от лекаря;
- при посещаване на лекар, да се съобщава за наличието на алергични реакции към лекарства;
- да не се приемат повече от 5 лекарства (ако това не се изисква от режима на лечение);
- при наличие на предразположение към алергии, не може да се прилага самолекуване;
- при първите симптоми на развитието на болестта незабавно да се потърси медицинска помощ.

ИЗВОДИ

Синдромът на Лайел е опасно заболяване, което може да доведе до летален изход при несвоевременно лечение. Специфичните симптоми помагат да се диагностицира заболяването, а правилното лечение предотвратява усложненията и увеличава преживяемостта. При благоприятен ход на патологията симптомите изчезват след 7-10 дни. Хората с предразположение към алергии трябва да следват мерките за предотвратяване на токсична епидермална некролиза.

REFERENCES

Lyell's syndrome: treatment of toxic epidermal necrolysis, ***(Оригинално заглавие:*** *Синдром Лайелла: лечение токсического эпидермального некролиза), URL:* https://dermatologiya.pro/allergiya/sindrom-layella.

More on Toxic Epidermal Necrolysis, ICD L51.2, (***Оригинално заглавие:*** *Още за Токсична епидермална некролиза, МКБ L51.2) URL*: https://medpedia.framar.bg/

National Framework Agreement 2020 - CP No. 109 Diagnosis and treatment of toxic epidermal necrolysis (Lyell's disease). ***(Оригинално заглавие:*** *Национален рамков договор 2020 - КП No 109, Диагностика и лечение на токсична епидермална некролиза (Болест на Лайел)*

Pishmisheva, M. et all. (2017). Stevens-Johnson syndrome and Toxic epidermal necrolysis: clinical cases, Varna Medical Forum, vol. 6, 2017, issue 1, ***(Оригинално заглавие:*** *Пишмишева, М., и колектив. (2017). Синдром на Стивънс-Джонсън и Токсична епидермална некролиза: клинични случаи, Варненски медицински форум, т. 6, 2017, брой 1)*

Toxic epidermal necrolysis. (2015). ***(Оригинално заглавие:*** *Токсический эпидермальный некролиз, 2015) URL:* http://redkie-bolezni.com/toksicheskiy-yepidermalnyy-nekroliz/,

WED-ONLINE-SSS-HC-05

WORKPLACE STRESS AND ITS CONSEQUENCES [35]

Selin Mehmed – student
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 88 5532195
e-mail: selinmehmed.99@gmail.com

Chief Assist. Prof. Irina Hristova, PhD
Department of Health Care
"Angel Kanchev" University of Ruse
Phone: +359 88 4582733
e-mail: ihristova@uni-ruse.bg

Abstract: *Stress in our lives is inevitable. In our daily lives, we are faced with many situations and the constant need to make choices, each of which is somewhat stressful. Stress is a normal companion in our daily functioning. It cannot be avoided, but it can be overcome and, in certain circumstances, can lead to impaired physical and mental functioning.*

Keywords: *stress; reactions to stress;*

ВЪВЕДЕНИЕ

Едно от многото определения за стреса гласи, че той е неблагоприятна реакция в отговор на високо натоварване, т.е. нежелани реакции, предизвикани от прекомерени изисквания или натиск, отправени към хората. Малко стрес може да спомогне за съсредоточване, енергичност и повишена способност за посрещане на нови предизвикателства на работното място. В днешния забързан свят работното място твърде често се свързва с дълги работни часове, кратки срокове и непрекъснато нарастващи изисквания, предизвикващи изтощение и претоварване. Когато стресът надвиши способността на индивида да се справи с него, той спира да бъде полезен и може да доведе до влошено психично и физическо здраве – развитие на депресия, нервни сривове, сърдечни заболявания (Segal, J., Smith, M., Segal, R., et al, 2020).

Между човешкия ум, емоции и тялото има неразривна връзка. Всяко едно емоционално и психическо състояние оказва влияние на физическо ниво. Човешките мисли и чувства са свързани с определени части на тялото и могат да провокират и отключат различни заболявания. В дългосрочен план постоянното изпитване на стрес води до депресия, високо кръвно налягане, аритмия, атеросклероза, сърдечни заболявания включително и инфаркт, киселини, язви, синдром на раздразненото черво, разстроен стомах, диария, запек, напълняване или отслабване, ниско или повишено либидо, инфертилитет, астма, артрит, кожни проблеми като акне, екзема, псориазис (Kyazimova, N., Mustafa, S., Georgieva, D., 2018).

Реакцията към стрес се развива във времето и преминава през няколко етапа. При продължаващ стрес всеки следващ етап е по-тежък от предходния. При по-лек стрес човек преминава от етап на етап. При тежък и внезапен стрес може директно да се премине към по-късен стадий (Petrova, G., 2018).

Стадий 1 – Човек изпитва лека тревожност. В много случаи при преминаването на по-висока длъжност или поемането на нова роля (раждането на дете е свързано с поемането на роля на родител) човек се чувства изправен пред ново предизвикателство и се мобилизира, за да се справи с него. Обичайно мотивацията тук е висока и нивото на енергия е адекватно за

[35] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: СТРЕСА НА РАБОТНОТО МЯСТО И ПОСЛЕДСТВИЯТА ОТ НЕГО.

справяне със стреса.

Стадий 2 – ако нивото на стрес продължава да се повишава, човек започва да изпитва ефектите от стреса върху ежедневното си функциониране. Тук стреса се превръща в дистрес, който се съпътства от преживяване за свърхнатоварване.

Стадий 3 – ако не се предприемат мерки за справяне със стреса човек навлиза в третия стадий, в който най-честото оплакване е "колкото повече работя, толкова повече не се справям". В този стадий често се наблюдават симптоми, свързани с хроничния стрес, като: избухливост, напрежение, главоболие и др.

Стадий 4 – крайният стадий води до чувство за "прегаряне", което се характеризира с емоционално изтощение и усещане за снижени постижения. Този стадий може да се разпознае, ако човек бъде помолен да сравни как се чувства в петък след края на работния ден и в понеделник преди започване на работа. Ако изтощението продължи до понеделник и двата почивни дни не са били достатъчни за възстановяване, то става дума за "прегаряне".

Препоръките за справяне със стреса са: осигуряване на достатъчно сън; редовно и разнообразно хранене; редовно спортуване; ежедневно време за релаксация; намиране на хоби; водене на социален живот и общуване с повече хората и др. (Bulgarian Association for Patient Protection, 2016; Segal, J., Smith, M., Robinson, L., et al, 2019).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Стресът, свързан с работата, е реална опасност и представлява едно от най-големите предизвикателства пред здравето на работниците в здравните заведения. Данните от Изпълнителния директор по здравеопазване и безопасност (HSE) на Англия показват, че случаите на влошаване на здравето, причинени от стрес, са по-високи в здравния сектор, отколкото във всяка друга работна среда (Sunley, K., 2007; Hristova, Ts., 2019; Hristova, Ts., Serbezova, I., Lukanova, J., 2019).

Д. Георгиева и Г. Колева в свое проучване отчитат, че разнообразието от проблеми, тежкото положение и понякога липса на перспектива от лечението, както и среща със смъртта са част от сресовите фактори, поради които повечето стажанти медицински сестри не желаят да работят в сферата на палиативни грижи (Georgieva, D., Koleva, G., 2016).

Целта на настоящото научно съобщение е установяване нивото на стрес на работното място сред медицински служители в МБАЛ Исперих.

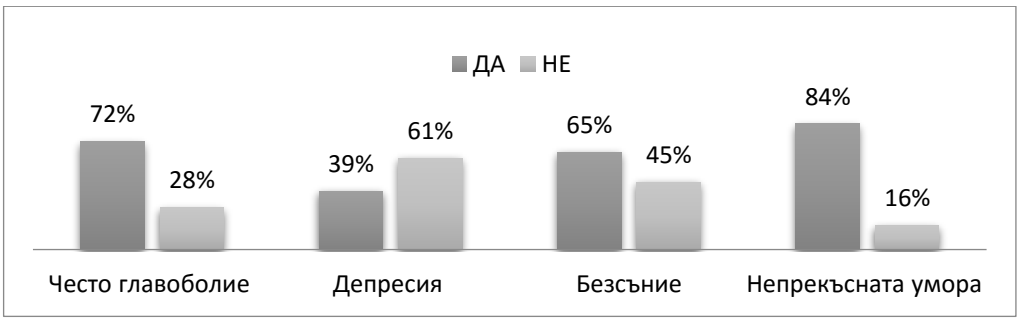
В периода март – април 2020г. е проведено анкетно проучване в Отделение Вътрешни болести, Детско отделение, Отделение по Хирургия, Отделение по анестезиология и интензивно лечение, на територията на МБАЛ - Исперих" ЕООД. Анкетирани са общо 60 лекари, медицински сестри и санитари. След взето съгласие за провеждане на анонимно анкетното проучване, респондентите отговориха на 10 въпроса относно нивото на изпитвания стрес на работното място.

Възрастовото разпределение на респондентите показва, че най-голам дял от всички анкетирани са във възрастова група 31 – 40г. (32%), а най-малък дял са между 18 и 20 г. (5%). Повечето от анкетираните са жени – 64%, а мъжете са 36%.

От отговорите на респондентите става ясно, че по-голяма част от тях се чувстват стресирани от работата си (78%), докато останалата част дават негативен отговор (22%).

На въпроса „*Нивото на стрес причинява ли Ви вреда"* 62% от анкетираните са дали положителен отговор и по-малък дял отрицателен – 38%.

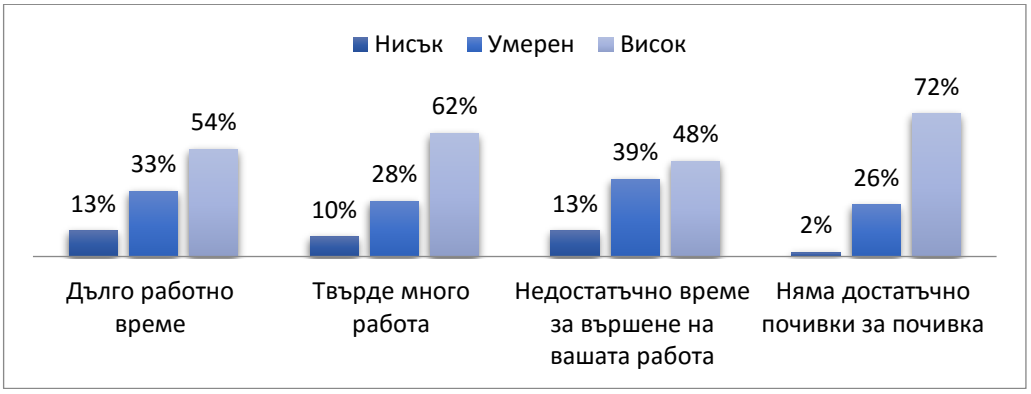
Цялата професионална дейност на медицинските професионалисти предполага емоционална наситеност и висок процент на стресогенните фактори. По отношение на симптомите, предизвикани от стреса, отговорите на анкетираните са представени във Фигура 1.



Фиг.1 Налични симптоми по време на стрес

Голяма част от респондентите отбелязват, че страдат често от главоболие (72%), безсъние (65%), непрекъсната умора (84%), а страдащите от депресия са сравнително малко (39%). Професионалния стрес и свързаното с него професионално прегаряне води до сериозни последствия както за психичното благополучие на работещите, така и за ефективността на работния процес (Angelova-Barbolova, N., Konstantinova, D., Georgieva, D., 2017).

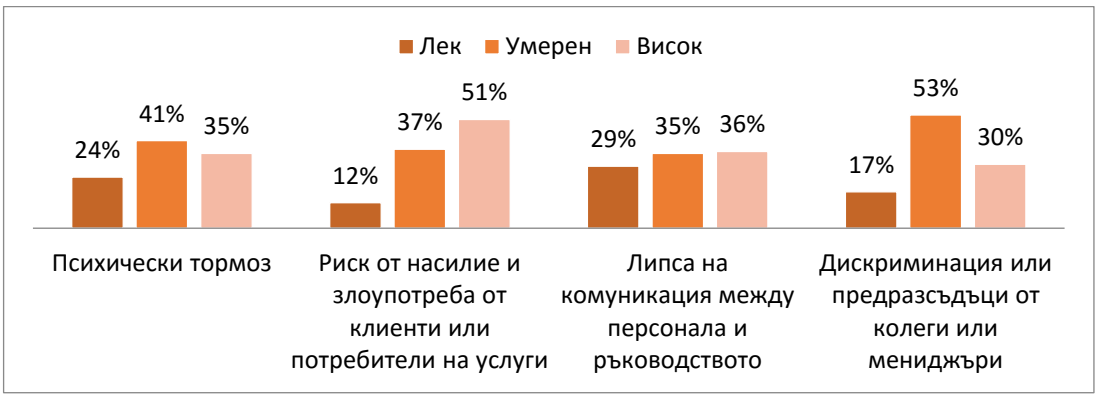
На Фигура 2 са представени графично отговорите на респондентите за условията на работното им ежедневие.



Фиг.2 Условия на работа

Организирането на работния процес и почивки е съществен проблем в условията на недостиг на медицински кадри в лечебните заведения. За 54% от анкетираните става ясно, че работното време е много дълго. Повече от половината отбелязват, че имат твърде много работа (62%). Недостатъчно работно време за вършене на задълженията си посочват 48%, а че нямат достатъчно почивки отбелязват 72%.

Мнението на респондентите по въпросите относно взаимоотношенията на работното място е представено графично във Фигура 3.



Фиг.3 Взаимоотношения в работата

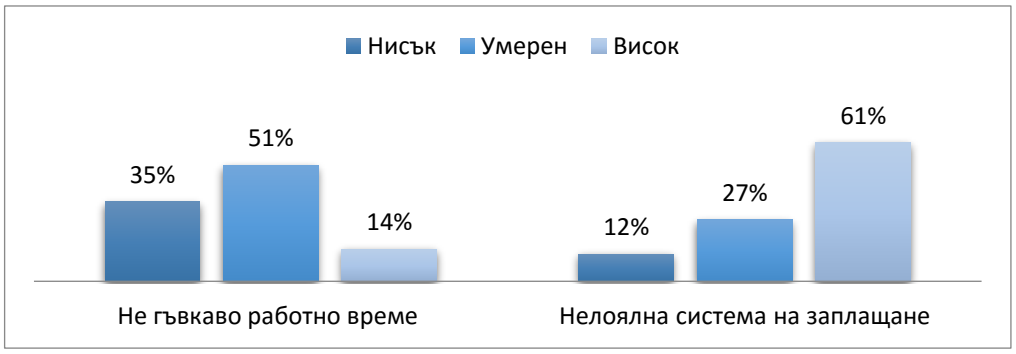
Близо една четвърт от анкетираните (24%) изказват мнение, че рискът от психически тормоз на работното място е нисък. По малко от половината анкетирани (41%) са посочили, че според тях съществува умерен риск от тормоз на работното място, докато 35% отбелязват този риск като висок. Всичко, което засяга човешките ресурси в организацията, стимулира нейното позитивно развитие. Когато микроклиматът е добър служителите ще са позитивно настроени, ще са спокойни и уверени в себе си, ще са силно мотивирани да вършат работата си добре, за да удовлетворят очакванията към тях. (Todorova, T., 2014; Todorova, T., 2016a).

Висок риск от насилие и злоупотреба от клиенти или потребители на услугата отчитат повече от половината респонденти (51%) и само 12% определят този риск като лек. Остонолите 37% анкетирани посочват риска като умерен.

Липса на комуникация между персонала и ръководството на лечебното заведение се определя като високо рисков фактор за стрес, според над една трата от анкенираните медицински работници (36%). Приблизително толкова са и лицата, изказващи мнение, че това е умерен рисков фактор (35%). Останалите 29% считат липсата на комуникация за нисък рисков фактор за стрес.

Повече от половината рестонденти споделят мнение, че дискриминацията или предразсъдъците от колеги или мениджъри се явяват като умерен рисков фактор за стрес (53%). Почти една трета от всички анкетирани (30%) определят дискриминацията или предразсъдъците, като висок рисков фактор за стрес и само 17% считат, че е нисък рисков фактор. Конфликтите се проявяват като следствие на несъвместими цел, разбирания или емоции между индивиди, чийто резултат е противопоставяне и антагонизъм (Todorova, T., 2016b).

Поддържането на баланс между две съществено важни за човек сфери – личния и професионалния живот, е наложително. Липсата на баланс между тях често води до неудовлетвореност от работата, дори и да е била мечтаната, което допълнително затормозява. На Фигура 2 са показани графично отговорите на въпосите, свързани с баланса между работата и личния живот.



Фиг.2 Баланс между работата и личния живот

Негъвкавото работно време се определя от половината респонденти (51%), като причина с умерен риск за възникване на проблеми в дома и за грижата за децата в семейството. Само 14% от анкетираните го определят като висока рискова причина за стрес в баланса между работата и личния живот. Негъвкавото работно време причинява нисък риск за стрес в този баланс според 35% от медицинските работници.

Повечето от анкетираните определят, че е налице висока степен на нелоялна система на заплащане (61%), умерена степен – 27% и лека степен – 12%. Други проучвания потвърждават, че финансовата сигурност е по-желана от облекчаването на работната дейност. Неудовлетвореността от възнаграждението за положения труд се определя, като един от основните фактори за недоволство в системата на здравеопазването (Kalinova, K., Koleva, Gr., 2015).

Много голяма част от анкетираните – 85%, посочват, че работодателят им няма политика за справяне със стреса на работното място или нямат информация за съществуваща такава и само 15% дават положителен отговор на въпроса.

ИЗВОДИ

Каквото и да изисква естеството на работата, има стъпки, които може да се предприемат за да се предотвратят вредните последици от стреса, да се подобри удовлетвореността от работата и благосъстоянието на и извън работното място. Разпознаването и знанието за справянето със стреса е нещо, за което всички работещи в здравеопазването трябва да бъдат наясно и напълно подготвени.

REFERENCES

Angelova–Barbolova, N., Konstantinova, D., Georgieva, D. (2017). The role of social support in the prevention of professional stress and burnout of medical professionals. Proceedings of university of Ruse – 2017, volume 56, book 8.3. p. 11 – 4. (***Оригинално заглавие:*** *Ангелова-Барболова, Н., Константинова, Д., Георгиева, Д. (2017). Роля на социалната подкрепа при профилактика на професионалния стрес и професионалното прегаряне при медицински специалисти. Научни трудове на Русенски университет 2017, том 56, книга 8.3. стр. 11 – 4.)*

Bulgarian Association for Patient Protection. (2016). 10 diseases that are directly related to stress. URL: https://patient.bg/view_news_bg.php?news_id=5390 (***Оригинално заглавие:*** *Българска асоциация за закрила на пациентите. (2016). 10 болести, които са пряко свързани със стреса.)*

Georgieva, D., Koleva, G. (2016). Palliative nurse care – education and training. Medical University of Varna. Scripta Scientica Salutis Publicae, vol. 2, 2016, suppl. 1, pp. 166-170

Hristova, Ts., Serbezova, I., Lukanova, J. (2019). Key issues in the organization and quality of the midwife's health services notice. Union of Scientists – Ruse, Series 4, Medicine and Ecology, 2019, Volume 9, pp. 39-44, ISSN 1311-1078. (***Оригинално заглавие:*** *Ц. Христова, И. Сербезова, Й. Луканова. Водещи проблеми в организацията и качеството на работа на акушерката. Известие, Съюз на учените - Русе, серия 4, Медицина и екология, 2019, брой том 9, стр. 39-44, ISSN 1311-1078.)*

Hristova. Tsv. (2019). Pre-graduate students internship for forming professional competences. Izvestie, Union of Scientists – Ruse, (9), ISSN 1311 – 1078 (***Оригинално заглавие:*** *Христова, Ц. (2019). Преддипломният стаж на студентите акушерки за формиране на професионални компетенции.//Известие, СУБ – Русе,(9), ISSN 1311 – 1078).*

Kyazimova, N., Mustafa, S., Georgieva, D. (2018). The impact of emotions on the human body. The interrelation between the mental state and the occurrence of various somatic disease. Proceedings of university of Ruse – 2018, Volume 57, Book 8.4. p.120 – 4. (***Оригинално заглавие:*** *Кязимова, Н., Мустафа, С., Георгиева, Д. (2018). Влиянието на емоциите върху човешкото тяло. Взаимовръзката между психическото състояние и развитие на различни соматични болести. Научни трудове на Русенския университет - 2018, Том 57, Серия 8.4. Стр. 120 – 4.)*

Petrova, G. (2018). Stress and the effects of stress. Mental health portal URL: http://psihichnozdrave.com/biblioteka/statii/%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81-%D0%B8-%D0%BF%D0%BE%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8-%D0%BE%D1%82-%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D0%B0/?fbclid=IwAR3_x68AB37PiGm1VnGyGPLnS14FozwLIqASW7uq1owWE8sygF506R0Dl7U . (***Оригинално заглавие:*** *Петрова, Г. (2018). Стрес и последици от стреса. Портал за психично здраве.)*

Segal, J., Smith, M., Robinson, L., Segal, R. (2019). Stress at work. *HelpGuide*. URL: https://www.helpguide.org/articles/stress/stress-in-the-workplace.htm

Segal, J., Smith, M., Segal, R., & Robinson, L. (2020). Stress Symptoms, Signs, and Causes: Improving Your Ability to Handle Stress. HelpGuide.org. URL: https://www.brainsupportnetwork.org/stress-symptoms-signs-and-causes-improving-your-ability-to-handle-stress/

Sunley K. (2007). Work-related stress – Guidance for health and safety representatives. The Society of Radiographers. First edition. ISBN 978-1-906-225-00-1. URL: https://www.sor.org/system/files/article/201202/sor_work_related_stress_guidance_health.pdf

Todorova, T. (2014). Basic guidelines for improving the quality of health care. Proceedings of university of Ruse – 2014, Volume 53, Book 8.3. p. 54 – 7. (***Оригинално заглавие:*** *Тодорова, Т. (2014). Основни насоки за повишаване качеството на здравните грижи. Научни трудове на Русенския университет – 2014, том 53, серия 8.3. стр. 54 – 7).*

Todorova, T. (2016a). Communication organization. Proceedings of university of Ruse – 2016, Volume 55, Book 8.3. p. 20 – 2. (***Оригинално заглавие:*** *Тодорова, Т. (2016). Комуникация в организация. Научни трудове на Русенския университет - 2016, Том 55, Серия 8.3. Стр. 20 – 2).*

Todorova, T. (2016b). The role of communication in managing conflict situations in the workplace. Health Care, 2016, Issue 4, pp. 31-35. (***Оригинално заглавие:*** *Тодорова, Т. (2016). Роля на комуникацията в управлението на конфликтните ситуации на работното място. Здравни грижи, 2016, брой 4, стр. 31-35).*

Kalinova, K., Koleva, Gr. (2015). The development of the profession of nurse through the eyes of a first-year student. Student Scientific Session of the University of Ruse – 2015, pp. 11 – 4, ISBN 1311-3321. (***Оригинално заглавие:*** *Калинова, К., Колева, Гр. (2015). Развитието на професията медицинска сестра през погледа на студентка от първи курс. Стедентска научна сесия на Русенски университет – 2015, стр. 11 – 4, ISBN 1311-3321).*

WED-ONLINE-SSS-HC-06

QUALITY OF LIFE AND HEALTH CARE IN PATIENTS WITH THE PARKINSON'S DISEASE [36]

Margarita Bankova – student
Department of Haelth Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 088 400 8936
e-mail: rusulinka80@abv.bg

Pr. Assist. Prof. Irina Hristova, PhD
Department of Haelth Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 088 458 2733
e-mail: ihristova@uni-ruse.bg

Abstract: Parkinson's disease is the second most common neurodegenerative disease after Alzheimer's disease, affecting about 1% of the population over 60 and nearly 5% of people over 65. It is characterized by motor, cognitive and behavioral disorders. This disease requires timely detection and treatment, as well as the application of special nursing care, due to the risk of disability and rapid progression. Nursing care for patients with Parkinson's disease covers a wide range of skills aimed at changes in consciousness, motor activity and the degree of dependence of the patient on care.

Keywords: *Parkinson's disease, quality of life, health care*

ВЪВЕДЕНИЕ

Паркинсоновата болест (ПБ), описана за първи път от Джеймс Паркинсън през 1817 г., е едно от най-често срещаните невродегенеративни заболявания (Goetz, CG., 2011). Средната възраст, при която се появяват първите симптоми, е 55 години и за двата пола. При бялата раса има по-голям риск за развитие на болестта. Това е заболяване предимно на възрастните, поради което се среща по-често в развитите страни, където продължителността на живота е по-голяма (De Lau LM, Breteler MM., 2006). Според стадия на развитието на болестта се проявяват различни симптоми при пациентите, които медицинската сестра трябва да познава и оценява, за да подготви и приложи адекватен план за сестрински грижи. Целта на настоящото научно съобщение е да се проучат и систематизират специалните сестрински грижи, прилагани за пациенти с ПБ.

ИЗЛОЖЕНИЕ

В медицинската литература ПБ се описва като тежко хронично заболяване на централната нервна система с голямо медико-социално значение поради неблагоприятния му ефект върху трудоспособността на болните и тяхното постепенно инвалидизиране. Поради все още неизяснени причини нервните клетки в subsantia nigra намаляват по брой. Това води до понижаване на наличното количество dopamin, необходим за пренасяне на сигналите в мозъка. Смъртта на допаминенергичните неврони нарушава мозъчната регулация на движението и вътрешната система за сигнализация и комуникация. Посланията от мозъка до някои части на тялото се преустановяват или забавят и се появяват симптомите на заболяването. Нарушава се координацията с поява на тремор, сковани мускули и стави, затруднено придвижане. Ходът на заболяването е бавен, с прогресиращ характер и

[36] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ И ЗДРАВНИ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ.

.

продромални симптоми, като чувство на слабост в крайниците, променено движение, а накрая – със слабост, инконтиненция, неартикулирана реч, саливация и обездвижване. Етиологията на болестта е неизвестна. ПБ предизвиква значителна двигателна инвалидизация. Заболяването се развива бавно, първоначално с неспецифични симптоми, като например болки в раменете, врата, лека скованост и непохватност в засегнатите крайници. Постепенно се проявяват основните симптоми на болестта. Зависимостта на пациента от грижите на близките му и на медицинската сестра нараства с прогресивното развитие на симптомите (Stambolova, I., 2012).

Материал и методи

Проучени са университетски издания, материали и публикации на български и английски език. Използвани са документален метод и метод на сравнение.

Характерно за ПБ е асиметричното начало, а основните симптоми на болестта са добре известни (Milanov, I., Trajkov, L., 2016):

- ✓ Статичен трмор: Тремор в покой е първия симптом при 70% от болните. Започва едностранно в дисталната част на крайниците.
- ✓ Брадикинезия: Забавяне на движенията при извършване на различни волеви движения. Лицето става масковидно, намалява честотата на мигането, загубват се нормалните жестове. Речта става хипотрофична и монотонна. Погледа е втренчен. Затруднява се писането и се променя почеркът.
- ✓ Постурална нестабилност: Загуба на постурални рефлекси, промяна в постуралната адаптация, ригидности, акинезия.
- ✓ Походка: Забавена с малки крачки, като при ходене отсъстват физиологичните синкинезии на ръцете. Характерно е затруднение при тръгване, обръщане и при достигане на целта.
- ✓ Флексия на глава и трункус: Ръцете са прибрани към тялото и сгънати в лакътните стави.
- ✓ Второстепенни симптоми: Развиват се при около 50% от болните. Такива са конгитивните нарушения, депресия и разстройство на автоимунната нервна система.

Класификация на ПБ според прогресията на заболяването е представена в табличен вид

Класификация на паркинсоновата болест според прогресията	
Първи стадий	- Едностранни признаци и симптоми; - Леки симптоми; - Неприятни, но неинвалидизиращи симптоми; - Тремор в единия крайник; - Промени в поза, движение и лицев израз.
Втори стадий	- Двустранни симптоми; - Минимално инвалидизиране; - Увреждане на стоеж и ходене.
Трети стадий	- Значително забавяне на телесните движения; - Ранно увреждане на равновесието при ходене и стоеж; - Умерено тежка генерализирана дисфункция.
Четвърти стадий	- Тежки симтоми; - Все още е възможно ходенето до ограничена степен; - Ригидност и брадикинезия; - Невъзможност да живее сам/сама; - Треморът може да бъде по-слаб, отколкото в

	ранните стадии.
Пети стадий	- Стадий на кахексия; - Пълно инвалидизиране; - Не може да стои и ходи; - Необходими са постоянни грижи.

Най-сериозни са проблемите на болните от трети, четвърти и пети стадий на болестта, през които имат нужда от чужда помощ и специализирани здравни грижи за да се справят в ежедневието си.

Моторните симптоми се проявяват чрез ограничени двигателни способности на пациентите, поради неспособността за извършване на фини и редуващи се движения, което води до невъзможност за изпълнение на рутинни ежедневни дейности, като къпане, хранене, самостоятелно обличане. Това налага прилагането на компенсиращи сестрински грижи – хигиенни тоалети, къпане, обучение и използване на помощни средства при хранене, обличане и обуване и др. (Hristova, I., 2020).

Хигиенните грижи за пациента в началото биват подпомагащи, а в последствие са компенсиращи – извършвани изцяло от медицинската сестра. Оказването на помощ или съдействие за лична хигиена, включително и къпането е базова сестринска дейност, насочена към качеството на живот и качеството на грижата. Хигиените процедури по метода „къпане без вода” или „сухо къпане” имат много предимства в сравнение с традиционното извършване на хигиенни тоалети в леглото на болния. Редица международни проучвания доказват предимствата и ефективността на метода, както в икономически аспект, така и по отношение на качеството и безопасността на здравните грижи, предпазване от инфекции свързани с медицинското обслужване и удовлетвореност на пациентите (Georgieva, D., 2018; Koleva, Gr., 2018; Koleva, Gr., Georgieva, D., 2016a).

Загубата на баланс е типична за късните етапи на заболяването, затова на болните се препоръчва да използват бастун или други подходящи за тях помощни средства и по възможност да имат придружител. Грижите за двигателната активност на пациента се определят от медицинската сестра чрез прилагане на индивидуален подход, според състоянието на болния, изявата на сиптомите и прогресията на заболяването (Demir, S., Dosev, S., Velcheva, K., 2019). Пълното обездвижване на пациента изисква сестрински грижи за тежко болен пациент на първи болничен режим.

Много пациенти изпитват болка, която се увеличава с напредването на заболяването. Тя може да е в мускулите и костите, като се усеща в ръцете или краката. Неволевите мускулни контракции, известни като дистония, предизвикат спазми, които са особено болезнени. Медицинската сестра прилага противоболковата терапия, назначена от лекар. При необходимост провежда пасивна гимнастика, която облекчава и забавя влошаването на състоянието и намалява болковия синдром (Koleva,G., Georgieva, D., 2016b).

Нарушеният сън през нощта се отразява на бодърстването на пациента. Грижите за съня и почивката на болния, оказвани от медицинската сестра, включват наблюдение на качеството и продължителността на съня, дневни „поспивания”, регулиране на ритуалите за сън и почивка, при необходимост назначена от лекаря подпомагаща съня медикаментозна терапия. Грижите, свързани с извършването на тоалет преди сън, обличането на свободна нощница или пижама, осигуряването на проветрена и затъмнена стая с подходяща за отпускане температура, могат да се осъществят от медицинската сестра или от обучени от нея близки на болния. Пълноценният сън укрепва нервната система и допринася за по-бодрото състояние през деня (Stoineva, Zl., Daskalov, M., Bosnev, V. (2005).

Появяват се различни комуникационни проблеми, най-често свързани с говора, с писането, с мимиките на лицето и езика на тялото. Това предизвиква нервност у пациентите и те стават раздразнителни към околните. С напредването на болестта комуникацията преминава предимно в невербална. Медицинската сестра и близките на пациента трябва да разчитат неговите потребности и желания по погледа, по някои мимики и жестове, по единични звуци или кратки думи (Konstantinova, D., 2015).

С прогресията на болестта преглъщането става все по-трудно, което в комбинация с увеличеното слюноотделяне води до дискомфорт и пречи на поглъщането на храна и лекарства. Съществува риск пациентът да аспирира храна или течности. Това налага изключително внимателно и търпеливо отношение по време на храненето му, минимизиране на риска от евентуално задавяне и повръщане. Изборът на подходяща консистенция на храната, подходящо количество, свързано със състоянието и вкусовите предпочитания на болния, трябва да бъде съобразен в грижите за храненето. Прилагането на подходящи съдове и прибори, които стимулират към самостоятелност при хранене, ако състоянието позволява, ползването на сламка за отпиване на глътки без опасност от задавяне е важен избор на медицинската сестра. Приетата храна и течности трябва да се регистрират, за да може да се проследи тяхното количество и съответствието с енергийните нужди на пациента. Пълноценното и витаминозно хранене е от съществено значение. При тежко състояние може да се наложи хранене със сонда, което се извършва само от медицинско лице (Konstantinova, D., 2014).

Наблюдението на отделянето – диуреза и дефекация, е важно задължение на медицинската сестра. По тях може да се съди доколко са достатъчни приетата храна и течности, както и за патологични отклонения и усложнения. При затруднения и патологични отклонения трябва да се уведоми лекарят и да се предприемат необходимите мерки (Georgieva, D., 2015).

Заболяването, което е с прогресиращ характер и сериозна прогноза, влияе съществено върху психиката и самочувствието на пациента. В редица страни при подобни заболявания се прилага психологична рехабилитация и подкрепа. Депресивни състояния, като чувство за безнадеждност и липса на мотивация, са част от живота на хора в късен етап на ПБ. Ролята на медицинската сестра и на близките е насочена най-вече към подържане на духа на пациента, желанието му за самостоятелност и забавяне прогресията на болестта. Поддържането на социалните контакти с роднини, кратки и приятни срещи с приятели, създават усещането, че пациентът не е забравен и отхвърлен, и поддържат положителния му емоционален тонус. Медицинската сестра подпомага пациента в избора на дрехи и в ежедневния тоалет и прическа, които също създават приятно чувство и осигуряват емоционален комфорт. Рискът от развитие на деменция може да се изрази в проблеми с вниманието, паметта или в езикови проблеми, в промяна в апетита и повишена възбудимост. В страната ни има необходимост от разкриването на повече социални услуги за болни с психични и поведенчески разстройства (Konstantinova, D., 2016).

Независимо от стадия на прогресия на заболяването и вида на лечението, който е избран от лекуващия екип, за пациента е много важно медикаментозната терапия да не се прекъсва, медикаментът да бъде приеман навреме и всеки път, когато е предписано. Медицинската сестра може да препоръча използването на специални кутии за лекарства, където с нейно или на близките участие да бъдат предварително заредени медикаментите за определен период. Това ще гарантира, че пациентът няма да пропусне прием или да приеме повече от веднъж лекарствата си поради забравяне.

ИЗВОДИ

Ролята на медицинската сестра в грижите за пациенти с паркинсовова болест е важна и значима. Грижите включват широк кръг от дейности и изискват компетентност и умения за работа с такива болни през различните етапи от болестта. Въпреки че ПБ все още е нелечима, благодарение на постиженията на съвременната медицина и на качествените сестрински грижи състоянието на болните може значително да бъде подобрено при правилно и навременно лечение. При тежко състояние на пациента качествени грижи за него може да оказва само медицинска сестра или здравен специалист. Сестринските грижи за пациенти с ПБ изискват дългосрочност и непрекъснатост, компетентност и медико-социален подход. Само така могат да се гарантират наблюдението на общото състояние, извършването на базовите грижи за пациента, както и да се реагира адекватно на придружаващи заболявания и влошаване на състоянието му.

REFERENCES

De Lau, LM., Breteler, MM. (2006). Epidemiology of Parkinson's disease. *Lancet Neurol.*2006 Jun;5(6):525-35. Review. PubMed PMID: 16713924.

Demir, S., Dosev, S., Velcheva, K. (2019). The role of auxiliary technical equipment for development in a home for deadly people with disabilities. Proceedings of university of Ruse-2019, volume 58, book 8.4. pp. 153 – 7. (***Оригинално заглавие:*** *Демир, С., Досев, С., Велчева, К. (2019). Ролята на помощните технически средства за предвижване в дом за възрасни хора с увреждания. Научни трудове на Русенски университет – 2019. Том 58, серия 8. 4. стр. 153 – 7, ISBN 1311 - 3321).*

Georgieva D. (2015). Prevention and nursing care in the elderly and elderly with manifestations of constipation and dehydration. Health Care Magazine, 2015, issue 2. (***Оригинално заглавие:*** *Георгиева Д. (2015). Списание Здравни грижи, 2015, брой 2).*

Georgieva, D. (2018). Alternative methods and means for the realization of quality and safe compensatory hygienic care. *57th Science Conference of Ruse University – SSS*. Bulgaria. Volume 57, Book 8.3. pp. 61 – 7. ISBN 1311-3321. (***Оригинално заглавие:*** *Георгиева, Д. (2018). Алтернативни методи и средства за осъществяване на качествени и безопасни компенсиращи хигиенни грижи. Научни трудове на Русенски университет – 2018. Том 57, Книга 8.3. стр. 61 – 7.)*

Georgieva, D., Koleva, G. (2016). Palliative nurse care - education and training. Scripta Scientifica Salutis Publicae. 2. 34. 10.14748/sssp.v2i2.1806.

Goetz, CG. (2011). The history of Parkinson's disease: early clinical descriptions and neurological therapies. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2011;1(1):a008862. doi:10.1101/cshperspect.a008862

Hristova, I. (2020). Nursing care for neurologically ill patients. Textbook for students in the specialty nurse. MEDIATECH – Pleven. ISBN 978-619-207-190-5. (***Оригинално заглавие:*** *Христова, И., 2020. Сестрински грижи за неврологично болни. Учебник за студенти от специалност медицинска сестра. Медиатех – Плевен. ISBN 978-619-207-190-5)*

Koleva, G., Georgieva, D. (2016b). Use of verbal and nonverbal scales of pain of nurse in patients palliative. PROCEEDINGS of the Union of Scientists – Ruse Book 4 MEDICINE AND ECOLOGY Volume 6, 2016. pp. 99 – 104. ISSN 1311-1078. ***(Оригинално заглавие:*** *Колева, Г., Георгиева, Д. (2016). Използване на вербални и невербални скали за оценка на болката от медицинската сестра при палиативно болни. Известия на Съюза на учените – Русе. Серия 4. Медицина и екология. Стр. 99 – 104)*

Koleva, Gr. (2018). Current state of the hygiene health care in the context of quality and patients' safety. Proceedings of university of Ruse – 2018, Volume 57, Book 8.3. pp. 68 – 74. ISBN 1311-3321. (***Оригинално заглавие:*** *Колева, Г., Станчева, Ц. (2018). Актуално състояние на хигиенните здравни грижи в контекста на качеството и безопасността на пациентите. Научни трудове на Русенски университет – 2018. Том 57, Книга 8.3. стр. 68 – 74. ISBN 1311-3321.)*

Koleva, Gr., Georgieva, D. (2016a). Assessment of the risk of pressure ulcers. Healthcare Magazine. Issue 3. ISSN 1312-2592 (***Оригинално заглавие:*** *Колева, Гр., Георгиева, Д. (2016). Оценка на риска от възникване на декубитус. Сп. Здравни грижи, брой 3. ISSN 1312-2592)*

Konstantinova, D. (2014). Need for social support and health care for people with disabilities in Bulgaria. Proceedings of university of Ruse – 2014, Volume 53, Book 8.3. pp. 58 – 62. (***Оригинално заглавие:*** *Константинова,Д. (2014). Необходимост от социална подкрепа и здравни грижи за хората с увреждания в България. Научни трудове на Русенския университет – 2014, том 53, серия 8.3. стр. 58 – 62.)*

Konstantinova, D. (2015). Medico-social care for the elderly and people with disabilities through the eyes of medical and social professionals. Proceedings of university of Ruse – 2015,

Volume 54, Book 8.3. pp. 40 – 4. *(**Оригинално заглавие:** Константинова, Д. (2015). Медико-социални грижи за възрастни хора и хора с увреждания през погледа на медицински и социални специалисти. Научни трудове на Русенския университет – 2015, том 54, серия 8.3. стр. 40 – 4.)*

Konstantinova, D. (2016). Quality of life of mentally ill patients with psychological and bihavioral disorders in wards for treatment and social services. Proceedings of University of Ruse - 2016, volume 55, book 8.3. pp. 10 – 5. (***Оригинално заглавие:*** *Константинова, Д. (2016). Качество на живот на болни с психически и поведенчески разстройства от отделения за лечение и социални услуги. Научни трудове на Русенски университет – 2016. Том 55, Книга 8.3. стр.10 – 5.)*

Milanov, I., Trajkov, L. (2016). Textbook of neurology for medical students. Sofia, Med. and Phys. ISBN: 9789544203207 (***Оригинално заглавие:*** *Миланов, И., Трайков, Л. (2016). Учебник по неврология за студенти по медицина. София, Мед. и Физ., ISBN: 9789544203207*)

Stambolova, I. (2012). Nursing care in somatic diseases. Sofia, MU - CMB. ISBN 978-954-9318-14-2. (***Оригинално заглавие:*** *Стамболова, И. (2012). Сестрински грижи при соматични заболявания. София, MU – CMB. ISBN 978-954-9318-14-2)*

Stoineva, Zl., Daskalov, M., Bosnev, V. (2005). Parkinson's disease. Handbook for the doctor and his patients. Sofia, AES AMH. ISBN: 954-462-112-1. (***Оригинално заглавие:*** *Стойнева, Зл., Даскалов, М., Боснев, В. (2005). Болест на Паркинсон. Наръчник на лекаря и неговите пациенти. София, АЕС АМН. ISBN: 954-462-112-1)*

WED-ONLINE-SSS-HC-07

DEPRESSION IN OUR EVERYDAY LIFE [37]

Gabriela Emilova - student
Department of Health Care
University of Ruse"Angel Kanchev"
Phone: 0893 888 722
e-mail: gabiieemilova@abv.bg

Pr. Assist. Prof. Teodora Todorova, PhD
Department of Health Care
University of Ruse"Angel Kanchev"
Phone: 0888 694 158
e-mail: tetodorova@uni-ruse.bg

Abstract: *Depression is a serious medical condition that can affect anyone, but many social and biological factors increase the risk of developing the disease. Additional stressful experiences such as illness, unemployment, or the death of a loved one can trigger this condition in some people. It is a common condition that is associated with a wide range of emotional and physical symptoms. The main goal of this study is to examine the extent to which depression is present in our daily lives. To achieve this goal, a survey was conducted in April and May 2020 with student nurses and midwives. Despite the unusual state of emergency, students are not depressed. They are creative young people, positive, with a view to the future, who continue to develop in spite of everything.*

Keywords: *Depression, Symptoms, Daily Life*

ВЪВЕДЕНИЕ

Депресията е сериозно медицинско състояние, което се свързва със симптоми като меланхолия, загуба на удоволствие, загуба на енергия, затруднена концентрация и мисли за самоубийство. То често срещано състояние, което се свързва с широк кръг от емоционални и физически симптоми, които имат голямо влияние върху ежедневието на пациента. Хората, страдащи от депресия губят контрол върху настроението и чувствата си и са отпаднали през по-голямата част от времето. В последствие те могат да изпитат трудности да се задържат на работа, да продължат образованието си, и/или да поддържат семеен живот и социални контакти. Депресията може да засегне всеки, но множество социални и биологични фактори повишават риска от развитие на заболяването. Допълнително стресиращи преживявания като болест, безработица или смърт на близък човек могат да отключат това състояние при някои хора.

Световната Здравна Организация поставя депресията сред най-инвалидизиращите заболявания в света, като тежката депресия е оценена в същата инвалидизираща категория като терминалния стадий на рак. Депресията е болест с голяма тежест в страните, както със среден, така и с висок доход (Mehmed, S., Hristova, I., 2020). Едно проучване е открило, че 65% от хората, страдащи от депресия са оценили състоянието си като тежко инвалидизиращо ги. Оценката за честотата варира в широк диапазон, но в повечето страни 8-12 % от населението страдат от депресия в някакъв период от живота си. Въпреки това, много хора с депресия остават нелекувани.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Депресията е заболяване, което включва не само ума или мозъка, но и цялото тяло, отразявайки се на начина, по който човек яде, спи, чувства се по отношение на себе си и мисли за нещата.Тя не е преходно, нормално състояние на ума. Тя не е нито знак на лична

[37] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ДЕПРЕСИЯ В НАШЕТО ЕЖЕДНЕВИЕ.

слабост, нито състояние, при което някой може да се "вземе в ръце". Независи от болния да реши да „се успокои“ и да се оправи. Депресията далеч надхвърля дистреса или нормалното страдание: това е заболяване, включващо признаци и симптоми, които продължават в течение на седмици, месеци или години, без разпознаване на състоянието или подходящо лечение (Georgieva D., Koleva G., Hristova I., 2016).

Обичайните признаци и симптоми на депресията са:

- Постоянно чувство на тъга, безпокойство или празнота;
- Загуба на интерес към дейности, които някога са били интересни или приятни, включително към секса;
- Необичайна умора, ниско ниво на енергия, усещане за намаляване на темпото;
- Загуба на апетит (съсзагубанатегло) или преяждане (с наддаване на тегло);
- Нарушения на съня и безсъние, ранно сутрешно събуждане или прекомерен сън;
- Загуба на емоционално изразяване (плосък афект);
- Чувство на безнадеждност, песимизъм, вина, безполезност или безпомощност;
- Социално отдръпване;
- Затруднени концентрация, памет или вземане на решения;
- Необичайно безпокойство или раздразнителност;
- Постоянни физически проблеми като главоболие, храносмилателни разстройства или хронична болка, които не се повлияват от лечението;
- Мисли за смърт, самоубийство, опити за самоубийство или самонараняване.

Симптоми и оплаквания, свързани с депресията са показани на фиг. 1.

Фиг. 1. Симптоми и оплаквания, свързани с депресията

Според специалистите съществуват много форми на депресия, които описват точно състоянието на пациента:

Дистимия – потиснато и тъжно настроение, форма на хронична депресия. Депресивните симптоми и епизоди са продължителни, но относително по-леки от другите форми.

Инхибирана – класическата депресия, каквато познаваме или най-често си представяме. Тя е от пасивен тип – човек е затормозен в действията и решенията си, липсва му минимална инициативност, демотивиран е да прави каквото и да е, отлага във времето банални ежедневни действия, каквито са сутрешния тоалет или разговор по телефон, като в тежките ѝ форми е неспособен да оперира на ежедневно ниво.

Ажитирана – позната днес като тревожно-депресивен синдром. Като симптоматика и протичане изглежда пълната противоположност на депресията от инхибиран тип. Ажитираните „депресари“ са в непрекъснато движение, забързани, свръхактивни, свръхнатоварени, динамични, кариеристично ориентирани, често свръхабициозни, приповдигнати, понякога манийни. Зад това им поведение стои динамото на перманентното усещане на генерализирана тревожност, което се усилва многократно ако човек остане и за минута без работа.

Реактивна – възниква след негативни и стресиращи житейски събития, най-често неочаквана шокираща загуба (близък, работа или социален статус, нежелана раздяла). Преживелищната психотерапия повлиява изключително успешно депресиите от реактивен тип, като лечението в по-голямата част от случаите е пълно и дълготрайно във времето.

Сезонно афективно разстройство – депресивна форма, която силно се влияе от сезонността, респективно от климатичните условия. Свързва се с хормонални и неврофизиологични промени, настъпващи при намалена продължителност на деня и редуцирано излагане на слънчева светлина. Логично първите симптоми на сезонната депресия (желание за сън (нерядко над 12 часа на нощ), умора, липса на енергия, свръхапетит (най-често към сладки неща), наддаване на тегло) се появяват най-често към средата на есента и достигат своя пик през зимните месеци, когато денят е най-кратък. Понякога се появява по-рядката парадоксална пролетно-лятна форма, при която депресивните симптоми са често противоположни на есенно-зимните (инсомния, намален апетит, загуба на тегло, генерализирана тревожност).

Екзистенциална (ноогенна) – проявава се при хора с висок потенциал на интелигентност, много често с потиснати дарби и потеницал на личността, които се замислят над (и практически светоусещат през призмата на) фундаменталното безсмислие на живота, като в житейска мисия се превръща не/съзнателното търсене на неговия смисъл. Екзистенциалните депресари са представителите на човешкия род, които предприемат „вечното човешко търсене“. В случаите, когато не могат да го открият, симптомите на депресия се усилват, като два от най-изявените от тях са демотивация и отчаяние.

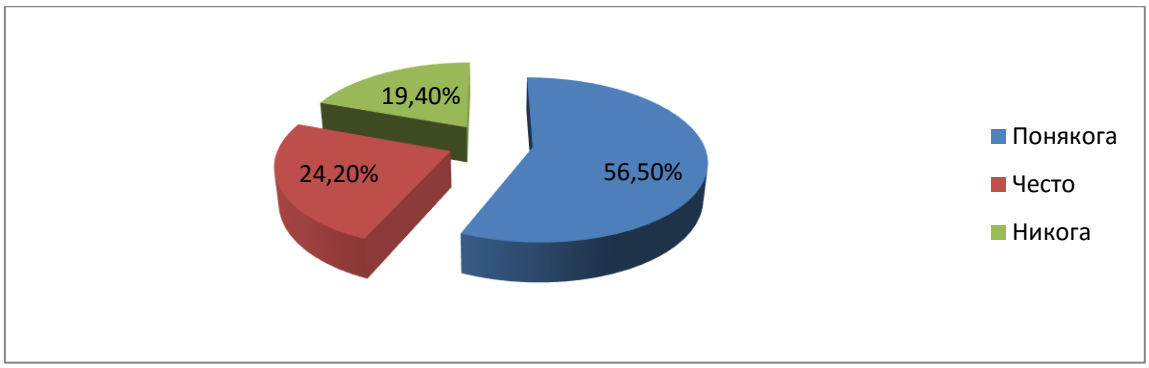
Клинична (ендогенна) – тежка и продължителна депресия, най-честата причина остава неустановена; често се наблюдава фамилна обремененост (генетична предиспозиция).

Провеждани са множество проучвания сред студентите, целящи по-лесто адаптиране към учебния процес и формиране на професионални компетенции (Hristova, Tsv.).

Основна **цел** на настоящото изследване е да проучим доколко депресията присъства в нашето ежедневие. За изпълнение на целта е проведена анкета през м. Април и м. Май 2020 г. със студенти медицински сестри и акушерки от първи, втори и трети курс. Участието е доброволно и анонимно, включиха се 62 респонденти.

При анализ на получените резултати установяваме, че 74,2% от студентите понякога изпитват чувство на тъга; никога не са изпитвали това чувство 6,5%. Незначителен е процентът на тези, които често изпадат в това състояние (19,4%). Подобно е съотношението на отговорите на респондентите и при проучване за наличие на необичайно безпокойство или раздразнителност – понякога 64,5%; често – 27,4%; никога – 8,1%.

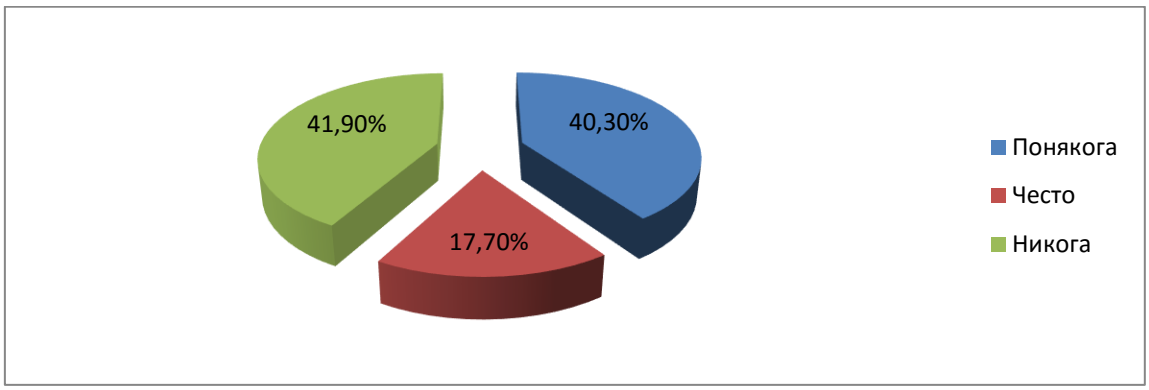
В сравнение с предходните отговори два пъти повече са тези, които никога не са изпитвали чувство на потиснатост, депресия или отчаяние (фиг. 2). Съответно по-нисък е процента на отговорилите често (24,20%) и понякога (56,50%).



Фиг. 2. Чувство на потиснатост, депресия или отчаяние

Наложената от извънредното положение социална изолация предразполага към липса на желание или слаб интерес за правенето на различни неща. Нисък е процентът на тези студенти, които често не искат да се занимават с различни неща (25,8%).

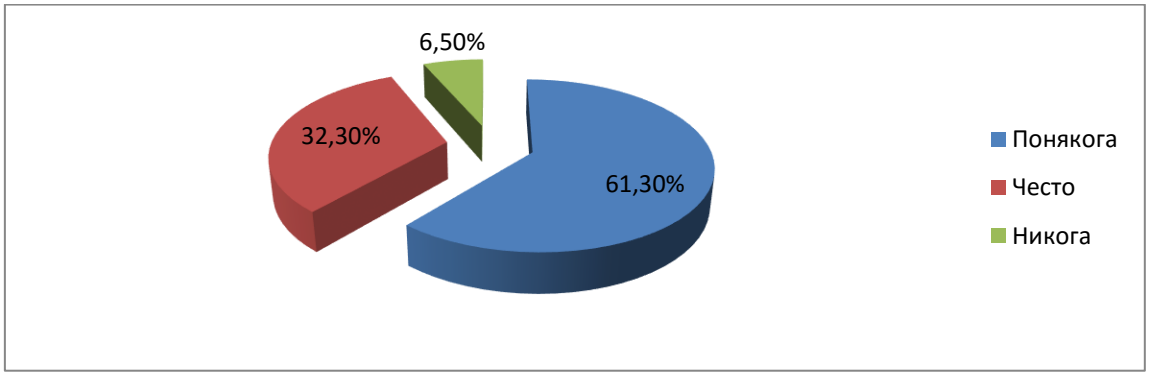
Често хората споделят в социални мрежи и в интервюта, че негативната информация относто разпространението и смъртността от COVID – 19, им действа пагубно на психиката и предизвиква паника. При анализ на получените резултати установяваме, че това не е валидно за нашите студенти (фиг. 3).



Фиг. 3. Наличие на пристъпи на паника

Никога не са изпитвали чувство на паника 41,90% от всички отговорили студенти.

Обучението по регулирани професии медицинска сестра и акушерка изисква пълно отдаване на учебния процес. Интерес представляват отговорите на въпросите относно чувството на умора и липсата на енергия (фиг. 4).



Фиг.4. Чувство на умора и липса на енергия

От получените резултати установяваме, че студентите понякога изпитват чувство на умора и липса на енергия. Процентното разпределение може да се обясни с естествено на професиите медицинска сестра и акушерка. Понякога има такива ситуации, които натоварват психически и изтощават физически. Така също, анкетата е проведена през пролетта – сезон, който се свързва с умора и липса на енергия, което също е дало отражения върху отговорите на респондентите.

Ако човек е в депресия, често има отрицателно мнение за себе си. Доказателство, че депресията не присъства в ежедневието на студентите, са отговорите на 30,6% от тях никога не са имали отрицателно мнение за себе си.

ИЗВОДИ

Последните години все повече хора страдат от депресия, поради различни причини и случки в живота. По-чувствителните и „по-затворените“ хора са по-склонни да попаднат в депресия. Семейството и приятелите трябва да им покажат своята подкрепа и помощ и да се свържат веднага с лекар.

От получените резултати можем да направим следните изводи: въпреки създалата се необичайна обстановка на извънредно положение и онлайн провеждане на учебния процес, ограниченията в социалните контакти, липсата на физическа и социална активност, необходимостта да останем изолирани от света – студентите не са депресирани. Те са креативни млади хора, позитивни, с поглед към бъдещето, които продължават да се развиват въпреки всичко. Въпреки създалата се негативна ситуация, те остават позитивни.

REFERENCES

Georgieva D., Koleva G., Hristova I. (2016). Strtegies for Burnot syndrome prevention in the nurses practice. Proceedings of university of Ruse - 2016, Volume 55, Book 8.3., pp. 53-58, ISBN 1311-3321. ***(Оригинално заглавие:*** *Георгиева Д., Колева Г., Христова И. (2016). Стратегии за предотвратяване на Burnout синдром в практиката на медицинските сестри. Научни трудове на Русенския университет - 2016, Том 55, Серия 8.3, стр. 53-58, ISBN 1311-3321).*

Hristova, Tsv. (2016). Motor activity during pregnancy in the student midwives training, In: VIII International Scientific Conference, SU Sv. Kl. Ohridski, pp. 122 – 128, Sofia, ISBN 1314 - 2275. (***Оригинално заглавие:*** *Христова Ц. 2016. Двигателен режим през бременността в обучението на студентите акушерки. В: Осма международна научна конференция, СУ Св Климент Охридски, стр. 122 – 128, София, ISBN 1314 – 2275).*

Hristova, Tsv. (2019). Pre-graduate students internship for forming professional competences. Izvestie, Union of Scientists – Ruse, (9), ISSN 1311 – 1078 ***(Оригинално заглавие:*** *Христова, Ц. (2019). Преддипломният стаж на студентите акушерки за формиране на професионални компетенции.//Известие, СУБ – Русе,(9), ISSN 1311 – 1078).*

Mehmed, S., Hristova, I. (2020). Workplace stress and its consequences. Proceedings of university of Ruse - 2020, volume 59, book 8.4. (***Оригинално заглавие*:** *Мехмедова, С., Христова, И. (2020). Стреса на работното място и последствията от него. Трудове на Русенски университета – 2020, том 59, книга 8.4).*

https://ifightdepression.com/bg/za-zdravni-specialisti/obschopraktikuvaschi-lekari/lechenie-na-depresijata (Accessed on 16.04.2020).

https://insighting.eu/problems/depresija.html (Accessed on 16.04.2020).

https://www.lundbeck.com/bg/diseases-cns/depression (Accessed on 16.04.2020).

WED-ONLINE-SSS-HC-08

HEMODIALYSIS IS A UNIQUE, LIFE-SAVING TREATMENT [38]

Elena Andonova - student
Department of Health Care
University of Ruse"Angel Kanchev"
Phone: 0894 088 140
e-mail: elenaa_1@abv.bg

Pr. Assist. Prof. Teodora Todorova, PhD
Department of Health Care
University of Ruse"Angel Kanchev"
Phone: 0888 694 158
e-mail: tetodorova@uni-ruse.bg

Assoc. Prof. Dobrin Paskalev, MD
"Prof. Dr. P. Stoyanov" Medical Univesity Varna
Phone: 0887-765 313
e-mail: dobrinpaskalev@yahoo.com

Abstract: *For the world of medical science, hemodialysis is one of the greatest discoveries of twentieth-century medicine and remains the main therapeutic method for blood purification. Acute and chronic kidney disease, if left untreated, can lead to death in days or weeks. Veterinary medicine uses the same techniques as in human medicine for hemodialysis and peritoneal dialysis. Pets, in particular dogs and cats, are our daily companions and become part of our family. They give us with selfless love and unwavering devotion. In a study of literature, we found that they suffer from the same diseases as humans and, accordingly, require similar treatment tailored to the specificities of patients. Regular testing and early detection give the pet a chance of a longer and higher quality of life. Prevention and early diagnosis is the best treatment.*

Keywords: *Hemodialysis, Treatment, Life-Saving*

ВЪВЕДЕНИЕ

Отдавна е известно, че бъбреците у човека са жизнено важни органи, които отстраняват с урината ненужни и вредни субстанции, образувани при обмяната на веществата в организма или попаднали в него отвън (лекарства, отрови и др.). Острото и хроничното бъбречно заболяване, ако не се лекуват, може да доведат до смърт за дни или седмици. В исторически план, Georg Haas провежда успешна диализа върху свой пациент в университета в Гисен, Германия, през 1924 г. Процедурата е продължила 15 минути, използвана е мембрана от колодий, а хирудинът е служил като антикоагулант. През 1923г. G. Ganter осъществява първата перитонеална диализа в клинични условия във Вюрцбург (Paskalev, D., 2001).

Основен проблем при провеждане на хемодиализата е бил съдовият достъп. Georg Haas за първи път използва стъклени канюли, за да вземе артериална кръв от радиалната артерия, която да се върне към кубиталната вена. Впоследствие Haas прави хирургичен разрез надолу, поставяйки канюлата в радиалната артерия и съседна вена.

За дълготрайното хемодиализно лечение е необходим постоянен съдов достъп, като при всяка процедура се пунктират периферна артерия и вена. Създаването му е важно за оцеляването на пациента. Днес анастомозата, при която се свързват артериална страна с

[38] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05. 2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ХЕМОДИАЛИЗАТА – УНИКАЛЕН МЕТОД ЗА ЛЕЧЕНИЕ, КОЙТО СПАСЯВА ЖИВОТИ.

венозен край е стандартна хирургическа процедура, но ако поради някаква причина това е невъзможно, подкожно се имплантира протеза (от дакрон или политетрафлуоретилен).

Във ветеринарната медицина се използват същите прийоми, техники и похвати, както в хуманната медицина, за осъществяване на хемодиализа и перитонеална диализа. Домашните любимци, в частност кучета и котки, са наши другари в ежедневието и стават част от нашето семейство. Те ни даряват с безкористна любов и безпрекословна преданост. При проучване на литературни източници установихме, че те страдат от същите заболявания, както и хората, и съответно изискват аналогично лечение, адаптирано според спецификата на пациентите.

ИЗЛОЖЕНИЕ

За световната медицинска наука хемодиализата е едно от най-големите открития на медицината на XX век и си остава основният лечебен метод за очистване на кръвта. В диализната апаратура са съсредоточени постиженията на съвременната електроника, мониторизация и компютъризация. В последните десетилетия хемодиализата е ефективно лечение за удължаване на живота при хора, страдащи от хронична бъбречна увреда.

Хемодиализата е процедура, при която кръвта на болния се очиства от отпадните продукти от обмяната на веществата, като в основата стои принципът на дифузия на веществата през полупропусклива мембрана – диализатор. За провеждане на процедурата са необходими: апарат за хемодиализа, система за хемодиализа, изкуствен бъбрек – диализатор, диализатен разтвор, система за предварителна подготовка на водата за диализа (осмоза). Използваните консумативи задължително са за еднократна употреба. Преминавайки през диализатора, кръвта се очиства и след това се връща обратно в кръвообращението на пациента. За целта е необходимо да се осъществи достъп на системата за хемодиализа до кръвоносната система на болния посредством конструиране на съдов достъп. За лечение на острата бъбречна увреда в хуманната и във ветеринарната медицина се използва и перитонеалната диализа. В основата на метода лежат свойствата на полупропускливата биологична мембрана – перитонеумът, през който се елиминират уремични токсини и се коригират водно-електролитният и алкално-киселинният дисбаланси. Този вид лечение се явява по-физиологичния метод за очистване на кръвта.

Провеждането на хемодиализа е необходимо при редки критични състояния, които застрашават живота на кучето. Такива състояния могат да бъдат отравяния с храни или лекарства, като процедурата позволява да се облекчи състоянието им и да се удължи живота им при 80-100% от случаите (ROS-VET center, 2019).

Според статистически данни, при остри бъбречни увреди преживяемостта при хемодиализни процедури при животни е 20-30%. Всички пациенти на ветеринарни клиники (100%), след като са им приложени такива процедури при различни патологични състояния (crush синдром, панкреатит, сепсис), са се завърнали в домовете си и са имали пълноценен живот.

За нуждите на ветеринарната медицина се адаптират апаратите за хемодиализа при хора, тъй като няма такива произведени за животни. За провеждането на висококачествени процедури при малки животни (котки, мини кучета) се изискват специални линии и диализатор с минимален обем на пълнене от 60 ml общо. За сравнение този обем при хората е от около 300 ml. Тези консумативи трябва да бъдат поръчани по специална поръчка, което води до значително увеличение на цената на процедурата. Осигуряването на постоянен кръвен поток е със скорост не по-малко от 50 ml/min. За целта се имплантира интравенозен катетър в каротидни артерии или югуларни вени. В първия случай (самата процедура на артериоцентезата) представлява заплаха, тъй като се извършва под обща анестезия. При процедура за поставяне на катетър в югуларна вена не се използва анестезия, но за осъществяване на хемодиализата е необходимо промяна в софтуера на апарата. Тъй като продължителната анестезия е противопоказана за бъбречната патология, за фиксиране на пациента по време на процедурата се използва физическа сила. За антикоагулант се използва хепарин. По време на диализния сеанс при кучета коагулограмата се променя и може да възникне тромбоза, което може да доведе до фатален край (Алипов, А., 2013). По време на

хемодиализната процедура животното не изпитва болка. Могат да възникнат някой нежелани реакции, като тремор, гадене, спадане на кръвното налягане, кървене. Ако състоянието на пациента е стабилно, тези обикновени усложнения не застрашават живота му.

Прилагането на диализни процедури е временна мярка, с която се цели да се подобри състоянието на животното и то да се върне към нормалния си начин на живот. Тоест, извършва се при остри състояния, ветеринарите не се занимават с хронична диализа.

Във ветеринарната медицина днес се използват две техники за осъществяване на перитонеална диализа. С ръчен контрол на процеса, диализáта се въвежда в коремната кухина на животните, като въведеното количество може да достигне до 30-40 ml/kg на цикъл. Времето на въвеждане трае около 10 min, престоява 30-40 min, след което се дренира за 20 до 30 min. Необходимо е предварително разтворът да се затопли до 38-39°C. Може да се започне с процедури, които се провеждат на всеки 3 до 6 часа в денонощието, докато се достигне до 3-4 сеанса дневно. Честотата на процедурите и продължителността на времето за престой на разтвора се коригира в зависимост от степента на азотемията на пациента. Също така това може да се осъществи и със специални устройства, предназначени за перитонеална диализа, т. нар. Апаратна перитонеална диализа. При нея диализáта от резервоара се влива в коремната кухина и след това се връща обратно в устройството. Предимството на този метод е, че в даден момент диализáта се загрява и осигурява ултрафилтрация. Всички процедури трябва да се извършват в строги асептични условия (Cooper, R. & Labato, M., 2011).

При анализ на резултати от проведени проучвания установяваме, че хемодиализата и перитонеалната диализа са безопасни и ефективни терапии при остра бъбречна увреда при кучета и котки. Състоянията, при които тези процедури се прилагат при хората, са валидни и за животните.

Бъбречната увреда се определя като нарушение на бъбречната функция и може да бъде остра или хронична. Острата бъбречна увреда се характеризира с рязко спиране на бъбречната функция, което най-често се съпровожда с олигурия. Основни причини за това състояние при котките и кучетата са показани на фиг. 1

Фиг.1. Състояния, водещи до остра бъбречна увреда

Хроничната бъбречна увреда е прогресивно, необратимо и с голяма давност влошаване на бъбречната функция с развитие на недостатъчност в екскреторната функция, водно-електролитното и алкално-киселинното равновесие. Болестта прогресира до сериозно понижение във филтрационния капацитет на бъбреците, при което хемодиализата става неизбежна. Състоянието е често срещано при домашни любимци на средна до напреднала

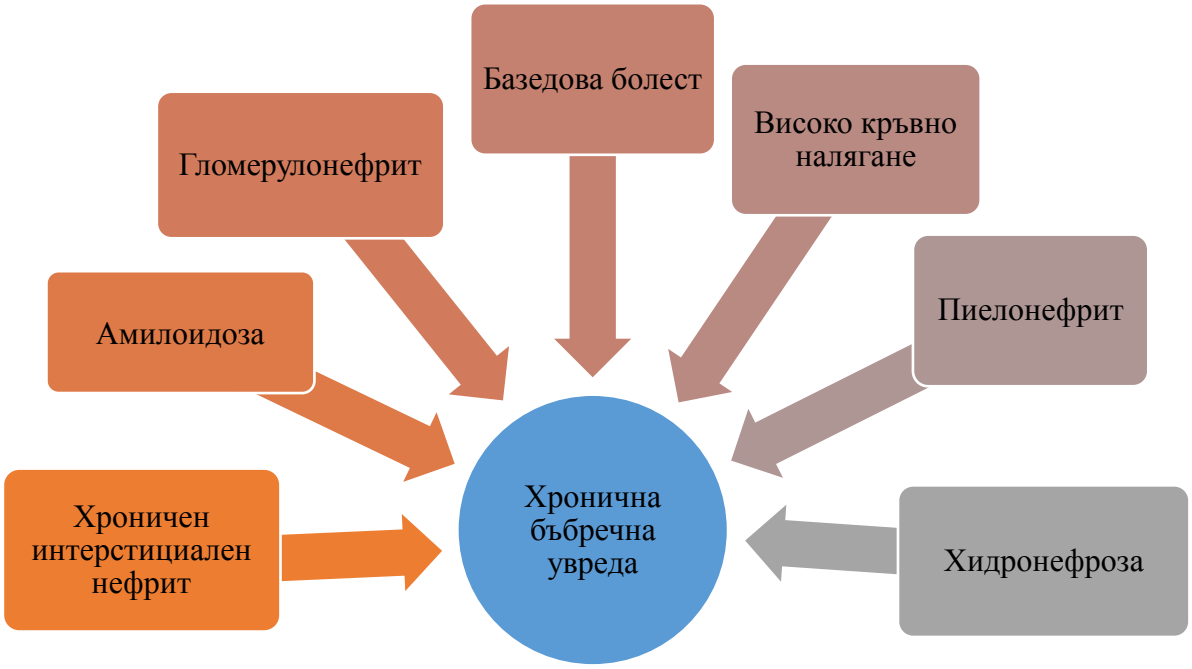
възраст, особено при котките. При животни с такова заболяване, бъбреците бавно губят способността си да пречистват вредните отпадъчни продукти от кръвта и да задържат водата в организма. Като резултат в кръвта се натрупват отпадни продукти, които водят до влошено състояние и други усложнения. Настъпва постепенно и незабележимо, а клиничните признаци се появяват в много напреднал стадий на заболяването. Например, много от ранните признаци на това състояние при котките са едва доловими и то може да бъде установено когато пациентът достигне 70% влошаване на бъбречната функция. Тази увреда е една от водещите причини за смъртност при котки над 7-годишна възраст.

Хроничното бъбречно увреждане може да се дължи на състоянията, показани на Фиг.1, както и на други причини свързани с породата, наследствеността, с хранителния режим и имунологични дефекни. Не винаги причината е очевидна, в голям процент от случаите тя остава скрита. Заболявания, които засягат други органи и системи, също могат да доведат до това състояние, например, сърдечно заболяване, заболяване на черен дроб, панкреатит, захарен диабет. Така също един сериозен дентален проблем може да доведе до разнасяне на инфекцията по кръвен път. Въпреки, че не може да бъде излекувано, това заболяване може да бъде забавено с подходяща терапия и домашни грижи. Редовното изследване и ранното откриване дават шанс на домашния любимец за по-дълъг и с високо качество живот.

Много бъбречни заболявания водят до хронична бъбречна увреда. Те могат да се разделят на вродени и придобити. Вродените заболявания прогресират и се достига до тяхното хронифициране. Такива увреждания са:

- ✓ Бъбречната поликистоза - характерното при нея е, че нормалната бъбречна функция е загубена поради образуването на кисти в бъбреците и мозъчната кора. Това състояние може да бъде вродено и придобито.
- ✓ Бъбречна аплазия – един или двата бъбрека не са налице при раждането.
- ✓ Бъбречна хипоплазия – когато един или двата бъбрека са с намален брой нефрони, които работят правилно.

Придобитите бъбречни заболявания, които водят до хронична бъбречна увреда са показани на Фиг.2.



Фиг. 2. Заболявания, водещи до хронична бъбречна увреда

Признаците, показващи наличието на бъбречна увреда, понякога могат да бъдат трудни за разпознаване. Симптомите, които показват проблем с бъбреците при кучето или котката са следните:

- ✓ повишена жажда и уриниране;
- ✓ намален апетит;

- ✓ загуба на тегло и слабост;
- ✓ лош дъх и стоматит;
- ✓ повръщане и диария.

Ако стопанинът забележи тези симптоми в своя домашен любимец, трябва незабавно да потърси помощ от ветеринарен лекар.

Показание за диализа представлява уремията, независимо от нейната генеза. Провеждат се изследвания на биохимичния състав на кръвта, хемоглобин, хематокрит. При поставянето на диагнозата се вземат под внимание стойностите на уреята и креатинина. Принципно положение е, че лечението трябва да се започне толкова по-рано, колкото по-бързо се развива заболяването. Профилактиката и ранното диагностициране е най-доброто лечение.

ИЗВОДИ

Хемодиализата и перитонеалната диализа са основни терапевтични подходи при лечението на болни с хронична бъбречна увреда, като главна цел е удължаване на живота и запазване на неговото качество Изложението на доклада показва, че хемодиализата е процедура, която удължава живота не само при хората, но и при животните. По статистически данни 95% от пациентите идват с високи стойности на урея и креатинин, т.е. тяхната бъбречна увреда е достигнала до терминален стадий. Във ветеринарната медицина диализните процедури се провеждат при остри състояния. Докато те се провеждат, състоянието на домашните любимци се подобрява, но след като се прекратят състоянието им рязко се влошава. Хроничната болест може да се определи като заболяване или медицинско състояние, което продължава дълго време и се характеризира с прогресиране на болестните промени. Затова са необходими специална грижа и внимание към бъбречната функция, както при хората, така и при животните.

REFERENCES

Alipov, A. (2013). Hemodialysis in veterinary medicine is the process of extrarenal (extracorporeal) blood purification (detoxification), which came to veterinary medicine from humane medicine. *Hemodialysis in veterinary medicine*, №2-2013. URL: https://www.spbvet.info/arh/detail.php?ID=285 (Accessed on 01.05.2020). (***Оригинално заглавие:*** *Алипов, А. (2013). Гемодиализ в ветеринарии — процесс внепочечного (экстракорпорального) очищения крови (детоксикации), пришедший в ветеринарию из гуманной медицины. Гемодиализ в ветеринарии, №2-2013*).

Cooper, R., Labato, M. (2011). Peritoneal Dialysis in Veterinary Medicine. *Veterinary Clinics: Small Animal Practice*, January 2011, 41, (1), 91-113. URL: https://www.vetsmall.theclinics.com/article/S0195-5616(10)00152-X/fulltext (Accessed on 01.05.2020).

Paskalev D., Georg Haas (1886–1971): The Forgotten Hemodialysis Pioneer, D & T, 2001, 30, №12, 828-832.

http://quosub.tutkrabov.net/articles/hemodializa-za-kucheta-i-kotki-v-veterinarnata.html

https://www.hillspet.bg/health-conditions/dog/kidney

https://ros-vet.ru/ekcklusivnie-uclugi/gemodializ-u-sobak-i-koshek/

WED-ONLINE-SSS-HC-09

VIRUSES IN THE CONTEMPORARY [39]

Miroslava Ilieva - student
Department of Health Care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359896773005
e-mail: mira_koleva@abv.bg

Pr. Assist. Prof. Kina Velcheva, PhD
Department of Health Care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359886211502
e-mail: kina.velcheva@abv.bg

Abstract: *Viruses - on the border between living and non-living. If the virus is not alive - it's hard to kill something that is not alive – which is the theory of the opponents who argue that "the virus is alive." Under the non-alive theory, it seems that the only way to fight off the virus is to not allow the virus to enter the cell (respectively in the organism). The opposite opinion is that viruses are alive. They have DNA or RNA like all other living organisms. A virus transfers its' genetic information to its' offspring just like all other living organisms. Proteins and lipids are the main molecules of which a virus is built of. Viruses are part of the environment and very often they evolve together with the environment. We can simply characterize them as a form of life- they are entirely dependent on their host– they are an absolute and the perfect parasitism.*

Keywords: *virus, anti-virus, DNA, RNA, genetic information, environment, living organisms*

ВЪВЕДЕНИЕ

Вирусите са малки вътреклетъчни паразити, които по дефиниция съдържат или РНК, или ДНК геном (но не и двете заедно), заобиколен от защитна, кодирана протеинова обвивка. За размножаването си те зависят от специализирани клетки-гостоприемници (Baron, S., 1996), които разполагат със специфични рецептори за свързване с протеиновата обвивка на вириона. Вирусите могат да се възпроизвеждат единствено като подчиняват и контролират тези клетки, понеже самите те не притежават собствен клетъчен апарат за самовъзпроизвеждане. Дадена клетка може да бъде инфектирана от определен вирус само ако има рецептори за него. Вирусите могат да се размножават единствено в живи клетки–гостоприемници на различни видове организми.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Възникване и особености на вирусните патологии

След откритието на бактериите стана ясно, че има и други причини за болестите. За пръв път за вирусите се заговоря в края на 19 век, когато тютюневите болести нанасят огромни щети на земеделието в Русия. В тази връзка руският биолог Дмитрий Ивановски използва филтър, чиито пори са по-малки от размера на бактериите, за да изследва патогена, известен днес като вирус на тютюневата мозайка. Ивановски установява, че това патогенно вещество преминава през най-малките пори на филтъра и заключава, че това не са бактерии, а отрова, (Ivanovski, D., 1892; Stanley, WM., 1939) наподобяваща кристали, които първоначално са наречени „Ивановски кристали" в чест на неговото откритие. (Iwanowski, D., 1892). Впоследствие е установено, че това са групи от вируси. Резултатите от работата на Дмитрий Ивановски са в основата на дисертацията му, представена през 1888 г., и публикувана в книгата „За две болести на тютюна" през 1892 година. Тази година се счита за

[39] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ВИРУСИТЕ В СЪВРЕМИЕТО.

година на откриването на вируси (Team of Authors, Orenburg State University, 2012). С откритието на Ивановски, което има право да бъде наречено Голямо откритие, се поставя основата на нов клон в бактериологията – вирусология (Gapon, D., 2015). Науката изследва точните механизми и начин на функциониране на вирусите в живата клетка. При навлизането на вируса в клетката нейният геном се променя и тя започва да работи за проникналия отвън паразит.

През 1898 г. Нидерландският микробиолог Мартинус Бейеринк повтаря експериментите на Ивановски и остава убеден, че филтрираният разтвор съдържа нов вид патоген (Dimmock, N.J., 2007).

По същото време, през 1899 г., германският бактериолог Фридрих Льофлер провежда подобен експеримент с инфекция на шап и също стига до извода, че става дума не за токсин, а за възпроизвеждащ се патоген (Collier, Leslie, 1998)

През 1911 г. Пейтън Раус открива друг филтруем агент, причиняващ рак – ключово откритие за онкологията – това е Rous Sarcoma Virus. За това си откритие той получава Нобелова Награда през 1966 г. - т.е. 55 години по-късно! Колко време е било необходимо, за да се свържат вирусите с рака?!

Като че ли до 1935 г. шества възприятието, че вирусите са живи организми. Но това се променя в 1935 г., когато вирусът на тютюневата мозайка е бил получен в кристално състояние и е било показано, че частиците му – вирионите – не притежават никакви механизми за осъществяване на метаболизъм. Уендъл Стенли изследва вируса и установява, че той е изграден главно от протеини (Stanley, WM, 1936). Щом става ясно, че вирусите са само ДНК или РНК обвити с белтъчна обвивка, се налага възгледът, че става дума по-скоро за комплексни биохимични структури, отколкото за живи организми. Малко по-късно вирусът е разделен на две части – протеин и РНК (Andonov, P., 1988). Вирусът на тютюневата мозайка става първият, който е кристализиран и чиято структура е изяснена в подробности.

Първите изображения на вируси са получени след изобретяването на електронния микроскоп от германските инженери Ернст Руска и Макс Кнол през 1931 г.

Втората половина на 20 век се превръща в златен век за откриването на вируси.

През 1950 г. Джонас Солк създава първата ефективна ваксина срещу полиомиелит (Rosen, FS., 2004)

През 1963 г. американецът Барух Блумберг открива вируса на хепатит В (Collier, Leslie, 1998), а през 1965 г. Хауърд Темин описва първия ретровирус.

През 1983 г. екипът на французина Люк Монтание успява да изолира ретровируса, известен днес като ХИВ (Barré-Sinoussi, F., 1983).

В наши дни са изучени повече от 2000 разновидности. Всички видове имат общи черти – вирусната инфекция има нужда от жива материя, защото притежава само генетичен материал. Характерни за живата материя са:

Хомеостаза – регулация на вътрешната среда за поддържане на константно състояние – напр. концентрация на електролити, изпотяване с цел съхраняване на телесната температурата и др.

Организация – осигурява се от една или повече клетъчни структури, които са основните единици на живота.

Метаболизъм – трансформация на енергия и изходни вещества чрез изграждане на нови вещества (анаболизъм) и разграждане на вещества (катаболизъм). За анаболизма е необходима енергия, а при катаболизма се освобождава енергия. Двете явления са в равновесие за да осигурят хомеостазата.

Растеж - повишена степен на анаболизъм в сравнение с катаболизма. Растящият организъм увеличава по размер всичките си части, а не просто събира градивни вещества.

Адаптация - способност с времето да се реагира на околната среда. Тази способност е фундаментална за еволюцията, осигурява се чрез наследственост.

Отговор на стимули - разнообразни форми, но най-често този отговор се експресира чрез различен тип движения. Редица биолози считат движението за основна характеристика на живото.

Репродукция (размножаване) - способността да се произведат нови индивиди, подобни на родителските (родителския) (Davison, PG., 2008).

Предаването и разпространението на вирусната инфекция се случва по няколко начина:

- По въздушно-капков път – респираторните вирусни инфекции се предават при прилепване на частичките капки, разпръснати при кихане и вдишване на въздух, съдържащ вирус.
- Парентерално – в този случай болестта попада от майката към детето, по време на медицински манипулации, секс.
- Чрез храната – вирусните заболявания попадат с водата или храната. Понякога те дълго са в спящ режим, проявявайки се само под външно влияние.

Много от вирусите се разпространяват бързо и масово, което провокира възникването на епидемия. Причините за това са следните:

Лесното разпространение – много от сериозните вируси и вирусните заболявания се предават лесно чрез капките от слюнката, попаднали вътре чрез дишането. В този си вид възбудителят може дълго време да поддържа активността си, затова може да намери няколко нови носителя.

Скорост на размножаването – след попадането в организма клетките се заразяват една след друга, като предоставят необходимата хранителна среда за вируса.

Трудност на елиминирането – не винаги се знае как да се излекува една вирусна инфекция заради това, че не е изучена добре, възможно е да мутира и да се диагностицира трудно – в началния стадий лесно може да се обърка с друг проблем (Atanasova, I., 2014).

Не може да се посочи колко точно е броят на вирусите. Те постоянно се видоизменят и попълват дългия списък, но най-разпространените и опасни вируси на света за човека са следните:

Грип. Това са най-опасните вируси, в днешно време. Различни щамове могат да станат причина за пандемия, старите хора и малките деца го преболедуват по-тежко.

Рубеола. Засяга очите, дихателните пътища, лимфните възли на врата и кожата. Разпространява се въздушно-капково, съпровожда се с висока температура и кожни обриви.

Жълта треска. Вреди на черния дроб и кръвоносните съдове.

Морбили. Опасна е за децата, засяга червата, дихателните пътища и кожата.

Полиомиелит. Прониква в кръвта през червата и вдишването, при поразяване на главния мозък възниква паралич.

Хепатит. Всеки вид хепатит предизвиква пожълтяване на кожата, потъмняване на урината и обезцветяване на изхожданията, което говори за нарушение на няколко функции на организма.

Тиф. Среща се рядко, поразява кръвоносната система.

Сифилис. След поразяване на половите органи възбудителят попада в ставите и очите, разпространява се по-нататък.

Енцефалит. Уврежда главния мозък, рискът от смърт е висок.

Хантавирус. Възбудителят се предава от гризачите, причинява хеморагична треска с бъбречен синдром.

Марбург. Причинява хеморагична треска. Предава се от животни и заразени хора (Atanasova, I., 2014).

Ротавирус. Причинява диария, лечението е лесно, но в недоразвитите страни от него умират всяка година около 215 хиляди деца (Atanasova, I., 2014; World Health Organization, 2013).

Ебола. По данни през 2015 година смъртността от ебола е около 50%, от случаите. Предава се при контакт с течности на заразен човек, развил вече симптоми. Признаците са: рязко повишаване на температурата, слабост, мускулна болка и болка в гърлото, обрив, диария, повръщане (Atanasova, I., 2014; World Health Organization, 2016).

Денга. Смъртността е около 50% от случаите. Предава се чрез ухапване от комар. Разпространена е в Азия и Африка (Atanasova, I., 2014; World Health Organization, 2017).

Едра шарка. Известна е отдавна, опасна е само за хората. Характерни са обривът, треската, повръщането и главоболията. Последният случай на едра шарка е бил през 1977 година.

Бяс. Предава се от топлокръвни животни, поразява нервната система. След появата на признаците успешното лечение е почти невъзможно.

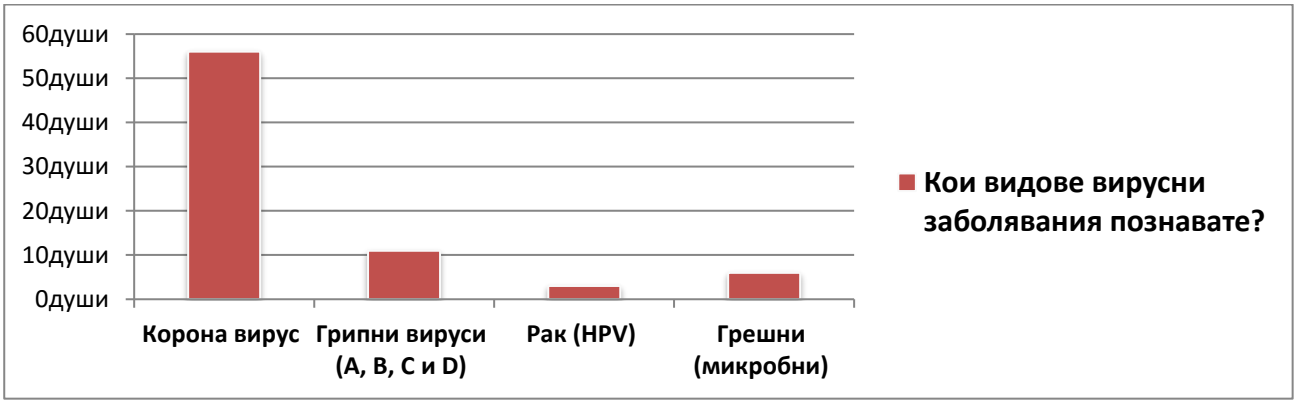
Ласа. Възбудителите се пренасят от мишки. Увреждa бъбреците, нервната система, стартира миокардит и хеморагичен синдром. Лечението е трудно.

ХИВ. Предава се чрез контакт с течности от заразения човек. Без лечение продължителността на живота е до 9-11 години, трудно се лекува заради постоянното мутиране на щамовете, които убиват клетките (Atanasova, I., 2014).

Във връзка със степента на информираност на населението за начините на предаването на вирусните инфекции, познаването на вирусните заболявания и провежданото лечение беше осъществено проучване сред 56 респонденти, проведено за периода на месец Март, 2020 г. Проучването се проведе под формата на анкета по телефона. От анкетираните участници 48 са жени и 8 мъже, всички на възраст между 20 и 68 години. 43ма от тях са с висше образование, 12 със средно и 1 с основно образование. Запитването е проведено на териториите на гр. Русе, гр. Силистра, гр. Разград и съответните области.

Фиг.1. Познаване на пътищата на предаване на вирусната инфекция.

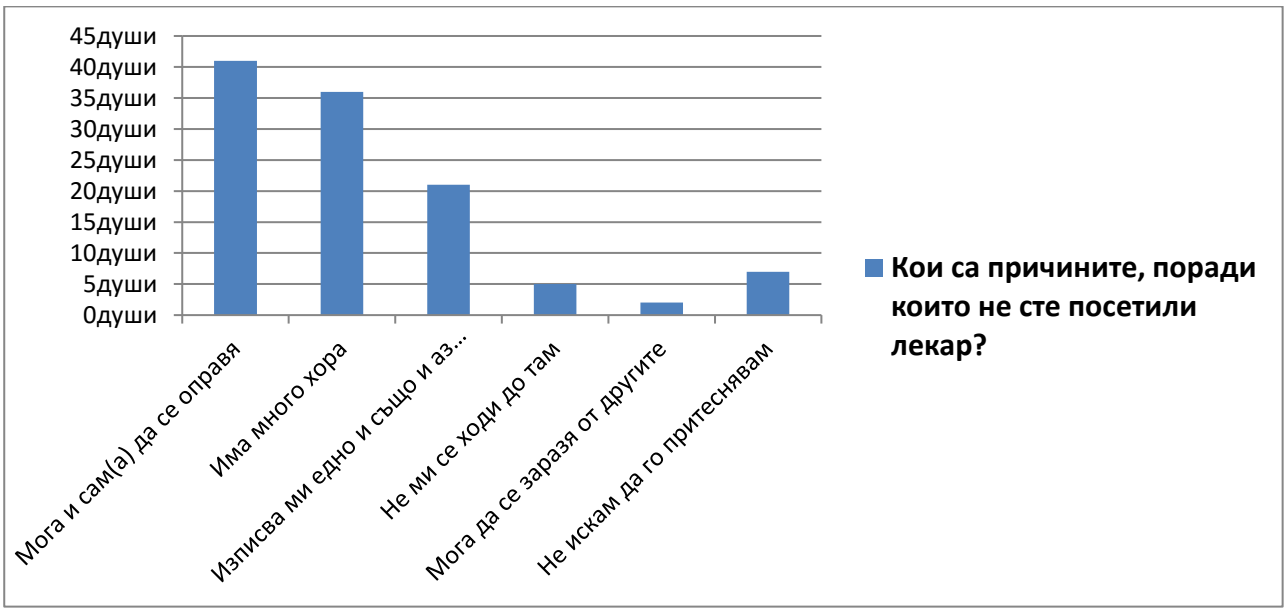
От представените резултати на Фиг.1 анкетираните посочват като основен начин на предаване на вирусната инфекция въздушно-капковия път. Останалите начини за предаване остават по-малко познати, а по кръвен път не е посочен като отговор.



Фиг.2. Познаване на вирусните заболявания

От проведеното проучване, на въпроса „Кои видове вирусни заболявания познавате?" (Фиг.2) всички 56 души посочват Корона вирус, значително по-малък е броят на посочилите грипният вирус. Шестима от анкетираните дават грешен отговор (бактериални, паразитни).

При анализирането на този резултат може да се допусне, че отговорите на респондентите са силно повлияни от епидемичната ситуация през този период в световен мащаб и високият информационен поток, свързан с нея.



Фиг.3. Нагласи относно посещение при лекар и провеждано лечение.

На въпроса „Кои са причините, поради които не сте посетили лекар?” (Фиг.3) се откроява отговорът на 41 души: „Мога и сам/ да се оправя”, който може да се тълкува като вероятност, че тези хора най-често предприемат самолечение и преценяват, че са компетентни. За останалите отговори би могло да се обобщи, че са по-скоро оправдателни и се наблюдава подценяване на вирусните заболявания. Като цяло се омаловажава функцията на ОПЛ и трябва да се търси по-добра връзка между лекар и пациент. В съвремието практиките е необходимо да осигуряват превантивна грижа и здравно образование на пациентите (World Organisation of Family Doctors, 2011).

Борбата с вирусите е трудна заради промяната на познатите възбудители, които правят обичайното лечение на вирусните заболявания неефективно. Освен приетите начини – етиотропен и имуномодулиращ, ранната и бърза диагностика на вирусните заболявания ще спомогне за прилагането на навременна и адекватна терапия. Това може да се случи чрез внедряване на вирусологична диагностика на инфекциозните заболявания.

Базирайки се на Дундаров и съавтори, Илиева съобщава, че вирусните заболявания са едни от най-разпространените сред инфекциозните заболявания и са по-честа причина за смърт и инвалидизиране в сравнение с останалите инфекциозни причинители. С годините тази тенденция се е засилила поради: увеличаване концентрацията на населението, общуването и загърбване на морални традиции; отслабване на имунитета (замърсяване на околната среда, стрес, увеличена употреба на антибиотици, стероиди, алкохол, наркотици); поява на нови и/или модифицирани вируси, адаптацията им към човека, разширяване на географското им разпространение; разрушаване на естествени екосистеми, които могат да елиминират някои вируси (Ilieva, M., 2020; Dundarov, S., Dundarova, D., Argirova, et al, 2006). Същевременно, се развиват нови и по-бързи методи за усъвършенстване на вирусологичната диагностика в клиничната практика (ELISA, молекулярно-биологични – амплификационни и секвенционни); Биобанкиране – тясно свързано с култивиране и съхранение на клетки (напр. за трансплантация, за изолиране на грипни и чревни вируси) и е рутинна практика в големите клинични центрове. От тук възниква и необходимосттта от развиване на вирусологична диагностиката на инфекциозните болести.

Редица вирусни заболявания могат да имат фатален край при ненавременно диагностициране, респективно липса на лечение, неправилно и/или неадекватно лечение.

Бързата диагностика на инфекциозни вирусни причинители на въздушно-капкови инфекции, STI, хепатити, диарии, невроинфекции, е напълно възможна. Бързото диагностициране на вътреболничните вирусни инфекции ще доведе до бързо оздравяване на болничната среда (изолация, своевременна дезинфекция, лечение). Своевременното диагностициране на вирусните инфекции ще спести разходи на болницата, произтичащи от продължителен болничен престой, скъпи медикаменти (често ненужни), евентуални съдебни дела, с които е свързан взрив от вътреболнична инфекция. Ще се повиши престижа и авторитета на болницата, а оттам и търсенето й от лекари и пациенти.

Съществуват отделни лаборатории – частни, в здравни заведения или към РЗИ, които извършват платени PCR изследвания, най-често на STD, но няма болнична система в България, която да е внедрила вирусологичната диагностика с цел: бърза диагностика, вкл. диференциална диагностика и предприемане на адекватна терапия; доказване и контрол на нозокомиални инфекции с вирусна генеза с цел предпазване на пациентите, персонала и оздравяване на болничната среда; разумно разходване (спестяване) на болничните парични средства.

Методите за вирусологична диагностика почиват на два подхода:

- имунологичен (серологичен) – чрез ELISA и някои бързи методи. Търсят се антивирусни антитела от типа IgM (прясна инфекция или рецидив) или IgG (хронифицирала инфекция). Организмът изисква различно време за отделните вируси, за да образува антителата (от 3 седмици до 3-4 мес.), което налага използване на следващите методи;

- вирусологичен или молекулярно-биологичен – търси се директно самият вирус-причинител. Вирусологичният подход предполага изолиране на вирус в подходящи клетъчни култури (за грипен вирус – MDCK, SIAT и др., за чревни вируси-RD114) – отнема няколко дни. Молекулярно-биологичните методи за часове определят причинителя – PCR, Real time PCR, RT-PCR (респираторни, някои чревни, херпесни, папиломни и др.) Сред изброените често се срещат причинители на тежки заболявания – енцефалити, диарии и др. Същите методи (секвениране) определят бързо и новопоявяващи се щамове (напр. на грипни вируси), както и появата на резистентни вируси и бактерии. Молекулярно-биологичният подход предполага методи, оборудване и консумативи (но не китове) общи за вирусологичната и микробиологичната практика (Ministry of health, 2013).

За функциониране на вирусологичната диагностика е необходимо:

Персонал:

1 лекар, 1 биолог и 1 лаборант, помощен персонал

Помещение – лаборатория с 3 работни места, кабинет за зав. Лаб.

Оборудване:

1.Real-time PCR апарат и анализиращ софтуер;

2.Автоматизирана система за DNA и RNA екстракция;

3.Ламинарен бокс (вертикален, за работа с клетъчни култури);

4.Микроцентрофуга;

5.Спектрофотометричен ридер за всички видове ELISA;

6.Автоматична миячка;

7.Инвертен микроскоп за клетъчни култури;

8.Инкубатор за клетъчни култури с CO2;

9.Клатачка за микротитърни плаки;

10.Секвенатор;

11.Хладилници – 1 плюсов и 1 работещ на -150^0 C (за съхраняване на клетки за клетъчни култури, трансплантация) (Ministry of health, 2013).

ЗАБ.: Позиции No 1,2,4,5,9 се повтарят и за целите на микробиологичните изследвания и могат да се използват и за двата вида диагностика.

Съвременните многопрофилни болници за активно лечение са добре оборудвани с голям практичен капацитет и отлични възможности за обслужване, но те имат постоянна нужда от актуализиране и подобряване компетенциите на медицинските специалисти. Човешкия фактор е водещ елемент при функциониране на вирусологичната диагностика.

Експертните познания и опит се базират и на желанието за надграждане и усъвършенстване в областта на вирусологията, а не само базирани на добри практики и точност при изпълнение на въведените стандарти и наредби за справяне с вирозите.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В съвременния свят вирусите причиняват не просто болести, но и глобални промени, които изискват адаптация на всички социални нива.

Лечението на вирозите е част от предизвикателството на съвремието. То протича спрямо вида на вируса, а за профилактика се използват противовирусни ваксини и засилващи имунитета добавки. Борбата с вирусите е трудна заради промяната на познатите възбудители, които правят обичайното лечение на вирусните заболявания неефективно. Това провокира новия свят към търсенето на нови лекарства и методи. В хода на болестта имунитетът винаги отслабва, понякога се налага да се подсили, за да унищожи възбудителя.

Игнасио Браво (Ignacio Bravo) от Френския Национален център за научни изследвания твърди, че "Историята на човека е и историята на вирусите, които носим и наследяваме. Нашата работа показва, че някои агресивни вируси, предавани по различни начини, идват от древните в съвременните хора" (Bravo, I., 2016).

REFERENCES

Andonov, P. (1988). Virology, Science and Art Press, Sofia, ***(Оригинално заглавие:*** *Андонов, П. (1988). Вирусология, Издателство наука и изкуство, София).*

Atanasova, I. (2014). Viral diseases - the most common and most dangerous viruses, URL: https://biomall.bg/virusni-zabolqvaniq-nai-razprostranenite-nai-opasnite-virusi, ***(Оригинално заглавие:*** *Атанасова, И. (2014). Вирусни заболявания – най-разпространените и най-опасните вируси).*

Baron, S. (1996). Medical Microbiology, 4th edition, University of Texas Medical Branch at Galveston, Galveston.

Barré-Sinoussi, F. (1983). Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). // Science 220 (4599).

Collier, Leslie. (1998) Topley and Wilson's Microbiology and Microbial Infections.

Davison, Paul G. (2008). How to Define Life. The University of North Alabama.

Dimmock, N.J. (2007). Introduction to Modern Virology. Blackwell Publishing.

Dundarov, S., Dundarova, D., Argirova, R., Rusev, V. (2006). Clinical virology. Medicine and physical education, Sofia, ***(Оригинално заглавие:*** *Дундаров, С., Дундарова, Д., Аргирова, Р., Русев, Р. (2006). Клинична вирусология. Медицина и физкултура, София).*

Gapon, D. (2015). Filtered viruses. Discovery in the time borders, Science and life, ***(Оригинално заглавие:*** *Гапон Д. (2015). Фильтрующиеся вирусы. Открытие в гранях времени, Наука и жизнь).*

Ilieva, M. (2020). Prevention of viral diseases. 59th Science Conference of Ruse University - SSS, Bulgaria, 2020, University of Ruse “Angel Kanchev”, Ruse, ***(Оригинално заглавие:*** *Илиева, М. (2020., Профилактика на вирусните заболявания. 59та Научна сесия за студенти и докторанти на Русенски университет-2020, Русенски университет „Ангел Кънчев”, Русе).*

Ivanovski, D. I. (1892). In two diseases of tobacco. Tobacco ashtray, mosaic disease, Agriculture and forestry, ***(Оригинално заглавие:*** *Ивановски Д. И. (1892). При две заболявания на тютюна. Тютюнев пепелник, мозаечна болест, Земеделие и горско стопанство).*

Iwanowski, D. (1892). Über die Mosaikkrankheit der Tabakspflanze, Bulletin scientifique publié par l'Académie impériale des Sciences de Saint-Pétersbourg, Нувел Серия III.

Ministry of health. (2013). ORDINANCE № 5 of 10.12.2013 for approval of medical standard "Virology", URL: http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/11/18/virusologiq.pdf, ***(Оригинално***

заглавие: *Министерство на здравеопазването. (2013). НАРЕДБА № 5 от 10.12.2013 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Вирусология").*

Pimenoff, V., de Oliveira, C., Bravo, I. (2016). Origin of the human papillomavirus 16: interspecies transmission between ancestral and modern humans, Mol Biol Evol. 34:4–19.

Rosen, FS. (2004). Isolation of poliovirus—John Enders and the Nobel Prize, New England Journal of Medicine 351.

Stanley, WM. (1936). The isolation of crystalline tobacco mosaic virus protein from diseased tomato plants, Science 83.

Stanley, WM. (1939). Disintegration of tobacco mosaic virus in urea solutions, Science 88.

Team of Authors. (2012). General virology with the basics of taxonomy of vertebrate viruses, Orenburg State University, Orenburg, ***(Оригинално заглавие:*** *Коллектив авторов. (2012). Общая вирусология с основами таксономии вирусов позвоночных, Оренбургский государственнyй университет, Оренбург).*

World Health Organization. (2013). Rotavirus. URL: https://www.who.int/immunization/diseases/rotavirus/en/

World Health Organization. (2016). Ebola virus disease. URL: https://www.who.int/health-topics/ebola#tab=tab_1

World Health Organization. (2017). What is dengue and how is it treated? URL: https://www.who.int/news-room/q-a-detail/what-is-dengue-and-how-is-it-treated

World Organisation of Family Doctors. (2011). The European Definition of General Practice / Family Medicine – Edition, Archived (PDF) from the original on 11 June 2014. URL: https://web.archive.org/web/20140611065109/http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf

WED-ONLINE-SSS-HC-10

PREVENTION OF VIRAL DISEASES [40]

Miroslava Ilieva - student
Department of Health Care
University of Ruse „AngelKanchev”
Phone: +359896773005
e-mail: mira_koleva@abv.bg

Pr. Assist. Prof. Kina Velcheva, PhD
Department of Health Care
University of Ruse „Angel Kanchev”
Phone: +359886211502
e-mail: kina.velcheva@abv.bg

Abstract: *Viruses have a major importance for human infectious pathology. They cause more than 80% of infectious diseases. Viral diseases damage cells that already have violations. Modern researches have proven that this occurs only in a weakened immune system, which can no longer fight properly with danger. Hopes in the fight against viral diseases are entrusted with the creation of more effective means of diagnosis, a prevention and a treatment of viral diseases and the increase of information for society and mainly for a medical professionalsand a health care professionals.*

Keywords: *virus, viral diseases, infections, prevention, information, treatment*

ВЪВЕДЕНИЕ

Вирусологията е науката за морфологията, физиологията, генетиката, екологията и еволюцията на вирусите. Медицинската и ветеринарна вирусология изучава паразитни вируси на хора и животни, тяхната роля в етиологията и патогенезата на инфекциозните и туморни заболявания, разработва специални диагностични подходи, методи за етиотропна терапия и специфична профилактика. Вирусите са една от най-често срещаните групи живи организми, които са в състояние да заразят не само представители на флората и фауната, но и такива от микроорганизмовата популация. Ефективността при борбата с част от вирозите няма положителни резултати, тъй като вирусите не само имат естествен резервоар в околната среда, но и постоянно се променят и мутират (Team of Authors,Orenburg State University, 2012). Вирусите са обект на еволюцията и на естествения подбор също като клетъчните форми на живот. Много от вирусите еволюират бързо. Когато два вируса инфектират една и съща клетка едновременно, те могат да си обменят генетичен материал и така да се получат нови, "смесени" вируси с уникални свойства. По този начин могат да се появят различни щамове грип. РНК вирусите имат високи нива на мутации, което им позволява да еволюират изключително бързо. Пример за това е ХИВ, който еволюира във форми, резистентни към лекарства. Поради тези причини често ефективността на ваксинацията се намалява.

Вирусните болести поразяват клетките, в които вече има нарушения. Съвременните изследвания са доказали, че това се получава само при отслабена имунна система, която не може вече да се бори както трябва с опасността.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Профилактиката, като медико-биологичен термин, означава съвкупност от държавни, социални, хигиенни и медицински мерки и мероприятия, насочени към осигуряване на високо ниво на здраве и предотвратяване на възникването, развитието и разпространението на заболявания по човека (Petrovski, B., 1983) и полезните за него животни и растения.

[40] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ПРОФИЛАКТИКА НА ВИРУСНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ.

Профилактиката на вирусните заболявания изисква прилагането на комплекс от профилактични мерки, които включват и редица мерки от общ характер:

1.Ваксинация – ефективна е срещу конкретен възбудител.

2.Засилване на имунитета – профилактиката на вирусните патологии по този начин предполага каляване, правилно хранене, поддържане с помощта на растителни екстракти.

3.Общи профилактични мерки – изключване на контактите с болни хора, изключване на незащитени случайни полови контакти, повишаване на личната хигиена.

Ваксините и тяхното успешно приложение безспорно са сред най-големите достижения на общественото здравеопазване в борбата с инфекциозните болести. На съвременния човек му е трудно да си представи заболяване и смърт от едра шарка, детски паралич (полиомиелит) и много други болести на детството, засягащи и възрастните. Днес почти няма държава без собствен Национален имунизационен календар, отразяващ световните постижения в борбата с инфекциите, но и отчитащ местните особености (епидемично разпространение на микроби и вируси, достъп до системата на здравеопазване и др.). Самият факт, че едрата шарка вече не заплашва човечеството (след 1980 г.), че три региона в света (вкл. европейския) са неподатливи на полиомиелит, говори за ползата от ваксините и възможността и други инфекциозни болести да бъдат победени (Argirova, R., 2013).

Всяка година в началото на есенно-зимния сезон СЗО издава прогностична справка за това - кои грипни вируси ще бъдат актуални през този период на съответната година. На тази основа се разработват ежегодно и състава на противогрипните ваксини (World Health Organization, 2018).

Двеста години след откриването и успешното прилагане на първата ваксина – срещу вариолата – от английския лекар Дженер, днес разполагаме с ваксини срещу повече от 26 инфекциозни болести и техният списък непрекъснато се обогатява. Класическите ваксини най-често са приготвени от микроорганизми (вируси) или техните продукти – известни като антигени. Антигените са тези които провокират създаване на имунитета т.е. специфични антитела именно срещу внесения антиген. Антителата предпазват имунизираните от съответното заболяване. Малка част от хората остават неимунни (т.е. не образуват антитела), въпреки ваксинирането. Колкото повече лица в общността са имунизирани, толкова по-малка е вероятността неимунните да развият заболяване, причинено от съответния инфекциозен агент. По този начин имунизираните индиректно предпазват неимунизираните. В това се състои и социалният смисъл и значение на имунизациите.

Традиционно ваксините се свързват с детството. Някои от тях са въведени неотдавна. Факт, на който малко се обръща внимание е, че подрастващите и възрастните също трябва да поддържат имунитета си към редица заболявания - тетанус, дифтерия. (Argirova, R., 2013).

За някои рискови групи хора ваксинацията срещу грип е особено необходима, поради възможните тежки усложнения при грипна инфекция – пневмония и дихателна недостатъчност. Такива рискови групи са:

- Децата от 3 до 5 години и възрастните над 65 години;
- Страдащите от хронични сърдечносъдови заболявания;
-Болните от диабет, който силно намалява съпротивителните им възможности към инфекции;
- Хората със затлъстяване, тъй като при тях подвижността на белите дробове е намалена и оттук е по-голяма вероятността за настъпване на застойни явления в тях (Regional Health Inspectorate - Plovdiv, 2018; Benchev, B., 2019).

Има различни мероприятията, свързани със засилването на имунитета - закаляване, правилно хранене, имунотерапия.

Закаляване. То подобрява терморегулацията и по този начин защитава организма от преохлаждане. Закаляването трябва да се провежда постепенно, с търпение и постоянство по различни начини, някои от тях са:

- Въздушни вани. Правят се в много добре проветрено помещение с продължителност до 3 минути;

- Енергично разтриване на тялото с влажна кърпа до усещане на топлина и зачервяване на кожата. В началото кърпата трябва да е топла (32-34 градуса), като постепенно температурата на водата се намалява до стайната;

- Обливане на краката. Започва се със стайна температура на водата и на 10 дни температурата се понижава с 2-3 градуса. Необходимо е след процедурата краката да се разтрият със суха кърпа (Benchev, B., 2019).

Закаляването трябва да започне още от най-ранна детска възраст.

Правилно хранене. То има важно значение за правилната работа на имунната система. Затова храната през този период трябва да е богата на белтъчини – подходящи са пилешко или говеждо филе, риба, извара, кисело-млечни продукти. Чрез тях ще бъдат набавени пълноценни белтъчини, както и най-необходимите витамини – A, C, D, B12 и др. Нужно е да се избягват полуфабрикати, като колбаси, кренвирши и други (Benchev, B., 2019).

Имунотерапия. В резултат на множество фактори от околната среда, повлияващи негативно имунната система непрекъснато нараства броят на т.нар. имунокомпрометирани хора с понижена имунна защита и риск от по-често развитие на разнообразни инфекции, които трудно се поддават на лечение с познатите средства. Това дава основание в последните години все повече да нараства интересът към търсене на други пътища за борба с вирусните инфекции чрез използването на средства за стимулиране на собствените защитни механизми на организма, за стимулиране на потиснатата имунна система и за коригиране на нейните увредени функции в полза на организма. Това са биологични вещества наречени имуномодулатори, съдържащи се в различни растителни продукти. Съвременната фармакология разкри и изучи биологично-активните вещества в тези природни продукти, а фармацевтичната индустрия ги предложи в подходяща фармацевтична форма за приложение в здравеопазването (Lesichkova, S., Gesheva, N., Yankova, et al, 2016). Всички те се назначават след определяне на имунния статус от медицински специалист.

Прилагане на общи профилактични и противоепидемични мерки. В условията на епидемия имат за цел ограничаване разпространението на вируса в обществото, забавяне хода на епидемията и намаляване на нейната интензивност. По този начин е възможно да се намали общия брой на заболелите, тежките форми на заболяването, свързаната с тях смъртност, да се снижи пиковата заболяемост, с което да се облекчи натоварването върху системата на здравеопазването, икономиката и да се ограничат финансовите загуби, свързани с отсъствието от работа на служители и работници по едно и също време.

Общите противоепидемични мерки, като добра лична хигиена, изолация, проветряване на помещенията, овлажняване на въздуха, намаляване струпването на хора в затворени помещения, носене на защитна маска от болните и др., са били единствените възможни преди появата на ваксините и антивирусните препарати. Прилагани са по време на грипни епидемии и пандемии - в различен мащаб и с различен успех през годините. При прилагането им следва допълнително внимателно да се прецени тяхната адекватност по отношение на всяка конкретна вирусна епидемия в зависимост от нейната специфика - интензивност, тежест, засягане на определени възрастови групи и др. (Regional Health Inspectorate - Plovdiv, 2018).

Проветряване. Систематичното проветряване намалява концентрацията на вируси и бактерии във въздуха с 80-90%. Трябва да се проветрява по правилен начин - в продължение на 20-30 минути, като това трябва да се прави 2-3 пъти на ден (Benchev, B., 2019).

Овлажняване на въздуха. При голяма сухост на въздуха лигавицата на носоглътката често се изсушава. Това причинява не само дискомфорт, но се нарушават и функциите на местния (локален) имунитет. Защитните фактори на този имунитет (лизоцим, интерферони, имуноглобулини и др.) са активни само във влажна слузна среда, която се създава от лигавиците на носоглътката. Поради тази причина се налага въздуха да се овлажнява допълнително. Това може да стане чрез специален прибор за овлажняване на въздуха. Има и по-опростен начин - чрез поставяне върху радиаторите на влажни кърпи, които трябва да се сменят, щом изсъхнат (Benchev, B., 2019).

Овлажняване на лигавиците. Това може да стане и чрез промиване на носа с физиологичен разтвор. Той се приготвя, като се разтвори една чаена лъжичка сол (около 5-8 грама) в литър вода. Солеността на този разтвор е еднаква със солеността на кръвта и затова той не нарушава защитните функции на лигавиците (Benchev, B., 2019).

Чисти ръце. Това се налага особено след като са посетени различни обществени места. Тъй като вирусите се запазват по повърхностите до 6 дни, ръцете трябва да се измиват с топла вода и сапун и да се използват подходящи дезинфектанти за ръце на алкохолна основа (Hristova, I., 2018).

Избягване на местата с голямо струпване на хора – кинотеатри, търговски центрове, дискотеки и др. Това трябва да бъде заменено с разходки на открито и спортни занимания (Benchev, B., 2019).

Антивирусни препарати. За осъществяване на успешен контрол на грипа важно допълнение към ваксините са химиопрепаратите със специфично антивирусно действие (т.нар. невраминидазни инхибитори). Антивирусните препарати намират приложение и са ефективни както за ранно лечение, така и за профилактика на грипа. Те имат незабавно действие, започващо веднага след приема на първата доза. Терапевтичният им ефект се проявява най-добре, когато бъдат приложени още в началото на заболяването, до 24-48 часа от появата на симптомите. Не пречат и не повлияват на имунния отговор при едновременно прилагане с грипна ваксина (Regional Health Inspectorate - Plovdiv, 2018).

Макар и защитата чрез ваксина да не е абсолютна във всички случаи, това не намалява ни най-малко необходимостта от ваксинация, тъй като чрез нея могат да се предотвратят тежките случаи с усложнения, както и настъпването на смъртен изход при инфекции. Ваксинацията е валидна само за предпазване от някои от по-разпространените вирусни инфекции (Benchev, B., 2019). Във всички останали случаи прилагането на мерките от общ характер, ще способстват ограничаването на разпространението на вирусната инфекция.

Интерес провокира степента на информираност на населението относно методите и средствата за профилактика на вирусните заболявания. Беше осъществено проучване сред 41 респонденти, проведено през периода на месец Март, 2020 г. Проучването се проведе чрез анкета. От анкетираните участници 36 са жени и 5 мъже, всички на възраст между 20 и 56 години. От тях 38 са с висше образование и 3-ма със средно образование. Анкетираните са от гр. Русе, гр. Силистра, гр. Кубрат, гр. Бяла и съответните области.

Целта на анкетата е да се определи степента на информираност сред респондентите относно мястото и ролята на превенцията и профилактика на вирусните заболявания.

Резултати от анкетата:

На въпрос свързан с задължителните ваксинации и тяхната направа анализирахме резултати, при които всички участници съобщават, че нямат пропуснати до този момент нито една от задължителните ваксини(фиг.1). На следващ въпроса обаче „Чували ли сте за такива случаи?” голям брой от тях - 38 споделят, че познават значителна извадка такива хора. Това е обезпокояващ факт засягащ здравния статус на населението в България относно значими и в световен мащаб заболявания.

Фиг.1. Информираност относно задължителните имунизации.

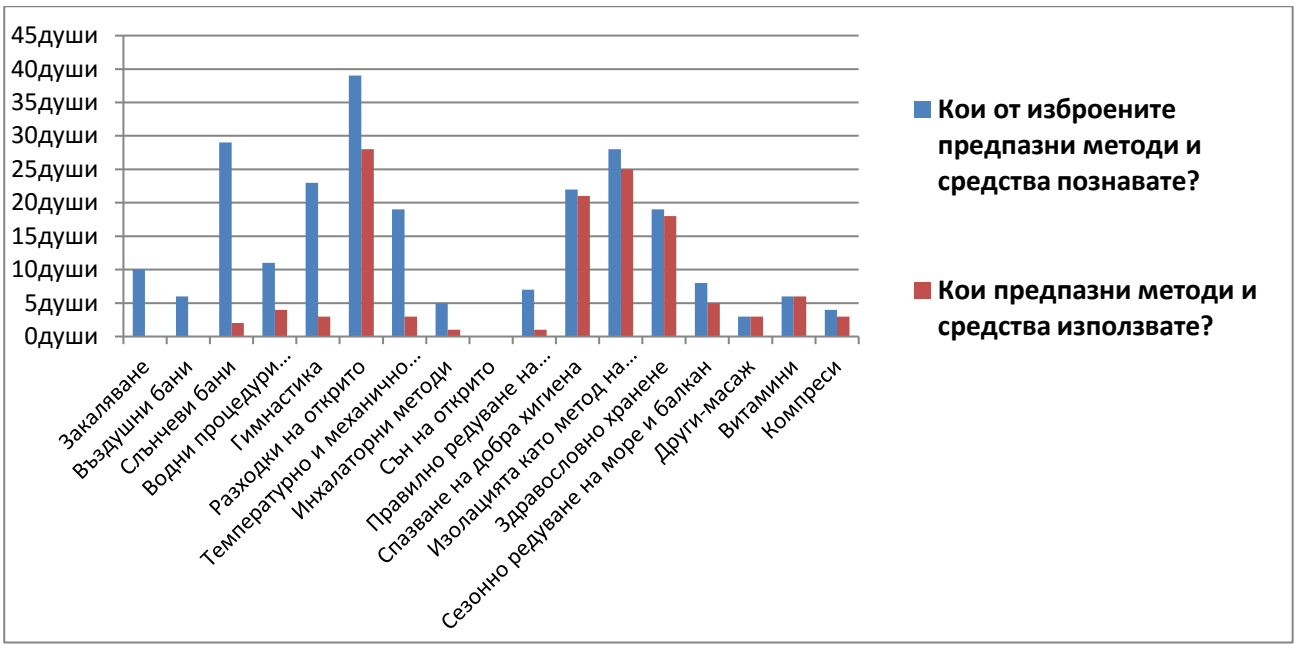
Относно ваксините, препоръчвани от СЗО едва 20% от анкетираните са използвали някоя от тях, а останалите 80% не са или не смятат да го правят, въпреки познанията си в областта (фиг.2).

Фиг.2. Информираност относно препоръчителните имунизации.

На следващата фигура №3 се откроява високият дял от запитаните (71%), които отговорят че биха се ваксинирали срещу Корона вирус, въпреки че към момента на проучването все още не съществува разработена такава ваксина. Останалите 29% са разпределени почти по равно за ваксинация срещу СПИН и онкологично заболяване.

Фиг.3.Нагласи сред анкетираните за ваксинация

При анализирането на този резултат може да се допусне, че данните представят по-скоро страховете на хората от най-социално-значимото заболяване в момента. Готовността за имунизация срещу Корона вирус, се предполага, че е свързана с моментната обстановка през този период в световен мащаб и непрекъснато актуализиращата се информация от медиите. Този резултат е съпоставим с данните от фиг.2, където 80% от анкетираните не са използвали препоръчителна ваксина или не желаят, но показват склонност за такава срещу Корона вирус.



Фиг.4. Информираност относно общите профилактични мерки

От резултатите, представени във фигура №4 се наблюдава повишена информираност относно някои от общите профилактични мерки – слънчеви бани, гимнастика, разходки на открито, добра хигиена, изолация, здравословно хранене в сравнение с всички останали известни методи за профилактика. Като цяло обаче резултатите между познаването на методите и средствата за профилактика и прилагането им на практика значително се разминават.

Съвременните условия на живот не показват, че много от изброените негативни фактори скоро ще бъдат преодолени. Известни надежди се възлагат на създаването на по-ефективни средства за диагностика, профилактика и лечение на вирусните заболявания и на увеличаването на информацията за обществото и основно за медицинските специалисти и специалистите по здравни грижи (Dundarov, S., Dundarova, D., Argirova, R., Rusev, V., 2006).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Навременността и точността на диагнозата - вирусна инфекциозна болест позволява не само да се проведе ефективно лечение, насочено към унищожаване на вирусният причинител, но и да се предотврати по-нататъшното разпространение на това заболяване, като се вземат предвид индивидуалните характеристики на вириона.

За лечението на тези заболявания и техните усложнения се отделят немалко финансови средства (Benchev, B., 2019). Това натоварва допълнително както здравната система, така и повлиява върху икономиката на страната.

Очертава се също като допълнителен сериозен проблем и неинформираността и ниският социално-икономически статус на населението.

Много инициативи в последните месеци на епидемична обстановка са насочени именно към повишаване на информираността на населението. Източниците и формите за информираност значително се увеличиха. В тази връзка в РУ „Ангел Кънчев” беше проведен уебинар на Катедра „Здравни грижи” на тема „Ковид-19 – Какво трябва да знаем?” насочен към студентите от катедрата, където се очерта и тяхната важна роля по време на пандемия.

Обществото трябва да поеме своята отговорност и като част от него „студентите по здравни грижи имат своето значимо място за обществото в условията на пандемия и изолация”, чрез провежданите кампании за информираност, съвместно със своите преподаватели, обучение и грижа за гражданите и близките им, съобразно техните компетенции (Serbezova, I., 2020).

REFERENCES

Argirova, R. (2013). Vaccines and vaccinations. Bulgarian Family Planning Association, София, ***(Оригинално заглавие:*** *Аргирова, Р. (2013). За ваксините и ваксинациите. БАСП, София).*

Benchev, B. (2019). Preventive for influenza and acute respiratory viral infections, URL: http://www.dasmezdravi.com/lekariat-savetva/profilaktichni-merki-pri-grip-i-ostri-respiratorni-virusni-infektcii-2729.html, ***(Оригинално заглавие:*** *Бенчев, Б. (2019), Профилактични мерки при грип и остри респираторни вирусни инфекции)*

Dundarov, S., Dundarova, D., Argirova, R., Rusev, V. (2006). Clinical virology. Medicine and physical education, Sofia, ***(Оригинално заглавие:*** *Дундаров, С., Дундарова, Д., Аргирова, Р., Русев, Р. (2006). Клинична вирусология, Медицина и физкултура, София).*

Hristova, I., (2018). The basic hygienic health care as a factor for the rise of infections due to medical service (IDMS). Proceedings of university of Ruse-2018, volume 57, book 8.3. pp. 53-60. ***(Оригинално заглавие:*** *Христова, И. (2018). Базовите хигиенни грижи, като фактор за възникване на инфекции свързани с медицинското обслужване (ИСМО). Научни трудове на Русенския университет – 2018, том 57, серия 8.3. стр. 53 – 60)*

Lesichkova, S., Gesheva, N., Yankova, P., Naumova, E., Baleva, M. (2016). Immunoprophylaxis of viral and bacterial infections, Medinfo Magazine, issue 10/2016, ***(Оригинално заглавие:*** *Лесичкова, С., Гешева, Н., Янкова, П., Наумова, Е., Балева, М. (2016). Имунопрофилактика на вирусни и бактериални инфекции, Списание Мединфо, брой 10/2016).*

Petrovski, B. (1983). Prevention. Large medical encyclopedia. 3rd edition, Volume 21, Soviet Encyclopedia Publishing House, Moscow, ***(Оригинално заглавие:*** *Петровски, Б. (1983). Профилактика. Большая Медицинская Энциклопедия, Издание третье, Том 21, Издательство "Советская энциклопедия", Москва)*

Regional Health Inspectorate – Plovdiv. (2018). Methodological guidance for combating influenza and acute respiratory illnesses, URL: http://www.riokozpd.com/методическо-указание-за-борба-с-грипа-и-острите-респираторни-заболявания ***(Оригинално заглавие:*** *Регионална здравна инспекция – Пловдив. (2018). Методическо указание за борба с грипа и острите респираторни заболявания)*

Serbezova, I. (2020). Covid-19 - What we have to know? Webinar of University of Ruse "Angel Kanchev", Department of Health Care ***(Оригинално заглавие:*** *Сербезова, И. (2020). Ковид-19 – Какво трябва да знаем?. Уебинар на Русенски университет „Ангел Кънчев", Катедра „Здравни грижи").*

Team of Authors. (2012). General virology with the basics of taxonomy of vertebrate viruses. Orenburg State University, Orenburg, ***(Оригинално заглавие:*** *Коллектив авторов. (2012). Общая вирусология с основами таксономии вирусов позвоночных. Оренбургский государственнyй университет, Оренбург).*

World Health Organization. (2018). Seasonal influenza info sheet, URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)

WED-ONLINE-SSS-HC-11

OBSTETRIC CARE AT PLACENTA PRAEVIA [41]

Nazan Terzi – student
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0896285491
e-mail: naz_97@abv.bg

Pr. Assist. Prof. Tsveta Hristova, PhD
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0878389793
e-mail: tshristova@uni-ruse.bg

Abstract: *The report is considering the pathological condition of pregnancy. Placenta previa is called a complication during pregnancy, in which the placenta develops in the lower uterus. If timely measures are not taken, the placenta previa becomes a risk factor for pregnancy as it can cause profuse bleeding, which could endanger the life of the mother and the baby. The aim was to create special obstetric care for pregnant with placenta previa*

Keywords: *Placenta previa, pathology, pregnancy, bleeding, nursing care*

ВЪВЕДЕНИЕ

Плацента превия (Placenta previa) е необичайна локализация на плацентата. Тя е разположена в долния утеринен сегмент, цялата или част от нея се намира пред предлежащата част (Dimitrov, A., 2014). Първоначално е описана през 1937 г. от Irving и Hertig като ненормално прилепване на плацентата към миометриума поради частичното или пълно отсъствие на decidua basalis.

Наименованието произлиза от латински praevius (предлежащ) и означава, че плацентата се намира пред пътя на детето. Състоянието се определя като потенциален рисков фактор за обилно генитално кървене през бременността и след раждането, създава риск за живота на майката и плода. Усложнения са забавено развитие на плода, преждевременно раждане, аномалии, инфекции. Възможни са хеморагичен шок, ДИС, мъртво раждане (Dimitrov, A., 2014; Francois KE. & Foley MR., 2017).

Разпространение на плацента превия е 5,2 на 1000 бременни жени, въпреки съществуващи международни различия - най-високо сред азиатските проучвания и по-ниско в Африка.

Диагностицирането на плацента превия във втори и трети триместър на бременността изисква допълнително наблюдение и грижа за бъдещата майка. Акушерката може да предостави здравни съвети и обучение във всеки етап до раждането и след него.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Нормално плацентата се разполага във фундуса на матката, по предната или задната стена. В зависимост от разположението ѝ се различават следните видове предлежания:

- **Placenta praevia totalis** - покрива изцяло вътрешния отвор на цервикалния канал (OICC).
- **Placenta praevia partialis lateralis** - само част от OICC е покрита от плацентата, а останалата част е покрита от околоплодни ципи.
- **Placenta praevia marginalis** - долният ръб на плацентата достига до OICC и съвсем

[41]Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: АКУШЕРСКИ ГРИЖИ ПРИ ПЛАЦЕНТА ПРЕВИЯ.

малко го покрива. Голяма част от отвора е покрита с околоплодните ципи.

- **Ниско разположена плацента -** това е предходното състояние между Placenta praevia marginalis и разположената на нормално място плацента.
- **Placenta praevia isthmicocervicalis –** плацентата частично е разположена в цервикалния канал - под OICC (Bobchev, T., Yankov, M., 2012).

Етиологичните причини остават неизяснени.

Рисковите фактори:

- многораждали;
- предходно оперативно раждане;
- маточни нарушения, които инхибират нормалната имплантация;
- оперативни процедури в маточната кухина;
- тютюнопушене;
- многоплодна бременност;
- възраст на майката над 35 години.

Целта на доклада е да представи мястото на акушерката в грижа за жени с плацента превия.

Източници на данни: PubMed, GoogleScholar, ClinicalTrials.gov и MEDLINE

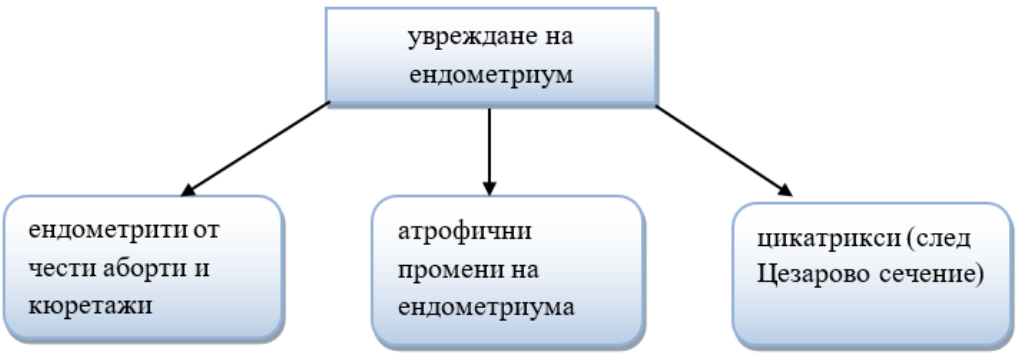
Анализ на данни от научни документални изследвания свързани с разглеждания въпрос.

Голямо кохортно проучване в САЩ отбелязва, че при жени, които имат предлежание на плацентата и предходно цезарово раждане, рискът от това състояние през настояща бременност е много висок (marchofdimes.org).

Ретроспективно изследване на 74 444 бременни в Шанхай (2011 – 2016 г.) установява, че 678 са идентифицирани с диагноза предлежание на плацента. От тях 676 жени са след интраутеринна манипулация – аборт, диагностичен кюретаж, премахване на маточен полип, миомен възел или след раждане със секцио. Наблюдаваните бременни не са първораждащи (Jing L & Wei G, 2018).

Няколко изследвания в Танзания, Уганда и Пакистан (2000 - 2015 година) обобщават, че най-голям относителен дял от респондентите с разглежданата диагноза са многораждали жени (Senkoro, E. E., Mwanamsangu, A. H., Chuwa, F. S., et al., 2017).

Обобщаваме етиологичните фактори в разгледаните научни източници и нагледно ги представяме във фигура 1.



Фиг. 1. Етиологични причини за Placenta praevia според обзорирани източници

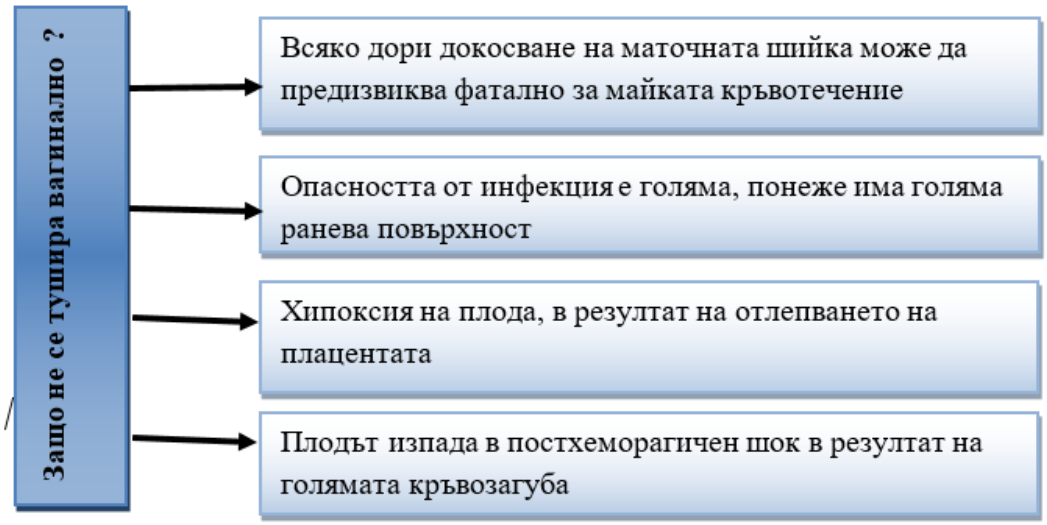
Експертна група на Американския институт по ултразвук в медицината препоръчва да не се използват термините „частично“ и „пределно“, утвърждават термина „предлежание на плацентата“ само когато плацентата лежи директно над вътрешната ос. Плацентата трябва да се отчита като „ниско разположена“, когато ръбът ѝ е на по-малко от 2 см от вътрешната ос и

като нормален, когато ръбът на плацентата е на повече от 2 см от вътрешната ос (marchofdimes.org).

Клинична картина:

1. Кръвотеченията са основният симптом. Появяват се в последните месеци на бременността, най-късно по време на раждането. Те се появяват винаги преди пукането на околоплодния мехур.
2. Неправилни положения и предлежания на плода - поради заемане на значителна територия от долния утеринен сегмент.
3. Първична родова слабост. Липсва на натиск и дразнене на цервикалните ганглии (Dimitrov, A. 2014).

При всяко генитално кървене в последния триместър на бременността се налага незабавна хоспитализация (Balcheva, T. & I. Hristova. 2016). Абсолютно е противопоказано вагинално и ректално туширане, както и влагалищна тампонада (фигура 2). При транспортиране родилката заема положение по Fritsch.



Фиг.2. Причини, които не позволяват вагинално туширане

С помощта на съвременната медицинска техника, локализацията на плацентата може да се диагностицира съвсем безопасно чрез УЗД.

Плацента превия е рисково състояние за бременната, родилката и детето.

Документални изследвания показват, че е висок риска от преждевременно раждане с недоносеност, новородени с респираторен синдром, анемии и други придружаващи състояния и заболявания.

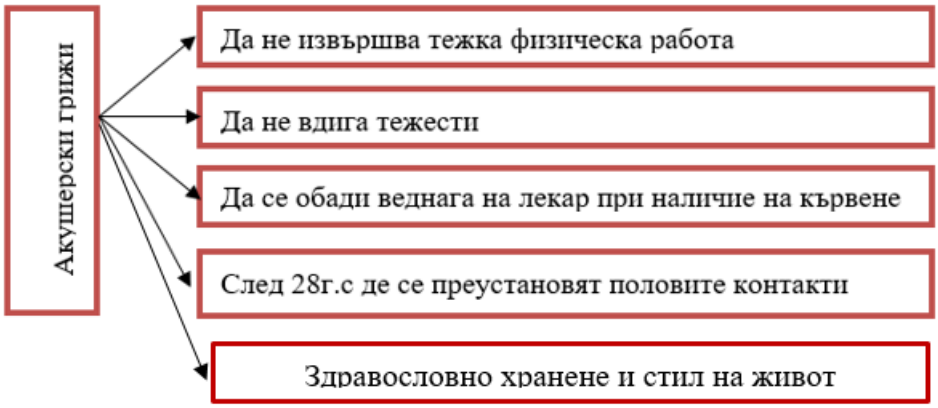
През 2013 – 2015 година е направено изследване в Китай за причините на недоносеност при новородените. Наред с придружаващите заболявания на майката е и плацента превия през бременността (Bekku, S, N. Mitsuda, 2009, Jang, G. & Jo. YS. 2011, Kong. X. & F. Xu, 2016).

През 2015 година Американският колеж по акушерство и гинекология (ACOG) и „Медицинско дружеството за майката и плода“ разработват стандартизирана система за майчина грижа с цел намаляване на общата майчина заболеваемост и смъртност в Съединените щати при регистрирани рискове. В спектъра за високорисково състояние със сериозни асоциирани заболявания е регистрирана плацента превия. ACOG препоръчва за пациентките да се предоставя здравна грижа ниво III (по-чести наблюдения, специализирани грижи). Това ниво включва интердисциплинарни медицински специалисти, които са достъпни денонощно, с подходящо обучение и опит в управлението на усложненията (ACOG, 2015).

Кохортни проучвания с ретроспективни серии в сферата и експертни медицински мнения съобщават, че е значимо мястото на акушерката, не само като асистент на лекаря, но и като наблюдаваща жената през периода на бременността.

Задачи на акушерката в женска консултации към жени с плацента превия

1. С подходяща професионална комуникация и спокойна обстановка запознава бременната (Georgieva, D. 2013):
   - ✓ какво представлява състоянието плацента превия;
   - ✓ какви са рисковете за майката и за плода
   - ✓ какво трябва да бъде поведението в различните месеци на бременността
2. Дава съвети за нужния двигателен режим и извършване на професионални ангажименти
3. Съвети за хранителния режим на бременната.
4. Здравословен стил и начин на живот – без тютюнопушене.



Фиг. 4. Съвети на акушерка към бременни с плацента превиа

След направен анализ на медицинска научна литература се предлагат нужните акушерски грижи – таблица 1.

Таблица 1. Задачи на акушерката при бременни с плацента превиа в стационар

Информира пациентката за предстоящи изследвания и манипулации според професионалните си компетенции	Внимателно обеснява на пациентката според професионалните си компетенции предстоящите процедури. Запознава с документа „Информирано съгласие“, необходима юридическа форма. При постъпване в стационар, след информация от лекар и акушерка пациентката попълва и подписва документа.
Измерване на соматични показатели – P, T°, RR, дишане. Отразяване в акушерска документация	Соматичните показатели се проследяват сутрин и след обед. При допълнително назначение, регистрирането е интензивно. При учестен пулс и ниски стойности на артериалното налягане, придружено с изменения по кожата и общото състояние, спешно се уведомява лекар. Данните от измерванията се отразяват в ИЗ, температурен лист, рапортна тетрадки. При необходимост се описват и в друга акушерска документация.
Снемане на анамнеза	Акушерката снема анамнеза с необходимата комуникация, в спокойна обстановка. Попълва данните в акушерската документация: данни по лична карта, прекарани заболявания, фамилна обремененост, характеристика на менструалния цикъл, бременности и раждания, оперативни интервенции.

Извършване на NST на пациентката	Подканва се пациентката да изпразни тазовите резервоари. Заема легнало положение. Акушерката чрез прийомите на Леополд определя внимателно позицията и предлежанието на плода. Пациентката преминава в ляво странично положение. Поставят се трансдюсерите на необходимите места и се проследяват детски сърдечни тонове и контрактилност на матката. През периода жената се наблюдава.
Проследяване и наблюдаване на гениталното кървене	Проверява се дамската превръзка на пациентката. Задават се въпроси: „От колко време има генитално кървене?“; „Колко дамски превръзки е сменила до пристигането в стационар?“; „Кога е поставена последната дамска превръзка?“. Отразява се количество и цвят на генитално кървене.
Осигуряване траен венозен път и вземане кръв за клинико-лабораторни изследвания	Приготвя всички необходими пособия за поставяне на венозен източник - есмарх, абокат, стерилни тампони, дезинфектант, лепенка за абокат, бъбрековидно легенче, ръкавици, холдер, вакуета, моновети. След поставяне на венозен източник, акушерката взема кръм за изследване на необходимите показатели. Изпращат се в клинична лаборатория според изискванията в стационара. При липса на регистрирана кръвна група, взема кръв за изследване на кръвна група, резус фактор.
Оказване психологически комфорт и емоционална подкрепа	Индивидуален подход към всяка пациентка. Отношение изпълнено със зачитане на достойнство и спазване на конфиденциалност. Акушерката изпълнява професионалните си задачи с хуманизъм и емпатия.
Извършване на назначената терапия от лекаря, наблюдаване на пациентката	Качество на здравните грижи при извършване на всички назначения. Техниката при изпълнение на манипулациите трябва да е овладяна до автоматизъм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитието и усложненията при състоянието „предлежаща плацента“ не могат да бъдат предвидени. Необходимо е да се установят рисковите фактори и се направи нужната медицинска профилактика. Жените трябва да бъдат уведомени за рисковите фактори – инфекции, аборти, лоша полова хигиена, употреба на вътрематочни спирали и др. Мястото на акушерката е в профилактиката с провеждане на здравни беседи сред ученици и бъдещи майки.

REFERENCES

Ahn, K. H., Lee, E. H., Cho, G. J., Hong, S. C., Oh, M. J., & Kim, H. J. (2018). Anterior placenta previa in the mid-trimester of pregnancy as a risk factor for neonatal respiratory distress syndrome. *PloS one*, *13*(11), e0207061. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207061

American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal–Fetal Medicine with the assistance of Alison G. Cahill, MD, MSCI; Richard Beigi, MD, MSc; R. Phillips Heine, MD; Robert M. Silver, MD; and Joseph R. Wax, MD. Placenta Accreta Spectrum, 2015 https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2018/12/placenta-accreta-spectrum

Balcheva, T., Hristova, I. (2016). Coma states, definition, types. Procedures for admission of a comatose patient. SNS-2016, University of Ruse, p. 201-5, ISBN 1311-3321. ***(Оригинално заглавие:*** *Балчева, Т., Христова, И. (2016). Състояния на кома, дефиниция, видове. Процедури при приемане на коматозен пациент. СНС-2016 Русенски университет, стр. 201-5, ISBN 1311-3321)*

Bekku, S., Mitsuda, N., Ogita, K., Suehara, N., Fujimura, M., & Aono, T. (2000). High incidence of respiratory distress syndrome (RDS) in infants born to mothers with placenta previa. *The Journal of maternal-fetal medicine*, *9*(2), 110–113. https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6661(200003/04)9:2<110::AID-MFM4>3.0.CO;2-5

Bobchev, T. & Yankov, M. (2012). Operational obstetrics. *Sofia* ***(Оригинално заглавие:*** *Бобчев, Т., Янков, М. (2012). Оперативно акушерство. София)*

Dimitrov, A., kol. (2014). Obstetrics, Medical edition APCO, Sofia ***(Оригинално заглавие:*** *Димитров, А., кол. (2014). Акушерство, Мед. изд. АРСО, София)*

Francois KE.& Foley MR. (2017). Antepartum and postpartum hemorrhage. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, et al, eds. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; chap 18.

Georgieva, D. (2013). Formation of skills for clinical communication in the training of medical specialists, In: The International Scientific Conference Kiten, Vol. 2 (2), pp 374 – 377, Gabrova, EKS-PRES, ISBN 978-954-490-404-3. ***(Оригинално заглавие:*** *Георгиева Д. (2013). Формиране на умения за клинична комуникация при обучението на медицински специалисти. В: Международната научна конференция, Китен, Том втори, книга втора стр. 374-377, Габрово, ЕКС-ПРЕС, ISBN 978-954-490-404-3)*

Jang, D. G., Jo, Y. S., Lee, S. J., & Lee, G. S. (2011). Risk factors of neonatal anemia in placenta previa. *International journal of medical sciences*, *8*(7), 554–557. https://doi.org/10.7150/ijms.8.554

Jauniaux, E., & Jurkovic, D. (2012). Placenta accreta: pathogenesis of a 20th century iatrogenic uterine disease. *Placenta*, *33*(4), 244–251. https://doi.org/10.1016/j.placenta.2011.11.010

Jing, L., Wei, G., Mengfan, S., & Yanyan, H. (2018). Effect of site of placentation on pregnancy outcomes in patients with placenta previa. *PloS one*, *13*(7), e0200252. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200252

Kong, X., Xu, F., Wu, R., Wu, H., Ju, R., et al. (2016). Neonatal mortality and morbidity among infants between 24 to 31 complete weeks: a multicenter survey in China from 2013 to 2014. *BMC pediatrics*, *16*(1), 174. https://doi.org/10.1186/s12887-016-0716-5

Placenta previa. (n.d.). (2019). https://www.marchofdimes.org/complications/placenta-previa.aspx (Accessed on 01. 04. 2020)

Senkoro, E. E., Mwanamsangu, A. H., Chuwa, F. S., Msuya, S. E., Mnali, O. P., Brown et al. (2017). Frequency, Risk Factors, and Adverse Fetomaternal Outcomes of Placenta Previa in Northern Tanzania. *Journal of pregnancy*, *2017*, 5936309. https://doi.org/10.1155/2017/5936309

WED-ONLINE-SSS-HC-12

BURNOUT – SYNDROME OF OCCUPATIONAL EXHAUSTION IN MEDICAL PROFESSIONS [42]

Ventsislava Raykova – student
Department of Healt Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 885 818 700
e-mail: vencislavaraykova@gmail.com

Kader Zayko – student
Department of Healt Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 894 734 776
e-mail: kader_kudret@abv.bg

Pr. Assist. Prof. Yoana Lukanova, PhD
Department of Health care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 885 047 644
e-mail: ylukanova@uni-ruse.bg

Abstract: *In the modern stage of Bulgarian society's development in the conditions of a socioeconomic instability, a competition of the labor market and social stress, it is more often talk about "burnout" and his negative implications, as well as for the personality of the professional and for the destiny of the practicular organization. The number of nurses suffering from burnout has increased over the years, possibly causing negative effects on patient care, working environments and staffing shortage.*

Key words: *burnout, work, stress, negative effects on patient care*

ВЪВЕДЕНИЕ

Професионалното прегаряне е един от сериозните проблеми на съвременната професионална дейност. СЗО го дефинира като „Болестта на 21 век". Професионалният стрес засяга здравето в биологичен, социален и психологичен аспект. Освен на личното благополучие, развитието на Бърнаут синдром вреди и на здравето на организациите и нарушава качеството и ефективността на трудовия процес. В резултат на burn out се търпят и финансови загуби, изразяващи се в отпуски по болест, хоспитализация и амбулаторно лечение, загуби от снижена производителност (Gautman, M., 2001).

Синдромът Бърнаут в международната класификация на болестите е в рубриката Z73.0 като дефиницията е „Преумора – състояние на изтощаване на жизнените сили". Наблюдава се при професии със социални услуги. Те са свързани с решаване проблемите на нуждаещи се хора от социално, психологическо, физическо и друг вид професионално съдействие. В такива условия работят медицински персонал, психолози, социални работници, персонал в детски и старчески домове, чиновници в учреждения, телефонистки, продавачки и други.

Докладът ще разгледа същността на характеристиката на синдрома Бърнаут като резултат от професионалния стрес и значението му в медицинските професии. Изучаването и превенцията му е във взаимен интерес на работещи, управляващи, психолозите и хората, които имат нужда и са зависими в даден момент от здрвните услуги (Boikov, V., 1999; Cenova, B., 1993).

[42] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: БЪРНАУТ – СИНДРОМ НА ПРОФЕСИОНАЛНОТО ИЗГАРЯНЕ В МЕДИЦИНСКИТЕ ПРОФЕСИИ.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Откриване на синдрома „Бърнаут“

Терминът burn out буквално означава изгарям, взаимстван от механиката - обяснява се с това, когато горивната смес на двигателя с вътрешно горене стига до крайно изтощение, което води до прегаряне и експлозия. В психологията понятието „професионално изгаряне“ е въведено за пръв път през 1974 година от американския психолог Хърбърт Фройденбергер. В статията „Прегарянето: Високата цена на високите постижения“ Фройденбергер описва „прегарянето“ на терапевти, работещи в клиника за наркозависими в САЩ. Той обозначава с този термин състояние на изтощение и отпадналост, което възниква от дългата и интензивна работа с нуждаещите се от помощ (Gautman, M., 2001; https://forjobhunters.com/%D0%B1%D1%8A%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%83%D1%82/).

Дефиницията е „изчерпване на енергията при професионалистите в сферата на социалната помощ, когато те се чувстват претоварени от проблемите на хората, с които работят“ или „състояние на умора или чувство на неудовлетвореност, предизвикани от отдаденост към дадена кауза, начин на живот или амбиция, която не може да произведе очакваното възнаграждение“.

Тя определя СПИ като явление, което съдържа три компонента:

• *Чувство на емоционално изтощение* – безразличие, отдръпване, хронична умора, изчерпване и понижено настроение. Развитието му, почти винаги е предшествано от период на повишена активност, когато човек е отдаден на работата си, пренебрегвайки изцяло личните си нужди. Той е отдаден изцяло на това да изпълни дадената задача, използвайки своя умствен и физически потенциал. Така в даден момент се появява и основния симптом – чувството на изтощение. При изчерпване на емоционалните и физически ресурси, работещите усещат, че не са в състояние да дадат нищо повече от себе си и се чувстват безкрайно изморени, като това не отминава след нощния сън. Вследствие от това се проявява умствено изтощение и изчерпване, ниска лична самооценка, чувство на отчуждение, раздразнителност и нетърпимост към околните, трудно съсредоточаване без видими причини, незадоволеност от работата, което постепенно се прехвърля и в междуличностните взаимоотношения. След определен период на отдих, това чувство намалява и в зависимост от индивидуалните характеристики, човек да е напълно работоспособен. Емоционалното изтощение е най-широко изследван аспект.

• *Деперсонализация /обезличаване/* - при това състояние всичко придобива негативни измерения. Отнася се до развитието на отрицателни, цинични нагласи и чувства по отношение на пациентите. Започва с период на личностно отстраняване и неангажираност, като защитен механизъм срещу емоционалния стрес. В крайните му прояви това се проявява като абсолютна апатия към професионалните ангажименти, пациентът е възприет като неодушевен предмет и е повече като натрапник и дразнител. Постепенно вътрешното раздразнение нараства и води до неизбежни конфликти.

• *Намалено лично постижение* – третият аспект на синдрома е тенденция за отрицателна себеоценка в професионален план, негативно себевъзприемане. Страдащите се чувстват нещастни и недоволни от себе си, неудовлетворени от реализцията си на работното място. Те не виждат потенциал за професионално израстване и губят вяра в способностите си. Последствията от това състояние могат да бъдат много сериозни, както за самите засегнати и техните близки, така и за организацията, в която работят (Boikov, V., 1999; Hristeva, E., 2016).

Най-общо симптомите на Бърнаут могат да се разделят на три основни групи:

• *физически* – липса на енергия, често главоболие без ясна причина, хронична умора, нарушения на съня, стомашно-чревни оплаквания;

• *психически* – гняв, депресия, чувство на безпомощност, честа смяна на настроението, тревожност и самоувереност;

• *поведенчески* – умствено изчерпване, отдръпване от близки и приятели, цинизъм, безразличие, загуба на съпричастност, разочарование. Увеличава се злоупотребата с лекарства, цигари, наркотици и алкохол. Може да се достигне до необратимо състояние или

до напускане на работа.

Етапи в развитието на синдрома Бърнаут

В специализираната литература съществуват няколко теории, описващи различен брой стадии в протичането на процеса. Тяхното представяне е полезно както за ориентиране в диагностиката и самодиагностиката, така и за предприемане на мерки за спиране на по нататъшното развитие.

Развитието на синдрома според Маслач минава през три стадия:

• *първи стадий*: етапът на разочарование и обезверяването;

• *втори стадий*: етап на развитие на безотговорност, цинично отношение към колеги и пациенти;

• *трети стадий:* необратим, среща се много рядко. Човек изпада в безизходица и не може да управлява собствения си живот. Умствената и физическа умора присъстват трайно. Последиците са постоянни (Cenova, B., 1993).

Според Американската психологична асоциация стадиите на развитие на синдрома са четири:

• стадий на „меден месец“- човек навлиза с ентусиазъм в работата си и влага много енергия и желание в нея;

• стадий на „пробуждане“ - осъзнаване, отрезвяване, излъгани надежди;

• стадий на загуба на тонус в работния процес – характеризира се с постоянна непреудолима умора, загуба на интерес към професията, раздразнимост, цинизъм и открития критицизъм към работодателя се демонстрират все по-често;

• стадий на „пълното изгаряне“ – от няколко месеца до няколко години. Последиците са тежки психосоматични заболявания (Stoicheva, M., Cekov, Cv., 2011; Hristeva, E., 2016).

Професията на медицинската сестра и акушерката е в тази група рискови професии, при които се получава синдрома на изгарянето. Всеки работен ден на здравния професионалист преминава в много близък контакт с хора, най-вече с пациенти, които се нуждаят от грижа и внимание. Под влияние на болестта, дискомфорта и болките често стават неспокойни, нетърпеливи, капризни. Акушерките като специалисти в здравните грижи и промоция на здравето трябва да задоволят фундаменталните нужди на пациента. Това трябва да става с учтивост, усмивка, съчувствие към проблема и това без да изразява собствените си емоции и чувства (Hristova, Ts., 2016; Hristova, Ts., 2019).

Традиционно, медицинските сестри и акушерките имат малък дял при определяне на своите работни условия и относително непризнание за познанията и уменията за участие в планирането на грижите за пациентите. Високите изисквания и напрежението поради недостиг на хора, време и материали, в съчетание с липсата на социална подкрепа в организацията, дискриминацията на работното място, агресията от страна на пациентите и техните близки, претовареност с административни задачи, водят до свръхнатовареност и стрес. Личностните нагласи към ежедневните задължения и справянето с отговорностите и поставените задачи са в основата за това дали ще се стигне до СПИ. Така ако даден специалист е силно мотивиран и изпита трудности при поставените задачи, той ще се мотивира и ще даде всичко от себе си, това може да няма никакви прояви на професионално изпепеляване. Обратно е обаче при по-слабо мотивираните - при такива хора ще има веднага поведенчески симптоми. Подкрепата от близки и приятели, колеги е много важен момент за справяне със ситуацията. Тези фактори насърчават убеждението, че принадлежи към социална общност от хора, които го обичат и подрепят. Именно със социална подкрепа някои хора успяват успешно да се справят със стреса (Georgieva D., Koleva G., Hristova I., 2016). Д. Георгиева и Г. Колева в свое проучване отчитат, че разнообразието от проблеми, тежкото положение и понякога липса на перспектива от лечението, както и среща със смъртта са част от сресовите фактори, поради които повечето стажанти не желаят да работят в сферата на палиативни грижи (Georgieva, D., Koleva, G., 2016).

Някои от симптомите при синдрома Бърнаут и депресия са много сходни, но тук трябва да се направи разликата, че когато човекът е извън работната среда и примерно отпочива по приятен за него начин, симптомите изчезват. При хора с депресивни епизоди независимо от

обсотятелствата, заобкалящата го среда и хора симптомите не изчезват (Achkova, M., 2001; Georgieva, L., Laleva, K., Cvetkov, L., 2014; Georgieva, L., Popova, S., Stoeva, K., Toncheva, S., 2008; Angelova–Barbolova, N., Konstantinova, D., Georgieva, D., 2017).

ИЗВОДИ

В този доклад се поставя значим за практиката проблем, който засяга последствията от синдрома на професионално изчерпване и начин за справяне с него. Бърнаут се разглежда през един специфичен за работата в организациите проблем. Основните стратегии за справяне с професионалното прегряване могат да бъдат: промяна на условията на труд, смяна на работното място, личностова промяна чрез повишаване на личния капацитет, балансиране между работа и почивка, професионална психическа помощ за облекчаване на напрежението, терапия за промяна и преоценка на приоритетите и условията на начина и техника за релаксация, тренинги за справяне със стреса и бърнаута.

Запознаването с новостите, предоставянето на възможности за обучение и квалификация, овладяването на повече роли, дават път на креативността, създават чувство за значимост, съпричастност и увереност, че всеки има възможност да контролира случващото се в живота му. Точно по такъв начин е необходимо да действа успешния мениджър. При всички случаи трябва да се стимулира и развива взаимната подкрепа в трудовия колектив.

Когнитивните умения и самочувствие на работното място също са много важни. Когато специалистът е уверен в знанията и уменията, когато има любопитсво към нови знания и умения, последващи обучения и подкрепа от работодателя може да е превенция за развитието на синдрома. Важно е да има признаване на всичко това и да не се чувства некомпетентен и потиснат. За да се избегне прегаряне, индивидът и организацията трябва да работят в тясно сътрудничество. Ако болничното заведение и ръководство разпредели отговорностите според длъжностната характеристика, регулярно организира работни срещи за изясняване на организационни процеси, решава възникнали трудни ситуации с пациенти и организира обучение за справяне със стресовите ситуации на работното място – точно такива мерки може да са превантивни за възникването на синдрома Бърнаут.

REFERENCES

Achkova, M. (2001). Applied psychology in medicine and health care, Koti EOOD, Sofia ***(Оригинално заглавие:*** *Ачкова, М. (2001). Приложна психология в медицината и здравните грижи, Коти ЕООД, София).*

Angelova–Barbolova, N., Konstantinova, D., Georgieva, D. (2017). The role of social support in the prevention of professional stress and burnout of medical professionals. Proceedings of university of Ruse – 2017, volume 56, book 8.3. p. 11 – 4. (***Оригинално заглавие:*** *Ангелова-Барболова, Н., Константинова, Д., Георгиева, Д. (2017). Роля на социалната подкрепа при профилактика на професионалния стрес и професионалното прегаряне при медицински специалисти. Научни трудове на Русенски университет 2017, том 56, книга 8.3. стр. 11 – 4.)*

Boikov, V. (1999). Methods of emotional burnout. In: D. Rajgorodsky (eds), Practical Pshychodiagnostics: Testing techniques, Samara (***Оригинално заглавие****: Бойков, В. (1999). Методики уровня емоционального въгорания. В: Д. Райгородский (ред.). Практическая психодиагностика: Методики тесть. Самара).*

Cenova, B. (1992). Maslach questionnaire to determine burnout syndrome, Sofia ***(Оригинално заглавие:*** *Ценова, Б. (1992). Въпросник на Маслах за определяне на синдрома на бърнаут, София).*

Cenova, B. (1993). The burnout phenomenon. Bulgarian journal of psychology ***(Оригинално заглавие:*** *Ценова, Б. (1993). Феноменът "Бърнаут". Българско списание по психология).*

Gautman, M. (2001).Women in medicine: stresses and solutions. ***(Оригинално заглавие:*** *Гаутман, М., 2001. Жените в медицината: стрес и решения).*

Georgieva D., Koleva G., Hristova I. (2016). Strtegies for Burnot syndrome prevention in the nurses practice. Proceedings of university of Ruse - 2016, volume 55, book 8.3. pp. 5 – 8, ISBN 1311-3321. (***Оригинално заглавие***: *Стратегии за предотвратяване на burnout синдром в*

практиката на медицинските сестри. Научни трудове на Русенски университет - 2016, том 55, серия 8.3 стр. 53 – 8, ISBN 1311-3321).

Georgieva, D., Koleva, G. (2016). Palliative nurse care – education and training. Medical University of Varna. Scripta Scientica Salutis Publicae, vol. 2, 2016, suppl. 1, pp. 166-170

Georgieva, L., Laleva, K., Cvetkov, L. (2014). Professional supportive care – a scarce element in healthcare, Varna medical forum (***Оригинално заглавие*:** *Георгиева Л., К. Лалева, Л. Цветков, (2014). Професионалните подкрепящи грижи - дефицитин елемент в здравеопазването. Варненси медицински форум).*

Georgieva, L., Popova, S., Stoeva, K., Toncheva, S. (2008). Work – related stressors and burnout syndrome among senior nurses, Health care (***Оригинално заглавие:*** *Георгиева Л., С. Попова, К. Стоева, С. Тончева, (2008). Стресогенни фактори, свързани с работото и бърнаут синдром сред медицински сестри на ръководна длъжност, Здравни грижи).*

Hristeva, E. (2016). Anxiety and burnout syndrome among hospital healthcare professionals, Dissertation work, Sofia ***(Оригинално заглавие:*** *Христева, Е. (2016). Тревожност и бърнаут синдром сред болнични медицински специалисти, Дисертационен труд, София).*

Hristova, Ts. (2016). Problem-posing education – a key factor in clinical decision-making skills in practical education of midwifery students. IN: 55th Annual Science Conference of Ruse University, ISBN 1311 – 3321 (***Оригинално заглавие:*** *Христова, Ц. (2016). Проблемното обучение – формиращ фактор за клинично мислене в практическото обучение на студентите акушерки, В: Научни трудове Русенски университет, Издателски център при РУ Ангел Кънчев, ISBN 1311 – 3321).*

Hristova, Ts. (2019). Pre-graduate students internship for forming professional competences. Izvestie, Union of Scientists – Ruse, (9), ISSN 1311 – 1078 (***Оригинално заглавие*:** *Христова, Ц. (2019). Преддипломният стаж на студентите акушерки за формиране на професионални компетенции.//Известие, СУБ – Русе, (9), ISSN 1311 – 1078).*

Selie, H. (1982). Stress without distress, Science and art, Sofia ***(Оригинално заглавие:*** *Селие, Х. (1982). Стрес без дистрес, Наука и изкуство, София).*

Stoicheva, M., Cekov, Cv. (2011). Stress and distress in pathological physiology, Zograf, Varna ***(Оригинално заглавие:*** *Стойчева, М., Цв. Цеков. (2011). Стрес и дистрес в Патологична физиология, Зограф, Варна).*

Stoqnov, D. and team (2012). Personality, pshychoclimate and professional asthma syndrome, East- West publishing house ***(Оригинално заглавие:*** *Стоянов Д. и колектив, 2012. Личност, Психоклимат и синдром на професионално изпепеляване, Издателство Изток-Запад).*

https://forjobhunters.com/%D0%B1%D1%8A%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%83%D1%82/

WED-ONLINE-SSS-HC-13

AUTISM NECESSARY OBSTETRIC CARE [43]

Yana Dimitrova – student
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0988313196
e-mail: qni4ka1305@gmail.com

Pr. Assist. Prof. Tsveta Hristova, PhD
Department of Health care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0878389793
e-mail: tshristova@uni-ruse.bg

Abstract: *This report presents a short summary of Autism spectrum disorder (ASD)-the frequency statistics, causes and characteristic elements of the diagnostic features.The main purpose is to determinate significant midwifery care in the prevention of this disease.Used is a documentary method.It was built a sample model of the midwifery health care, which is related to the prevention of the disease during pregnancy.*

Keywords: *autism spectrum, disorder, prevention, midwifery care, health*

ВЪВЕДЕНИЕ

Терминът „аутизъм" произлиза от гръцката дума "autos", който означава сам, затваряне в себе си, откъсване от външния свят, потъване в света на собствените преживявания, с отслабване или загуба на контакт с действителността (Petrova, S., & Vasileva, D. 2010).

Терминът и диагнозата - детски аутизъм, са въведени за пръв път в научната общност от американският психиатър Leo Kanner. Характерна са за всички расови, етнически и социално-икономически групи, като се среща пет пъти по-често при момчета в сравнение с момичета.

Аутизмът е заболяване от групата на autism spectrum disorders (ASD). Отличава се с нарушения в развитието на мозъка, както вътреутробно на фетуса, така и след раждане на детето. Клиниката се проявява по-късно след раждане, най-често след 3-годишна възраст, но има и ранни случаи след първата година.

Като диагноза аутизмът представлява сложна съвкупност от емоционални и поведенчески особености. Най-ясно изразени от тях са емоционална хладина, безразличие към заобикалящата действителност, нежелание за общуване и явно затваряне в себе си. Между интелекта, речта и социалното общуване е налице индивидуална дисхармония. Учените смятат, че голяма част от аутистите са със съхранен интелект, но с проблеми в насочеността му (Matanova, V., 2003).

Първоначално причините за аутизма са разглеждани като неадекватни родителски грижи. В последващи изследвания се конкретизират редица неврологични, генетични и биохимични причини. Все по-популярно става мнението, че аутизмът е резултат от разнообразни нарушения на развитието. Според специализираната психология те могат да се класифицират като: наследствени, вродени и придобити (Matanova, V., 2003)

ИЗЛОЖЕНИЕ

През последните няколко години се докладва повишена честота на нарушенията от аутистичния спектър от Центъра за контрол на заболяванията (CDC) и от Мрежата за мониторинг на аутизма (ADDM, USA). В САЩ през 2018 година, в аутистичния спектър е

[43] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: АУТИЗЪМ – НУЖНИТЕ АКУШЕРСКИ ГРИЖИ.

диагностицирано 1 на всеки 59 деца, през 2000 година ─ 1 на 150, а в началото на 90-те години ─ 1 на 10 000.

В Дания, проблемът се среща при 12.4 на 1000 деца, 26.8 на 1000 в Исландия, 5.4 във Франция, според официално изследване на Аутизъм Европа.

Официални статистически данни за броя на засегнатите у нас от аутизма, както и за разпределението им по възрасти няма. Според официалните източници на информация (НЦОЗА), броят на децата с генерализирано разстройство на развитието е 409 за 2009 г., 411 за 2010 г., 436 за 2011 г., 447 за 2012 г.

Редица изследвания съобщават, че деца с аутизъм се раждат в семейства, в които майката е над 40 годишна възраст, бащата над 50. Въпреки много спорни факти, повечето клиницисти се обединяват около становището, че ако бременността е първа за жена над 40 ─ 45 години, рискът от развитие на симптоматика на ASD в потомството е по-голям (Gardener H, Spiegelman D. & Buka SL. 2009). Дискутира се ролята на възрастта с унаследяване на мутации на гени за мозъчни функции от майката и от бащата. Възрастта на майката се свързва с повече рискови фактори при протичане на бременността, отразяват се във всеки период от развитието на мозъка на бебето (Gardener, H., D. Spiegelman, & SL Buka SL., 2009).

Промени в артериалното налягане и хипертония на бременната жена са по-чести в напреднала възраст и водят до нарушена регулация на кръвоснабдяването на развиващия се мозък във фетуса, включително риск от хипоксия преди или по време на раждане. Възрастта на майката оказва въздействие и върху имунната ѝ система с последици върху растящия плод. Употребата на лекарствени средства с увеличаване на възрастта на жените е по-значима в сравнение с младите майки. Приемът на психотропни лекарствени медикаменти е включен в патогенезата на аутизма. Метаболитни заболявания (затлъстяване, захарен диабет, атеросклероза и др.) се диагностицират по-често при жени след 40-годишна възраст, което също се допуска като фактор за по-често увреждане на развиващия се мозък на фетуса и съответно рискове за аутизъм (Krakowiak, P., Walker, CK, & AA. Bremer, 2012). При посочените изследвания авторите цитират и риска от затлъстяване при жените. Направени са анализи на мастната тъкан и отделящите се от нея адипокини оказващ негативно влияние за развитието на мозъка при фетуса.

В други обзорирани научни източници е представена информация за последиците от прекарани инфекциите от майката. Те оказват влияние още в първите седмици от развитие на ембриона и могат да доведат до ранни аборти, включително ранна резорбция на ембриона. Вирусни и бактериални инфекции в различни гестационни седмици допринасят за патологично влияние (Arndt TL, Stodgell CJ, & Rodier PM., 2005). Най-честите инфекции по време на бременността, които се свързват с аутизъм на бебето, включват вирусните заболявания, като инфлуенца, рубеола, фитомегаловирус инфекции. Едни от първите проучвания в това направление са преди около пет десетилетия.

Ролята на пренаталния стрес, неговата продължителност и тежест се свързват с риск от аутизъм на бебето (Beversdorf DQ, Manning SE, & Hillier A, 2005). От древни времена бременните жени са предпазвани от стрес, осигурявани са им най-добри условия за живот с цел добро здраве за майката и раждане на здраво бебе. Съвременната наука допълва този принцип чрез доказателства, че стресовите въздействия върху майката, особено когато те са чести, продължителни и силни, оказват влияние (Boyadzhieva, N., & R. Metodieva, 2018).

Анализът на изследванията в направление стрес на бременна и риск от аутизъм в поколението очертава важността за профилактиката на заболявания от групата на ASD чрез максимално ограничаване на стреса при бременни жени и осигуряване на подходящи условия на живот необходими във всички периоди на бременността.

Акушерката е медицинският специалист, който е най-близко до жената по време на бременност, раждане и в послеродовия период. Тя оказва грижи за плода и новороденото. Това дава основания да работим по избраната тема.

Цел. Установяване на значимата акушерска грижа при превенция и профилактика на заболяването.

Методи – използван е документален метод.

Анализ и обсъждане

Характеристики на заболяването:

Отсъствието на реч и езикови нарушения е един от основните показатели за диагностика на дете с разстройство от аутистичния спектър.

Процесът на комуникация изисква сам по себе си минимум двама души: предаващ и приемащ информацията. Тя е процес, в който детето участва "заедно с другите".

В много ретроспективни изследвания, използващи родителски показания и видеозаписи на кърмачета и малки деца, показват, че до втората година комуникацията на повечето деца с аутизъм е различна от тази на деца в норма (Petrova, S., & D. Vasileva, 2010). При проучваните деца речта не се използва като средство за комуникация и обмен на информация. Ранната речева активност се проявява при назоваване на предмети, имена, фрази, без да се докосва до семантиката им. Тази речева активност изгражда един свят, напълно неразбираем за другите. Речта им е безсмислена, разпиляна, показваща добра механична и фрагментарна памет. Децата, с разстройства от аутистичния спектър, допускат множество фонологични, морфологични и синтактични грешки (Matanova,V., 2003). Те не комуникират с другите, отнасят се с тях като с предмети и не отговарят на адресирана към тях реч. Демонстрират оскъдица от умишлени комуникативни действия, като използват вербални или невербални средства за комуникация.

Характерен белег е отсъствието на контакт "очи в очи". Аутистичното дете „рее" поглед, демонстрира абсолютна апатия към околните, общува по стереотипен начин с различни предмети, играейки с даден предмет, манипулира с отделни части от него, без да ги съотнася към цялото. Аутистичното дете игнорира напълно обкръжаващите, сякаш не забелязва присъствието им. Показвайки обаче интерес към субект или предмет, то демонстрира изключителна наблюдателност и поразителна памет за минали събития (Matanova, V., 2003).

Типично за децата с разстройства от аутистичния спектър е, че не реагират на повикване по име, не играят функционално – по предназначение, играят бедно и репетативно, не изпълняват инструкции, умеят да вокализират, но тези звуци не са адресирани и нямат комуникативна стойност. Притежават добра механична, зрителна и слухова памет. Често повтарят извън контекста думи или изрази, без да влагат вербално съдържание (Todorova, I., Konstantinova, D., 2020).

Учени в тази област считат, че децата с разстройства от аутистичния спектър са и с интелектуална недостатъчност. При провеждането на редица тестове изискващи манипулативни и пространствени умения и възпроизвеждане на информация, децата с аутизъм показват много по-добри резултати от децата в норма. Типична черта при децата с аутизъм е отсъствие на привързаност и взаимовръзка с околните. Всяко разместване в заобикалящата ги действителност предизвиква тревожност, несигурност и стремеж към връщане на вече установен порядък. Играта им се отличава със стериотипност и пълно отсъствие на въображение и символност. Играчките се използват не с тяхното предназначение (Matanova,V., 2003).

Децата със заболяване се характеризират не само с изоставане на психичното развитие, но и с дефицити в социалната интеракция, вербалното и невербалното общуване, дефицити в поведението и интересите като цяло. Те се интересуват повече от предмети отколкото от хора.

Съществува социален дефицит демонстриран с отсъствие на привързаност към познати хора, в контраст с непознати възрастни. Не се обръщат към родители или учители за успокояване, а се отдалечават от тях с безразличие. Липсата на изразяване и разбиране на емоции може да се прояви като силна "сладникавост" или като някакво странично действие, което няма никаква връзка с действащата ситуация. Те често имат вид на несъстрадателни (Silver A., & Hagin R., 1998).

При децата с разстройства от аутистичния спектър е характерно отсъствие на вторичен мисловен процес. Повечето от децата общуват невербално, ето защо приоритет в работата на специалистите е разчитане на нечленоразделните звуци и знаци с цел да се разбере

“вътрешния” свят на детето (Petrova, S.,& D. Vasileva, 2010)

В световен мащаб се установена,че грижите за децата със заболяването се извършват от специалисти в различни области на компетенции, но без синхронизиране. Необходимо е да се работи в мултидисциплинарни екипи, да се изяснява етиологията, както и да се имплементират постиженията на психоанализата (Konstantinova, D., 2018). Въпросът за вътреутробното развитие на бебето, за мултисензорността, за погледа, усмивката и докосването, за думите и за “езика, който липсва” са отправни клинични моменти по посока диагностика и превенция не само в работата на психоаналитика, но могат да бъдат част от квалификацията на други специалисти - лекари, логопеди, психолози, социални работници, акушерки, медицински сестри (Bogdanova, B., & M. Laznik, 2016).

Акушерката е специалистът по здравни грижи, който е нужен на жената. Според СЗО, мястото на акушерката е значимо в изграждането на общественото здраве (фигура 1).

Фиг. 1. Задачи на акушерката според СЗО

Здравословният стил и начин на живот, без вредни навици и формиране на нужните хигиенни навици са знанията, които акушерката може да предаде на бременната жена.

Рискът от аутизъм може да се установи още при раждането, след изследване на плацентата. Изследователи от университета в Иейл анализират необичайни гънки по плацентата на току-що родили се деца и установяват, че рискът за развитие на аутизъм е много по-голям при тяхното наличие. За тази цел са изследвани 217 плаценти и е добита 90% точност. От тези научни данни може да се направи извод, че бременната жена трябва редовно да посещава женската консултация и извършва навреме предписанията от наблюдаващия лекар.

Предлагаме примерен модел на акушерска профилактика на заболяването по време на бременност – фигура 2:

Фиг. 2. Примерен модел на акушерска грижа за профилактика на заболяването

Мястото на акушерката е в профилактичните мерки по време на бременността – в женската консултация, в различните форми на контакти с бременните жени. Тя е специалистът по здравни грижи, който има необходимите знания, умения и компетенции да дава здравна информация и обучава бременните в нужните детерминанти за здраве.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Източниците на научната медицинска литература са единодушни, че превенцията чрез добър баланс на витамини и минерали в организма на жената по време на бременност и навременното диагностициране и лечение на заболявания от аутистичният спектър увеличават шанса за пълноценен живот. Изключването на съчетанието инфекции, стрес и напреднала възраст на родителите ще намали значимо рисковете за развитие на аутизъм и на заболяванията от групата на ASD.

Акушерската професия изисква широки научни познания, обучение през целия професионален път за да изгражда цялостен и индивидуален подход към жената за формиране на здраве.

REFERENCES

Arndt, TL., Stodgell, CJ., & Rodier, PM.(2005). The teratology of autism. Int J Dev Neurosci, 23, 189-199

Beversdorf, D., Manning, SE., & Hillier, A. (2005).Timing of prenatal stressors and autism. J. Autism Dev Disord, 35, 471- 478

Blattner, RJ.,(1974). The role of viruses in congenital defects. Am J Dis Child, 128, 781-786.

Bogdanova, M., & Laznik, M. (2016). Psihoanaliz with babies at risk of autism. (***Оригинално заглавие:*** *Богданова, М., М. Лазник, 2016, Психоанализа с бебета в риск от аутизъм.)*

Boyadzhieva, N., & R. Metodieva. (2018). Role of some parental factors in pathogenesis of autism, Medical, (20), 1, pp 52 - 56. (***Оригинално заглавие:*** *Бояджиева, Н., Р. Методиева, 2018, Ролята на някои фактори от страна на родителите за развитие на аутизъм, ОБЩА МЕДИЦИНА, 20, № 1, стр. 52 – 56)*

Frank, V. (1995). Psychiatry, Sharov, Sofia. (***Оригинално заглавие:*** *Франк В. 1995, Психиатрия, изд. Шаров, София).*

Gardener, H., Spiegelman, D., Buka, SL. (2009). Prenatal risk factors for autism: comprehensive meta-analysis. Br J Psychiatry, 195, 7-14

Konstantinova, D. (2018). Challenges in providing long-term care for people with mental illness, MEDIATEH – Pleven, ISBN 978-619-207-145-5. ***(Оригинално заглавие:*** *Константинова, Д. (2018). Предизвикателства при предоставянето на дългосрочна грижа за лица с психични заболявания, МЕДИАТЕХ - Плевен, ISBN 978-619-207-145-5)*

Krakowiak, P., Walker, CK., & Bremer, A. (2012). Maternal metabolic conditions and risk for autism and other neurodevelopmental disorders. Pediatrics, 129, 1121-1128

Matamova, V. (2003). Psychology of Anomalous Development, Ed." Sophie-R" ***(Оригинално заглавие:*** *Матанова В., (2003), Психология на аномалното развитие,"Софи-Р").*

Matamova, V. (2007). Autism, Sofi-R Publishing House ***(Оригинално заглавие:*** *Матанова В., 2007, Аутизъм, Издателство "Софи-Р").*

Nikolkova, S., Marinov, P. (2007). Psychiatry, Psychology and Psychotherapy, GorexPress Publishing House 5. ***(Оригинално заглавие:*** *Николкова С., Маринов П. (2007). Психиатрия, Психология и Психотерапия, Издателска къща "Горекс Прес" 5).*

Petrova, S., D, Vasileva, I. Kirkova, & N. Stancheva. (2010). 50 Autism Question and Answer, "PSIDO" Publishing House. ***(Оригинално заглавие:*** *Петрова С., Василева Д., Киркова И., Станчева Н. (2010). 50 Въпроса и отговора за Аутизма, Издателство "ПСИДО").*

Silver, A., M.D, & Hagin, R. (1998). Disorders of Learning in Childhood, A Wiley-Interscience Publication John Wiley & Sons

Todorova, I., Konstantinova, D. (2020). Autism and social interaction. Proceedings of university of Ruse - 2020, volume 59, book 8.4. ***(Оригинално заглавие:*** *Тодорова, И., Константинова, Д. (2020). Аутизъм и социално взаимодействие. Трудове на университета в Русе - 2020, том 59, книга 8.4).*

Tofik, M. (2012). Communicative and behavioral characteristics of children with autism spectrum disorders, Master's thesis, Margarita Stankova, MS, "Language and Speech Pathology" NBU.***(Оригинално заглавие:*** *Тофик, М. (2012). Комуникативни и поведенчески характеристики на деца с разстройства от аутистичния спектър, магистърска теза, н. р. Маргарита Станкова, МП „Езикова и речева патология", НБУ).*

WED-ONLINE-SSS-HC-14

DELAYED CORD CLAMPING FOR TERM NEONATES – ATTITUDES AND CURRENT RECOMMENDATIONS [44]

Daniela Lyutakova – student
Department of Health care
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: lachezarova@gmail.com

Prof. Ivanichka Serbezova, PhD
Department of Health care
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Abstract: *This paper disusses immediate newborn care practices in regard to delayed umbilical cord clamping for term infants and also, explores atttudes towards the practice as evidenced by a survey with local women. Current recommendations of leading international organisations, as well as latest evidence behind those recommendations, are stated. Benefits associated with delayed umbilical cord clamping are explained and potential risks outlined and discussed. Data form the survey is graphically presented and tendencies it showcases are discussed by the authors in the context of contemporary midwifery care. The importance of updating current practices in local maternity wards is explained and the positive outcomes of introducing a midwife-led care are suggested.*

Keywords: *Immediate Newborn Care Practices, Delayed Cord Clamping, Midwife-led Care, Evidence based medicine, Pregnant women*

ВЪВЕДЕНИЕ

Съвременните практики в контекста на родилната грижа се отличават с пряката си зависмост от Медицината, базирана на доказателства. Научните постижения и разширените възможности, с които разполагаме в днешно време, ни позволяват обосновано построяване на алгоритмите и препоръките в този критично важен етап от човешкия живот – както за майката, така и за новороденото. Ранният неонатален период все повече се разглежда от експертите и учените в областта, което ни дава нови перспективи към значимостта му в дългосрочен план. Всичко, което се случва в този кратък, но решаващ прозорец от време, има потенциала да оформи и предопредели цялостното здраве на новия организъм и до голяма степен, и този на майката, от момента на раждането нататък. Това предоставя на акушерката изключително отговорна, но и в същото време златна възможност да подпомогне това начало и да предостави оптимални здравни грижи, които често имат пожизнен ефект върху индивидуалното здраве на диадата майка-дете.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Анатомия и физиология на пъпната връв.

Пъпната връв, лат. *funiculus umbilicalis*, представлява анатомична връв, която свързва фетуса към плацентата. Тя придобива финалния си вид около 12 г.с. и обичайно, при норма, през нея преминават 2 артерии и 1 вена, които са обгърнати с Уортън-ова/Вартонова пихтия (*Wharton's jelly*). От външната си страна пъпната връв е тапицирана от еднопластов амнион, като непосредствено до пъпа на фетуса е покрита от кожа (Spurway et al, 2015; Hadzhiev et al, 1998). Функциите ѝ са свързани с осигуряване на кръвен транспорт от плацентата към фетуса и обратно и представлява своеобразна връзка между майката и детето. На термин пъпната връв е със средна дължина 50-60 см, за норма считаме дължина от 30 до 100 см, като

[44] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ОТЛОЖЕНО КЛАМПИРАНЕ НА ПЪПНАТА ВРЪВ ЗА ДОНОСЕНИ НОВОРОДЕНИ – НАГЛАСИ И АКТУАЛНИ ПРЕПОРЪКИ.

отклонения извън тези граници се приемат за патология и крият потенциални рискове. Изследване сред 368 здрави бременни жени установява промени в средния диаметър на пъпната връв: от 3.19 ± 0.40 мм в 10 г.с., през пик от 16.72 ± 2.57 мм в 33-35 г.с., до снижаване в размера на 14.42 ± 1.50 в 42 г.с. Това редуциране на диаметъра близо до термина се асоциира с намалението на водното съдържание на *Wharton's jelly*, която представлява мукозна съединителна тъкан, обгръщаща съдовете в пъпната връв (Spurway et al, 2015). Умбиликалните артерии и вена не наподобяват останалите съдове на фетуса, тъй като умбиликалната вена транспортира оксигенирана кръв към феталното сърце, а умбиликалните артерии връщат бедна на кислород кръв към плацентата. Стените на артериите в пъпната връв нямат външна и вътрешна еластична ламина, а адвентицията, която е характерна за другите артерии, при умбиликалната е заменена от мукозна съединителна тъкан. Умбиликалната вена има удебелен мусклен слой с припокриващи се циркулярни, надлъжни и напречни мускулни влакна и вътрешна еластична ламина (Spurway et al, 2015). Обичайно инсерцията е централна или леко ексцентрична (Hadzhiev et al, 1998).

След раждането, циркулацията в умбиликалните артерии и вени обичайно продължава няколко минути. Допълнителният кръвен обем, придвижен към новороденото в този времеви прозорец се обозначава като плацентарна трансфузия (RCOG, 2015). Незабавното клампиране на пъпната връв рутинно се препоръчва като компонент от активното водене на трети период на раждането, заедно с прилагане на утеротоник и контролирана тракция (Креде), с цел да се минимизира постпарталната кръвозагуба. Според Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), приложението на утеротоник видимо редуцира риска от сериозен кръвоизлив, а времето на клампиране на пъпната връв не се свързва със значимо влияние върху кръвозагубата в плацентарния период.

Отложено клампиране на пъпната връв – съвременни практики.

Медицината, базирана на доказателства позволява да се запознаем с механизмите и логиката за всяка една препоръка. Опирайки се на сериозни научни изследвания, проведени по всички изисквания, можем да изготвим алгоритми за грижа, която да осигури не само безопасност, но и оптимални здравни резултати. Водещите организации и професионални асоциации, ангажирани с родилната грижа, към момента препоръчват оложено клампиране на пъпната връв. За здрави новородени, родени на термин, наличните доказателства са в полза на практикуване на ***отложено клампиране***, а не незабавно прекъсване на пъпната връв (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 2015). Международната федерация на акушер-гинеколозите (FIGO) и Световна здравна организация (WHO) вече не препоръчват незабавното клампиране на пъпната връв. Националният институт за здраве и грижи (NICE) препоръчва при здрави жени на термин пъпната връв да не се клампира през първите 60 секунди и да се клампира преди петата минута, въпреки че жените трябва да бъдат подкрепени, ако желаят да отложат допълнително клмапирането. Приема се, че дефинициите във връзка с времето за клампиране на пъпната връв са както следва: незабавно клампиране – в рамките на 30 секунди след раждането; ***отложено клампиране*** – клампиране не по-рано от 2 минути след раждането (RCOG, 2015). В научния си доклад от 2015, RCOG заявява, че незабавното клампиране на пъпната връв редуцира кръвотока към новороденото и може до го лиши от желязо. Железният дефицит през първите месеци от живота се асоциира със забавяне на неврологичното развитие (RCOG, 2015). Практиката на незабавно клампиране също така може да окаже влияние върху кръвотока и преминаването от фетално към неонатално кръвообращение. Това е особено значимо за преждевременно родените деца, тъй като съвсем кратко забавяне на клампирането увеличава кръвния обем на новороденото (RCOG, 2015).

Американският колеж по акушерство и гинекология (ACOG) изготвя следните препоръки относно времето за клампиране на пъпната връв след раждане:

• при доносени новородени, отложеното клампиране увеличава рождените нива на хемоглобин и подобрява железните запаси през първите месеци от живота, което може да има положително влияние върху развитието на детето;

• отложеното клампиране се свързва със значими ползи за преждевременно родените, вкл. и подобрена транзиционна циркулация, по-добро установяване на обема на червените кръвни телца, понижена нужда от кръвопреливане, по-малък брой случаи на некротизиращ енетероколит и интравентрикуларни кръвоизливи;

• основавайки се на ползите за повечето новородени и в съответствие с останалите професионални организации, ACOG препоръчва ***отложено клампиране*** при здравите новородени на термин и недоносените в добро състояние с най-малко 30-60 секунди след раждането;

• наблюдава се малко увеличение в случаите на жълтеница, които налагат фототерапия при доносени деца с отложено клмапиранне. Следователно, медиците, практикуващи ***отложено клампиране,*** трябва да осигурят налични механизми за мониториране и лечение на неонатална жълтеница;

• отложеното клампиране не увеличава риска от постпартален кръвоизлив.

Според гайдлайна на СЗО, контролираните рандомизирани проучвания върху практиката и други проучвания, се доказват ползите от практиката както в краткосрочен, така и в дългосрочен план. Обобщение на тези данни конкретно за доносени деца и майките им, се представя в Табл. 1.:

Таблица 1. Обобщени данни за краткосрочните и дългосрочни ползи от отложеното клампиране за доносени деца и майките им

Краткосрочни ползи от отложеното клампиране:		**Дългосрочни ползи:**	
За доносените новородени	*За майките*	*За доносените новородени*	
Осигурява се адекватен кръвен обем и запаси от желязо при раждането.	Не се наблюдава влияние върху кървенето или дължината на трети период.	Подобрение в хематологичния статус (хемоглобин и хематокрит) на възраст 2-4 месеца.	
Повишение в: • хематокрит • хемоглобин	Индикации от някои проучвания, че плацента с по-ниско съдържание на кръв скъсява трети период и води до намаляване броя на случаите на задържана плацента.	Подобрява статуса на нивата желязо до възраст 6 месеца.	

Всички тези данни, цитирани от авторитетни и големи организации на международно ниво и категорично подкрепени от многобройни проучвания, ни насочват към значимостта на изработването на протокол за прилагане на отложеното клампиране и необходимостта от изработването на алгоритъм за оптимални здравни грижи. Осигуряването им изисква медицинският персонал да бъде запознат с всички аспекти, ползи и рискове на практиките за съвременна родилна грижа. Същевременно, за да се осигури ефективна стратегия, трябва да имаме и реалистична представа за обществените нагласи и нуждите на семействата, които очакват своите деца и разчитат на най-добрите и безопасни грижи в този решаващ период от живота им.

Изследване на познанията и нагласите на жените в област Русе, чрез анкетиране – методи

Като метод за изследване познанията и нагласите на родителите (предимно жените) в област Русе, е използван опростен модел на анкета с кратки въпроси от затворен тип, чрез платофрмата *Google Forms*. Те проследяват настоящите познания и нагласи на жените относно отложеното клампиране на пъпната връв и позитивите и негативите на практиката. Изследването, проведено онлайн през март 2020, чрез анонимна и доброволна анкета,

обхваща 62 жени в затворена *Facebook* група за взаимопомощ на майки от областта. Резултатите от проучването са представени графично и наблюдаваните тенденции и нагласи, разгледани в дискусия.

Изследване сред жените в област Русе – нагласи и познания относно отложено клампиране на пъпната връв

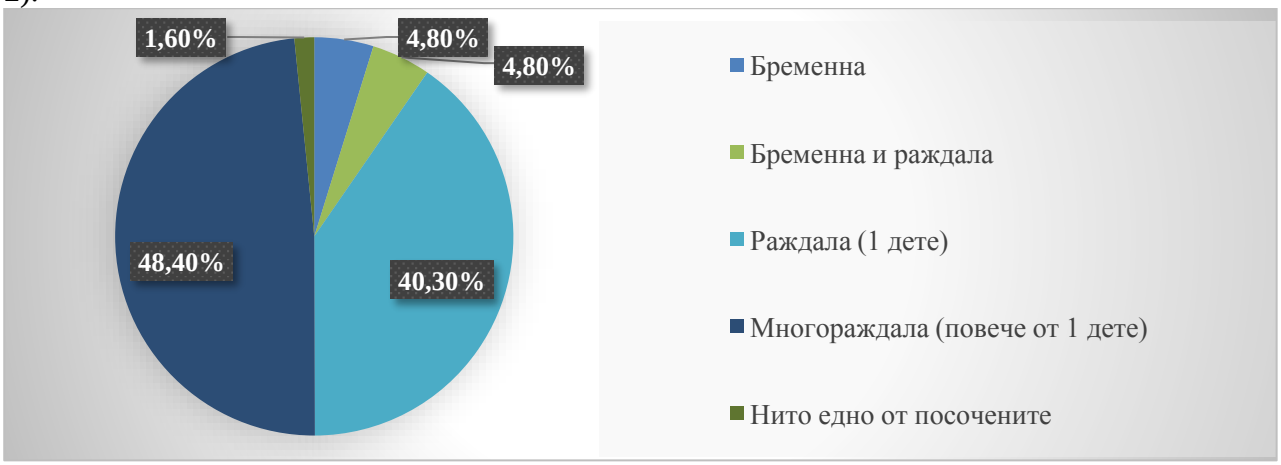
За да придобием ориентация, до колко практиката на ***отложено клампиране*** е обект на интерес от страна на местните жени, е важно да знаем какви познания имат за нея.

Първият въпрос провокира жените да определят до колко са запознати със същността на практиката на ***отложено клампиране*** на пъпната връв (Фиг. 1).

Фиг. 1. Графика, представяща как самоопределят жените осведомеността си по отношение на практиката на ***отложено клампиране*** на пъпната връв

Прави впечатление, че значителен процент от респондентите се самоопределят като достатъчно запознати с ***отложеното клампиране*** и ползите му и заявяват уверено, че са напълно наясно какво включва практиката – 35.50%. Други 43.50% признават, че имат общи познания по темата, но не са уверени, че са съвсем наясно с детайлите и ползите от практиката. Не бива да пренебрегваме и 3.20% от респондентите, които твърдят, че са се запознали с отложеното клампиране, но са убедени, че е рискована практика. Наличието на такива нагласи е напълно очаквано, с оглед на съществуващите практики и препоръки на местно ниво. Тези резултати ни насочват към нуждата от по-задълбочена подготовка на родителите за физиологията и анатомията на пъпната връв, обосновката на практиката и ролята на ***отложеното клампиране***, във връзка с позитивите, които предлага за новороденото и майката.

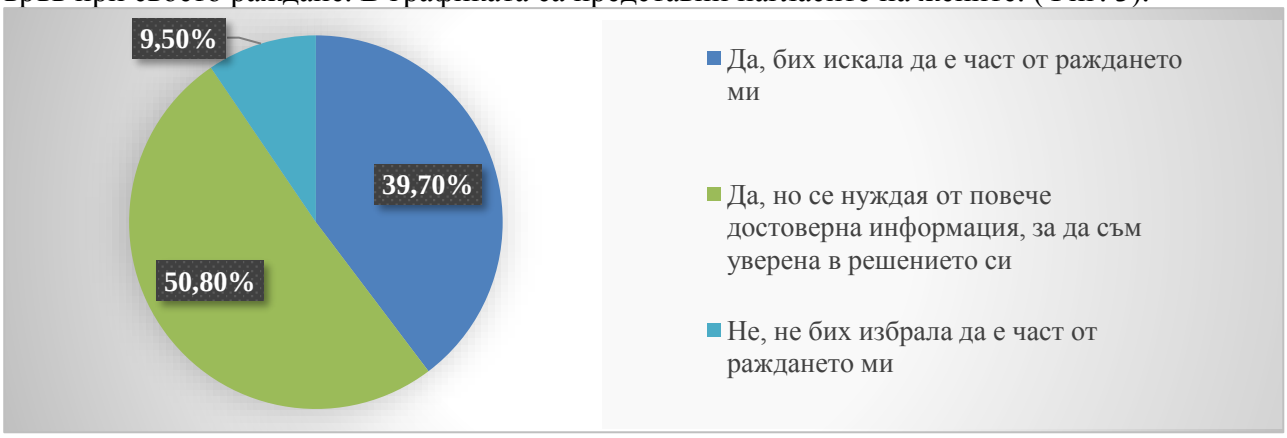
Следващият пункт от доброволното проучване цели да проучи профила на жените, взели участие в доброволното проучване на нагласите, проследявайки техния паритет. (Фиг. 2).



Фиг. 2. Паритет на респондентите

Графиката демонстрира, че най-голям дял от запитаните, 48.40%, имат повече от едно дете, а 40.30% имат едно дете. Тези данни ни насочват, че респондентите, в голямата си част, имат личен опит с родилната грижа и впечатления от предходните си преживявания.

В рамките на авторската анкета, на респондентите е предоставена и възможност да споделят имат ли желание да включат практиката на ***отложено клампиране*** на пъпната връв при своето раждане. В графиката са представни нагласите на жените. (Фиг. 3).



Фиг. 3. Мотивация на респондентите да включат практиката на ***отложено клампиране*** при своето раждане.

От графиката е видимо, че мнозинството от жените биха искали практиката на ***отложено клампиране*** на пъпната връв да бъде инкорпорирана в родилната грижа, която ще получат при следващо или предстоящо раждане. Общо 90.50% заявяват своето желание новороденото им да бъде обгрижено по този начин, което свидетелства за актуалността и значимостта на темата и за самите жени. 39.70% от респондентите са категорични в своите нагласи, а 50.80% споделят, че въпреки положителната си нагласа, все пак считат, че имат нужда от повече достоверна информация, за да се почувстват уверени в решението си. Този факт още веднъж ни насочва към необходимостта от създаване на алгоритъм за съвременни акушерски грижи, чрез акушерски модел и продължителност. С изграждането на ефективна комуникация, реална доверителна връзка и висок професионализъм. Акушерката е в идеалната позиция да информира достъпно семейството за всички практики в родилната грижа, техните обосновки, позитиви и потенциални рискове в рамките на една традиционна акушерска пренатална грижа. Оптималните здравни резултати са в пряка зависимост от модела на грижа, който е получила бременната жена.

Тази взаимозависимост се разпознава и от голяма част от запитаните жени. Към тях е отправен въпрос, който цели да изясни дали идентифицират ползата от продължителността в грижите. Запитани дали, ако имат възможност акушерката, която познават от Женска консултация да е специалистът, който е разяснил практиката на ***отложено клампиране*** и ги придружава за раждането на детето, при нормални и неусложнени бременност и раждане, повечето жени отново отговарят утвърждаващо (Фиг. 4):

Фиг. 4. Нагласи на респондентите относно продължителността в грижите.

Сборно 92.10% от респондентите заявяват, че биха имали полза от продължителността в грижите – акушерка да ги съпътства и обгрижва както пренатално, така и интрапартално, да информира относно практиката.

ИЗВОДИ

Непосредствените грижи за новороденото в ранния неонатален период са фокус на многобройни научни изследвания и проучвания през последните години. Този времеви период, макар и кратък, все повече се доказва като основополагащ и решаващ в дългосрочен план – както за детето, така и за майката. Оптималните грижи, положени за тях в този прозорец от време, категорично са от съществена значимост и силно повлияват здравето, което неминуемо алармира за тежестта на професионалната отговорност при изготвянето и изпълнението на протоколите. Медицината, базирана на доказателства задължава да се работи активно върху осъвременяване и оптимизиране на родилната грижа, така че тя да осигури възможно най-добрия и безопасен старт за всяко новородено и семейството му. Необходимо е внимателно да бъдат изследвани всички позитиви и потенциални рискове на всяка една практика в контекста на непосредствените грижи за родилката и детето, като се опираме на науката и доказателствата. Практиката на ***отложено клампиране*** на пъпната връв не прави изключение в този смисъл, като видимо и жените биха се чувствали по-спокойни и уверени да коментират темата със своята акушерка и да имат възможност същият специалист по здравни грижи да ги придружи във времето, когато тя следва да се приложи.

Достатъчно ефективна стратегия за акушерска грижа, включваща ***отложено клампиране*** на пъпната връв следва да бъде разработена на базата на познатите вече данни и на препоръките на водещите международни организции.

REFERENCES

Bulgarian Ministry of Healthcare, (2014). *Guideline of the Ministry of Health № 13 from 23.07.2014 for the approval of the Standard for Neonatology* (***Оригиналао заглавие:*** *НАРЕДБА на МЗ № 13 от 23.07.2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Неонатология"*)

Hadzhiev, Al., Yarakov, Al., Vassilev, N. (1998). Obstetrics (***Оригиналао заглавие:*** *АКУШЕРСТВО, Под редакцията на Ал. Хаджиев, Ал. Яръков, Н. Василев. Издателствп МИ „АРСО“ – 1998 г.*)

RCOG, (2015). *Clamping of the Umbilical Cord and Placental Transfusion* (Scientific Impact Paper No. 14), Published: 27/02/2015

Spurway, J., Logan, P., Pak, S., (2015). *The development, structure and blood flow within the umbilical cord with particular reference to the venous system*, Australas J Ultrasound Med. 2012 Aug. 15(3): 97–102. Published online 2015 Dec 31. doi: 10.1002/j.2205-0140.2012.tb00013.x

The American College of Obstetricians and Gynecologists, (2017). *Delayed umbilical cord clamping after birth*, Committee Opinion No. 684. Obstet Gynecol 2017;129:e5–10.

WHO, (2014). *Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes.* Geneva, World Health Organization; 2014 URL: http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/cord_clamping/en/ (Accessed on 17.03.2020)

WED-ONLINE-SSS-HC-15

THE NECESSARY ROLE OF THE MIDWIFE IN DISEASES PREVENTION. AN ETHICAL AND MORAL CHOICE FOR VACCINATION [45]

Gergana Kutincheva - student
Department of Health Care
University of Ruse“Angel Kanchev”
Phone: +359 877 703 772
e-mail: gerganamkutincheva@gmail.com

Pr. Assist. Prof. Yoana Lukanova, PhD
Department of Health Care
University of Ruse“Angel Kanchev”
Phone: +359 885 047 644
e-mail: ylukanova@uni-ruse.bg

Abstract: *Do you need to vaccinate your child? This seems to be the question of the decade for many parents. One time most parents just followed the advice of their GP and vaccinated their children. Almost all parents are confused as they have heard about the side effects of vaccines and the problems associated with them. The doctor tells them that the vaccines are completely safe and there is no room for concern. But on the other side, friends tell them that vaccines can be deadly. Faced with contradictory information, parents have a lot of questions. They do not want their child to suffer from serious illnesses, but they also want to know about the potential risks and side effects of vaccines.*

Keywords: *vaccine, decision, side effects, illnesses, potential risk, contradictory information*

ВЪВЕДЕНИЕ

Ваксините представляват живи или умъртвени вируси, които са преработени по начин, при който са загубили свойствата си да причиняват заболяване, но са със запазена способност да предизвикват изработването на антитела в организма, които унищожават микроорганизмите, срещу които са предназначени.

Имунизация се нарича поставяне на ваксина за постигане на определено ниво на имунна защита срещу определена болест. Реимунизация е поставяне след определен период на допълнителна доза от същата ваксина за поддържане на имунитета на високо ниво (Serbezova, Iv., 2014).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Заразните болести все още са смъртоносни, но те може да бъдат контролирани. Въведените минимални частици от микроорганизмите под формата на ваксини подготвят имунната система при среща с вирусите и бактериите да произведе бърз защитен отговор с антитела срещу инфекцията. Ваксините от българския имунизационен календар са срещу заболяванията: дифтерия, тетанус, коклюш, морбили, паротит, рубеола, полиомиелит, туберкулоза, вирусен хепатит тип Б, хемофилус инфлуенце тип Б, менингококови и пневмококови инфекции, човешки папиломен вирус.

Освен задължителните, съществуват и т.нар. препоръчителни имунизации. Те се извършват по желание на пациента срещу заплащане. Прилагат се на пътуващи в региони, в които съществува повишен риск от заразяване с определени ваксинопредотвратими инфекции, в региони, ендемични за дадените заболявания или на лица в неимунизационна възраст с придружаващи заболявания и повишен риск от заразяване и др. (http://www.mh.government.bg/bg/informaciya-za-grazhdani/imunizacii/).

[45] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: НЕОБХОДИМОСТТА НА АКУШЕРКАТА ПРИ ПРЕВЕНЦИЯ НА ЗАБОЛЯВАНИЯТА. ЕТИЧНИЯТ И МОРАЛЕН ИЗБОР ЗА ВАКСИНАЦИЯ.

Ваксинирането води до вкарване в организма на чужди белтъци и полизахариди, предизвикващи алергична реакция като чужди на организма вещества, които го правят лесно податлив на различни нови микроби и вируси и към които до този момент е бил устойчив (Ilieva, M., Velcheva, K., 2020).

Голяма част от информацията, която общоприетите изследвания използват като доказателство за това, че ваксините „действат“ и „осигуряват имунитет“ се отнася до увеличените титри на антитела след поставяне на ваксината (https://www.vaksini.eu).

Много рядко ваксина може да причини алергична реакция, например обрив или сърбеж, който засяга част или цялото тяло. Дори още по-рядко децата може да получат силна реакция в рамките на няколко минути след имунизация, която причинява затруднено дишане и евентуално припадък. Това се нарича анафилаксия. Скорошно проучване е показало, че един случай на анафилаксия се съобщава на около половин милион направени имунизации. Въпреки че алергичните реакции може да бъдат притеснителни, лечението води до бързо и пълно възстановяване. (https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/Immunisation%20for%20babies%20up%20to%201%20year%20old%2006_17_BULGARIAN_Final-title.pdf).

Ваксините, така както и всяко друго лекарство, могат да предизвикат нежелани лекарствени реакции. Повечето съществуващи ваксини са с доказан профил на безопасност и затова сериозните странични ефекти се срещат много рядко.

Важно е да се отбележи, че благодарение на широката употреба на ваксините, човечеството се е „избавило“ от редица смъртоносни заболявания, които са вземали милиони жертви всяка година. В медицината още от древността съществува постулатът *Primum non nocere!* (Преди всичко не вреди!). Основно правило е при назначаване на всяко лечение, изследване, профилактика и т.н. да се преценява съотношението полза - риск за пациента. В това отношение рискът от нежелани лекарствени реакции при приложение на ваксина е много по-малък в сравнение с потенциалната полза, която носи тя, предпазвайки организма от смъртоносни заболявания (https://www.puls.bg/detsko-zdrave-c-38/vaksini-i-stranichni-reaktsii-mit-ili-realnost-n-24917).

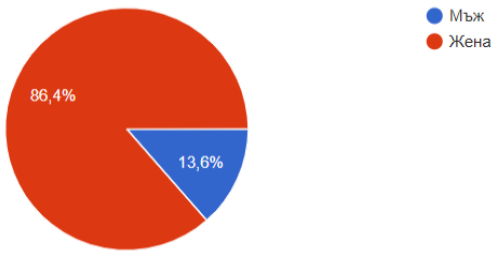
Темата за ваксините неведнъж е предизвиквала спорове между хората, подкрепящи ваксинацията и антиваксърите. По този повод проведохме проучване под формата на анкета, в което се включиха 140 души.

Цел на проучването: Здравната информираност за ваксините**.**

Обхват на проучването: В изследването участват 140 жени и мъже на възраст от под 18 г. до над 45 г.

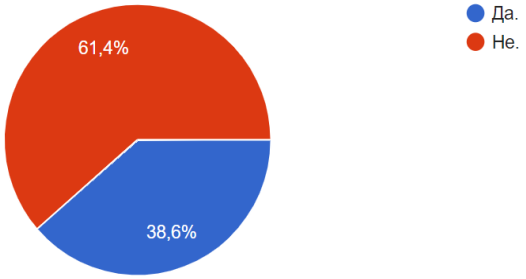
Методи на проучване: Използван е социологичен метод, онлайн анкета с отворени и затворени въпроси.

Анализ на резултатите:



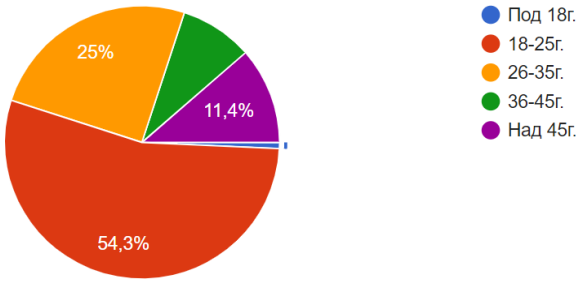
Фиг. 1 Брой на мъжете и жените, включили се в изследването

Предполага се, че жените, като майки, имат по-голямо отношение към поставените въпроси, тъй като те обикновено са в ролята на информираното лице в семейството.

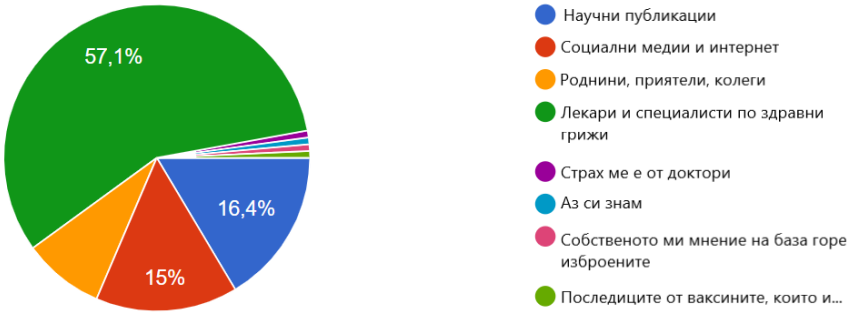


Фиг. 2 Разделяне на отговорилите на две групи – родител/настойник или не

По-голяма част от отговорилите не са родител/настойник. Това се дължи на по-младата група от хора, на които бе предоставена анкетата.

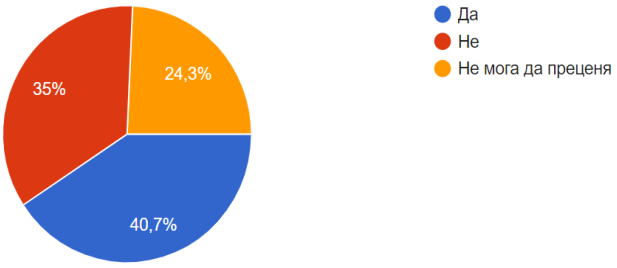


Фиг. 3 Възраст на анкетираните



Фиг. 4 Влияние върху мнението на анкетираните относно ваксините

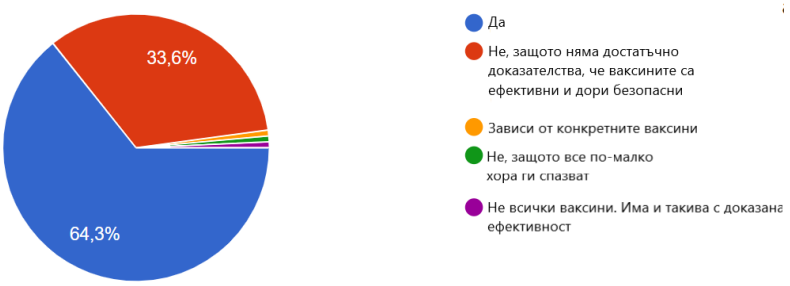
Значително голям процент от анкетираните са посочили именно нас, специалистите по здравни грижи, за източник на информация относно ваксините. Това е доста съществено в направеното изследване. Лекарите и специалистите по здравни грижи са длъжни да дават пълна, но също така и лесно разбираема информация на своите пациенти.



Фиг. 5 Мнение относно „претоварването“ на имунната система вследствие на ваксинация

По-голям процент от запитаните твърдят, че имунната система бива „претоварвана“ от приема на ваксини. Това обаче се избягва при стриктно спазване на правилата за ваксинация

и имунизационния календар. Разпределянето на имунизации и реимунизации във времето предотвратява претоварването и позволява на организма добре да усвои „придобития имунитет“.

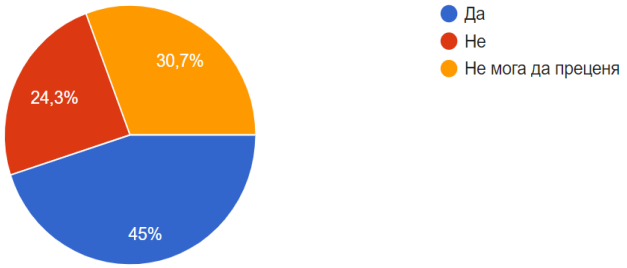


Фиг. 6 Мнение относно ефективността на програмата за ваксинация

Повече от половината от отговорилите смятат, че програмите за ваксинация са ефективно средство за профилактика на заболяванията. Това в действителност е така, а доказателство за това е значителен спад на заболеваемостта или заличаването на някои заболявания. Преди появата на ваксините много деца са умирали в ранна възраст или са получавали увреждания за цял живот. Ваксинацията доведе до ликвидиране на едрата шарка, почти до елиминиране на полиомиелита и е предотвратила безброй смъртни случаи в резултат на много други болести, като например морбили, дифтерия и менингит.

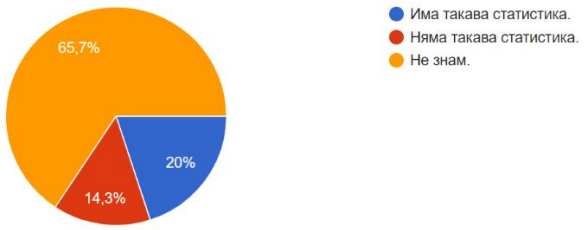
Фиг.7 Познаване на страничните ефекти вследствие на имунизации

Отговорите на този въпрос са разновидни, но преобладават тези, които не са имали случай на сериозни странични ефекти или последици от ваксинация. Разбира се малък е процентът на странични ефекти или инвалидизация не само в това изследване, а и в действителност.



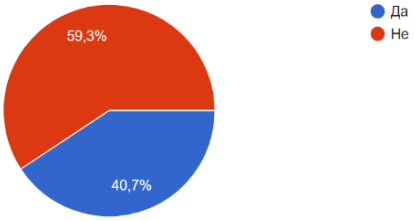
Фиг. 8 Ползи и рискове от имунизации

Разбира се ползите са винаги в по-голям процент от риска. Това се дължи на изградения обществен имунитет, получен вследствие на поемане на минимален риск, който не бива да се неглижира, но и не бива да се поставя като причина за масово неваксиниране.



Фиг. 9 Информация относно воденето на статистика за страничните ефекти на имунизациите

Неинформираността на населението е проблем, с който се сблъскваме ежедневно. Всеки човек, който е поставен пред дилема и трябва да направи решение, е длъжен да се информира, да се запознае с всички гледни точки, да опознае ползите и рисковете. Статистиките са идеално средство за информация, тъй като те съдържат в себе си действителна информация. Няма точна такава статистика, но информационния поток за възможните странични ефекти и тяхната рядкост са в изобилие.

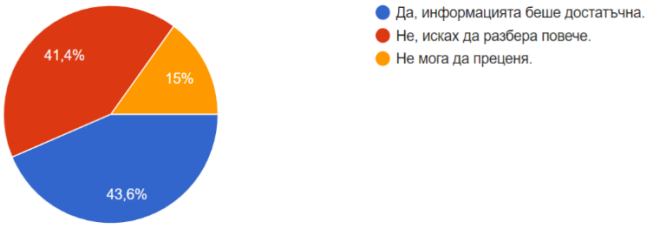


Фиг. 10 Поставяне на незадължителни ваксини

У нас поставянето на незадължителни ваксини не е честа практика.

Фиг. 11 Обобщено мнение относно ваксините

Повече от 60% от запитаните смятат, че ваксините са безопасни и полезни. Това в действителност е така и е доказано във времето. Ваксинацията е един от най-големите успехи на медицината. Тя е животоспасяваща, защитава нашите общества, намалява болестите и допринася за по-голяма продължителност на живота.



Фиг. 12 Информираност на пациентите от личния лекар

Много често можем да сме свидетели на даване на несъществена, непълна или неясна информация от лекар/медицински специалист на пациент. Това е съществен проблем, който влияе на последващите източници на информация, което може да бъде некоректна или невярна и да доведе до грешно освояване и разбиране от пациентите. Този проблем трябва да бъде подпомогнат като се наблегне върху изграждане на връзката специалист-пациент.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Системите за обществено здравеопазване, като имунизациите, са предназначени да защитават здравето на оществото – тоест всички нас. Задължителната имунизация съществува не само за защита на отделните деца, но и за защита на всички деца. Ако ваксините не бяха задължителни, то броят на хората, имунизиращи своите деца, би бил значително по-малък - те биха забравяли, отлагали, не биха отделяли време за това, или биха преценявали, че не могат да си го позволят. Това би довело до спадане на нивото на защита под прага за изграждане на групов имунитет и до последващи епидемични взривове от заболяването. В известен смисъл, законите за имунизация приличат на законите за движение по пътищата. Не ни е разрешено да караме толкова бързо, колкото ни се иска по претоварените улици или да не спазваме пътните знаци и сигнализация, а това също може да се разглежда като ограничаване на нашите права. Тези закони, обаче, са насочени не толкова към това да предпазят шофьорите от самонараняване без да ограничават техните собствени права, колкото да не наранят другите - което пък опазва правата на околните и обществото.

Колкото повече деца в една общност са ваксинирани, толкова по-трудно е заболяването да се разпространява. И накрая - ваксинирането днес ще помогне да се предпазят бъдещите поколения деца.

REFERENCES

Hristova, Tsv. (2019). Pre-graduate students internship for forming professional competences, //Izvestie, Union of Scientists – Ruse, (9), ISSN 1311 – 1078 (***Оригинално заглавие****: Христова, Ц. (2019). Преддипломният стаж на студентите акушерки за формиране на професионални компетенции.//Известие, СУБ – Русе,(9), ISSN 1311 – 1078).*

Ilieva, M., Velcheva, K. (2020). Prevention of viral diseases. Proceedings of university of Ruse - 2020, volume 59, book 8.4. (***Оригинално заглавие***: *Илиева, М., Велчева, К. (2020). Профилактика на вирусните заболявания. Трудове на Русенски университета – 2020, том 59, книга 8.4.).*

Lukanova, Y., (2015). Midwifery clinical support points Respont quickly. Ruse: Publishing center at the University of Ruse (***Оригинално заглавие*****:** *Луканова, Й., (2015). Опорни точки за клинична практика за акушерки реагирай бързо. Русе: Издателски център при Русенски университет***).**

Sears, R. (2007). The Vaccine Book: Making the Right Decision for your Child (***Оригинално заглавие***: *Сиърс, Р., 2007. Книга за ваксините: Вземане на правилно решение за вашето дете).*

Serbezova, Iv. (2014). Special obstetric care for pregnant women, women in childbirth, parturition and newborns Ruse: Publishing center at the University of Ruse (***Оригинално заглавие:*** *Сербезова, Ив. (2014). Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени. Русе: Университетски издателски център).*

http://www.mh.government.bg/bg/informaciya-za-grazhdani/imunizacii/

https://www.cdc.gov/vaccines/parents/tools/parents-guide/index.htmlNational Center for Immunization and Respiratory Diseases (2015) Parent’s Guide to Childhood Immunizations

https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/Immunisation%20for%20babies%20up%20to%201%20year%20old%2006_17_BULGARIAN_Final-title.pdf

https://www.puls.bg/detsko-zdrave-c-38/vaksini-i-stranichni-reaktsii-mit-ili-realnost-n-24917

https://www.vaksini.eu/

WED-ONLINE-SSS-HC-16

MODEL OF OBSTETRIC CARE IN RADIATION THERAPY [46]

Aylin Siuleymanova – student
Department of Health care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0899257704
e-mail: aylins97@abv.bg

Pr. Assist. Prof. Tsveta Histova PhD
Department of Health care
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: tshristova@uni-ruse.bg

Abstract: *The treatment with radiation therapy is accompanied by the manifestation of various side effects. The report provides a brief overview of the most common effects of radiation treatment for women with cancer and the necessary advice given by the midwife. After the analysis, a model of obstetric care in radiation treatment is proposed. Obstetric care is a set of theoretical knowledge, communication skills built on moral and ethical medical principles.*

Keywords: *radiation therapy, midwife, model of care, women's health, side effects of treatment*

ВЪВЕДЕНИЕ

Началото на лъчелечението се поставя с откриването на така наречените Х-лъчи от Вилхелм Рентген през 1896 година. Значителен принос имат откритията на Анри Бекерел и семейство Кюри за естествената и изкуствена радиоактивност. Лечението с йонизиращи лъчи се използва през 50-те години на XX век при рак на млечната жлеза, маточната шийка и някои неонкологични заболявания (Marinova, L. & T. Hadzhieva, 2009).

Лъчелечебният и хирургичният метод са основните локални методи на лечение в онкологията. Те се съчетават с медикаментозното противотуморно лечение осъществявано по онкологичните стандарти.

При лъчелечението се използват йонизиращи лъчения за унищожаване на туморните клетки или намаляване обема на тумора при приемливи локални и общи лъчеви реакции.

Може да се направи индивидуално, преди операция, след операция или заедно с химиотерапия. Формата на лечение зависи от много фактори:

- ✓ възраст,
- ✓ общо състояние на пациента,
- ✓ вид и стадий на рака (Textbook of Gynaecological, 2017).

Лъчетерапията може да се прилага и при палиативно лечение – тогава когато излекуването не е възможно, но се цели контрол на заболяването или облекчаване на болките и симптомите (Georgieva. D., & G. Koleva 2016).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Провеждането на лечение с лъчетерапия не е болезнено, но е съпътствано от проява на различни странични ефекти. Понякога могат да изчезват в рамките на няколко седмици, понякога месеци, дори години, като това е строго индивидуално.

Страничните ефекти по време на лъчетерапията в голяма степен зависят от големината на мястото на облъчването, честотата и дозата (Marinova, L., & T. Hadzhieva, 2009). Тези странични ефекти могат да се появят както по време на процедурите, така и месеци и години след облъчването:

- ❒ Умората е най-често срещаното оплакване от болните по време на лъчетерапия.

[46] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: МОДЕЛ НА АКУШЕРСКА ГРИЖА ПРИ ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ.

- Алопеция. Някои химиотерапевтични лекарства и лъчетерапията в определени части от тялото причиняват падане на косата, космите по тялото. Възстановяването става след спиране на лечението. При високи дози, при лъчетерапията, в окосмени зони, косата не винаги израства отново.
- Влияние върху кръвообразуването. По време на лъчетерапията редовно се проследяват кръвните показатели и при незадоволителни такива се спира процедурата до нормализирането им.
- Сухота в устата. При дъвченето не се образува достатъчна слюнка, което прави преглъщането трудно и болезнено. Като резултат от недостатъчното образуване на слюнка се нарушава устната лигавицата. Това е предпоставка за гъбични инфекции. Необходимо е да намалим сухотата, защото това пречи и на храненето на болния.
- Безапетитие. То се появява като последица на гаденето, повръщането и възпалението на лигавицата на устата и на стомаха.
- Влияние и върху храносмилателната система и усвояването на хранителните вещества от организма.
- Влияние и върху здравината на зъбите.
- В случай на облъчването на гърдите са възможни кожни проблеми, скованост на рамото до невъзможност за извършване на определени движения, болки в гърдите, потъмняване на засегнатия участък.
- При лъчетерапия в областта на малкия таз може да се появят проблеми с дефекацията и задържането на урина.
- Лъчелечението може да повлияе и върху сексуалния живот.
- Увреждане на кожата – зачервяване, обрив и други.
- По време на лъчелечение не трябва да се забременява. Трябва да се използва подходяща контрацепция. При наличие на бременност трябва незабавно да бъде уведомен медицинския екип (Chakalova, G., 2013; Guidelines gynecological cancer, 2017; Timcheva, K., 2018a; Timcheva, K., 2018b).

Акушерката е специалистът по здравни грижи, който извършва не само професионалните си задачи с умения овладяни до автоматизъм, но и е най-доверения човек до жената. Тя има нужните компетенции да дава здравна информация и съвети, таблица 1.

Таблица 1. Странични ефекти на лъчелечението. Съвети от акушерка

Странични ефекти	**Съвети от акушерка**
умора	Препоръчва се почивка, разходки, сън и редово хранене, за да се избегне намаляване на теглото.
безапетитие	Да не принуждаваме болния да яде насила. Да създадем приятна обстановка по време на храненето. Да елиминираме всякави неприятни усещания у болния.
алопеция	Косата трябва внимателно да се реши с мека четка. Не трябва да се измива често, това да се извършва с бебешки шампоан и с потупване при подсушаване (не се използва сешоар). Електрически маши, сешоари, ластици за косо, шноли, лакове за коса могат да наранят скалпа. По време на лечението, препоръчително е косата да не се боядисва, къдри, да не се използват гелове, пяни, масла и вакси за коса. Косата помага на тялото да запази топлината си, така че след нейната загуба може да се усеща студ. Подходящо е носенето на шапка, тюрбан, шал. Най-доброто време за избор на перуката е преди началото и скоро след започване на лъчелечението. По този начин перуката ще съвпада с цвета и стила на собствената коса. Някои хора носят перуката си на своя фризьор. Перуката трябва да се адаптира към главата.
сухота в устата	Да се приемат повече течности като водата да се приема често и на

	малки глътки. В менюто да се добавят повече храни с течно съдържание. При изключителна сухота може да се използва ледено блокче за смучене
храносмилателни смущения	Най-честите оплаквания са повръщане и диария. Най-добре през този период да се избягва консумацията на тежки, мазни, и богати на подправки храни. Препоръчват се диетичните, леки храни, рапределени на няколко хранения. В случай на постоянно чуство за гадене, приемат се медикамент за облекчаване на оплакванията. Препоръчва се консумирането на леки храни , приемани на малки порции няколко пъти дневно. С храната да се приемат течности, да се омекотява със сос, бульон, кисело мляко. Консумираните храни трябва да са със стайна температура. В случай, че е затруднено преглъщането може да се приемат кашави храни или закупуват специални храни от аптеката. Удобно е приема на течности със сламка. Количеството на приеманите течности трябва да е от 6 до 8 чаши дневно (урината да е с бистър до светложълт цвят). След нахранване е препоръчително да се остане в седнало или изправено положение в продължение на най-малко 30 минути. Трябва да се избягват остри и хрупкави храни, горещи и пикантни такива, безалкохолни напитки, бонбони (захари). Препоръки, които могат да намалят възможността за поява на гадене: • Преди лечението не трябва да се приема обилно количество храна. • Често да се проветряват стаите, където е пациентката. • След хранене, жената да остане в полуседнала поза известно време за да намали риска от повръщане. • Разходки на чист въздух всеки ден. • Храненето де е в малки порции и често, не трябва стомахът да остава празен. • Да се осигули почивка след храна. • След сън добре е да се приеме бисквита или сухар преди ставане. • Газирани напитки (такива като минерална вода или Кока Кола), както и кисели храни (лимон, туршия) могат да намалят гаденето. • Много хора откриват, че четенето, гледането на телевизия или отпускането на фона на приятна музика ефективно намалява чувството им на гадене.
зъбен статус	Препоръчва се преди започване на лечението да се провери състоянието им. Да се спазва хигиена на устната кухина. Измиването трябва да се осъществява с много мека четка за зъби, с паста с флуорид. Водите за уста не трябва да съдържат алкохол. При наличие на зъбни протези трябва да се направи консултация със стоматолог за евентуални корекции. Добър е ефекта от изплакване на устната кухина с разтвор от ¼ чаена лъжичка сода за хляб, разтворена в чаша хладка вода – на всеки 1 до 2 часа. Необходими са упражнения на челюстта: отваряне и затваряне на устата 20 пъти дневно, възможно най-широко.
кожни проблеми	Препоръчва се носенето на широки дрехи и бельо, които не дразнят кожата. Кожата става суха, може да се появи и сърбеж. Необходимо е да се хидратира и да се пази от излагане на слънчеви лъчи. • Препоръчително е къпане с душ, но не се използва сапун в зоната, която се лекува с облъчване.

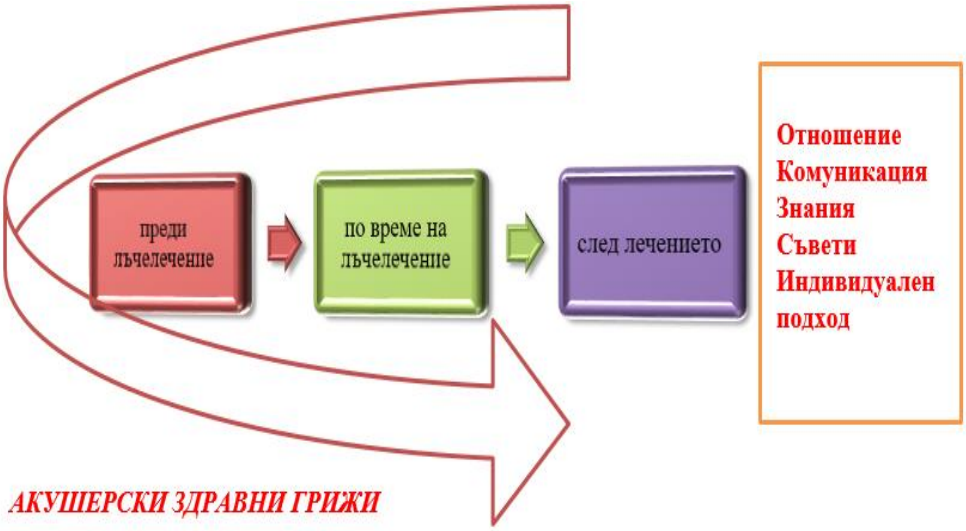
	• Не трябва да се трие кожата при подсушаване. Леко се попива с мека хавриена кърпа. • Не трябва да се употребяват парфюм, дезодорант, парфюмирани кремове и пудри върху облъчваната зона. • Ако кожата стане суха или червена може да се омекоти с мазен крем. Ако кожата е силно раздразнена, използват се специализирани кремове, които се изписват от лекуващия лекар. Преди процедурата на облъчване не се използват никакви кремове. • Ако кожата е зачервена можете да се направи баня на зоната с прясно приготвен, но охладен чай от лайка, който има успокояващо въздействие. • Ако в зоната на облъчване има мехури или рани може да е необходимо да се постави временна превръзка. • Кожата, която е обект на облъчване не трябва да се излага на директна слънчева светлина. Това трябва да се прави не само по време на лъчелечението, но и през първите години след като лъчетерапията свърши. • Кожата, която е била облъчвана след това дълго остава чувствителна и на слънчево облъчване. Затова винаги трябва да се използват специални кремове, предпазващи от слънчевите лъчи.
микция и дефекация	На пациентите се препоръчва да се въздържат от консумацията на кафе, чай и големи количества течности. При пациенти, които имат изпускане на урина да се използват еднократни памперси. За лежащи болни се препоръчват гащи-памперси за по-удобна смяна. При всяка смяна да се извършва тоалет на гениталиите със спазване на хигиенни изисквания. При задръжка на уриниране се уведомява бързо лекар (Georgieva D, Koleva G, Hristova I, et al., 2020).
менструален цикъл	Поява на симптоми, наподобяващи менопауза, сухота и сърбеж във влагалището. Уведомява се лекуващия лекар. Не се приемат лекарствени препарати без назначение от специалист.
сексуален живот	Чести проблеми са наличие на болка или дискомфорт по време на секс; вагинален сърбеж, парене, сухота и атрофия. Може да се използват лубриканти на основата на минерални масла или вода. В повечето случаи причините са безпокойство и страх причинени от самото заболяване.

Акушерска здравна грижа при лъчелечение е:

- ✓ към пациентката;
- ✓ към нейните близки.

Акушерката трябва да запознае жената с етапите на лечение и свързаните странични явления. Близките на пациентката също трябва да са информирани за процедурите и последващите проблеми.

Предлагаме модел на акушерска грижа при лъчелечение представен на фигура 1.



Фиг. 1. Примерен „МОДЕЛ НА АКУШЕРСКА ГРИЖА ПРИ ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ“

От специалистите по здравни грижи се очаква да идентифицират специфичните потребности на всеки пациент и да създават възможности за удовлетворяването им и провеждане на успешна лечебна и профилактична дейност (Todorova, T., 2014; Georgieva, D. & G. Koleva. 2016).

Очаква се да могат да направят оценка на емоционалното състояние на пациента и осигуряване на психологически комфорт чрез необходимото професионално поведение: доброта, емпатия, съчувствие, хуманност. Те трябва да владеят отлично елементите на професионалната комуникация и я използват с морално-етичните принципи на медицинската професия (Tododrova, T., 2016).

Най-важното е съобразяване с индивидуалните потребности и желания, които да поддържат пациента в добро психично и емоционално състояние.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Акушерката е призната в много страни по света като жизненоважен и рентабилен принос към висококачествената грижа за жената. Акушерските грижи се осъществяват, не само чрез точното изпълнение на лекарските назначения, чрез добрата техника при изпълнение на манипулациите и процедурите, а и посредством онова чисто човешко чувство за помощ, състрадание, милосърдие, което при хората се изразява с думи, поглед, жест.

REFERENCES

Georgieva D, Koleva G, Hristova I, Malakova T, Konstantinov D, et al. (2020) Effect on Skin Microflora in Hygienic Bathing of Patients with Chlorhexidine Gluconate Disinfectant and Non-Rinse Product. Health Sci J. 14 No. 2: 708.

Georgieva. D., & G. Koleva. (2016). Palliative nurse care - education and training. Scripta Scientifica Salutis Publicae, No Vol 2, Suppl, pp. 166-170, ISSN http://dx.doi.org. ***(Оригинално заглавие:*** *Георгиева, Д., Г. Колева, Палиативни сестрински грижи – обучение и образование// Scripta Scientifica Salutis Publicae, том 2, стр. 166 – 170 http://dx.doi.org.)*

Marinova, L., & T. Hadzhieva. (2009). Guide to radiobiology, Galakta, Varna, 2009 ***(Оригинално заглавие:*** *Маринова, Л., Хаджиева, Т., Ръководство по радиобиология, Галакта, Варна, 2009).*

Medical Oncology, edited by Timcheva, K. (2018a). I, textbook, Paradigma. ***(Оригинално заглавие:*** *Медицинска онкология, под редакцията на Тимчева, К., 2018, том I, учебник, Парадигма).*

Medical Oncology, edited by Timcheva, K., (2018b). II, textbook, Paradigma. ***(Оригинално заглавие:*** *Медицинска онкология, под редакцията на Тимчева, К., 2018. том II, учебник,*

Парадигма).

Todorova, T. (2014). Basic guidelines for improving the quality of healthcare. Science Conference RU&SU`14, Scientific papers of the University of Rousse "Angel Kanchev" (***Оригинално заглавие:*** *Тодорова, Т. (2014). Основни насоки в повишаване качеството на здравните грижи. В: Научна конференция РУ&СУ`14, Научни трудове на Русенски университет „Ангел Кънчев").*

Todorova, T. (2016). Communication in the organization, Science Conference RU&SU, Ruse ***(Оригинално заглавие:*** *Тодорова, Т. (2016). Комуникация в организация. В: Научна конференция РУ&СУ, Русе)*

Chakalova, G. (2013). Oncogynecology, "AVIS-BG" EOOD, Sofiya. ***(Оригинално заглавие:*** *Чакалова, Г. 2013. Онкогинекология, „АВИС-БГ" ЕООД, София).*

Gunderson LL, et al. (2011). Intraoperative radiation therapy. In Leibel S, Phillips T (eds) Textbook of Radiation Oncology. St. Louis: Elsevier.

Textbook of Gynaecological Oncology, ESGO, 2017 http://ebooks.esgo.org/textbook3.2/mobile/index.html#p=1.

https://www.esgo.org/explore/guidelines/ Guidelines gynecological cancer 2017. (Accessed on 24. 04. 2020)

WED-ONLINE-SSS-HC-17

THE PLACENTA - VIEWED FROM ANOTHER ANGLE [47]

Antoaneta Doncheva – student
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0895373607
e-mail: tonit0_970@abv.bg

Viktoriya Todorova – student
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0889416655
e-mail: viki_357@abv.bg

Pr. Assist. Prof. Tsveta Histova, PhD
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0878389793
e-mail: tshristova@uni-ruse.bg

Abstract: *Why do people eat placentas? It is a waste product from childbirth. It sustains life in the womb and has fulfilled its primary purpose once it leaves the mother during childbirth. The human placenta then becomes something rather messy to be discarded - but not everyone sees it that way.*

The nutrients that have passed from mother to foetus over months of pregnancy are, some believe, still packed inside the bloody organ and should not be wasted. Instead, the raw placenta could provide just what the mother needs as she recovers from childbirth and begins breastfeeding. And that means eating it.

Keywords: *eat, placenta, stem cells, youth, illness.*

ВЪВЕДЕНИЕ

През четвъртата седмица на бременността от ембрионалната маса (blastocyst) се отделя значителна група клетки, наречени chorion frondosum, които се имплантират във вече подготвената маточна стена, създавайки напълно нов орган в майчиния организъм – плацентата (Vasilev, N., & A. Dimitrov, 1991).

Плацентата, най-високоспециализираният орган на бременността, създаден от бебето за бебето, не само гарантира и координира обмяната на хранителни вещества и отпадъчни продукти между майката и плода, но и се превръща в основен орган, осигуряващ защита на бебето срещу вътрематочни инфекции; произвежда хормони, стимулиращи метаболизма и растежа на плода; пропуска подходящите антитела, осигурявайки имунна защита на ембриона, и в същото време задържа токсични или патогенни за плода вещества (Hadjiev, A., & I. Penev, 2005).

В настоящия доклад разглеждаме с друг поглед плацентата, като „продукт за консумация" от майката.

Причините за обособяване на псевдонаучни течения за „здравословната мода" да се консумира човешка плацента откриваме в изказвания на родители. Те смятат, че чрез приемане на лиофилизирана (изсушена, но със запазени биологични активности) плацента, може да се усвои лечебния потенциал на стволовите клетки. Информацията се цитира от непроверени „съмнителни" сайтове и автори „специалисти", които са любители-търсачи на конспиративни теории.

[47] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ПЛАЦЕНТАТА – ПОГЛЕДНАТА ОТ ДРУГ ЪГЪЛ.

Същността и значението на стволовите клетки е научно обосновано и доказано. Свързването на фактите с консумацията на плацента не намираме в проучени научни източници.

Някои животни консумират плацентата си, защото в техния свят на оскъдни ресурси тя е източник на протеини. Но животните практикуват и копрофагия (консумация на фекалии), което все още не е прилагано от човека. (Buser, GL,& Mató S, 2016)

ИЗЛОЖЕНИЕ

В България често екзалтират спорове за начина и местата при изхвърляне на плацентите. Наблюдава се една нова тенденция, която ги превръща в обект на дискусии между родители и медицински специалисти.

В болница „Шейново“– София (1 юли 2017), медиите оповестяват инцидент, при който баща напада лекар отказал да предостави плацентата на новороденото му дете. Таткото изтъква като „основотелна“ причина за приложените силови действия, че притежава права над плацентата да извършва генетични експерименти с нея в лабораторията си и за „магични ритуали“ (Gerdzhikova, N., 2017).

Този случай и подобни други ни дават основание за написване на настоящия доклад.

Исторически източници за консумация на плацента

Консумацията на плацента от майките след раждането е известно с термина плацентофагия (плантофагия). Това явление се наблюдава при много видове животни, вероятно дори и при морските бозайници. Историята е съхранила множественно прояви на плацентофагия в целия свят. Най-често те са свързани с вещерски и вуду ритуали, желание за “вечна младост”, “надхитряване на природните закони”.

В Бюлетина на Медицинската академия в Ню Йорк (1979), в статията на Уилям Обер “Бележки за плацентофагията”, се коментира вероятността някои древни култури да са я консумирали. Изброени са юдеите, тупинамба, ямайци, индийци и китайци:

- Плацентофагията има данни, че се е зародила по време на обсадата на Йерусалим (587 г. пр. н. е.) поради прекомерния глад преживян от юдеите.
- Запазени са и свидетелства от Бразилия, в които се разказва за канибализма сред племено тупинамба. Описани са случаи, в които пъпната връв е храна за месните: “Ядат човешка плът, когато могат да я получат, и ако една жена спонтанно роди, тя сама прерязва пъпната връв. След това сварява плацентата и връвта и ги изяжда. ”
- В Ямайка парченца плацентарни мембрани се поставят в чая на бебето, за да се предотвратят конвулси.
- В централна Индия жените от племето кол консумират плацента за да подпомогнат репродуктивната си функция.
- Китайската “Велика Фармакопея” от 1596 г. препоръчва тъкан от плацентата да се консумира с човешко мляко, за да помогне за преодоляване на анемията, слабостта на крайниците и студенина на полови органи с неволна еякулация на сперма.
- В части на Китай и Виетнам се използва като лек срущу туберкулоза.
- През 70-те години плацентофагията притежава истинско възраждане в някои щати на САЩ и Мексико, тъй като се „счита“, че пъпната връв е полезна за здравето - ползва се като средство за лечение на следродилна депресия и умора заради високото съдържание на протеини, желязо, хранителни вещества и стволови клетки (Nikolova, N., 2017).

Тайната на стволовите клетки се състои в това, че самите те са незрели клетки и като такива могат да се превърнат в клетки за всеки орган. Учени, работещи в областта, правят заключения, че те могат да излекуват тежки заболявания – остеопороза, левкимия и всякакъв вид злокачестени заболявания или да бъдат използвани в медицинската козметиката (Levshinov, A., 2007).

През 2012 година американската акриса Дженуари Джонс официално обявява, че напълно се е възстановила за шест седмици след консумацията на плацентата си.Година по-късно Робин Лим – известна акушерса, пише: “Ако плацентата се смеси с мед може да спре

следродилното кървене”. Същата година, в предаване по телевизията, Ким Кардашиян заявява, че ще изяде плацентата си, и не след дълго я консумира под вид на таблетки, за да запази младостта си. Тези личности, известни в света на шоу-бизнеса, се изправят и говорят пред света, че плацентата е вълшебна (Pencheva, K., 2019).

Защитниците на консумацията на плацента вярват, че така родилките се предпазват от следродилна депресия и от други усложнения на болести засягащи женския организъм. Приемането на плацента подобрява настроението, възвръща добър жизнен тонус, зарежда с енергия. Те достигат дори до заключения, че плацентофагията има положително влияние върху процеса на кърмене за новороденото като увеличава количеството на кърма на майката. Експерти в сферата обясняват, че животните ядат плацентата си, за да се хранят, но за хората, които нямат проблеми с набавяне на хранителни продукти - няма основателни причини да го извършват (Devlin, L., 2014).

Съвременното общество създава многобройни продукти от плацента. Фармацевтичната промишленост доставя козметични изделия и лекарствени медикаменти с нейни съставки.
Интернет сайтове, със съмнителна научна стойност и обоснованост, публикуват рецепти с отпечатъци от плацента за спомен, тоници, балсами и дори шоколадови трюфели с плацента. Последователите им поставят плацентата след раждането в блендер и я изпиват като шейк. Други я предпочитат в дехидратор за храна - сурова или варена на пара с лимон, джинджифил и люти чушлета. След изсушаване я обработват на прах и се поставят в капсули, добавят към храни или козметични продукти. Споделят, че от един орган излизат 90 - 300 капсули, в зависимост от размера и начина на приготвяне. Родилки консумират органа суров веднага след раждането, като я изпиват в плодово пюре в рамките на часове след раждането. Срещат се дори хора, които изтъкват ползите ѝ върху денталния статус – поставят откъснато парче върху венците си (Sabin, D., 2017).

Според британски журнал по акушерство, досега не са провеждани научни изследвания свързани с плацентофагията. „Няма съвременни научно доказателства в подкрепа на ползите“, съобщава представителка на Кралския колеж на акушерите и гинеколозите във Великобритания. Доклад на изследователите от Центъра за контрол и превенция на заболяванията (CDC), предупреждава, че тази практика може да бъде опасна. В същия източник се цитира, че бебе със затруднено дишане е хоспитализирано със стрептококова инфекция, която лекарите са свързали с консумацията от майката на нейната собствена плацента. Плацентата снабдява зародиша с кислород и хранителни вещества и отделя отпадните продукти, обикновено тя се изхвърля като медицински отпадък след раждането. Майката е консумирала по режим дехидратираната си плацента под формата на хапчета, вземани два пъти дневно. Лекарите установяват, че тези хапчета, приготвени от частна фирма, са замърсени със стрептококи от група В, които вероятно са повишили нивата на инфекция в майката чрез червата и кожата ѝ, и те на свой ред са предадени на бебето. Детето се възстановява напълно след терапия с антибиотици. "Процесът на капсуловане на плацентата сам по себе си не унищожава инфекциозни патогени; поради това поглъщането на капсули от плацента трябва да се избягва", пишат изследователите. Мнението им, макар и да не е официална позиция на CDC, е вероятно най-категоричната позиция, заемана по въпроса, откакто консумацията на плаценти стана модерна преди около десетилетие (Sellander, J., 2017).

Извърши се собствено проучване по темата за плацентофагията.

Цел на изследването – да се установи мнението на майките за „консумация на плацентата“.

Обхват на проучването: 100 жени – родилки с различен паритет.

Научното изследване се проведе в УМБАЛ “Канев АД”, структура Родилно в периода януари – февруари 2020 година.

Използва се анонимна анкета с отворени въпроси. Всички респонденти заявиха устно съгласие на участие в изследването, доброволно отговориха изчерпателно на структурираните въпроси.

Анализ и обсъждане на данните. Характеристики на респондентите:

- ✓ Всички жени са родилки.
- ✓ Тяхната възраст е 17 – 37 години, най-голям е делът на 25 – 32 годишните - 51%.
- ✓ образователна степен – 45% с висше образование, 35% - средно, 20% - основно.
- ✓ Паритет – 65% са родили първо дете, 35% са родилки за втори път.

На въпроса „Бихте ли консумирали плацента?“ отговорите са разнообразни:

- Категорично не бих консумирала плацентата на моето бебе.
- Чела съм относно това и бих екперементирала, за да запазя младостта си и да се справя със следродилната депресия.
- Не, защото се страхувам.
- Да, бих опитала, ако е с научна цел.
- Не знам, какво е плацента.
- Раждала съм в чужбина и беше възможно да го направя, но отказах.

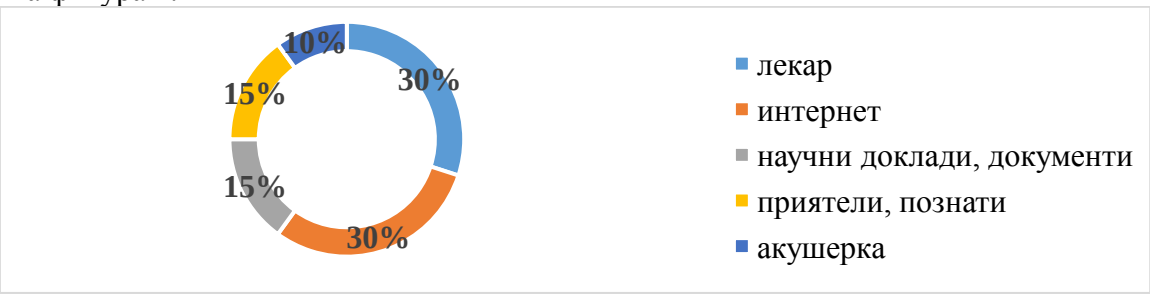
Нагледно представяме отговорите от анкетата във фигура 1.

Фиг. 1. Консумация на плацента според респондентите

Привържениците на плацентофагията са 25% от извадката. Това е четвърт от участниците на проучването Към тях се зададе допълнителен въпрос, от къде получават информация за формиране на мнение. Данните показват, че 75% са информирани от ненаучно обосновани статии и доклади в интернет страниците, останалите 25% желаят да експериментират от любопитство.

Не е малък и на отговорилите, че не разбират зададения въпрос за консумация на плацентата (31%) – те нямат информация за плацентофагията.

На кои източници се доверяват респондентите по въпроси свързани със здравето отразява фигура 2.



Фиг. 2. Източници на здравна информация за респондентите

Анкетираните родилки съобщават, че доверие за здравна информация имат на лекарите и интернет източниците (30%), на приятели и научни доклади – 15%, на акушерка 10%.

ИЗВОДИ

Изследванията за плацентофагията са оскъдни, категорични научни ползи не са декларирани. Сведенията, подкрепящи тезата са лични преживявания, предоставени от майки привърженички на практиката, а не клинично доказани резултати. За решението на майката да консумира плацентата са отговорни и медицинските специалисти. Те трябва да са единни в становището за грижата за здраве. Акушерката, като доверен специалист по здравни грижи, най-близо до родилката, трябва да има възможността да работи за здравна информираност на жената.

REFERENCES

Gerdzhikova, N. (2017). Reporting by a reporter from NOVA TV. Interview with the man attacked the doctor. *(Оригинално заглавие: Герджикова, Н. 2017. Репортаж на репортер на Нова ТВ, Интервю с мъжа нападнал лекар)* URL: https://dariknews.bg/novini/bylgariia/myzhyt-napadnal-lekarka-zaradi-placenta-ne-sym-napravil-nishto-losho-video-2053826 (Accessed on 23. 04. 2020).

Hadjiev, A., & I. Penev. (2005). Obstetrics. The placenta, Medicine and Physical education, 2005, Sofia, 44-48 *(Оригинално заглавие: Хаджиев, А. 2005. Акушерство, София, Плацента)*

Levshinov, A. (2007) How to get the body to reproduce stem cells on its own to deal with diseases and slow down aging, Placental stem cells, Softpres OOD,2008, Sofia, 199-206 *(Оригинално заглавие: Левшинов, А. 2007. Как да накараме организма сам да възпроизвежда стволови клетки, за да се справи с болестите и да забави стареенето, Издателство: Софияпрес ООД, София, Плацентарните стволови клетки)*

Nikolova, N. (2017). Obstetric article in Magazine 9 months. The truths and myths of the placenta. *(Оригинално заглавие: Николова, Н. 2017. Акушерка разказва в списание 9 месеца . Истини и митове за плацентата)* URL:http://9m-bg.com/razhdane/istini-i-mitove-za-placentata/?fbclid=IwAR2MrzOUiwXzfkSDMObveZit3fPTkLM-xuIUXaivNiGc1Gs1MOIuzY07Big (Accessed on 24. 04. 2020).

Pencheva, K. (2019). Article. New fashion in our country eating the placenta was health and longevity. Shock medics: like eating appendicitis. *(Оригинално заглавие: Пенчева, К. 2019. Нова мода у нас, ядеш плацента за здраве и дълголетие. Медици в шок- все едно да изядеш апандисит.)* URL: https://www.168chasa.bg/article/7649512 (Accessed on 23.04.2020).

Vasilev, N., & A. Dimitrov. (1991). A Guide to Practical Exercises in Obstetrics and Gynecology. Fertilization.Placenta, Medicine and Physical education, 1991, Sofia, 16-20 *(Оригинално заглавие: Василев, Н. 1991. Ръководство за практически упражнения по акушерство и гинекология. Издателство: Медицина и Физическо възпитание, София, Оплождане. Плацента)*

Buser, G. L., Mató, S., Zhang, A. Y., Metcalf, B. J., Beall, B., & Thomas, A. R. (2017). Notes from the Field: Late-Onset Infant Group B Streptococcus Infection Associated with Maternal Consumption of Capsules Containing Dehydrated Placenta - Oregon, 2016. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, *66*(25), 677–678. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6625a4 .

Devlin, L., BBC News. (2014) Article. *Why do people eat placentas?* URL: https://www.bbc.com/news/uk-england-27307476?fbclid=IwAR2hkvKY6GYKoac62eMqxgFa0le79sHIMWjKSM0tNEbwuuST_VvWsb7Eomw (Accessed on 23.04.2020).

Sabin, D. (2017). Article. *'Don't Eat the Placenta,' Doctors Warn New Parents.* URL: https://www.livescience.com/60680-eating-the-placenta-health-risks.html?fbclid=IwAR3zPAkIY2nT5TwSPajywyKmSkMer9g6ayrGuEam6XXftzq4Hez-_9SUMwM (Accessed on 23.04.2020).

Sellander, J. (2017). Report from researchers at the Center for Disease Control and Prevention (CDC). URL: https://www.webcafe.bg/id_7100313310 (Accessed on 23.04.2020).

WED-ONLINE-SSS-HC-18

MIDWIFERY CARE FOR WOMEN WITH NORMAL PUERPERIUM [48]

Gyonyul Refka – student
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 893 375 468
e-mail: gigityee@abv.bg

Pr. Assist. Prof. Yoana Lukanova, PhD
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 885 047 644
e-mail: ylukanova@uni-ruse.bg

Abstract: *The postnatal period, also puerperium, begins from the moment the placenta is birthed until the women's organs and systems heal to a state close to the one before pregnancy. It lasts between 6 and 8 weeks. A full recovery to the exact same state is not entirely and always possible. The process of involution is in a direct correlation to the women's age, health, lifestyle, parity and previous experiences during pregnancy and birth. The report comes as a result from monitoring, carried out during the pre-graduate internship in the Obstetrics-Gunecology Complex of "Kanev" University Hospital for Active Treatment. It aims to formulate what tasks a midwife has to undertake within the physiological postpartum period. After an analysis, conclusions are drawn in regard to the necessary midwifery care.*

Keywords: *puerperium, physiological postpartum period, midwife care, women's health, midwife tasks*

ВЪВЕДЕНИЕ

Послеродовият период започва от израждането на плацентата и обхваща периода от време, необходим на родилката, за да се преодолеят измененията в организма й, причинени от бременността и раждането. Връщането на организма към състояние, близко до онова, в което се е намирал преди забременяването, става чрез процеси на обратно развитие: инволуция и регенерация. Пуерпериумът засяга не само половите органи, но и целия организъм. Скоростта на обратимите процеси е най-силно изразена в първите дни след раждането, като тяхната бързина се забавя постепенно.

Едновременно с процесите на обратно развитие и възстановяване протичат и промени на развитие, които засягат най-вече млечните жлези и психиката на жената. Гърдите на жената, които по време на бременността са преминали подготвителния процес, започват да функционират. Майчиният инстинкт, зароден след оплождането, се превръща в майчино чувство. При физиологичното протичане на пуерпериума в различните органи и системи се проявяват типични промени. По време на този период родилката се нарича „пуерпера" (Shterev, A., Dimitrov, A., Zlatkov, V., 2013).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Обратно развитие на половите органи (инволуция) засяга: външни полови органи, химен (който след нормално раждане е напълно разкъсан), цервикален канал. Но най-силно засегнати от процесите на обратно развитие е матката и нейните придатъци.

Непосредствено след раждане контрахираното маточно тяло тежи около 1000 гр., а в края на периода – 50-70 гр. Фундусът (дъното) на матката непосредствено след раждане е на нивото на пъпа. (Shterev, A., Dimitrov, A., Zlatkov, V., 2013):

[48] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: АКУШЕРСКАТА ГРИЖА ПРИ ЖЕНИ С НОРМАЛЕН ПУЕРПЕРИУМ.

- I ден след раждане – започва постепенно спускане на нивото на фундуса в малкия таз;
- II ден - на 13 см от симфизата;
- III ден – 12 см от симфизата;
- IV ден – 11 см от симфизата;
- V ден – 10 см от симфизата;
- VI ден – 9 см от симфизата;
- VII ден – 8 см от симфизата;
- VIII ден - 7 см от симфизата;
- IX ден – 6 см от симфизата;
- На X-тия ден нивото на фундуса е на симфизата (Lukanova, Y, 2015).

Контракциите в пуерпералния период водят до притискане на кръвоносните съдове и излющване на decidua spongiosae. Decidua spongiosae е ранева повърхност, останала след сепарирането на плацентата и ципите. Разрушените децидуални клетки заедно с левкоцитите образуват некротична тъкан, която периодично се отделя от матката. Мястото на плацентата претърпява по-бавно обратно развитие. Секретът, който се отделя, съставен от децидуални клетки, некротична тъкан, кръв, серум и лимфа по същество е раневи секрет, който наричаме **лохии**. Секретът се мени по количество и състав, като в първите дни е по-обилен:

- ✓ Lochia cruenta – първите 2-3 дни, чиста кръв.
- ✓ Lochia rubra – от 4 до 6 ден, кафяво-червен цвят.
- ✓ Lochia fusca – ръждив (кафяв) цвят.
- ✓ Lochia alba – имат жълтеникав оттенък.
- ✓ Lochia serosa – бистри, избледняват напълно (www.arsmedica.bg).

Процесите на обратно развитие засягат тазовото дъно, коремната стена, уринарния тракт и почти всички органи и системи. Още при раждането си жената губи 5-6 кг от телесното си тегло. В първите дни има увеличена диуреза (Serbezova, Iv., 2014).

Веднага след раждането настъпва рязко спадане на плацентарните хормони – естроген и прогестерон. Намаляването на прогестерона позволява на пролактина да стимулира млечната секреция. Това е ендокринният механизъм на лактацията. От друга страна повтарящото се механично дразнене на гръдното зърно от кърмачето води до поддръжане на лактацията, свързано с рефлекса на сукане. От друга страна неврохипофизата отделя Окситоцин, който стимулира изтласкването на млякото от млечната жлеза. В първите дни се отделя коластра, в който има значително количество имуноглобулин А (има важна антимикробна функция), съдържа повече минерали и протеини и по-малко захар и мазнини в сравнение със зрялото майчино мляко. След петия ден вече се отделя зряло майчино мляко. Майчиното мялко е съставено от мазнини, протеини и въглехидрати. Главните протеини са лактоглобулин и казеин (Shterev, A., Dimitrov, A., Zlatkov, V., 2013).

Особено важно значение има грижата за гръдните жлези и гениталиите в послеродовия период. Преди кърмене гърдата се измива, а след кърмене се подсушава и третира с медикаменти, предпазващи зърното от рагади и мацерация. Гърдите трябва да са повдигнати, като за това се използват добре подбрани сутиени. Задължение на акушерката е в първите дни след раждането да приучи жената на правилен режим и начин на кърмене (Hristova, Ts., 2016).

Наблюдението и грижите в първите дни след раждането се осъществяват от лекар и акушерка. Измерва се температура и пулс 2 пъти дневно. Обръща се внимание на характера на пулса. Измерва се кръвното налягане, оценява се състоянието на млечните жлези, тяхната форма, вид на гръдните зърна, наличие на рагади. Ежедневно се преглеждат половите органи на жената и перинеума, обръща се внимание на наличие на оток, хиперемия, инфилтрати. На третото денонощие се извършва ултразвуково изследване за уточняване точните темпове на инволуция, оценява се количесвто и структура на лохии. Грижите за гениталиите включва

тоалет със слаб дезинфекционен разтвор и обработка на кожата около хирургичния шев (ако има такъв) със спирт. Конците се свалят след 5-тия ден. Родилката трябва да поддъжа добра лична хигиена и да сменя редовно личното и постелното си бельо. Налице е активно водене на пуерпериума, който се състои в ранно ставане (до 6-я час от раждането), което помага за подобряване на общото кръвообращение, ускоряване процесите на инволуция, нормализиране функциите на пикочния мехур и ректума, също така и профилактира тромбемболичните усложнения (Shterev, A., Dimitrov, A., Zlatkov, V., 2013).

Грижите за родилката в послеродовия период целят:

- предотвратяване на усложнения (инфекции);
- стимулиране на възстановителните процедури – оптимална диета и прием на течности, ранно раздвижване, послеродова гимнастика, осигуряване на покой;
- подготовка и инструктиране на жената за режима й след изписването (www.medic.etilena.info).

Акушерката има значима роля в обгрижването на пациентките в послеродовия период. Нейните задачи са отразени в таблица 1.

Таблица 1. Задачи на акушерката в послеродовия период (Hadzhiev, Al., Karagjozov, I., 2005)

Метод	Задачи
Ранно раздвижване	Активно водене на пуерпериума – ставане след 4-6 час от раждането. Възстановителните процеси в организма се ускоряват. Правила за ранно раздвижване – принципите на постепенност: сядане в леглото, пускане на краката извън леглото и тогава ставане права, движение в стаята.
Температура	Ежедневно измерване на температурата 2 пъти на ден, тъй като съдържа съществена информация за състоянието на родилката (задържането на температурата над 38^0 - сигнал за патологично отклонение).
Пулс	Едно от основните задължения е проследяването на пулса. Отчита се ритъм, честота и напълване. Ускореният пулс може да се дължи на обилна кръвозагуба по време на раждане – анемичен синдром. Тежък прогностичен белег е учестяването му над 120 уд./мин при нормални стойности на температурата (тромбофлебит – симптом на Mahler)
Кръвно налягане	Редовно регистриране – 2 пъти на ден.
Пикочни пътища	Грижите за редовна микция са необходими поради факта, че при задържане на урина се забавят инволутивните процеси. Обичайни прийоми – изправяне на жената, пускане на чешмата в стаята, тонизиращи средства. Може да се опита изпразване на мехура чрез натиск през коремната стена (както при прийома на Креде). При неуспех – катетеризация.
Смилателен тракт	В първите дни липсва дефекация. Но ако до третия ден не се получи спонтанна дефекация, тя се предизвиква с медикаменти или с

	клизма.
Ежедневен преглед на половите органи	Извършва се от лекар. Задача на акушерката е да асистира по време на прегледа.
Хранене	Разнообразна храна с увеличен прием на течности. В менюто трябва да се включват плодове и зеленчуци. Храната трябва да съдържа оптимално количество белтъчини и въглехидрати.
Грижи за гениталиите	Тоалет със слаб дезинфекционен разтвор и обработка на кожата около хирургичния шев със спирт (2 пъти дневно).
Съвети за правилна техника за кърмене	Задължение на акушерката е да обясни на жената как трябва да държи детето си, колко трябва да продължи кърменето, да й покаже различни пози на кърмене. Обяснява как да се грижи за гърдите си.
Ежедневна смяна на лично и постелно бельо	Честа смяна на стерилния компрес под седалището на жената и поддържане на идеална чистота на вулвата и перинеума.

На жената може да й се предложи примерен режим в първите дни на пуерпериума. Той няма задължителен характер и цели да помогне на родилката и нейните близки да се ориентират в първите дни:

1. Ставане в 6 ч.
2. Сутрешен тоалет и хранене на детето от 6:00 до 6:30 ч.
3. Възстановителна гимнастика и къпане под душ от 7:00 до 8:00 ч.
4. Първа закуска до 9 ч.
5. Хранене на бебето от 9:30 до 10 ч.
6. Лека домашна работа от 10 до 11:00 ч.
7. Втора закуска от 11 до 11:30 ч.
8. Разходка на чист въздух от 11:30 до 13:00 ч.
9. Хранене на бебето от 13:00 до 13:30 ч.
10. Обяд до 14:00 ч.
11. Почивка до 15:30 ч.
12. Хранене на бебето от 15:30 до 16:00 ч.
13. Разходка на чист въздух от 16:00 до 17:00 ч.
14. Лека домашна работа до 18:00 ч.
15. Хранене на бебето до 18:30 ч.
16. Вечеря до 19:30 ч.
17. Къпане на бебето от 20:00 до 21:00 ч.
18. Хранене на бебето до 21:30 ч.
19. Почивка или свободни занимания до 23:30 ч.
20. Хранене на бебето до 24:00 ч.
21. Почивка и сън до 6:00 ч. (Lukanova, Y., 2015)

ИЗВОДИ

Акушерката има незаменима роля в периода след раждане. Тя е тази, която през цялото време общува и обгрижва жената, затова трябва да има добри комуникативни умения. Тя й дава съвети относно грижите за гениталии и млечни жлези, подпомага кърменето и оказва психологическа подкрепа.

Стриктното наблюдение в ранния и късен пуерпериум, добрата хигиена, спазването на правилата на асептика и антисептика, правилният режим и хранене, както и психоемоционалният комфорт, са гаранция за правилното протичане на пуерпериума и предпазване от усложнения през този период.

REFERENCES

Hadzhiev, Al., Karagjozov, I. (2005). Obstetrics. Sofia: Medicine and physical education ***(Оригинално заглавие:*** *Хаджиев, Ал., Карагьозов, И., (2005). Акушерство. София: Медицина и физкултура)*.

Hristova, Ts. (2016). Problem-posing education – a key factor in clinical decision-making skills in practical education of midwifery students. IN: 55th Annual Science Conference of Ruse University, ISBN 1311 – 3321 (***Оригинално заглавие***: *Христова, Ц. (2016). Проблемното обучение – формиращ фактор за клинично мислене в практическото обучение на студентите акушерки, В: Научни трудове Русенски университет, Издателски център при РУ Ангел Кънчев, ISBN 1311 – 3321).*

Lukanova, Y., (2015). Midwifery clinical support points Respont quickly. Ruse: Publishing center at the University of Ruse ***(Оригинално заглавие:*** *Луканова, Й., 2015. Опорни точки за клинична практика за акушерки реагирай бързо. Русе: Издателски център при Русенски университет).*

Serbezova, Iv., (2014). Special obstetric care for pregnant women, women in childbirth, parturition and newborns Ruse: Publishing center at the University of Ruse (***Оригинално заглавие:*** *Сербезова, Ив. (2014). Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени. Русе: Университетски издателски център.)*

Shterev, A., Dimitrov, A., Zlatkov, V. (2013). Obstetrics. Sofia: “MI ARSO” (***Оригинално заглавие:*** *Щерев, А., Димитров, А., Златков, В. 2013. Акушерство. София: “МИ АРСО“).*

www.medic.etilena.info

www.arsmedica.bg

WED-ONLINE-SSS-HC-19

THE STUDENTS AND THE CONTRACEPTION [49]

Yozlem Levent – student
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 878 908 773
e-mail: ozlemlevent@abv.bg

Pr. Assist. Prof. Yoana Lukanova, PhD
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 885 047 644
e-mail: ylukanova@uni-ruse.bg

Abstract: *The lack of knowledge of contraceptive methods by young couples leads to an increase in unwanted pregnancy in a minor age. And this increases the number of abortions on births. The purpose of the report is to conduct a survey and take action. Young people are familiar with the methods of avoiding unwanted pregnancy, sexually transmitted diseases, and the risks of abortion.*

Keywords: *students, contraception, abort, unwanted pregnancy, contraceptive methods, risk*

ВЪВЕДЕНИЕ

Ниската сексуална култура, необезопасените контакти, рисковото сексуално поведение, кратката продължителност на партньорствата – всичко това може да доведе до непланирана /нежелана/ бременност и полово предавани болести. Това рисково поведение води до аборт, което е проблем, касаещ бъдещето на страната.

Докладът има за цел да разгледа чрез анкетно проучване мнението на 100 студентки от Русенски университет „Ангел Кънчев" относно репродуктивни намерения, контрацептивни средства и аборт.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Абортът е прекратяване на бременността чрез отстраняване на ембриона или фетуса, преди той да може да оцелее извън матката. Абортът може да настъпи спонтанно, като в този случай е наричан също помятане или да бъде предизвикан умишлено. В много случаи, особено извън тясно медицински контекст, понятието „аборт" се използва за предизвиканите аборти, наричани също изкуствени. Подобна на аборта процедура, при която фетусът има възможност да оцелее извън матката, се нарича късно прекъсване на бременността (Hadjiev, Al., Karagyozov, I., 2005).

От Български фонд алармират, че едва 20,9% от българските ученици имат достъп до лекции в областта на здравното и сексуално образование и модерните методи за контрацепция в училище. След нас са само Чехия и Литва. Липсата на знания за сексуално преносимите инфекции, нежеланата бременност, както и за отношението на противоположния пол към секса, е шокираща. Нещо повече, сексуалната грамотност намалява – от 32,8% през 2013 г. до 30,2% през 2015 г.

Затова не е изненада, че младите хора имат изключително рисково сексуално поведение – 40% не са използвали презерватив при първия си полов акт, поддържат паралелни сексуални отношения и кратка продължителност на партньорства. Налице е също висока честота на ранната бременност (до 19 г.) и броя на абортите във възрастта 15-19 години. По

[49] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: СТУДЕНТИТЕ И КОНТРАЦЕПЦИЯТА.

този показател България е на първо място в Европа, заедно с Русия и Украйна (https://bgfundforwomen.org/bg/2016/11/14/rano-mi-e/).

Контрацепцията представлява методи и средства за предпазване от нежелана бременност и полово предавани болести и инфекции. Видовете контрацепция са естествени, бариерни, вътрематочни и хормонални. За адолесцентна бременност се говори при млади жени, при които бременността настъпва преди пълнолетие - преди навършване на 18 години според законодателството на Република България. По определение „адолесцентен“ е преходен период от живота на човека, през който се наблюдават хормонални, физиологични и психосоциални промени, свързващи детството и зрелостта (Dimitrov, A., 2014; Angelkova, M., Miteva, K., Atanasova, Z., 2016).

Легалните аборти са като цяло безопасни и не водят до сериозни усложнения. Все пак понякога се срещат и такива, които могат да бъдат:

• перфорация на матката – рядко усложнение, когато някой от оперативните инструменти пробие матката. По-често се случва при бременност, когато матката е по-мека. За щастие повечето перфорации на матката зарастват от самосебе си, без да е необходимо допълнително лечение. Евентуални рискове при перфорация възникват, ако е засегнат кръвоносен съд и последващо кървене или перфорация на черво. В такива случаи би се наложила допълнителна интервенция. Такива усложнения са изключително редки;

• травма на шийката - малки разкъсвания на шийката. Обикновено е достатъчно да се тампонират, докато спре кървенето, но в някои случаи може да се наложат шевове на шийката;

• инфекции;

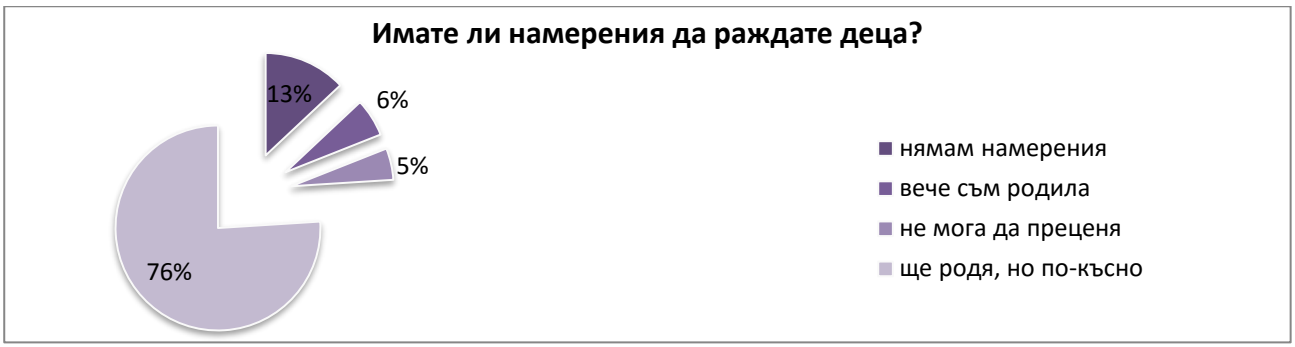
• вътрематочни сраствания: понякога това може да доведе до менструални болки, проблеми със забременяването. Лечението е хормонално - за стимулиране реепителизацията на матката и оперативно - за премахване на плътни сраствания (https://www.maichindom-varna.com).

Акушерските грижи са съществена част от лечебно-диагностичния процес в помощ за оздравяване и възстановяване на гинекологично болната жена, бременната, родилката и майката. Новите предизвикателства пред тези здравни специалисти включват широк спектър дейности и грижи: грижи към най-уязвимите пациенти, обучение на пациенти от различни възрастови и социални групи и техните семейства, грижи за репродуктивното здраве, за новородените деца и т.н. (Hristova, Tsv., 2017) (Hristova, Tsv. (2016).

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ

В анкетното проучване са взели участие 100 студентки от Русенски университет „Ангел Кънчев“. Най-младата студентка е на 19 години, а най- възрастната е на 42 години. Средната възраст на участничките е 21 години. Участващи от 19 до 21 годишна възраст – 81 студентки, от 22 до 28 годишна възраст – 14 студентки, над 30 годишна възраст - 5 студентки.

Проучването сред студентките показва, че голяма част от тях (76%) имат намерение да раждат, но в по-късен етап от живота си (Фиг. 1.). Вече родилите студентки са едва 6%, тези, които нямат намерение да раждат - 13% и 5% - не могат да преценят. По голяма част от студентките на средна възраст 21 години, имат намерение за бъдещи семейни планове, но го отлагат във времето поради обучението. Тревожен е фактът, че 13 от 100 студентки нямат намерения да раждат никога.



Фиг. 1. Репродуктивни намерения сред студентките

По отношение познаването на контрацептивните методи и средства от студентките – процентът е много голям: 91%. Положителен е фактът, че повечето студентки смятат, че са запознати с начините за предпазване от бременност, а тези които не са сигурни в познанията си, са 9%. Погледнато на пръв поглед това е противоречиво, поради високата честота на абортите в страната, до които не би се стигнало, ако методите се прилагаха ефективно. Методите се познават, но масово не се прилагат - това е изводът, който можем да направим (Фиг. 2.).

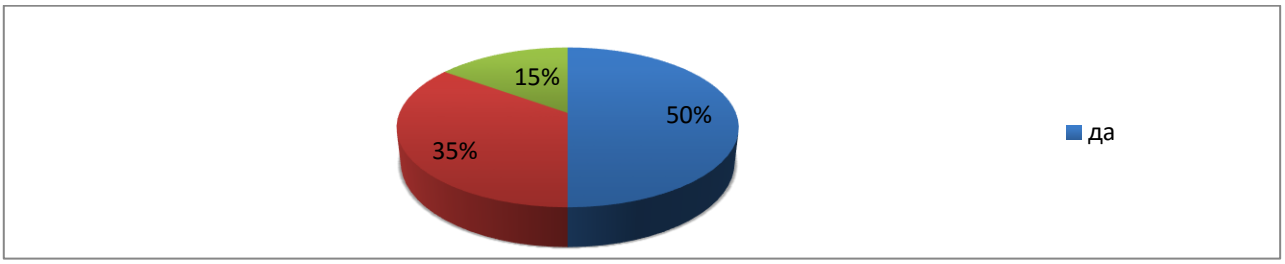
Фиг. 2. Проучване на контрацептивните нагласи

Получаването на информация за контрацептивните методи и средства става предимно от интернет 60% (който не във всички случаи е надежден източник), 13% получават информация от приятелски кръг, 12 % се доверяват на опита на майките си. И едва 15% от АГ кабинет. 75-85% от информацията е от ненадежден източник, което означава, че само 15% от студентките посещават АГ кабинети и получават реална професионална информация. Това е и тревожно поради факта, че се пренебрегва значимостта на гинекологичните прегледи (Фиг. 3.)

Фиг. 3. Източници на информация относно контрацептивните средства

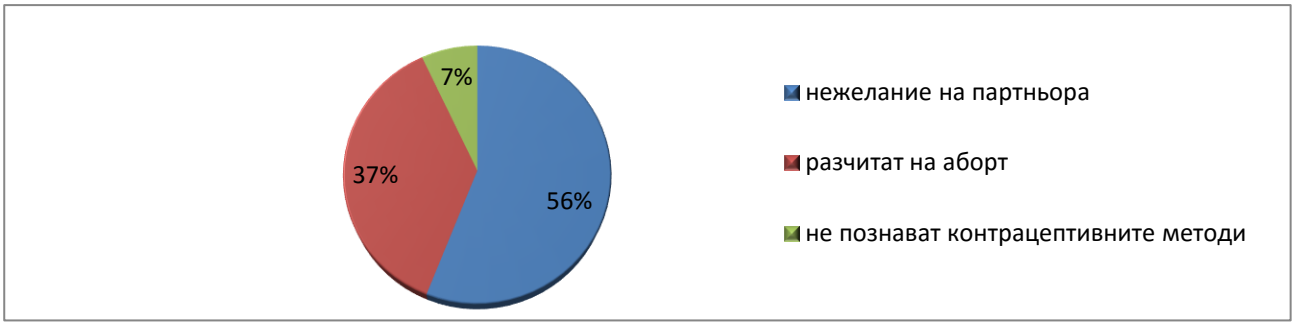
Ефективни контрацептивни методи (бариерни и хормонални) се използват при 50% от студенките, 35% никога не са използвали контрацептиви - те разчитат на прекъснатия полов акт. 15% от анкетираните използват понякога контрацептивни методи.

Общо 60-62% от случаите са с 84% ефективност и 16% с вероятност да завършат с нежелана бременост. (Фиг. 4.)



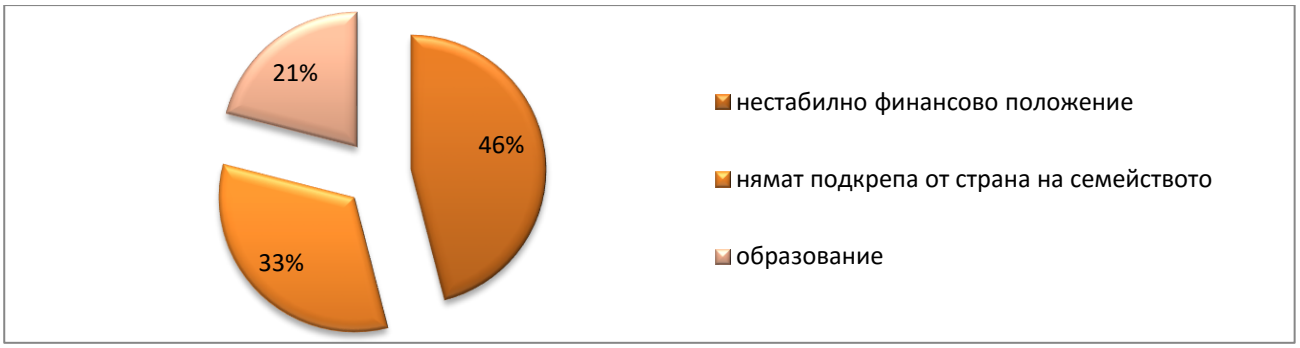
Фиг. 4. Използване на контрацептивни средства сред проучваните студентки

Защо не се използват контрацептивите, след като се познават от студентите, е другият въпрос, на който 56% са отговорили - по нежелание на партньора, 37% разчитат на аборт и 7% поради това, че не са добре запознати с методите и средствата. Студентите приемат аборта като средство за прекъсване на непланирана бременност, 37% от анкетираните са категорични, че ще предприемат аборт, въпреки последиците и рисковете, които крие (фиг. 5).



Фиг.5. Причини, поради които не се използват контрацептивни средства

Факторите, които влияят върху решението за аборт, са нестабилното финансово положение - смятат 46%; нямат подкрепа от страна на семейството 33% и 21% биха прекъснали бременността заради обучението (фиг. 6).



Фиг. 6 Фактори, влияещи върху решението за аборт

ИЗВОДИ

Големият брой на абортите е заради неефективното използване на контрацептивите, както и тяхното не добре познаване от студентите. Също така голям процент от студентките не са наясно с рисковете, които крие абортът. Трябва да се предприемат мерки, които да целят покачването на процентите на сексуалната им грамотност. Акушерки и медицински сестри трябва да се обединят и да познават добре контрацептивните средства и методи, и да умеят да дават съвети, да напътстват учениците от училищата. Това може да стане чрез

организиране на клуб, където да се провеждат лекции на ученици от различна групова възраст, като постепенно това проектиране на лекциите започне още преди настъпването на пубертета: запознаване с промените, които предстоят с тялото им, водене на отговорен сексуален живот, използване на контрацептиви, хигиена и др.

REFERENCES

Angelkova, M., Miteva, K., Atanasova, Z. (2016). New low-dose oral contraception with Midiana. Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 55, № 6, ISSN: 0324-0959. pp. 16 - 8. IF 0.119). ***(Оригинално заглавие:*** *Ангелкова, М., Митева, К., Атанасова, З. (2016). Нова нискодозирана орална контрацепция с Midiana. списание Акушерство и гинекология. Том. 55, брой 6, ISSN: 0324-0959. стр. 16 – 8. ИФ 0.119).*

Dimitrov, A., (2014). Obstetrics, Textbook for medical students, medical publishing house ARSO ***(Оригинално заглавие:*** *Димитров, А., (2014). Акушерство, Учебник за студенти по медицина, Медицинско издателство АРСО).*

Hadjiev, Al., Karagyozov, I. (2005). Obstetrics, Publishing medicine and physical education ***(Оригинално заглавие:*** *Хаджиев, Ал., Карагьозов, И. (2005). Акушерство, изд. Медицина и физкултура).*

Hristova, Tsv. (2017). Special obstetric care in normal pregnancy, manual for midwives and nurses, MEDIATEH ***(Оригинално заглавие:*** *Христова, Цв. (2017). Специални акушерски грижи при нормална бременност, Наръчник за акушерки и медицински сестри, МЕДИАТЕХ).*

Hristova, Tsv. (2016). Problem-posing education – a key factor in clinical decision-making skills in practical education of midwifery students. IN: 55th Annual Science Conference of Ruse University, ISBN 1311 – 3321 (***Оригинално заглавие:*** *Христова, Цв. (2016). Проблемното обучение – формиращ фактор за клинично мислене в практическото обучение на студентите акушерки, В: Научни трудове Русенски университет, Издателски център при РУ Ангел Кънчев, ISBN 1311 – 3321).*

Lukanova, Y. (2015). Midwifery clinical support points Respont quickly. Ruse: Publishing center at the University of Ruse ***(Оригинално заглавие:*** *Луканова, Й. (2015). Опорни точки за клинична практика за акушерки реагирай бързо. Русе: Издателски център при Русенски университет).*

https://bgfundforwomen.org/bg/2016/11/14/rano-mi-e/

https://www.maichindom-varna.com

https://www.zanzu.de/bg/

WED-ONLINE-SSS-HC-20

PATERNITY SUPPORT [50]

Radostina Nikolova – student
Department of Health Care
University of Ruse"Angel Kanchev"
Phone: 0898 535328
E-mail: radosrtinanikolova@gmail.com

Pr. Assist. Prof. Tsveta Histova, PhD
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0878389793
E-mail: tshristova@uni-ruse.bg

Abstract: *The report reveals the necessary health care that will make the father meaningful to parenthood and public health. Supporting paternity is a challenge for the midwife, as a mother and child health care specialist. The study and subsequent analysis reveal that the transition to paternity involves health challenges. Continuing midwifery training will help her become aware of her dad's psychological characteristics and provide the necessary support for paternity*

Keywords: *fathers, midwife, support, health care, health needs*

ВЪВЕДЕНИЕ

Раждането на дете е важен момент в живота на майката и бащата. Науката е насочена към комплексното, междудисциплинарно изучаване на феномена майчинство. Пренаталната и перинатална медицинска психология представят разнообразие от практически терапевтични интервенции за повлияване на негативните психологични фактори по време на бременност, раждането и следродилния период върху здравето на жената.

През последните години се установява значимата роля на бащата след раждането на дете за емоционално психологичното здраве на майката. Американският съвет по педиатрия (American Board of Pediatrics) отправя апел към обществеността да бъдат включени бащите във всички аспекти на женското и детско здраве като част от общественото здраве. Разработени анкетни проучвания по темата обобщават, че не съществува подкрепа на промените и предизвикателствата, пред които са изправени новите бащи.

Според д-р Брус Линтън, учен и семеен терапевт в Бруклин и Калифорния, основател форуми за подкрепа на „новите бащи", преходът към бащинството се свързва с решаване на трудни психологически задачи. Той посвещава 30 години от научната си дейност за изследване психологията на бащинството и прави извода, че подкрепата на бащата е необходима за здравето на майката и детето. Етапите в развитие на бащинството според д-р Линтън:

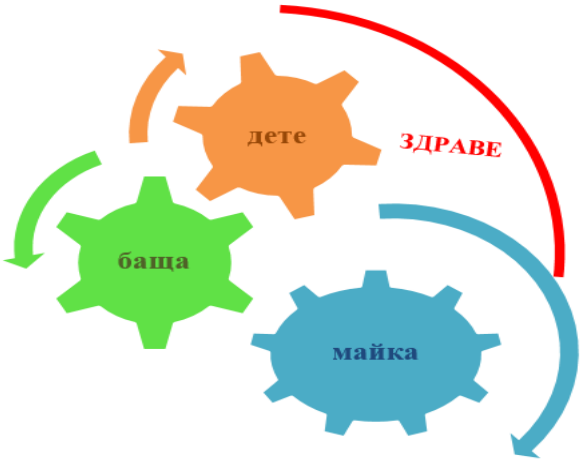
- Проявяване на чувства за необходимост и зависимост от близки и приятели в новосъздадената житейска ситуация;
- Етап на привързване, опознаване и разбиране състоянието на майката;
- Етап на принадлежност към хора изпитващи подобни мисли, чувства и тревоги;
- Етап на загриженост, зараждане на нов вид хуманизъм, определяне на смисъла на живота.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Традиционният патриархален образец, в който бащата е ангажиран с придобиване на

[50] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ПОДКРЕПА НА БАЩИНСТВОТО.

материални нужди за майката и детето, постепенно се трансформира в модерен семеен модел формиран върху фундамента на партньорските взаимоотношения. Сред родителите се регистрира не само желание, но и необходимост от по-активно участие на бащите в грижите за майката и децата. Майчинството е заложено в биологичната природа на жената, но то корелира с бащинството и намира отражение в общественото здраве.



Фиг. 1. Връзката майка – баща – дете - здраве

Бъдещият татко преминава през различни трансформационни психологически нагласи и емоционални преживявания.

Проведено изследване във Великобритания показва, че негативните психологически промени настъпващи у бащите по време на бременността и през първата година след раждане на дете, оказват неблагоприятни последици в здравето на майката (Darwin, Z., P. Galdas, & S. Hinchliff, 2017). Подкрепа в решаване на бащините емоционални проблеми и насърчаването на активното бащинство са фактори, които въздейства за доброто здравно състояние на майката, семейството и детето. Малко са наличните резултати за следродилната депресия на мъжете и начините за справяне с психологичното здраве. Описват състоянието като „неясно и трудно за откриване“. Съществува недостиг на информация за потърсилите помощ бащи (Edhborg M, M, Carlberg, F. Simon, & L. Lindberg, 2015).

Татковците съобщават, че преживяват стрес в следродилния период, който е свързан с приспособяване към нуждите на родителството (по-специално със съня и храненето) и промените настъпващи във взаимоотношенията с партньора. Влияние върху стреса оказва и пренареждане на приоритетите – семейство, кариера, финансово благополучие. Голям е относителният дял от изследваните татковци, които изпитват вина. За повечето от тях „екипната работа на родителите“ се разглежда като основна за справяне с родителството и „навигирането на бащинството“. В разгледаните проучвания се установява, че бащите желаят повече информация за състоянието бременност и тя да е подходящо представена. Мъжете изразяват желание да бъдат подготвени и за раждането, периода след него. Изказват предпочитание да получават здравно образование и информация в малки групи, с мъже, които ги вълнуват сходни въпроси. Съвместните посещения с партньорката им в училища за родители не им дава напълно нужната информация, не съществува комфорта необходим за споделяне на чувства, мисли и преживявания. Майките и бащите имат различни видове потребности от подкрепа. Оказва се, че нуждите на майките са доминиращи в лекарските кабинети и женски консултации, татковците се чувстват „невидими“ (Edhborg M, M, Carlberg, F. Simon, & L. Lindberg, 2015, Darwin, Z., P. Galdas, & S. Hinchliff. 2017).

В нашата страна не откриваме мащабни изследвания с фокус подкрепата на бащинството. Проведено е социологическо изследване „Нагласи, практики и бариери пред активното мъжко включване в грижите за деца” (2014) на асоциация Родители към националната кампанията „Да бъдеш баща“. Изводите са същите – бащите имат нужда от

подкрепа.

Разгледаните научни проучвания и недостига на здравна информация в подкрепа на бащинството организира настоящото изследване.

Цел на изследването – установяване на нужните здравни грижи за татковците в периода на бещинство.

Методи

Използвано е пряко, лично интервю с въпроси по определен списък.

Целеви групи:

- ✓ 4 групи от майка и баща с първо дете;
- ✓ 3 групи от майка и баща с второ дете.

Фокус групи - 7

Проучването е извършено на преддипломен стаж в отделение Акушерство и гинекология, УМБАЛ Канев, град Русе, в периода на зимен семестър през учебната 2019 – 2020 година. Данните са онагледени с графики.

Обсъждане:

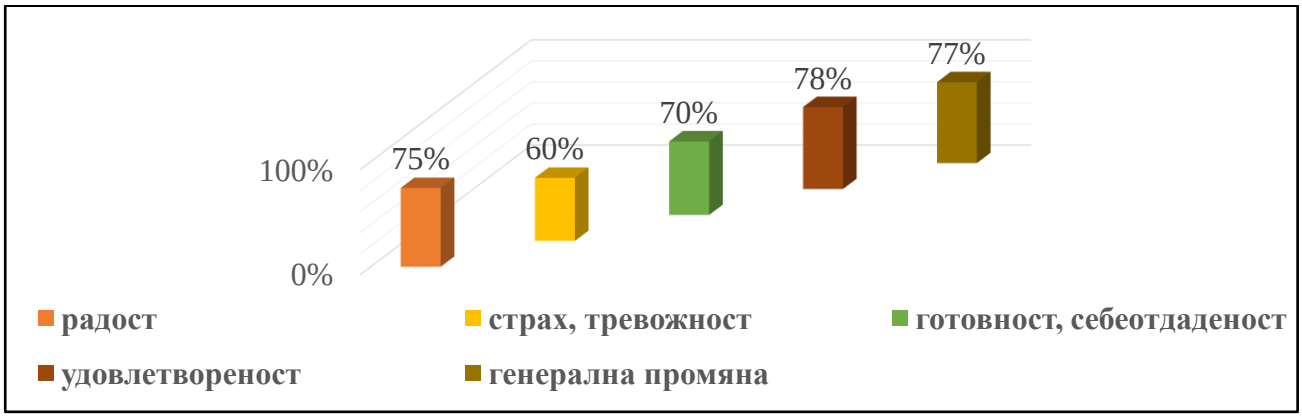
Параметри на изследваните членове от групите (таблица 1):

Таблица 1. Характеристики на изследваните респонденти

членове от целеви групи	възраст			образование			занятие	етнос			населено място		семейно положение	
	до 30	31 - 35	36 - 40	основно	средно	висше		български	турски	ромски	град	село	омъжени	на семейни начала
майки	10	2	2	1	5	8		8	3	1	12	2	6	8
бащи	8	3	3	1	7	6		8	3	1	12	2	6	8

По-вече от половината от изследваните са на възраст до 30 години, с висше образование, от българска националност и живеят в град. Преобладават двойките, които съжителстват без брак – четири.

Проучването показва, че терминът „бащинство“ предизвиква многопластови асоциации и емоции у майките и у бащите. Преобладава отговора „отговорност“ и „нужна грижа“ (генерална промяна). Той отразява възприемането и сериозността на социалната роля на бащата. Мнението на бащите е отразено на следващата диаграма:

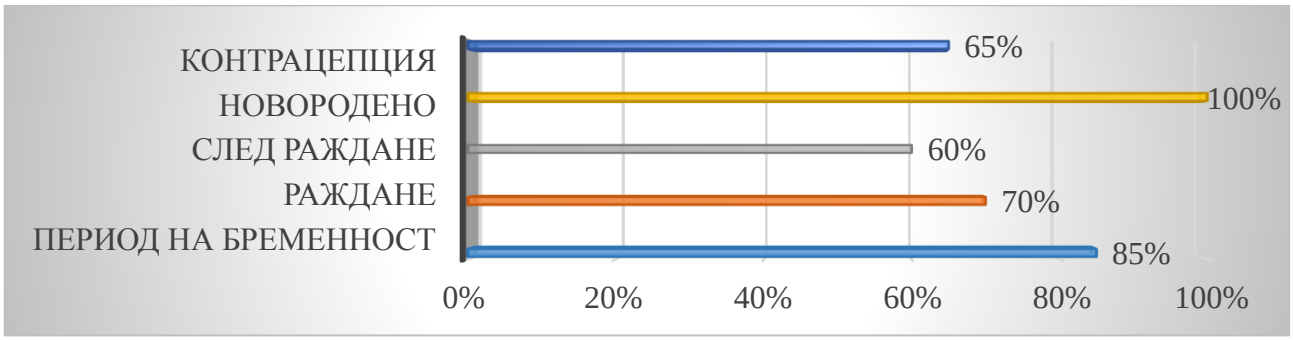


Фиг. 2. Чувства при респондентите-татковци за бащинството

Голям е относителният дял на татковците (78%), които са удовлетворени от ролята на бащинството. Приемаме отговора като желание и отговорност за бъдещо родителство.

За нас, акушерките като специалисти по здравни грижи към майката и детето,

татковците са група, за която трябва също да намерим необходимо място за обучение и образование за здраве. Само радост (75%) и готовност да станеш баща (70%) не са достатъчни за формиране на родителството. Направи се анализ на отговорите и се обобщиха нужните здравни теми за татковците (фигура 3):

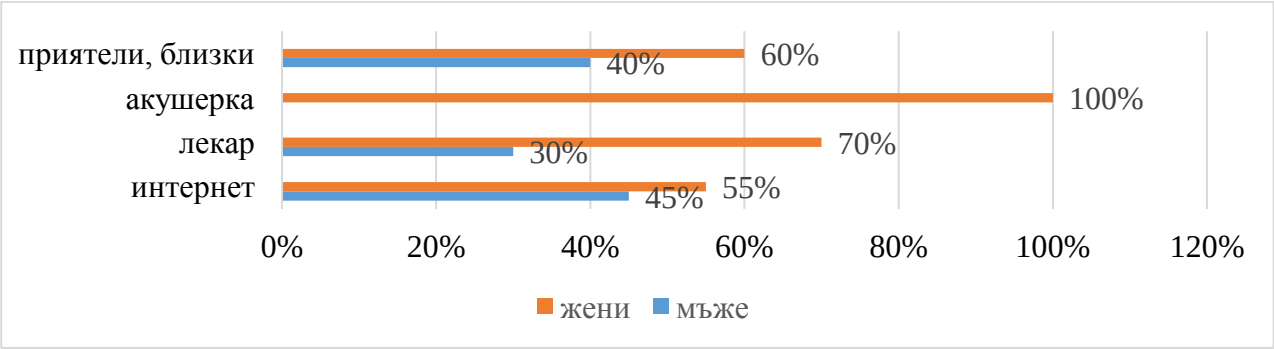


Фиг.3. Здравни нужди на татковците

Необходимата информация според респондентите обхваща периода на бременността на жената (85%), процеса на раждане (70), след раждане (пуерпериума) – 60%. Всички респонденти-татковци показват желание и необходимост от информираност и обучение в грижа за новороденото. Прави впечатление, че те не са безразлични към знания за контрацепция.

Татковците съобщават за желание да присъстват на раждането на своето дете. Но те са притеснени от факта, че не знаят, каква роля да изпълняват в този важен момент. Само двама от бащите, които вече имат дете, предполагат, че трябва да бъдат активни и подкрепящи раждащата.

Източници на здравна информация за респондентите е отразена на следващата фигура 4.



Фиг. 4. Източници на здравна информация според респондентите

Прави впечатление, че майките имат по-вече здравна информация. Акушерката е специалистът по здравни грижи, който информира и обучава бременната, раждащата, майката. Тя не е обаче източник на здравно обучение и образование за татковците. За да подкрепя партньорката си, да присъства на процеса на раждане, бащата трябва да притежава знания. Обученият баща може да напомня как се диша правилно, да успокоява майката. Чрез подходящи масажи съдейства за облекчаване на болката, поддържа в удобните пози раждащата. През втория период, психологическата подкрепа е необходима за преодоляване на физическото натоварване.

Участничките в изследването дават мнение, че присъствието на бащата по време на раждане е подкрепа:

- ✓ физическа - да придържа и помага при промяна на необходимата поза; да масажира кръста и крайниците; да държи ръката и дава увереност;
- ✓ комуникативна – с подходящите думи той оказва влияние върху раждащата (той най-

добре познава жената); помага в комуникацията с медицинския екип.

Респонденти от всички групи са съгласни с твърденията, че най-важната роля на мъжа е да осигурява материално своето семейство. Но всички майки възприемат за естествено той да сменя памперси и да проявява чувства и емоции – характеристики, които в не много далечно минало се смятаха за присъщи само на жените.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Акушерките са изправени пред важното предизвикателство да предлагат подходяща подкрепа на бъдещите татковци. Те може да участват в екип, самостоятелно. Подкрепата на бащинството изисква индивидуален подход, професионална комуникация съобразена с етичните принципи. В продължаващи обучителни курсове, акушерката може да получи нужните насоки и специфични знания за психологичните характеристики на бащата. Подкрепата на бащинството е насочено към подкрепа на родителството и общественото здраве.

REFERENCES

Darwin, Z., P. Galdas, & S. Hinchliff, et all. (2017). Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort, *BMC Pregnancy and Childbirth* volume 17, Article number: 45 (2017)

Edhborg, M., M. Carlberg, F. Simon, & L. Lindberg. (2015).“Waiting for Better Times” Experiences in the First Postpartum Year by Swedish Fathers With Depressive Symptoms. Am J Mens Health.

Friedewald, M., Fletcher, R., & Fairbairn, H. (2005). All-male discussion forums for expectant fathers: evaluation of a model. *The Journal of perinatal education*, *14*(2), 8–18. https://doi.org/10.1624/105812405X44673

Gagnon, A. J., & Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *The Cochrane database of systematic reviews*, *2007*(3), CD002869. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002869.pub2

Linton. B. (2017). Becoming a Dad, How Fatherhood Changes Men. Bookbaby, USA. ISBN 9781623098377. URL: https://www.bookcapital.my/publisher/filter/pb_26_Bookbaby/~

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance, Clinical guideline 192. London: National Institute for Health and Care Excellence.

World Health Organization. (2018). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report/a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne. Geneva: World Health Organization.

WED-ONLINE-SSS-HC-21

DEVELOPMENTS IN BODY TEMPERATURE [51]

Ivalina Cholakova – student
Department of Health Care
University of Ruse"Angel Kanchev"
Phone: 0894073935
E-mail: ivalina17@abv.bg

Pr. Assist. Prof. Tsveta Histova, PhD
Department of Health Care,
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0878389793
E-mail: tshristova@uni-ruse.bg

Abstract: *The issue of body temperature measurement is relevant because it is performed as a standard for both healthy and sick people. The values are related to the processes in the body and are important for the subsequent behavior of the medical team. Movement in the thermometer scale is recorded before, during and after pregnancy. The midwife is competent to provide guidance on proper measurement and advice on process conditions.*

Keywords: *Body temperature, midwife, health tips, temperature conditions, women's health*

ВЪВЕДЕНИЕ

Измерването на телесната температура е област на проучвания за лекарите още в древността. По времето на Хипократ, само ръката е използвана за откриване на топлината или студа в човешкото тяло, въпреки че треската и втрисането са известни признаци на болестни процеси. До XVI век тя се измерва чрез поставяне на ръка върху челото, бузата или други части от тялото. Галилей се счита за първи изобретател на примитивен термометър през 1592 година.

През 1851 година немският лекар и изследовател Carl Reinhold August Wunderlich, след проведено изследване на 25 000 пациенти в Лайпциг, достига до формулиране на нормалната телесна температура на тялото от 37°C (36,2 – 37,5°C) или 98,6°F (97,2 – 99,5°F). Използваният инструмент за определяне на диапазони от здравословни и нездравословни температурни стойности (включително дневните колебания, ефектите на възрастта и т.н.) е с размер над 22 сантиметра и се явява основен недостатък. Следват многобройни подобрения и допълнения към термометъра до дизайна, който се използва днес (Allbutt TC., 1991).

Измерването на телесната температура е задължителна процедура при оценка на здравния статус на човека в съвременната медицинска практика (Georgieva, D., 2015).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Измерването на телесната температура се нарича термометрия. Съществуват различни температурни различия в зависимост от:

- частите на човешкото тяло;
- възрастта;
- денонощните колебания;
- заболявания: инфекции, хиперфункция на щитовидната жлеза, възпалителни заболявания;
- други влияния: физическа работа, емоционален стрес, менструален цикъл при жената.

Места за измерване на телесна температура:

[51] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: ПРОМЕНИ В ТЕЛЕСНАТА ТЕМПЕРАТУРА.

- в телесни гънки: аксиларна ямка, ингвинална гънка;
- в телесни кухини: устна кухина; ректум; влагалище (Beloev, Y. 2000).

Таблица 1. Характеристика на видовете измервания на телесна температура (bg.iliveok.com)

Място на използване	Нормална граница, типична по-ниска граница (°C)	Нормална граница, типична по-висока граница (°C)	Време за достигане на максимална стойност при контактен термометър (в сек.)
Ректум	36.6	38.0	-
Орално	36.5	37.5	До 1.1
Аксиларно	34.7	37.3	До 1.9
Ухо	35.5	37.7	До 1.2
Чело	35.4	37.4	До 1.2

Значение на измерване на телесната температура в акушерството

В акушерската практика се извършва и вагинално измерване на температурата. При сравнения с ректалното измерване се отчитат слаби отклонения до 0.1°C - 0.3°C, при съпоставима точност на измерване (Lukanova, Yo., 2015).

◆ *Измерване на базалната температура*

Измерване на базалната температура е метод характеризиращ хормонални промени в тялото на жената. Предложен през 1953 година от медицински учени, той е одобрен от СЗО като начин за установяване репродуктивността на жената. Основава се на промените в концентрацията на прогестерон в кръвта. Изследването представлява измерване на температурата на влагалищната среда с обикновен термометър. Проследява се динамиката за три месеца. Началното измерване съвпада с първия ден от менструалния цикъл. Първите 14 дни стойностите не надвишават 37°C. В деня на овулацията температурната стойност се повишава с минимум 5 десети. По време на овулация, хормонът прогестерон предизвиква покачване на наблюдавания показател. По-високата температурна стойност се задържа до първия ден на следващия цикъл. Следва преустановяване на измерването до последния менструален ден.

Периодът от първия ден на менструалния цикъл до началото на овулацията формира първата фаза на цикъла. Вероятната температурна стойност трябва да бъде около 36,2 и 36,8° C. По време на втората фаза на цикъла температурните колебания могат да бъдат в диапазона 37-37,5° C. Преди менструация (2 - 3 дни), базалната температура се понижава до 36,2-36,9° C. Температурни стойности около 37,5° C е признак на бременност. Влияние върху телесната температурата по време на бременността оказва хормонът прогестерон (Shterev, A., & A. Dimitrov, 2013).

Съвети от акушерка за правилно измерване на базална температура:

- ✓ Температурата се измерва веднага след сън. Продължителността на съня е минимум 6 часа. Не трябва да се извършват движения от жената. От вечерта термометърът се поставя на близко разстояние до леглото за да се вземе без ставане.
- ✓ Измерванията трябва да се извършват по едно и също време на денонощието.
- ✓ Необходимо е употреба на един и същ термометър през целия период на провеждане на изследването.
- ✓ Не трябва да се приема алкохол.
- ✓ Психологическото състояние влияе на стойностите.
- ✓ Данните се записват.

Поставянето на диагнозата за овулация е зависима от правилното измерване на температурните стойности. Надеждността на метода не е висок, тъй като съществуват и други влияещи фактори – стил и начин на живот на жената, наличие на заболяване, психологическото състояние.

Базалната температура може да бъде измервана и в ректума.

Стойностите на базалната температура в ранна бременност отразяваме графично на фигура 1:

Фиг. 1. Диаграма на базална температура в начална бременност (bg.iliveok.com.)

Температурните данни варират през различните периоди от бременността:

- в 3 гестационна седмица - от 37 до 37.7° C;
- 4-та гестационна седмица - 37.1-37.5° C.

През първия триместър телесната температура се повишава до 37,2° C, това се отчита за нормална стойност. За да е валидна и надеждна стойността на измерването, то се провежда след проверена изрядност на термометъра, с ректален метод и в подмишница. Измерването с електронен термометър в устната кухина е в норма до 37,2° C. В подмишницата температурата не трябва да надвишава 37° C. Термометърът показва 37,5° C, когато се измерва ректалната температура. По време на нормално протичаща бременност промяната в показателите е 37,1°C - 37,5° C (bg.iliveok.com).

Високите температурни стойности през първите месеци на бременността причиняват анормално развитие на ембриона. През първите седмици се формират и развиват нервната и сърдечно-съдовата система, вътрешните органи. Повишаването на температурата до 38° C може да предизвика тежки малформации на детето. Приемът на лекарства, които понижават телесната температура трябва да се приемат само по лекарско предписание.

От втория триместър (дванадесетата седмица на бременността) прогестероновата активност постепенно намалява и индексите на терморегулацията спадат до типични стойности. Хипертермията придружава бременността още от самото начало. През първия триместър такова състояние се обяснява с промени, настъпващи в организма на жената. Преносът на топлина се забавя, а температурните индикатори се покачват. Лекарите акушер-гинеколози съветват да се правят измервания два пъти дневно - сутрин и вечер. Така става възможно определяне на дневната динамика на промяната. Не се препоръчва самостоятелно от бременната жена да се определят причините за промените в температурния баланс. Заключението за наличие или отсъствие на отклонения в нормата трябва да направи лекар, който редовно проследява бременността (Shterev, A., & A. Dimitrov, 2013).

През целия гестационен период могат да се наблюдават температурни колебания под влияние на редица фактори. Важно условие е жената да регистрира стойностите в динамика. При температурна стойност 38°C необходимо е бъдещата майка да се уведоми лекар.

В късните периоди на бременност (от 30-та гестационна седмица) минималното покачване на температурните стойности може да бъде риск за бременността, майката и детето. Високи стойности на температурата през бременността в последния триместър води до усложнения в състояние за жената - преждевременно отделяне на плацентата (Conti., B. 2008, Shterev, A. & A. Dimitrov, 2013).

Последният триместър е подготвителен етап за раждането на дете. Организмът на бъдещата майка е напълно преструктуриран и адаптиран към състоянието бременност. Температурните стойности трябва да бъдат в рамките на стандарта за здрав човек (не по-висока от 37,5°C).

Значително увеличение на температурните стойности често се наблюдава непосредствено преди началото на раждането.

Границата между нормалните и патологичните стойности, при която има повишаване на температурните показатели, се нарича термоневроза. Терминът се използва за температурните стойности по време на бременността в границите 37,2–37,4°C, и състоянието на жената е без регистрирани отклонения от здравния статус. Причината за развитието на термоневрозата може да бъде постоянното физическо или когнитивно (психическо) пренапрежение, продължително стрес, изчерпване на нервната система (Conti., B. 2008).

Стойност на температура 38°C през всички гестационни седмици, изисква внимателна диагностика и идентифициране на причината за покачването на соматичния показател. Процесите, които провокират хипертермия са свързани с различни заболявания и рискови усложнения. Акушерката трябва да уведоми бременната жена, че при регистрация на високи температурни стойности трябва да уведоми медицинските специалисти, които наблюдават бременността.

Съвети, които дава акушерката за правилно измерване на телесната температура*:*

1. По време на измерването на температурата не трябва да се променя положението на тялото.
2. Термометърът трябва да се почиства със суха кърпа преди употреба.
3. Ако се използва електронен термометър, времето за измерване не трябва да надвишава 5 минути, ако е галиев термометър - 10 минути.
4. Преди измерване на температурата не се препоръчва да се приема горещ чай и кафе.
5. Процедурата не може да се извърши веднага след тренировка и спорт - след 2 часа.
6. При измерване на телесната температура:
   - ✓ в подмишницата: устройството трябва да се притисне плътно към кожата, така че да не влиза в контакт с дрехи и чужди тела. Време за измерване - 10 минути;
   - ✓ през ректума: преди употреба термометърът се намазва с бебешки крем и се поставя в ректума с чувствителната част. Необходимо е тялото да е в легнало, странично положение. Времето на процедурата е не повече от 5 минути.
   - ✓ устна кухина: върхът на измервателното устройство се поставя под езика. По време на измерването не трябва да се говори. Процедурата отнема 3 минути.

Изследвания на телесната температура датират от 1950 година. Детайли относно процедурите за регистрация са недостатъчни, в по-старите проучвания не са отчетени характеристики на пациенти като раса, пол и коморбидни състояния.

В проучените материали се установява, че съществуват температурни разлики в измерванията на телесната температура при хората в различни епохи. Не са направени категорични изводи, на какво се дължи тази разлика, дали отразява действителна тенденция или е въпрос на по-точни термометри, или различни методи на измерване. Съществуват разнообразни теории, но всички те са само предположения.

В доклада е направен анализ на световни проучвания с интересни научни заключения.

В началото на XXI век, съвременни проучвания (27) съобщават, че средната телесна температура е по-ниска, 36,6°C. Изводите са след 250 000 измервания на 35 000 британски пациенти. Търсят се причините за наблюдаваната разлика между установените измервания, анализират се методите при извършване на научните изследвания, качеството и достоверността на термометрите (Allbutt TC. 1991).

Учените (Стандфордски университет, 2018) използват 677 423 температурни измервания от щатската база данни, от XIX век до днес, като най-ранните са на ветерани от Гражданската война. Наблюдавани са ветерани от различни поколения. Измерват се стойностите на температурата с един и същ термометър. Отчитат се разлики – средната телесна температура намалява. Направен е извода, че влияние оказват подобрената технология в изработване на термометрите и начина на измерване (Daniel J. & E. Jonathan, 2015).

Многобройни измервания на телесната температура показват, че тя е с по-високи стойности в края на деня. Отбелязва се, че по-младите хора и жените имат средно по-висока температура.

В друг научен доклад се описва изследване извършено в голяма група респонденти (374 306 пациенти с измервания на температурата при амбулаторни посещения). Изключени са тези, които имат съпътстващи инфекции и приемат антибиотици. Наблюдаваната кохорта е от една демографска област, средна възраст 52 години, преобладават жени – 64%. За всеки пациент са направени по пет измервания на телесната температура. Средната измерена температура е 36.6° C (орална). Колебания са наблюдавани през различните месеци: телесната температура е била средно с 0,08° C по-ниска през юли в сравнение с тези през месец февруари. Базовите температурни стойности намаляват и с възрастта (–0.02° C на всяко десетилетие) (Obermeyer, Z., J. Samra, 2017).

Установява се, че температурата варира значително като функция от коморбидни състояния. Ракът е свързан с по-висока температура (0,02° C), хипотиреоидизмът с по-ниска температура (–0,01 ° C) (Obermeyer, Z., J. Samra, 2017).

Учени, изследователи в тази сфера, достигат до заключението, че индивидуалните температурни стойности са силно зависими от индивидуалните характеристики на пациента, особено тези, свързани с метаболизма и затлъстяването.

A Keys, J Brozek, A Henschel, O Mickelsen, HL Taylor съобщават, че ограничаването на калориите чрез гладуване води до понижаване на температурата, понижената температура се счита за биомаркер за ограничаване на калориите (Keys, A., J Brozek & A Henschel, 1950).

Изследователи от Катедра по спешна медицина и политика на здравеопазване, Медицинско училище в Харвард, Бостън, САЩ, установяват корелация на температурните стойности с другите соматични показатели. Учестеният пулс и повишените стойности на артериалното налягане са свързани с по-високи температурни стойности (Obermeyer, Z. & J. Samra, 2017).

Обзорирани данни показват, че мъжете, родени след 2000 г. имат стойност на температурата с 0.59°C по-ниска от измервания в началото на XIX век. Средната телесна температура при жените намалява средно с 0.32°C спряма стойности от 1890 година (Allbutt TC. 1991).

Учени анализират над 677 000 температурни показания от 190 000 души през периода 1862 - 2017 година. Установяват, че температурните стойности се понижават средно с 0.03°C при мъжете и с 0.29°C при жените. Това променя нормалната телесна температура до 36.9°C при силния пол и 36.7°C при нежния. Причини според изследователите са: промени във физическите характеристики на тялото; телесното тегло; съставът и количеството на приетата храна; битовите условия на живот; качеството на обществено здраве; новите лекарства и ваксини и други. Според изследователите се налага създаване на персонализирани средни показания в зависимост от човешкия ръст, тегло, възраст, часово време и температура на околната среда (Mackowiak, P. & S. Wasserman, 1992, Obermeyer, Z., J. Samra & S. Mullainathan, 2017).

Достига се до заключение, че понижаването на температурните стойности в края на XX век е вследствие на подобреното качеството на медицинските грижи, битовите условия, достъп до здравословна храна, намаляване на хроничните възпалителни заболявания. Регистрираната тенденция не е категорично мнение, защото съществява недостиг на данни влияещи върху температурните стойности – температурни стойности на околната среда, часово време, демографски области и други.

Учените са на мнение, че промените не са изненадващи – човешкото тяло претърпява промени през вековете (Protsiv, M., C. Ley, 2020).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Физиологичните промени в човешкия организъм, в околната среда, здравният статус на населението и постиженията в медицината водят до промени в стойностите на телесната температура. Изследователи от различни научни области продължават наблюденията в тази

посока. Това може да бъде идея за допълнителни проучване в акушеро-гинекологичната област на медицината.

REFERENCES

Allbutt, TC. (1991). Medical thermometry. Brit Med Chir Rev1870; 45:429–41. Cited in: Norman JM, ed. Garrison & Morton's Medical Bibliography, 5th edn. Aldershot, Scholar Press

Beloev, Y. (2000). Patient care and nursing equipment, ARSO, Sofia (***Оригинално заглавие***: *Белоев, Й. (2000). Грижи за болния и сестринска техника, АРСО, София)*

Conti B. (2008). Considerations on temperature, longevity and aging. Cell Mol Life Sci doi: CrossRefPubMedWeb of ScienceGoogle Scholar

Daniel J., E. Jonathan, B. Kevin, J. Kelly J., J. Derek. & T. Henry (2015). Accuracy of Peripheral Thermometers for Estimating Temperature: A Systematic Review and Meta-analysis, Annals of Internal Medicine

Georgieva, D. (2015). Promotion and prevention of bolestite- competence of the nurse. Proceedings of university of Ruse – 2015; volume 54; series 8.3, pp. 53-58, ISBN 1311-3321. (***Оригинално заглавие:*** *Георгиева, Д. (2015). Промоция и профилактика на болестите-компетентност на медицинската сестра. Научни трудове на Русенски университет – 2015. том 54; серия 8.3, стр. 53 – 8, ISBN 1311-3321).*

Keys, A., J Brozek, A Henschel, O Mickelsen. & HL Taylor (1950). The Biology of Human Starvation, University of Minn

Lukanova, Yo. (2015). Reference points for clinical practice of midwives "Respond quickly". Ruse, Publishing Center at the University of Ruse "Angel Kanchev", 2015, ISBN 978-954-712-653-4. (***Оригинално заглавие:*** *Луканова, Йо. (2015). Опорни точки за клинична практика на акушерки „Реагирай бързо". Русе, Издателски център при Русенски университет „Ангел Кънчев", ISBN 978-954-712-653-4.).*

Mackowiak PA, Wasserman SS. & Levine MM. (1992). A critical appraisal of 98.6 °F, the upper limit of the normal body temperature, and other legacies of Carl Reinhold August Wunderlich. JAMA

Obermeyer, Z., J. Samra. & S. Mullainathan. (2017). Individual differences in normal body temperature: longitudinal big data analysis of patient records https://www.bmj.com/content/359/bmj.j5468

Protsiv, M., C. Ley, J. Lankaster. & J. Parsonnet. (2020). Decreasing human body temperature in the United States since the Industrial revolution, HUMAN BIOLOGY AND MEDICINE, eLife DOI: 10.7554/eLife.49555, USA

Shterev, A., A. Dimitrov. & D. Bosev, et al. (2013). Gynaecology. Sofia: Publishing house – MI ARSO. (***Оригинално заглавие:*** *Щерев, А., Димитров, А., Босев, кол. 2013. Гинекология. София: Издателство МИ АРСО)*

https://bg.iliveok.com/family/osnovna-temperatura-po-vreme-na-bremennostta-v-rannite-etapi_129241i15926.html (Accessed on 20. 04. 2020)

WED-ONLINE-SSS-HC-22

PREGNANCY AND HIV [52]

Sibel Pomakova – student
Department of Health Care,
University of Ruse“Angel Kanchev”
Phone: +359 88 56 08 334
e-mail: ssibel95@abv.bg

Pr. Assist. Prof. Yoana Lukanova, PhD
Department of Health Care
University of Ruse “Angel Kanchev”
Phone: +359 885 047 644
e-mail: ylukanova@uni-ruse.bg

Abstract: *Each year around 6 000 – 7 000 of the HIV infected women give birth. A majority of controlled observations and studies prove for monitored and established serious clinical worsening of the disease with HIV – positive pregnant women. It is considered that pregnancy has only insignificant influence over the course of the infection, as well as for the progression of the AIDS – disease. Under appropriate health care of the woman and containing the HIV infection, the risk for disease transmission from the mother to the child currently is extremely low. During the pregnancy, it is necessary to monitor regularly the quantity of the virus and the count of CD4T – cells. A therapy with high active antiviral medicaments is needed. If the pregnant woman doesn't have an HIV – test before the pregnancy, it is obligatory for one express test to be done when coming to give birth. It is necessary for determining the way of delivery and for taking the necessary precautionary measures. The latest global opinion and analyses for the way to conduct the delivery are in favour of Sectio Ces., because it is established a certain decrease in risk of transmitting the infection.*

Keywords: *AIDS, HIV, pregnancy, virus, infections, symptoms, diagnosis, treatment, Elysa, Westurrn blot*

ВЪВЕДЕНИЕ

В световен мащаб има 36.9 милиона ХИВ инфектирани. От тях 75% знаят, че са ХИВ позитивни. Малко над 50% имат достъп до антиретровирусна терапия (АРТ). В България през 2018 г. 94% от хората, живеещи с ХИВ, които са регистрирани в лечебните заведения, са на АРТ лечение. За жалост все още тестването за ХИВ сред обществото остава ниско.

Според проучванията около 120 000 - 160 000 жени в Съединените щати са инфектирани с вируса на СПИН. Всяка година около 6 000 - 7 000 от заразените с ХИВ жени раждат. Около 90 % от инфектираните с вируса деца са били заразени по време на раждането. Ето защо темата за бременност и СПИН е изключително важна.

Ако бременна жена е инфектирана с вируса на СПИН, тя може да предаде вируса на нейното дете по време на бременност. Ако жената не се лекува по време на бременността си, едно на четири деца, които се раждат, е заразено с HIV, а от незаразените новородени около 5-15 % се инфектират при кърмене от заразената майка. Съвременното медикаментозно лечение е изключително ефективно в борбата за предпазване на предаване на инфекцията от майката на детето.

ИЗЛОЖЕНИЕ

През 1983 г. френските вирусолози Люк Монтание и Франсоаз Баре-Синуси откриват LAV - лимфаденопатичен вирус. През същата година в лабораторията на американски биомедицински изследовател Робърт Гало е открит HTLV - Т-лимфотропен вирус. Независимо едни от други, учените са предположили, че горепосочените ретровируси могат да предизвикват СПИН.

[52] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: БРЕМЕННОСТ И ХИВ.

През 1986 г. е доказано, че вирусите, които са открити през 1983 г. са генетично идентични. Първоначалните наименования на вирусите са били премахнати и е било предложено друго название - ХИВ.

Абревиатурата произлиза от английската дума HIV (Human Immunodeficiency Virus) и означава човешки имунодефицитен вирус.

Вирусът намалява ефективното функциониране на имунната система, поразява клетките и органите, които осигуряват способността на организма да противодейства и да се защитава срещу външни болестотворни вируси, бактерии и гъби, както и да контролира процесите, които водят до злокачествени заболявания.

СПИН – Синдром на придобита имунна недостатъчност. Това е заболяване на имунната система, причинено от човешкия имунодефицитен вирус – ХИВ.

Пътища на предаване:

1. Полов път:

- вагинален сексуален акт - при съприкосновение на течности с лигавицата на партньора съществува риск от предаване на вируса;

- анален сексуален акт - най-висок риск от заразяване поради лесната ранимост на лигавицата в областта на ануса и честото разраняване;

- орален сексуален акт - минимален риск, но все пак съществува (при наличие на ранички в устната кухина).

2. Вертикален път: възможно е предаването на ХИВ от бременна жена на плода й, както по време на бременността чрез общата кръвоносна система, така и в хода на раждането или при кърмене.

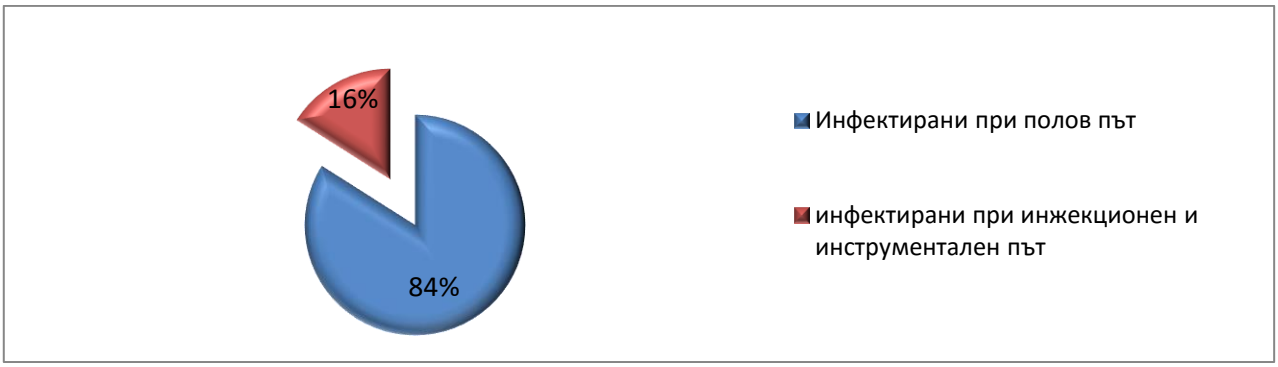
3. Инжекционен и инструментален път: при употреба на инфектирани спринцовки, игли, катетри, сонди и други.

4. Хемотрансфузионен път: при преливане на инфектирана кръв, плазма, еритроцитна, тромбоцитна и левкоцитна маса. Кръвта и кръвните продукти, използвани в медицинската практика в България след 1986 г. задължително се изследват за вируса на СПИН. Това намалява максимално риска от заразяването при хемотрансфузия.

5. Трансплантационен път: заразяване възниква, както чрез присаждане на костен мозък, заразени органи, така и със семенната течност при изкуствено оплождане.

6. Професионален или битов път: възниква чрез наранена кожа и лигавици при лица, контактиращи с кръвта или други телесни течности.

Международната общност отбелязва 1-ви декември – Световния ден за борба със СПИН и организира Европейска седмица за изследване за ХИВ и вирусни хепатити в периода – 22-29 ноември 2019 г. Относно начина на инфектиране от Януари- 2019 г. до Ноември – 2019 г. в България тенденцията се запазва – фиг. 1 (http://www.mh.government.bg/bg/novini/aktualno/v-blgariya-97-ot-horata-s-hivspin-sa-na-terapiya/).



Фиг. 1 Инфектирани пациенти от януари 2019 година до ноември 2019 година

Симптоми:

След навлизането на ХИВ в организма, заболяването преминава през няколко етапа и достига до състояние, което се характеризира като СПИН (https://www.cdc.gov/).

1) Стадий на остра първична инфекция (ранен етап на ХИВ) – обикновено симптомите се появяват в рамките на 1-4 седмици след заразяване с вируса. Появяват се главоболие, диария, гадене и повръщане, мускулни и ставни болки, възпалено гърло, червен обрив по торса, треска, нощно изпотяване, подути лимфни възли, общо неразположение.
2) Стадий на безсимптомна инфекция (втори етап) – асимптоматичен (латентен). При деца, заразени от майките си по време на бременността и раждането, безсимптомният период трае 2 години. При заразените деца се наблюдава изоставане в развитието.
3) Стадий на развит синдром на придобита имунна недостатъчност (СПИН). Когато броят на CD4 Т-клетките падне под 200, хората са с диагноза СПИН. Много от тежките симптоми на инфекцията произлизат от опортюнистичните инфекции, които се появяват, тъй като имунната система на организма е увредена. Появяват се бърза загуба на тегло, повтаряща се треска, постоянна кашлица, нарушения в зрението, увеличени лимфните възли, чести инфекции, червени, кафяви, розови или морави петна по или под повърхността на кожата или лигавиците, депресия и други неврологични отклонения.

Диагноза. Най-използваният метод за установяване на инфектирани с вируса на СПИН е Елайза (Eliza). Тестът обикновено се провежда като първи за установяване на инфекцията. Той открива антитела, които се развиват в тялото срещу вируса на СПИН. В случай, че резултатът е положителен, тестът се повтаря и ако резултатът отново е положителен, се провеждат други изследвания, за да се потвърди диагнозата.

Тестът Уестърн блот (Western blot) е друг вид изследване за вируса на СПИН, който се провежда за потвърждаване на положителен тест Eliza. Този тест открива специфични протеини, които се намират в инфектирания с ХИВ. Комбинацията от положителен Елайза и положителен Уестърн блот тест дава 99.9 % сигурност за наличие на ХИВ инфекция.

Лечение. Без лечение средната преживяемост след инфекция с HIV е около 9-11 години в зависимост от HIV подтипа. След диагностициране на СПИН, ако не е налично лечение, преживяемостта варира между 6 и 19 месеца. Високо активната антиретровирусна терапия (HAART) и подходяща превенция на опортюнистичните инфекции намаляват смъртността с 80 % и повишават продължителността на живота за новодиагностициран пациент в млада възраст с 20-50 години. Тези, които са диагностицирани късно (с броя на CD4 клетките под 350) е по-вероятно да имат лоша прогноза.

Антиретровирусната терапия включва употребата на комбинация от лекарства за лечение на ХИВ и се приема всеки ден. Помага на пациентите да предпазят имунната си система и да останат здрави. АРТ не може да излекува инфекцията, но може да намали количеството на вируса и така да помогне на пациентите да водят по-дълъг и пълноценен живот, както и да се минимизира риска от предаване на вируса. В България от 2016 г. пациентите могат да започнат лечение веднага, независимо от броя на CD4 клетките в кръвта (www.oxfam.org).

СПИН по време на бременност

Заразените с вируса на СПИН жени, като всички останали, могат да забременяват и да имат здрави деца. Множеството контролни наблюдения и изследвания доказват, че не се наблюдава и установява сериозно клинично влошаване на болестта при HIV – положителните бременни жени. Счита се, че бременността има само незначително влияние върху протичането на инфекцията, както и за прогресирането на AIDS-заболяването.

Ако бременната няма ХИВ-тест преди бременността, е задължително да се направи експресен такъв при постъпване за раждане. Той е необходим за определяне начина на родоразрешение и вземането на необходимите предпазни мерки. При всяка бременност на жена със серопозитивен тест и съпруг с положителен тест е правилно двойката да бъдат консултирани и диспансеризирани в центрове по сексуално-трансмисивни заболявания.

Трябва да се вземе точно и отговорно решение, след допълнителни разяснявания, консултации и взаимност между двете страни (прекъсване на по-ранна бременност или нейното доизносване (https://bg.gsk.com/media/827924/hiv-contest-journalists.pdf).

Налага се редовно следене на количеството на CD4 Т-клетките. По време на бременността е необходимо лечение с високо активни антиретровирусни медикаменти, а по време на самото раждане – инфузия с azidothymidine. Когато бременната приема антиретровирусни медикаменти по време на бременността, се понижава риска от предаване на вируса на бебето до под 2 %. Ако не са взети мерки и не е започнато лечение, вероятността за предаване на HIV инфекцията по време на раждането е 10-20 %.

Последните световни становища и анализи за начина на водене на раждането са в полза на Sectio Caesarea, поради това че е установено определено намаление на риска от предаване на ХИВ – инфекцията върху деца, родени по абдоминален път. Това се дължи на факта, че времето за контакт с HIV-инфектираните телесни течности на майката е много по-малко в сравнение с нормалното (вагинално) раждане.

След раждането новороденото се изследва задължително за наличие на вродено заболяване. По-добре заразената с вируса на СПИН майка да не кърми бебето си, защото вирусът може да се предаде чрез майчиното мляко. Освен това вирусът на СПИН в майчиното мляко е с много висока концентрация. Наблюдението, раждането и част от пуерпералния период се извършват при строго спазване на правилата за асептика и антисептика и професионална комуникация между пациент и обслужващ медицински персонал (Shterev, A., Dimitrov, A., Nikolov, et al., 2014).

ИЗВОДИ

Болестта СПИН често се свързва със забранени теми като сексуални отношения и използване на наркотици и затова дискусията за това как да се предпазим може да бъде трудна. Често болните се страхуват да признаят за болестта, тъй като могат да бъдат дискриминирани заради морални предразсъдъци в обществото и дори в семейството. Предразсъдъците към болния забавят диагностиката и лечението. Те пречат и на предпазването, тъй като хората често се боят да дискутират темата за болестта.

Макар все още ваксина срещу вируса да не е създадена, в момента се предлага т. нар. преекспозиционна профилактика – чрез която се позволява с предварителна медикация (прием на медикаменти), за да се осигури защита от заразяване. Пост-експозиционна профилактика (ПЕП) означава прием на антиретровирусни медикаменти, колкото е възможно по-скоро след контакта с ХИВ. ПЕП трябва да започне възможно най-скоро след контакта с ХИВ и не по-късно от 72 часа. Терапията с три антиретровирусни лекарства би следвало да продължи 4 седмици, особено ако лечението се понася добре. Пост-експозиционната терапия се предписва за след рисков секс, както и за медицински лица, попаднали в рискова обстановка – например опръскване с кръв от ХИВ- позитивен пациент при медицинска манипулация, пробиване на ръкавица при инжектиране и подобни.

REFERENCES

Shterev, A., Dimitrov, A., Nikolov, A., Zlatkov, V., Ivanov, S., et al. (2014). Obstetrics. Sofia: Publishing MI ARSO (***Оригинално заглавие***: *Щерев, А., Димитров, А., Николов, А., Златков, В., Иванов, С., и др., (2014). Акушерство. София: Издателство МИ АРСО.*)

https://www.cdc.gov/

www.oxfam.org

https://bg.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%98%D0%92

http://www.mh.government.bg/bg/novini/aktualno/v-blgariya-97-ot-horata-s-hivspin-sa-na-terapiya/

https://bg.gsk.com/media/827924/hiv-contest-journalists.pdf

WED-ONLINE-SSS-HC-23

BIRTH WITHOUT ON EPISIOTOMY - THE ROLE OF THE MIDWIFE [53]

Andriyana Stoyanova - student
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Tel: +359 893 212 738
e-mail: andriyanacekovska97@gmail.com

Songyul Megmedova- student
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 897 347 734
e-mail: djigi1970@abv.bg

Pr. Assist. Prof. Yoana Lukanova, PhD
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: +359 885 047 644
e-mail: ylukanova@uni-ruse.bg

Abstract: *Globally as well as in Bulgaria specialists in obstetrics and gynaecology profesionals, midwives and health appealing and striving to reduce intervention during normal birth, reducing the percentage of caesarean section. The aim is to reduce episiotomies, since the perineum is considered to be sufficiently elastic and that mechanical fractures subsequently have on adverse effect. Over the last decade, the midwife has played an important role during pregnancy, at the time of the childbirth and the are first partner in the care of the newborn as she seeks to give the right advice and to introducing the woman into the so-called "life" of the mother.*

Keywords: *episiotimia, midwife, birth, care, woman, newborn, child*

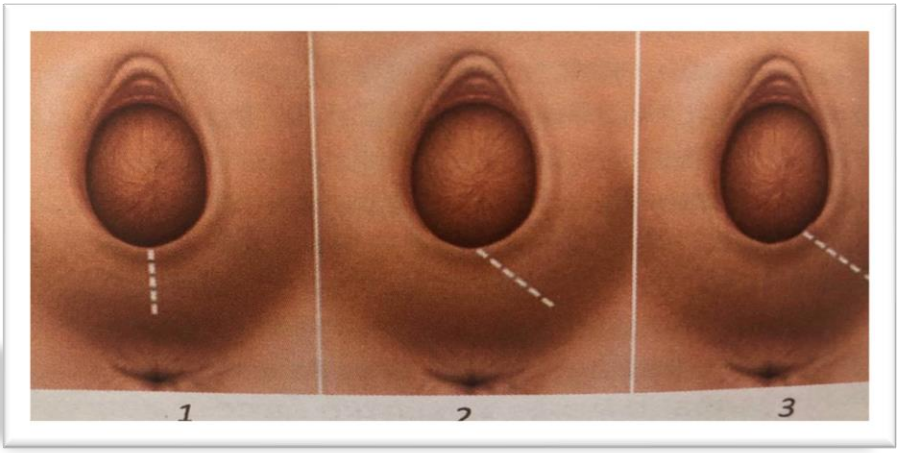
ВЪВЕДЕНИЕ

Рутинната или „профилактична" епизиотомия е квинтесенциален пример за акушерска манипулация, която съществува въпреки пълната липса на доказана необходимост и същевременно значителен брой медицински клинични проучвания против прилагането й. През последните 20 години в медицинската литература няма публикувани сериозни данни, които да подкрепят необходимостта или евентуалните ползи от извършване на тази интервенция при нормално, неусложнено раждане. В днешно време рутинното използване на епизиотомия е заменено с политика на селективна/рестриктивна епизиотомия, като кога да бъде приложена е оставено на преценката на лекаря/акушерката. Последното, разбира се, е много проблематично и честотата на използването на епизиотомия варира в много големи амплитуди, както между държавите, така и между отделните болници (https://www.medinfo.bg/spisanie/2011/2/statii/profilaktichnata-epiziotomija-istorichesko-nasledstvo-bez-medicinska-obosnovka-1059). В голямо проучване, опиращо се на данните от Euro Peristat от 2010 г., става ясно, че тези разлики са наистина драстични, като най-висок, над 60%, е делът на епизиотомията в Кипър (75%), Португалия (72.9%), Румъния (68.2%) и Полша (67.5%), а най-нисък, под 10%, в Дания (4.9%), Швеция (6.6%) и Исландия (8.4%) (https://maikomila.bg/%D1%89%D0%BE-%D0%B5-%D1%82%D0%BE%D0%B5%D0%BF%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F/?fbclid=IwAR13dT5Bd9PTqyTM3E0nJIfnBQIclPd92xuqvkYZxMsUXXyf9tpGLM1rHk).

[53] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: РАЖДАНЕ БЕЗ ЕПИЗИОТОМИЯ – РОЛЯТА НА АКУШЕРКАТА.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Епизиотомията (episiotomie) е най-честата оперативна намеса по време на раждане. Тя е чиста акушерска манипулация, която се извършва по време на изгонването на плода, като представлява прав, чист хирургичен разрез в три различни посоки: медиална, медиолатерална и латерална (Serbezova, I., 2014).



Фиг.1. Посока на разреза при отделните видове епизиотомии:
1-медиална, 2-медиолатерална, 3-латерална (Serbezova, I., 2014)

Решението за извършването й се взима от акушерките при наличието на необходимост и ако присъстващият лекар на раждането даде нареждане да бъде направена. Показанията за епизиотомия са**:**

- очаквано раждане на едър плод;
- при необходимост от използването на форцепс или вакуум-екстрактор;
- удължена втора фаза на раждането – т. нар. изгонване на плода;
- раменна дистокия – затруднено освобождаване на раменния пояс на плода;
- раждане в седалищно предлежание;
- при недоносен плод, за да се ускори раждането.

(https://www.medinfo.bg/spisanie/2011/2/statii/profilaktichnata-epiziotomija-istorichesko-nasled-stvo-bez-medicinska-obosnovka-1059).

Епизиотомията намалява също така честотата на цистоцеле, ректоцеле и стрес-инконтиненция при майката, въпреки че подобни твърдения не са доказани в практиката. Human Labour and Birth добавя, че извършването на епизиотомия предотвратява възможно „увреждане на мозъка на плода“, като намалява натиска на главата срещу перинеума. Друг сериозен „аргумент“, който битува сред практикуващите акушери и специалисти в областта на акушерството и гинекологията е, че профилактичната епизиотомия предпазва перинеума от сериозни разкъсвания. В същото време различни автори посочват, че епизиотомията, както и всяка друга оперативна процедура, носи риска от кръвозагуба, трудно зарастване и инфекция на раневата повърхност. Според Thacker и Banta инфектиране с последваща рерафия и вторично зарастване на епизиотомията се докладват в 0.5 до 3.0% от пациентките, при които е извършена епизиотомия по време на раждане. В медицинската литература са описани и две редки инфекции – некротизиращ фасцит и клостридийна мионекроза. Те са убили много жени и са довели до сериозни увреждания на оцелелите. Според William’s Obstetrics “смъртността при тези инфекции е практически 100%, ако не се приложи хирургично лечение и достига до 50% дори и след извършване на обширни ексцизии на външните полови органи”. В тези случаи става дума за здрави жени, при които е направена „профилактична“ епизиотомия по време на неусложнено раждане, т.е. епизиотомията се оказва причина за смъртта им. Клинични проучвания водят до следните изводи:

- ако по време на нормално, неусложнено раждане, не се направи епизиотомия, има вероятност да се получат разкъсвания на мекия родов канал, но с много малки изключения те няма да са по-тежки от оперативно направения разрез;
- епизиотомията не предотвратява разпъването на тазовото дъно, т.е. няма отношение към бъдеща уринарна инконтиненция или влошаване на половия живот;
- епизиотомията не се възстановява по-лесно от спонтанното разкъсване и обикновено е по-голяма като обем;
- епизиотомията не зараства по-добре от спонтанно разкъсване;
- епизиотомията не е по-малко болезнена от спонтанно разкъсване, а в много случаи може да е причина за късна поява на болка по време на полов контакт;
- епизиотомията не предотвратява мозъчни или други увреди на плода по време на раждане (https://www.medinfo.bg/spisanie/2011/2/statii/profilaktichnata-epiziotomija-istorichesko-nasledstvo-bez-medicinska-obosnovka-1059).

Ак. Илона Нешкова от акушерски кабинет „Зебра“ прави проучване в страницата на „Майко Мила“ във „Фейсбук“ през 2018г., като в нея взимат участие 3400 жени, които споделят дали им е направена епизиотомия:

Фиг.2. Анкета (https://maikomila.bg/има-ли-проблем-с-епизиотомията)

Статиската показва, че прилагането на епизиотомията все още намира голямо приложение по време на нормално раждане в България. Тя е била дълги години част от рутинната грижа за жената по време на раждане. Толкова дълги години, че сега е много трудно и за професионалистите, и за пациентите, да свикнат с идеята, че различен подход може да е дори по-удачен и безопасен**.** Истината е, че няма никакви научни доказателства рутинното приложение на епизиотомия да спестява разкъсвания при жените. Напротив – избягването на рутинната епизиотомия води до 30% по-малко тежки разкъсвания на влагалището и перинеума. И още – рутинната епизиотомия не спестява кръвозагуба, не намалява случаите на новородени с нисък APGAR, нито намалява честотата на инфекциите. С други думи рутинното използване на епизиотомия не води до по-малък травматизъм при майките и бебетата. От опита на колегите в страните с по-добри показатели на майчиното здравеопазване знаем, че лекарите и акушерките се стремят към използването на епизиотомия възможно най-рядко, след като са опитали редица други прийоми, които да спестят на жената интервенцията. Голяма част от тези прийоми са трудни за повсеместно приложение у нас. В България е трудно да се въведе рутинното използване на позиции за раждане, които използват гравитацията, за да се улесни ротацията и раждането на бебето по този начин. Рядко се използват топли компреси или масла за перинеум, които да повишат еластичността на кожата, за да минимизират нуждата от епизиотомия. Рутината на

акушерската работа често увлича и надделява над добрите намерения да опитваме нови неща, с които да повишаваме качеството на грижите за раждащите жени в България. Намаляването на процента на епизиотомиите в страната ще започне, едва когато изясним процента на интервенцията. Тоест, все още очакваме единна база с данни за показателите, описващи качеството на родилната грижа у нас, които да отговарят на международните критерии за събиране на точна статистика, отговарят на действителността в цялата страна и могат да бъдат дискутирани както в научни изследвания, така и заедно с жените като регулатор на качеството на предоставената им услуга – раждане в 21 век съобразно най-добрите медицински практики (https://maikomila.bg/има-ли-проблем-с-епизиотомията).

При младите първескини (20 г.-30 г.), перинеума е с доста голяма еластичност и почти не се налага прилагането на епизиотомия, докато при по-възрастните (31 г.-40 г.), тази еластичност е една идея по-отслабена и практически тук прилагането на епизиотмията е почти задължителна, за да се опази перинеума от по-големи разкъсвания, както и от разкъсване по меките родови части. По време на ЖК бременните могат да бъдат съветвани от акушерката си да правят упражнение на Кегел, да практикуват йога по време на 9-те месеца, да усвоят техники за дишане и дълбока релаксация, масаж на перинеума през последния месец от бременността и непосредствено преди раждането могат да намалят вероятността от наложителна епизиотомия. Причината е, че мускулите на влагалището ще бъдат максимално подготвени за раждането (https://semeistvo.rozali.com/rajdane/koga-se-nalaga-izvurshvaneto-na-epiziotomiia.html).

Ролята на акушерката обаче не се ограничава до тук – по време на всяко раждане тя преценява дадената ситуация, дали перинеумът е достатъчно разтеглив и податлив на натиска на детската глава и да прецени колко голям е риска от разкъсвания на меките тъкани и перинеума и дали да приложи механична намеса, като направи епизиотомия.

ИЗВОДИ

Раждането е динамичен процес, който подлежи на навременни мерки по време на неговото осъществяване. В 21 век родилната помощ се променя с бързи темпове като се стреми да предоставят най-добрите грижи за пациентките си и техните бебета. Акушерките ги предлагат и ги предоставят като избор и доказват колко добре информирани са в областта и са наясно с новостите, които ще доведат до още по-голям комфорт и ще създаде отлична връзка между новороденото и майката. Дамите с „малки“ ръце и „големи“ сърца все повече промотират естественото раждане и целят да докажат на бъдещите майки какви са ползите от него, като за целта се доверяват на научните факти и на традициите, които са били предавани от поколение на поколение и са доказани във времето, но се използват и до ден днешен.

REFERENCES

Hristova, Tsv. (2017). Special obstetric care in normal pregnancy, manual for midwives and nurses, MEDIATEH (***Оригинално заглавие:*** *Христова, Цв. (2017). Специални акушерски грижи при нормална бременност, Наръчник за акушерки и медицински сестри, МЕДИАТЕХ).*

Hristova, Tsv. (2019). Pre-graduate students internship for forming professional competences, //Izvestie, Union of Scientists – Ruse, (9), ISSN 1311 – 1078 (***Оригинално заглавие:*** *Христова, Цв. (2019). Преддипломният стаж на студентите акушерки за формиране на професионални компетенции.//Известие, СУБ – Русе,(9), ISSN 1311 – 1078).*

Lukanova, Y. (2015). Midwifery clinical support points Respont quickly. Ruse: Publishing center at the University of Ruse (***Оригинално заглавие:*** *Луканова, Й., 2015. Опорни точки за клинична практика за акушерки реагирай бързо. Русе: Издателски център при Русенски университет).*

Serbezova, I. (2014). Special Midwife Care for Pregnant Women, Women in Labour, Women in the Postpartum Period and for Newborns. Rousse: Print Center at „Angel Kanchev” University of Rousse, p. 136, 142 (***Оригинално заглавие:*** *Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени. Русе: Печатна база при Русенски университет „Ангел*

Кънчев“,136-142 стр.) .

https://www.medinfo.bg/spisanie/2011/2/statii/profilaktichnata-epiziotomija-istorichesko-nasledstvo-bez-medicinska-obosnovka-1059

https://www.puls.bg/bremennost-i-razhdane-c-36/epiziotomiia-da-ili-ne-zhensko-zdrave-s-dots-kostov-n-30507

http://mysurgery.bg/здраве/образна-диагностика/469-епизиотомия

https://maikomila.bg/има-ли-проблем-с-епизиотомията

https://semeistvo.rozali.com/rajdane/koga-se-nalaga-izvurshvaneto-na-epiziotomiia.html

https://maikomila.bg/%D1%89%D0%BE-%D0%B5-%D1%82%D0%BE-%D0%B5%D0%BF%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F/?fbclid=IwAR13dT5Bd9PTqyTM3E0nJIfnBQIclPd92xuqv-kYZxMsUXXyf9tpGLM1rHk

WED-ONLINE-SSS-HC-24

THE DA VINCI ROBOT AND ITS APPLICATION IN GYNECOLOGY [54]

Didem Redzhebova – student
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: didem96@abv.bg

Pr. Assist. Prof. Tsveta Hristova, PhD
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0878389793
e-mail: tshristova@uni-ruse.bg

Abstract: *FDA approved Da Vinci Surgical System in 2005 for gynecological surgery. It has been rapidly adopted and it has already assumed an important position at various centers where this is available. It comprises of three components: A surgeon's console, a patient-side cart with four robotic arms and a high-definition three-dimensional (3D) vision system. In this review we have discussed various robotic-assisted laparoscopic benign gynecological procedures like myomectomy, hysterectomy and endometriosis. A PubMed search was done and relevant published studies were reviewed. Surgeries that can have future applications are also mentioned. At present most studies do not give significant advantage over conventional laparoscopic surgery in benign gynecological disease. However robotics do give an edge in more complex surgeries. The conversion rate to open surgery is lesser with robotic assistance when compared to laparoscopy. For myomectomy surgery, Endo wrist movement of robotic instrument allows better and precise suturing than conventional straight stick laparoscopy. The robotic platform is a logical step forward to laparoscopy and if cost considerations are addressed may become popular among gynecological surgeons world over.*

Keywords: *endometriosis, hysterectomy, myomectomy, robotic, surgery*

ВЪВЕДЕНИЕ

Изучаването на човешката анатомия от Леонардо да Винчи довежда до проектирането на първия известен робот в историята – Da Vinci. В глобален мащаб има инсталирана база от 3 803 единици - 2 501 в Съединените щати, 644 в Европа, 476 в Азия и 182 в останалата част на света.

Роботизираната хирургична система Da Vinci (Калифорния, САЩ) първоначално е въведена в сърдечната хирургия през 1999 г. Следва широко адаптиране в урологични, гинекологични, общи, гръдни и хирургични операции на главата и шията. Според официалната статистика на Интуитивната хирургическа практика (2013) са извършени приблизително 2 милиона процедури (Kim CW, Kim CH, & Baik SH., 2014).

Da Vinci е хирургична система от най-високо ниво. Тя е създадена за да увеличи възможностите на хирурзите чрез 3D-визуализация и перфектен образ. Чрез нея анатомичните структури се виждат с най-висока разделителна способност и яснота.

Тенденцията за преминаване от отворена и лапароскопска хирургия към роботизирана хирургия изглежда неизбежна в световен мащаб (Kim YT, Kim SW. & Jung YW**.,** 2002, 2008).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Първата документирана употреба на асистирана хирургична процедура се отразява през 1985 г., когато роботизирана хирургична ръка PUMA 560 е използвана в деликатна неврохирургична биопсия, нелапароскопска хирургия. Роботизираната система позволява по-голяма прецизност с минимална инвазивност (например лапароскопии, които обикновено

[54] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: РОБОТЪТ ДА ВИНЧИ И ПРИЛОЖЕНИЕТО МУ В ГИНЕКОЛОГИЯТА.

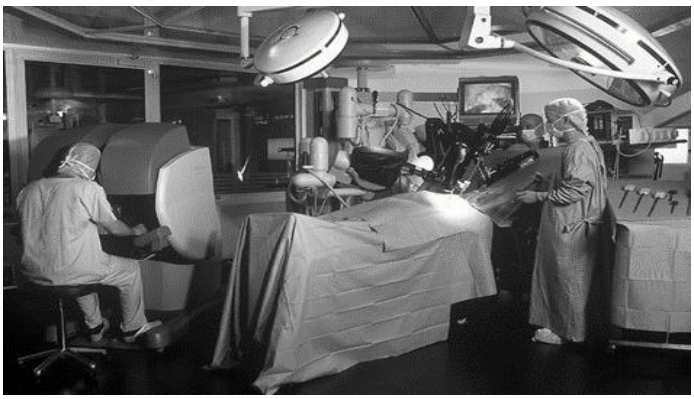
използват гъвкави оптични камери). Постижение в медицината е първата лапароскопска процедура през 1987 година включваща роботизирана система при холецистектомия. Година след нея, същата PUMA система е използвана за извършване на трансуретрална резекция (Reynolds RK. & Advincula AP., 2006).

През 1990 г. системата AESOP, произведена от Computer Motion, става първата система, одобрена от Администрацията по храните и лекарствата (FDA) за своята ендоскопска хирургична процедура.

Хирургичната система Да Винчи разработва фундамента, върху който се развива съвременната роботизирана хирургия и е първата система одобрена от FDA за обща лапароскопска хирургия. В научни източници се отбелязва, че това е престижно постижение одобрено от FDA при използване на всеобхватна система от хирургически инструменти и апарати за камери/скопи. Предшествениците разчитат на използването на ендоскопи и многобройни хирургични асистенти за извършване на операция. Триизмерният екран за увеличение на роботизираната хирургична система Да Винчи позволява на хирурга да вижда оперативната зона с яснота и висока разделителна способност. Хирургическите рамена с диаметър от един сантиметър представляват еволюционния прогрес на PUMA 560. С миниатюрни операционни пособия, роботизираната хирургическа система Да Винчи позволява по-малък контакт между откритата вътрешна тъкан и хирургичното устройство, което значително намалява риска от инфекция. Характеристиките „Ендо-китка“ на операционните рамена прецизно възпроизвеждат умелите движения на хирурга при контролите, като подобряват точността в малки операционни полета (Samadi, D., 2020).

В България системата се прилага основно в областта на урологията и гинекологията. Професор д-р Григор Горчев е пионерът на хирургията с медицинския робот „Да Винчи“. Тази технология се прилага в България само около година и половина след първата роботизирана операция в гинекологията извършена през 2006 г. в САЩ. През 2008 г. проф. д-р Горчев и екипът му започват да използват роботизирана хирургическа система Da Vinci за лечение на онкологични гинеколочни проблеми, а през 2012 г. успешно налагат напълно неинвазивното лечение на солидни тумори с високинтензивен фокусиран ултразвук (HIFU). Хайфу е напълно неинвазивна медицинска терапия, при която чрез насочен ултразвуков сигнал и при уникална прецизност се постига аблация (стопяване) на новообразуванието. Терапията е органосъхраняваща, без конвенционална хирургична интервенция - без разрези, без кръвозагуба, с минимален риск от инфекции и липса на оперативен стрес. Ултразвуковата аблация е революционен, радикално нов подход при третирането на новообразувания в човешкото тяло (тумори) - както доброкачествени, така и злокачествени.

Операционната система се състои от конзола (пулт за управление), при която работи хирургът и операционен робот с четири ръце. Една от ръцете държи видеокамерата, предаваща изображението на оперирания участък, другите две в реално време възпроизвеждат движенията на хирурга, а четвъртата ръка изпълнява функциите на асистент на хирурга. На конзолата операторът получава увеличена 3D картина и може да направлява в реално време ръцете на робота и инструментите при петкратно намаляване на разстоянията. Неволните движения като трепване се изглаждат. Операторът постига оптимална прецизност в движенията и качество на хирургичната операция, включително при най-сложните оперативни интервенции. Конзолата може да е разположена в зала с пациента, в друга зала и дори в друга сграда, или държава Камерната система с 10-кратно увеличение предава и фини структури, като нерви и съдове. Операционният робот не може да бъде програмиран и не изпълнява собствени движения. Малките сменяеми инструменти на края на ръцете на робота са разработени специално за системата и могат да се движат със седем степени на свобода – повече, отколкото може човешката ръка (Davies B., 2000).



Фиг. 1. Роботизирана хирургична система „Да Винчи“
(Ann Surg., 2004)

Целта на доклада е да се представи използването на роботизирани операции в гинекологичната хирургия.

Използван е документален метод и проучване на интернет ресурси.

Контекстулен анализ. Гинекологичните операции са сферата, в която роботизираната хирургия се използва най-често. Всички гинекологични операции, и в частност операциите при гинекологични онкологични заболявания, могат да се извършат с помощта на роботизирана система. Повечето пациентки с гинекологични видове рак трябва да преминат химиотерапия или лъчетерапия след операцията. При извършване на отворена операция, хирургичният разрез от 20-25 см се нуждае от около месец време за да заздравее, а това забавя последващото лечение. Голяма част от пациентите са в напреднала възраст, с наднормено тегло и системни заболявания, които затрудняват както извършването на отворена операция, така и постоперативното възстановяване. При роботизираната хирургия е достатъчно възстановяването от само 4 или 5 малки отвора. Пациентът се изписва след няколко дни и химиолечението или лъчетерапията могат да започнат в кратки срокове (AAGL, 2013).

Заболяванията, които могат бъдат лекувани с робота Da Vinci в гинекологията са:

- рак на репродуктивната система: маточната шийка, маточното тяло, яйчници, маточни тръби;
- миома на матката;
- анормално кървене от матката;
- фиброидни тумори;
- ендометриоза;
- тазов пролапс;
- жени с наднормено тегло с горните страдания (AAGL, 2013).

Лечението се провежда на доброкачествени и злокачествени заболявания на женските полови органи, предракови състояния.

Предимства на роботизирана хирургия Да Винчи в гинекологията:

- минимално-инвазивна техника с по-малко болка, ниска травматичност и усложнения;
- по-малка кръвозагуба, бързо възстановяване, по-добър козметичен ефект;
- възможности за хирургия (в определени случаи) със запазване на репродуктивните способности на жената;
- прецизна хирургия, която щади околните тъкани и нерви;
- максимално качество на хирургичната процедура, особено важно при отстраняване на тумори;
- кратък болничен престой и връщане към ежедневния ритъм на живот.

Техниката подобрява резултатите за настъпване на бременност след оперативното лечение. Изследвания показват, че това се дължи най-вече на възможностите за съхранение целостта на матката. Отчетени са данни от проучване направено сред 107 пациентки. От респондентите 92 са с нормални находки в последващия възстановителен период. Отчетени

са успешни бременности след роботизирана миомектомия. Проучванията продължават с дългосрочно проследяване на репродуктивните резултати (Bocca S. & Stadtmauer L., 2007).

◆ *Миомектомия*

В сравнение с коремната миомектомия, роботизираната хирургия показва по-малка загуба на кръв, по-кратък болничен престой и по-малко усложнения. При конвенционалните лапароскопии, въпреки че има по-малка загуба на кръв и по-кратък болничен престой, оперативното време е по-дълго (234 срещу 204 мин.) (Nezhat C. & Lavie O. 2009).

Роботизираният подход помага на хирурзите да разширят границите си по отношение на размера и броя на миомите, които могат да бъдат отстранени по минимално инвазивен начин. По този оперативен начин не само се премахва миомата, но е възможно да се зашие дефекта на матката на по-трудно достъпни места.

Учени правят извода, че хибридната роботизирана хирургия е удачна при отстраняване на миоми, които са с размери повече от 10 cm и са разположени извън таза - дълбоки интрамурални миоми или силно съдови миоми (Advincula AP. & Xu X., Goudeau S. 2007). Предимството на техниката е, че тя запазва тактилно усещане особено необходимо при големите миоми. Трябва да се направи всичко възможно за запазване на маточните тръби (Quaas AM. & Einarsson JI., 2010).

◆ *Роботизирана хистеректомия*.

Хистеректомията е най-често прилаганите разширени (големи) операции при жените, несвързани с бременност. Тази процедура включва хирургично отстраняване на матката, а в някои случаи и на маточната шийка (цервикс), маточните (фалопиевите) тръби и яйчниците.

При въвеждането на роботизирана платформа се увеличават случаите на роботизирана хистеректомия. Проведени научни проучвания (Cochrane 2012) за използване на роботизирана хирургия при доброкачествени гинекологични заболявания показват, че роботизираната хирургия е свързана с подобрена ефективност и безопасност (Liu H, Lu D. & Wang L, 2012).

◆ *Ендометриоза.*

Ендометриозата е доброкачествено заболяване, което често рецидивира. За съжаление, от него страдат млади момичета, много често нераждали. Проявява се с болка по време на цикъл, понякога и постоянна, нередовни менструации, унищожаване на яйчниковата тъкан, изчерпване на яйчниковия резерв, образуване на сраствания и нарушаване на проходимостта на маточните тръби. В част от случаите се стига до пълно срастване на червата в малкия таз (т.нар. „замръзнал таз”) ((AAGL, 2013).

При оперативното лечение е необходима изключителна прецизност, за да се избегне нараняването на съседни коремни органи. Ретроспективно проучване, публикувано от Nezhat и колектив публикува резултати при 78 пациентки за успешното лечение и възстановяване с роботизирана хирургия (Nezhat C, & Lewis M. 2010).

Лапароскопската хирургия, подпомагана от роботи е безопасна и качествена алтернатива за осъществяване на цялостно хирургично лечение при ендометриоза (Siesto G, Ieda N, at all. 2014).

В случаи на кисти на яйчниците, неголеми операции на миоми, пролапс на матката, сраствания, както и операции вследствие от спонтанен аборт поради проблеми с тръбите или цервикална недостатъчност, хирургичната намеса може да се осъществи с помощта на робот.

В редица случаи на преканцерози и ранно открит рак на маточната шийка с помощта на робот-асистираната хирургия е възможна хирургията на тялото на маточната шийка без пълно отстраняване на матката и със запазване на репродуктивните възможности на жената.

Лечението с роботизирана хирургия Да Винчи е особено подходящо при рак на ендометриума и преканцерози, когато жените са с наднормено тегло. В тези случаи лечението с този метод **е златен стандарт** (AAGL, 2013).

С роботизираната система Да Винчи се извършват минимално инвазивни интервенции с висока степен на сложност, като нивата на травматичност и постоперативните болки са ниски. Постига се минимализиране на рисковете за пациентката. Околните тъкани са максимално запазени, намалява се загубата на кръв и рискът от следоперативни инфекции.

Възстановяването след операция проведена с робота Да Винчи е по-кратко в сравнение с времето при отворената хирургия. Пациентките се връщат към обичайното си всекидневни задължения дори на втория ден след операцията.

ИЗВОДИ

Високите технологии в медицината навлизат все по-широко в хирургичната практика. Тяхната основна цел е постигането на по-голяма прецизност, намаляване на болката и усложненията и подобряване на качеството на живот в следоперативният период. До това в най-голяма степен се доближава роботизираната хирургия извършена с хирургичната система Da Vinci. Роботизираната хирургия до този момент остава най-щадящият хирургичен метод за оперативно лечение. Със своята малка травматичност и свобода на движение на роботизираните инструменти, вече е възможно достигането и до най-трудно достъпните места в тялото на пациента.

REFERENCES

AAGL. (2013). Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide. AAGL position statement: Robotic-assisted laparoscopic surgery in benign gynecology. J Minim Invasive Gynecol

Advincula AP, Xu X, Goudeau S. & Ransom SB. (2007). Robot-assisted laparoscopic myomectomy versus abdominal myomectomy: A comparison of short-term surgical outcomes and immediate costs. J Minim Invasive Gynecol.

Bocca S, Stadtmauer L & Oehninger S. (2007). Uncomplicated full term pregnancy after da Vinci-assisted laparoscopic myomectomy. Reprod Biomed Online

Davies B. (2020) A review of robotics in surgery. *Proc Inst Mech Eng*.

Kim CW, Kim CH. & Baik SH. (2014). Outcomes of robotic-assisted colorectal surgery compared with laparoscopic and open surgery: a systematic review. J Gastrointest Surg

Kim VB, Chapman WH. & Albrecht RJ, et al. (2002). Early experience with telemanipulative robot-assisted laparoscopic cholecystectomy using Da Vinci. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*.

Kim YT, Kim SW. & Jung YW. (2008). Robotic surgery in gynecologic field. Yonsei Med J.

Liu H, Lu D, Wang L, Shi G, Song H. & Clarke J. (2012). Robotic surgery for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev

Nezhat C, Lavie O, Hsu S, Watson J, Barnett O. & Lemyre M. (2009). Robotic-assisted laparoscopic myomectomy: A retrospective matched control study. Fertil Steril.

Nezhat C, Lewis M, Kotikela S, Veeraswamy A, Saadat L. & Hajhosseini B, et al. (2010). Robotic versus standard laparoscopy for the treatment of endometriosis. Fertil Steril.

Quaas AM, Einarsson JI, Srouji S. & Gargiulo AR. (2010). Robotic Myomectomy: A review of Indication and techniques. Rev Obstet Gynecol

Reynolds RK. & Advincula AP. (2006). Robot-assisted laparoscopic hysterectomy: Technique and initial experience. Am J Surg.

Samadi, D. (2020). History and the future of Robotic Surgery. URL: Available at: https://www.roboticoncology.com/history-of-robotic-surgery/

Siesto G, Ieda N, Rosati R. & Vitobello D. (2014). Robotic surgery for deep endometriosis: A paradigm shift. Int J Med Robot

WED-ONLINE-SSS-HC-25

THE ROLE OF MIDWIFE IN THE ASSISTED REPRODUCTIVE TEHNOLOGY [55]

Dayana Yaneva-Hadzhinedeva – student
Department of Health Care
University of Ruse“Angel Kanchev”
e-mail: d.k.yaneva@gmail.com

Prof. Tanya Timeva, MD, PhD
Department of Health Care
University of Ruse“Angel Kanchev”
e-mail: ttimeva@yahoo.com

Abstract: *Midwives are valuable health workers in every field or phase of women's health. Their true value has been consistently demonstrated and regards mainly their function in labour. Infertility is a quite new area in which a great deal of innovating approaches has been made through the years.*

It seems that midwives have three distinct roles: emotional management of the infertile couple, being the main conncetion between the infertile couple and the reproductive specialist also, performing assisted reproductive techniques in some cases. Their psychomedical support is profound and, in this review, we try to research their potential role in the assisted reproductive units.

Keywords: *infertility, fertility units, midwifery, assisted reproductive techniques*

ВЪВЕДЕНИЕ

Развитието на асистираните репродуктивни технологии са сред най-големите медицински успехи на миналия век, което довежда до раждането на милиони деца по света. Те създават възможности за лечение на стерилитет и намиране на подходящи методики за повлияване на всички видове безплодие.

От създаването на първото ин-витро бебе през 1978 г., репродуктивната медицина непрекъснато се усъвършенства и търпи развитие, повишавайки шансовете за реализиране на бременност.

Лечението изисква мултидисциплинарен подход, включващ медицински експерти като акушер-гинеколог със специалност по репродуктивна медицина, ембриолог, андролог, ендокринолог, имунолог, психолог и акушерка.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Под безплодие (лат. Sterilitas) се разбира невъзможност да се осъществи оплождане. При нормален полов живот от една година и желание за дете, се приема, че двойката е потенциално безплодна (government.bg).

Най.чести причини за безплодие при жената:

- заболявания на влагалищено;
- заболявания на маточна шийка, тяло и тръби;
- нарушена яйчникова функция;
- психологичен проблем.

Най-чести причини при мъжа:

- вродени заболявания на мъжката полова система;
- аномалии в морфологията на сперматозоидите;

[55] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: РОЛЯ НА АКУШЕРКАТА В АСИСТИРАНИТЕ РЕПРОДУКТИВНИ ТЕХНОЛОГИИ.

- патологични промени в сперматогенезата вследствие възпаления на тестисите;
- влияние на професионални вредности ((Dimitrov, A., Zlatkov, V. 2013).

Видове стерилитет при жената:

- тубарно безплодие – обусловено от патологични промени в маточните тръби;
- ендокринно безплодие – дължащо се на разстройство във функцията на жлезите с вътрешна секреция, водещо до смущения в овулацията;
- имунологично безплодие – обусловено от производството на антиспермални антитела-спермоаглутениращи, спермоимобилизиращи, спермоцитотоксични;
- малформативно безплодие – дължащо се на малформативни нарушения в половите органи на жената;
- ендометриоза;
- психогенно безплодие;
- физиологично безплодие (Митева, К., 2014).

При мъжкото безплодие е налице функционално или органично нарушение, засягащо параметрите на еякулата. По-важни са: брой на сперматозоидите, подвижност, морфология на сперматозоидите, цвят на спермата, количество и други (Dimitrov, A., Zlatkov, V. 2013).

Наличието на безплодие насочва двойката към асистирана репродукция. Терминът обединява всички методи за въздействие върху репродуктивното състояние с цел постигане на бременност. Асистираната репродукция включва: методи за стимулация на овулацията и сперматогенезата, изкуствена инсиминация, вкарване на гамети или зиготи в маточните тръби, инвитро оплождане, трансфер на ембриони в маточната кухина, както и криоконсервация на гамети и ембриони.

Цел на доклада е да направи обзор на методи за асистирана репродукция и се изведат нужните акушерски грижи в алгоритми.

Методика:

Използван е документален метод и пряко наблюдение в Специализирана акушеро-гинекологична болница за активно лечение „Д-р Щерев“, град София по време на преддипломен стаж.

Направен е анализ на медицинска научна литература, учебници, пособия по темата.

Анализ и обсъждане:

Методи за асистирана репродукция:

Интраутеринна инсеминация (IUI) представлява инжектиране на обработена семенна течност в маточната кухина на жената с помощта на специален, стерилен, тънък и гъвкав катетър. Процедурата е кратка и безболезнена, извършва се няколко часа преди или след овулацията на пациентката. Инсеминацията може да се проведе на естествен или на стимулиран цикъл. При естествения цикъл организмът сам произвежда фоликул на базата на естествената ежемесечна овулация. При стимулирания цикъл се използват лекарствени продукти, които чрез хормонална стимулация подпомагат организма да развие повече от един фоликул. Когато доминантният фоликул достигне 18 - 20 мм в диаметър и ендометриумът (дебелината на маточната лигавица) е подходящ за таймиране на овулацията се назначава hCG инжекция (човешки хорион гонадотропин), например Pregnyl, Ovitrelle или Choriomon.

Инсеминацията обикновено се извършва на 36-ия – 40-ия час след повишаване нивата на LH хормон. За стимулирани цикли инсеминацията обикновено се извършва около 40 часа след поставянето на hCG инжекцията. В зависимост от медицинските индикации при всеки от партньорите, вътрематочната инсеминация може да се извърши с обработена семенна течност от съпруга/партньора или с донорски материал от сертифицирана криобанка. На 14-я дни след процедурата се прави тест за бременност (shterevhospital.com).

Инвитро оплождане IVF (лат. In-vitro – в стъкло).

Процедурата „инвитро оплождане” представлява метод на изкуствено оплождане на яйцеклетка в лабораторни условия. Извършва се при:

- тубарен стерилитет;
- неизяснен стерилитет, лекуван без успех в продължение на 1,5 години при жени до 35

години и 6 месеца при жени над 35 години;

- мъжки стерилитет;
- ендометриоза;
- LUF синдром;
- жени след проведени 4 инсеминации, незавършили с реализиране на бременност ((Dimitrov, A., Zlatkov, V. 2013).

Извършва се оплождане на една или няколко яйцеклетки извън тялото на жената. Процесът включва хормонално контролиране на овулацията, получаване на яйцеклетки и сперматозоиди, и поставянето им заедно в течна хранителна среда с цел оплождане. След това оплодените яйцеклетки (зиготи) се връщат в матката.

Процесът инвитро оплождане включва:

- контролирана хиперовариална стимулация, целяща да стимулира образуването на множество яйцеклетки. Използват се фуликоло-стимулиращи хормони. Яйчниковият отговор се мониторира чрез ултразвуков преглед и кръвни изследвания. Този процес продължава до наличието на фоликули с диаметър над 18мм.
- пункция на фуликули - достъпа е вагинален, под ултразвуков контрол и краткотрайна венозна анестезия. В деня на пункцията, партньора предоставя семенната течност. Изискването е полово въздържание 3 - 5 дни.
- яйцеклетките и получените сперматозоиди се поставят в инкубатори. Използват се средства за култивиране, чийто състав се доближава максимално до условията на маточните тръби и матка. При настъпило оплождане ембрионът се наблюдава 5 дни в инкубатор до достигане на стадий „компактизаия”.
- ембриотрансфер – поставяне на ембрион в маточната кухина чрез специален катетър през цервикалния канал. След 10 дни се извършва кръвен тест на жената за наличие на бременност (shterevhospital.com).

Задачи на акушерката в отделение по инвитро оплождане – пункция на фоликули

Предоперативната подготовка: акушерката проверява наличието на всички необходими клинични изследвани; пациентката не трябва да е приемала храна и течности; извършва клизма; премедикация назначена от анестезиолог; поставя венозен източник.

По време на манипулацията: акушерката подготвя необходимия инструментариум и консуматив. Върху стерилна масичка се поставят 20 сс спринцовки (броят им е в зависимост от наличните фоликула); специална игла за пункция; стерилни марли; пинцети; гинекологичен спекулум; стерилни ръкавици с нужните размери. Акушерката подпомага жената да заеме необходимото положение на гинекологичен преглед. Извършва тоалет на външни полови органи и тоалет на влагалището. След като пациентката е под анестезия и лекарят е поставил трансдюсера и иглата, акушерката свързва спринцовка с аспирационния сет. По указание от оператора акушерката аспирира фоликулите в спринцовките.

Постоперативна акушерски грижи:

След извеждането на жената от анестезия, акушерката регистрира и проследява соматичните показатели (RR, P), общо състояние. Два часа след манипулацията акушерката захранва пациентката и я раздвижва. Следва контролен преглед от оператор, сваляне на венозния източник и даване на нужните здравни съвети.

Процедури при асистирана репродукция:

- *Хидротубация* – изследване на проходимостта на маточните тръби под ултразвуков контрол. Въвежда се специална течност в яйцепроводите за да се определи степента на проходимост на фалопиевите тръби. Процедурата се извършва между 7 - 24-тия ден от менструалния цикъл.

Алгоритъм при хидротубация за акушерка

- акушерката информира жената за предстоящата процедура според компетенциите си;
- подканя жената да изпразни тазовите резервоари;

- представя „Документ за информирано съгласие“;
- подготвяне нужните инструменти и консумативи: стерилни ръкавици с подходящи размери, акушерски спекулум, воден разтвор на хибитан, стерилни пинцети, две стерилни 20 сс спринцовки, две стерилни 2 сс спринцовки, банка с NaCl 0,9%, антибиотик назначен от оператор, стерилен балон катетър 2-3 мл., стерилна ножица;
- подпомага жената да заеме подходящо положение на гинекологичния стол;
- извършва тоалет на външни полови органи и влагалище;
- асистира на лекар: след като лекарят аплицира катетъра и визуализира с вагиналния трансдюсер, акушерката раздува катетъра с 2 сс натриев хлорид; през другия отвор на катетъра вкарва бавно с 20 сс спринцовка натриев хлорид или разтворен антибиотик; след процедурата акушерката отстранява катетъра;
- наблюдава пациентката;
- почиства и извършва децинфекция на масичката и гинекологичния стол.

➢ *Хистеросалпингография (цветна снимка – HSG)* –рентгеново изследване с цел визуализация за установяване състоянието на фалопиевите (маточните) тръби и тяхната проходимост. Извършва се между 8 – 12 ден от менструалния цикъл. Визуализират се и маточната кухина и отчасти цервикалния канал. Използва се контрастно вещество, което се въвежда през цервикалния отвор чрез гъвкав, мек и тънак катетър. Рентгеновото изследване не се извършва при съмнения за бременност, при менструация, при тазово възпаление или заболяване, сериозни бъбречни или сърдечни проблеми, чувствителност към контрастното вещество, след кюретаж или неизяснено вагинално кървене бременност (shterevhospital.com).

Алгоритъм при хистеросалпингография за акушерка

- проверява наличие на необходимите изследвания (пълна кръвна картина, влагалищна чистота, бактериологично изследване на цервикалния секрет);
- извършва тоалет и избръсва външните полови органи;
- подканва жената да изпразни тазовите резервоари - при невъзможност за спонтанна дефекация се извършва очистителна клизма; при невъзможност за спонтанна микция - катетеризация на пикочен мехур;
- дезинфекция на външните полови органи;
- акушерката подготвя необходимата апаратура и инструментариум: стерилни ръкавици; акушерски стерилни валви; двузъбец; апарат на Шулце, 20 сс спринцовка за рентгеноконтрастното вещество, уплътняващи конусообразни накрайници, устройство за фиксация на матката; рентгеноконтрастно вещество; касета с рентгенов филм;
- подпомага пациентката да заеме гинекологично положение;
- акушерката асистира на оператора;
- наблюдава жената след процедурата – соматични показатели (shterevhospital.com).

При нормална проходимост на маточните тръби се пристъпва към метода на интраутеринна инсеминация. При установяване на непроходимост се извършва инвитро оплождане.

Задачи на акушерката при извършване на изследвания при репродукци

Таблица 1. Задачи на акушерката в подготовка на жената за манипулации при репродукция

Изследвания, манипулации	**Задачи на акушерката**
хормонални изследвания на жената (LH, estradiol, prolactin, FSH, TSH, AMH – хормон отговарящ за яйчниковия резерв)	С подходяща професионална комуникация обяснява на жената кои са подходящите дни за извършване на изследването: от 2-ри до 5-ти ден на менструалния цикъл.

микробиологични изследвания	Подготвя необходимите консумативи за вземане на изследването: стерилни ръкавици, акушерски спекулум, контейнери, предметни стъкла, четчици, тампони.
гинекологичен преглед	Акушерката запознава жената с подходящите дни за необходимия гинекологичен преглед - между 9 – 14-ти ден от месечния цикъл.
измерване на базална температура	Акушерката обяснява как се извършва изследването (вагинално/анално). Необходимо условие е да бъде проведено сутрин, преди ставане от леглото, с приготвен от вечерта термометър. Данните да се записват след регистрация. Разяснява получената крива от измерванията.
фоликулометрия	Акушерката следи за дезинфекцията на гинекологичния стол. Подпомага жената да се настани. Трябва да владее правилната професионална комуникация и дава информация на жената според нейните компетенции. Попълва навреме и точно необходимата документация.

Обектът на професионалната дейност на акушерката е пациентът – болен и здрав. Това налага безупречно овладяване на техниката на изпълнение на здравните грижи (Todorova, T. 2016, Hristova, Tsv., 2019). В Бристол е направено проучване за значимостта на акушерката при двойки преминали през АРТ процедури. Двойки, които са имали акушерка до себе са спокойни, емоционално по-стабилни. Тези, които не са контактували лично с акушерка са съобщили за недостиг на съпричастност и комуникация. При поднасяне на здравната информация следва да се спазват принципите на достъпност, достоверност, актуалност, стил на откровеност и доверие. Акушерката притежава нужната професионална комуникация и е доверен специалист на жената (Hristova, Tsv. 2018).

Проучване на Stamatis et. al. през 2010 година разкрива, че акушерките възприемат необходимостта от придобиване на знания и умения по отношение на психологическата подкрепа на двойките с репродуктивни проблеми. Източникът съобщава, че акушерката със своите компетенции, опит и умения могат да предоставят емоционална подкрепа и достъпна информация (Burns LH., 2007; Dimitrova, M., Dilkov, D., Dimitrova, G., et al., 2019). В друг медицински източник се цитира необходимата роля на акушерката в сферата на репродукцията „Тази група здравни специалисти са посветени на грижата за жените в тяхното клинично и емоционално здраве“ (Lindberg I., 2005).

ИЗВОДИ

Проучените литературни източници представят значимата роля на акушерката при извършване на репродуктивни процедури, не само като участник в медицинския екип, но и като подкрепа за жената. В ежедневната практика на акушерката възникват различни по сложност ситуации, които изискват точна и бърза преценка в определяне на специфични здравни грижи (Hristova, Tsv., 2016).

Обсъждането на тревоги, обясняването на лечението и предоставянето на обратна връзка постига по-добри резултати в медицинското обслужване (Sydsjo G., 2002).

Акушерките могат активно да участват в специализирани репродуктивни интервенции за лечение на стерилитет след продължаващо обучение. В Специализирана акушеро-гинекологична болница за активно лечение „Д-р Щерев“, град София, студентите акушерки на преддипломен стаж стават член на екип, който ги мотивира да развият своя потенциал и повишават знания и опит, формират качество на акушерските здравни грижи.

REFERENCES

Boivin, J., E. Griffiths. & A. Venetis. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: Meta-analysis of prospective psychosocial studies.

Burns, H. (2007). Psychiatric aspects of infertility and infertility treatments. Psychiatr Clin North Am 30

Dimitorov, A. & V. Zlatkov. (2013). Gynecology: medical press ARCO (***Оригинално заглавие:*** *Димитов, А. и Златков, В. (2013) Гинекология : медицинско издание АРСО)*

Dimitrova, M., Dilkov, D., Dimitrova, G., Vezenkov, S., Doynovska R. (2019). Psychosocial Aspects of Mother's Grief after a Failed Attempt at Assisted Reproduction. Philosophy. Vol. 28, Number 2, 2019. pp. 192-204. (***Оригинално заглавие:*** *Димитрова, М., Данчо, Д., Димитрова, Г., Везенков, С., Дойновска Р. (2019). Психосоциални аспекти на реакцията на скръб у майката след неуспешна асистирана репродукция. Том 28. Ноември 2, 2019. стр. 192-204).*

Gameiro S, J. Boivin, E. Dancet, C. Klerk. & M. Emery. (2015). ESHRE guideline: Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction - A guide for fertility staff

Hristova, Ts. (2016). Problem-posing education – a key factor in clinical decision-making skills in practical education of midwifery students. IN: 55th Annual Science Conference of Ruse University, ISBN 1311 – 3321 ***(Оригинално заглавие:*** *Христова, Ц. (2016). Проблемното обучение – формиращ фактор за клинично мислене в практическото обучение на студентите акушерки, В: Научни трудове Русенски университет, Издателски център при РУ Ангел Кънчев, ISBN 1311 – 3321)*

Hristova, Tsv. (2018). The pregnant woman as a subject of the didactic concept, B: IN: 57th Science Conference of Ruse University - SSS, Bulgaria, ISBN 1311-*3321* ***(Оригинално заглавие:*** *Христова, Ц. (2018). Бременната като субект на дидактическата концепция Русе, 57 Научна конференция, Русенски университет „Ангел Кънчев", ISBN 1311-3321)*

Hristova. Tsv. (2019). Pre-graduate students internship for forming professional competences, //Izvestie, Union of Scientists – Ruse, (9), ISSN 1311 – 1078 ***(Оригинално заглавие****: Христова, Ц. (2019). Преддипломният стаж на студентите акушерки за формиране на професионални компетенции.//Известие, СУБ – Русе,(9), ISSN 1311 – 1078).*

Lindberg, I., K. Christensson. & K. Öhrling. (2005). Midwives' experience of organisational and professional change.

Medical standart of Asisted Reproductive Technology (2007) (***Оригинално заглавие***: *Наредба номер 28 от Медицински стандарт за асистирана репродукция 2007).* URL: https://www.mh.government.bg/media/filer_public/43/95/4395a99b-d7e6-41f1-b4d9-4ea952d1e460/meditsinski-standart_asistirana_reproduktsiya.pdf

Miteva, K. (2014). Health care in gynecology diseases: konsorcium KOTA press (***Оригинално заглавие:*** *Митева, К. (2014) Здравни грижи при гинекологични заболявания Стара Загора, Издателство: Издателски консорциум "КОТА")*

Sydsjo, G. (2002). Relationships and parenthood in couples after assisted reproduction.

Todorova, T. (2016). Communication in the organization, Science Conference RU&SU, Ruse ***(Оригинално заглавие****: Тодорова, Т. (2016). Комуникация в организация. В: Научна конференция РУ&СУ, Русе)*

http://shterevhospital.com/invitro/dopulnitelni-tehniki-pri-in-vitro

WED-ONLINE-SSS-HC-26

SACRAL BODY ARCHITECTURE - SBA DURING PREGNANCY [56]

Kremena Kirilova – student
Department of Health Care
University of Ruse"Angel Kanchev"
Phone: 0885559505
e-mail: kremi_v.kirilova@abv.bg

Pr. Assist. Prof. Tsveta Hristova, PhD
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0878389793
e-mail: tshristova@uni-ruse.bg

Abstract: *In this report you will find an overview of the system of Sacral Body Architecture with focus on the gymnastics and yoga activities for a normal running pregnancy. A program of physical activities for pregnant women is offered. Overseen as an important element are the exercises in the lumbosacral area, the lumbosacral curve. The conclusion made is that the hypo kinesis leads to metabolical disruptions and dysfunctions in many systems in the organism of the pregnant woman and these changes have a negative effect over the fetus. It is important for the system to be led by not only those who have passed the training in specialized courses but also for people with medical education.*

Keywords: Sacral Body Architecture - *SAT, gymnastics, yoga, pregnant woman, health*

ВЪВЕДЕНИЕ

Във всеки човешки организъм е заложен стремеж към здраве и хармония. Това може да се постигне чрез имплементиране на методи, гарантиращи постигане на подобрения във физически и духовен аспект.

През последните години у нас се преподава системата от упражнения наречена Сакрална архитектура на тялото – САТ. Тя е оздравителна гимнастика чиито основи са положени и разработени от преди петдесет години, от французойка с руски благороднически произход – Натали Дроен, балерина и майка на седем деца. Движенията, които се изпълняват не причиняват силно физическо натоварване и умора, а въздействат върху мускулите, костите и клетките в целия организъм. Чрез упражненията се коригира стойката, укрепва гръбначния стълб, възвръща се подвижността на ставите и връзките, достига се до нормализиране на теглото и артериалното налягане. Чрез гимнастика и дихателни техники, САТ намира приложение и по време на бременността.

Бременността е нормално състояние на жената, но с необходимост да се използва правилен двигателен режим и овладяването на техники за дишане.

Физическите упражнения са полезни не само за феталното здраве на плода, но и за общото здравословно състояние на жената. Те оказват превантивна роля по отношение развитието на гестационен диабет, прекомерното покачване на тегло, намаляване на болките в кръста и гърба. Автори препоръчват физическите упражнения да се изпълняват през всички етапи на бременноста (Parashkevova, P., 2015).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Бременността е процес поставящ нови, по-високи изисквания към организма на жената, променяйки дейността на редица жизнено важни органи и системи:

[56] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05. 2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: САКРАЛНА АРХИТЕКТУРА НА ТЯЛОТО – САТ ПРЕЗ БРЕМЕННОСТТА.

- метаболизъм ─ нараства теглото с 9 - 12 кг;
- сърдечно-съдова система ─ увеличава се обемът на кръвта, налягането върху долните крайници, пулсът се учестява, притискат се съдовете в коремната кухина;
- дихателната система – диафрагмата се повдига, нараства кислородната консумация;
- мускулно-скелетната система – центърът на тежестта се измества напред и нагоре, увеличава се поясната лордоза, повишава се рискът от травми и спадне на свода на ходилото. Преразтягат се мускулите на корема и тазовото дъно (Ilieva, I., 2011, Lukanova, Y., 2015; Lukanova, Y. & Ts. Hristova, 2019).

Всички промени могат да се приемат по-леко, ако се прилагат двигателни режими през бременността, техники и упражнения укрепващи дишането.

Цел: да се проучат специфичните особености на системата Сакрална архитектура на тялото - САТ и възможностите ѝ за прилагане при бременни жени с нормална бременност.

За постигане на поставената цел се използва документален метод – проучване на научни статии и доклади, школи за практикуване на САТ и йога.

Анализ и обсъждане

Гимнастиката по време на бременността създава условия за нормално развитие и износване на плода, нормално раждане и формира физически и психологически комфорт у майката. Чрез ежедневни и подходящи гимнастически упражнения се постига:

- стимулиране обмяната на веществата и усвояването на калция и фосфора,
- формиране у жената съзнателно отношение към бременността и раждането,
- бременната усвоява гръдно дишане (необходимо в последните месеци на бременността и в процеса на раждане),
- укрепване мускулите на коремната стена и тазовото дъно (с особена важност при раждането),
- увеличаване подвижността на тазобедрените стави,
- подпомагане правилното кръвообращение и възпрепятства застоя на кръвта в долните крайници,
- трениране на гръдната мускулатура на бременната за телесно равновесие и облекчаване на болките (Тракийски университет, 2014).

Тези задачи се осъществяват в зависимост от това, в кой период на бременността се намира бременната, наличието и степента на характера при функционалните смущения.

Според руски учени, работещи в тази област, двигателният режим през бременността включва разходки, гимнастически упражнения без натоварвания, йога за бременни, плуване с водна аеробика, раздвижване с надуваема топка, пилатес и танци с облекчен режим – таблица 1 (Zinchenko, O. & E. Korobeynikova, 2018):

Таблица1

Подходящи упражнения за бременни жени според Оксана Зинченко и Елена Коробейникова

Видове упражнения	Действие през бременността
➢ ходене – ежедневни разходки на чист въздух; ➢ гимнастика; ➢ йога за бременни жени; ➢ САТ за бременни жени; ➢ плуване и водна аеробика; ➢ класове по футбол (голяма надуваема топка); ➢ пилатес; ➢ танци – но без резки скокове, завои и завъртания.	➢ укрепват ставите, връзките и тренират мускулите, участващи в процеса раждане; ➢ укрепване на имунитета и контрол на теглото; ➢ малък дискомфорт и болки в гърба; ➢ подобряване на кръвоснабдяването и бебето получава кислород; ➢ допринася за правилно производство на хормони; ➢ намаляват стреса и страха от очакваното раждане.

Те достигат до извода, че прилагайки тези практики се укрепва имунитета през бременността, понижава се стреса и се постига добър възстановителен период след раждане на бебето.

В България съществуват няколко центъра практикуващи системата за Сакрална архитектура на тялото. Ръководителите им са преминали курсове при Алена Мазур, Наталия Сергеенко, Галина Яковлева, Елена Кожевникова, Александра Чесанова, Дария Ларина, Ирина Тихомирова, Наталия Буценко и Нели Димитращук – преки ученички на създателката на системата Натали Дроен.

Няма официални данни, колко бременни са посещавали заниманията в центровете със САТ. Базирайки се на учени и техните изследвания се предлага примерна програма за бременни със системата САТ. Разделена е на теоретична и практическа част.

Теоретичната част обхваща теми:

- Основи на САТ. Сакрален строеж на тялото. Оси на тялото и правилна постановка.
- Стъпало. Как правилно да стоим. Упражнения за премахване на плоскостъпието и кокълчетата на стъпалата.
- Разположение на тялото в пространството – как да седим, как да лежим.
- Пояс и корем. Упражнения за укрепване на мускулите. Коремът – основа на женската сексуалност, енергия на живота.
- Дихание. Тайни на диханието в Сакралната архитектура на тялото - САТ.
- Съединяване на диханието и движението в сакралните оси на тялото.

Практическата част обхваща комплекс от упражнения, които са подходящи за бременни жени във всички етапи (трите триместъра) на бременността. Продължителността е три месеца, два урока седмично, общо 24 урока. Практическите упражнения са разделени на *подготвителна, последователна и заключителна*.

В подготвителната част бъдещата майка практикува йога занимания.

По време на бременност тялото преминава през много промени, което обикновено води до стрес, както за психиката, така и за физиката. Един от най-добрите начини за поддържане на здрав ум и тяло през този период е чрез практикуване на пренатална йога (йога за бременни). Тя се фокусира върху пози, които помагат на жената да развие допълнителни сила и гъвкавост, както и подходящи дихателни и релаксиращи техники за по-лесно и не толкова болезнено раждане. Редица изследванията показват, че пренаталната йога е безопасна и има много ползи за бременните жени и техните бебета (Serbezova, I., 2014):

- подобрява съня;
- намалява стреса и главоболието;
- повишава силата, гъвкавостта, издръжливостта и баланса;
- облекчава болката в долната част на гърба;
- притъпява гаденето;
- отпуска нервната система;
- намалява риска от преждевременно раждане;
- засилва връзката с бебето – йогата позволява да се успокои мисълта, съсредоточаване върху дишането и да се осъществи мисловна връзка с бебето.

Йога позите за нормална бременност са:

- Тадасана или поза „Планина“;
- Марджариасана или поза „Котка“;
- Вирабхадрасана или поза „Войн“;
- Важрасана или поза „Диамант“
- Пранаяма;
- Триконасана или поза „Триъгълник“;
- Упависта Конасана или „Седяща поза с широко разтворени крака“.

Позите по гръб, корем и усукване не се препоръчват. За жени, изложени на риск от преждевременно раждане практикуването на йога, включително пренаталната, не се препоръчва (https://pulsehealth.bg/yoga).

Направено е емпирично тестване на група жени (тримесечен курс на йога от 24 урока). Преди и след провеждането на курса участничките са тествани за стреса (стресоустойчивост). Според теста на S.V. Subbotin показателят за стресоустойчивост преди провеждането на занятието е 113,10 и след занятието се отчита 94,94. Това показва намаление на стреса с минус 16,1% (Михеева, А., 2015).

Заключителната част от занятието е медитацията.

По модел на Оксана Зинченко и Елена Коробейникова (Волгоградски социално-педагогически университет) и преподаватели по лечебна физкултура от Тракийски университет се предлага примерна програма за упражнения при бременни жени.

Примерна програма за провеждане но гимнастически упражнения в системата САТ:

I. Упражнения за бременни жени за *подобряване на кръвния поток в цялото тяло, активирайки дейността на мускулите*:

- кръговите движения на главата - активира се мозъчната дейност;
- упражнения за раменния пояс - укрепва гръдния мускул;
- кръговите движения на ръцете и краката - тонизират цялото тяло;
- упражнения за укрепване на мускулите на гърба и увеличаване на гъвкавостта на гръбначният стълб може да се направи преди раждането, тъй като те облекчават болките в лумбосакралната област;
- упражнения за разтягане на мускули на вътрешното бедро по време на раждане, особено във втория период на бременността;
- упражненията за укрепване на мускулите на тазовото дъно, което е необходимо както за раждането, така и за бързо възстановяване след него.

II. Сакралната архитектура на тялото отделя особено голямо внимание на стъпалата, които са основата на всеки човешки организъм. Плоските стъпала причиняват изкривяване на краката, изкривяване на таза, променят стойката и гръбначния стълб.

По време на самите упражнения стъпалата са поставени успоредно и се търси центъра на тежестта, равномерно разположен върху двете стъпала. Стъпалото образува триъгълник – неговият връх е в петата, а основата преминава през последната фаланга на всички пръсти – от палеца към кутрето. Човек не стъпва правилно върху цялото стъпало, а стои наклонен в една или в друга посока, което води до изкривяване на краката. Най-лесно се открива по токовете на обувките – дали са изтрити външно или вътрешно.

III. *Упражнения за лумбосакралната област*, които подобряват хармоничния силует на бременните жени. По време на бременността и напредването ѝ се увеличава извивката в лумбосакралната област. Затова имплементирането на САТ научава бременните жени да стоят изправени и да поддържат талията си висока. Това дава простор на нарастващия плод в утробата ѝ минимизира възникването на здравословни проблеми (по-малък дискомфорт, превенция на поява от киселини).

Специалистите препоръчват упражненията за намаляване на лумбосакралната извивка да започнат в първия триместър на бременността.

IV. *Описание на процедурата за намаляване на лумбосакралната извивка при бременни до втори триместър от бременността*

Бременната жена ляга по гръб, изпъва ръцете над главата, ходилата са прибрани плътно до тазобедрените стави и издига таза максимално. В това положение тя задържа и вдишва дълбоко въздух до издуване на корема на балон. След това плавно смъква таза като започва от тила към таза, прешлен по прешлен, и издишвайки плавно въздух. За да се научи да държи и страничните си мускули включени, бременната жена трябва да ги „чуе“ като постави дланите си обърнати с улнарната част към ребрата и да самопровокира естествен смях. Това упражнение е комплексно благодарение на дълбокото дишане съчетано с естествен смях. Колкото по-силно се смее, толкова повече „чува“ мускулите, които държат корема отстрани.

V. *Проверка на талия.* Бременната жена може сама да провери дали талията ѝ е висока (пропорцията е 3:1 с педя). Тази пропорция се определя като пръстите на дясната или лявата ръка се изпъват в педя. Кутрето се поставя на върха на пубиса, а палеца трябва да попадне в

пъпа, кутрето се събира до палеца и отново се разтваря и палеца трябва да попадне в мечовидния израстък, отново кутрето се събира до палеца и палецът се измества и трябва да попадне в основата на яремната ямка. За издигане на талията трябва да изпълнят следните стъпки:

Дясната ръка се издига високо, като лакетът сочи навън, а дланта навътре и се издърпва по диагонал на ляво. Лявата ръка с улнарната част се поставя върху левите ребра и ги придържа високи. Дясната ръка се спуска плавно и бавно и същите движения се повтарят и в ляво. Упражнението се изпълнява като очите се държат на нивото на хоризонта.

Предложената програма е съобразена с особеностите на бременната жена и със съветите, които дават специалистите в тази област. Най-важното условие за прилагането е съобразяване с индивидуалните особености на майката и мнението на лекаря наблюдаващ бременността.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

След анализ на проучената литература за системата Сакрална архитектура на тялото-САТ се направи извода, че тя може да оказва благоприятно въздействие върху състоянието на бременната жена на физическо и психологическо ниво. Разглежданата проблематика е актуална и може да се използва като отправна точка за изследване относно ефектите от САТ при бременни жени след завършване на курса на обучение.

Хипокинезията води до метаболитни нарушения и дисфункции на много системи в организма на бременната, като тези промени влияят неблагоприятно върху плода.

Необходимо е системата САТ да бъде ръководена не само от преминали на обучение в специализирани курсове, но и лица с медицинско образование.

REFERENCES

Ilieva, I. (2011) Fitness and personal comfort. International Scientific confersnce “Personality. Motivation. Sport”, NSA, p. 88-93, ISBN 978-954-718-302-5. ***(Оригинално заглавие:*** *Илиева, И. (2011). Фитнес и личностен комфорт. Межд. Научна конф. „Личност. Мотивация. Спорт”, НСА, 88-93, ISBN 978-954-718-302-5)*

Lukanova, Y. & Hristova, Ts. (2019). Physical activity during pregnancy. 11th International scientific conference: Modern trends of physical education and sport, Sofia University “St. Kliment Ohridski”, Sports department, Sofia, University press St. Kliment Ohridski, p.234 - 238, ISBN 1314 – 2275.***(Оригинално заглавие****: Луканова, Й., Ц. Христова. 2019. Физическа активност по време на бременност. 11-та международна научна конференция, Съвременни тенденции на физическото възпитание и спорта, СУ „Св. Климент Охридски“, Департамент по спорт, София, Университетско издателство „Св. Климент Охридски“, стр. 234 - 238, ISBN 1314 - 2275)*

Lukanova, Y. (2015). Sports and gymnastics during pregnancy. Sixth International Scientific Conference, 11.2015, Sofia. ***(Оригинално заглавие:*** *Луканова, Й. (2015). Спорт и гимнастика по време на бременност. Шеста международна научна конференция, 11.2015, София).*

Miheeva, A. (2015). Yoga as a metod of increasing stress resistance of pregnant women, Moscow, Russia. ***(Оригинално заглавие****: Михеева, А. 2015. Йога как метод повышения стрессоустойчивости беременных женщин, Москва, Россия).* URL: https://pulsehealth.bg/yoga-po-vreme-na-bremennost-zashto-e-ne-samo-pozvolena-no-i-polezna/ (Accessed on 06. 05. 2020)

Parashkevova, P. (2015). Place of aquatic aerobic during pregnancy. Published in “Izvestiya” journal, Issue 1, p. 107-110, ISSN 1311-1078 ***(Оригинално заглавие****: Парашкевова П. 2015. Място на водната аеробика по време на бременност. списание Известия, брой 1, стр. 107-110, ISSN 1311-1078)*

Srebrezova, I. (2014). Role of midwives in the training of pregnant women in yoga exercises during pregnancy. 6th International scientific conference: Modern trends of physical education and

sport, Sofia, University press St. Kliment Ohridski, p.494 - 499, ISBN 1314-2275.***(Оригинално заглавие**: Сербезова, И. 2014. Участие и роля на акушерката при обучение на бременни в Йога упражнения през периода на бременността. Шеста международна научна конференция. Съвременни тенденции на физическото възпитание и спорта, София, Университетско издателство "Св. Климент Охридски", стр. 494 - 499, ISBN 1314-2275.)*

Trakia University, Faculty of Medicine, Healthcare department, 2014. ***(Оригинално заглавие**: Тракийски университет, Медицински факултет, катедра Здравни грижи, преподаватели, 2014)* URL: https://medicina.dokumentite.com/art/dvigatelen-rejim-na-bremennata-i-rodilkata/83739 (Accessed on 06.05.2020)

Zinchenko, O., & E. Korobeynikov. (2018). Physical education for the health of future mothers, Physical education department, Nauka-2020: Improvement of the physical education system and sports training N7 (23) Gorod Orel, Russia. ***(Оригинално заглавие:** Зинченко, О., Е. Коробейникова. 2020. Физическая культура для здоровья будущих мам, кафедра „Физическая культура“, Наука-2020: совершенствование системы физического воспитанияи спортивной подготовки № 7 (23), город Орел, Россия)* URL: http://www.nauka-2020.ru/MKN_7(23)2018.pdf (Accessed on 06. 05. 2020)

WED-ONLINE-SSS-HC-27

SKIN-TO-SKIN AND THE UNDiSTURBED FIRST HOUR AFTER BIRTH – ATTITUDES AND CURRENT RECOMMENDATIONS [57]

Daniela Lyutakova – student / B.Sc. student / Young Scientist
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: lachezarova@gmail.com

Prof. Ivanichka Serbezova, PhD
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Abstract: *This paper reviews the up to date evidence based recommendations in regard to "skin-to-skin" care and the undisturbed first hour after birth and discusses the practices employed currently in local maternity wards. It also explores women`s attitudes towards the practice, their awareness of its impact and benefits for both mother and baby. Methods applied include short survey aiming to explore women's knowledge and attitudes towards this practice. The report aims to establish once again the importance of midwifery care for optimal health results for both public health and each and every mother and child.*

Keywords: *Immediate Newborn Care Practices, Skin-to-Skin, Midwife-led Care, Evidence based medicine, Birth*

REFERENCES

Bulgarian Ministry of Healthcare, (2014). *Guideline of the Ministry of Health № 13 from 23.07.2014 for the approval of the Standard for Neonatology (**Оригиналао заглавие:** НАРЕДБА на МЗ № 13 от 23.07.2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Неонатология")*

Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., et al. (2012). *Closeness and separation in neonatal intensive care.*

Moore E.R., Bergman N., Anderson G.C., Medley N., (2016). *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.* Cochrane. URL: http://www.cochrane.org/CD003519/PREG_early-skin-skin-contact-mothers-and-their-healthy-newborn-infants (Accessed 10 March 2020)

Popivanova, A., (2016). *The Skin-to-skin Contact Or About the Undisturbed Contact between Mother and Child after Birth. (**Оригиналао заглавие:** Контакт „кожа до кожа" или за непрекъснатия контакт между майката и бебето след раждането. НАПК)* URL: http://www.podkrepazakarmene.com/early-contact-878.html (Accessed 12 March 2020)

Serbezova, I., (2016). *The „Skin-to-skin" method – a method for quality nursing and midwife care.* Proceedings from The Union of the Scientists in Ruse, 6th Edition. *(**Оригиналао заглавие:** Методът „кожа до кожа" – метод за качествена сестринска и акушерска грижа, Известия на съюза на учените в Русе, том 6)*

Sdruzhenie Rodilnitsa, (2016). *Survey for establishing the practices of Skin-to-skin contact – a Short Analysis of the Results. (**Оригиналао заглавие:** Анкета за установяване на практиките за ПЪРВИ КОНТАКТ – кратък анализ на резултатите. Сдружение Родилница)* URL: http://www.rodilnitza.com/blog/news-events/anketa-praktiki-1-kontakt/ (Accessed 12 March 2020)

WHO, (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.* ISBN 978-92-4-155021-5. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43633/9241591544_eng.pdf?sequence=1

[57] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 г в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: МЕТОДЪТ „КОЖА ДО КОЖА" И ЗЛАТНИЯТ ЧАС СЛЕД РАЖДАНЕТО – НАГЛАСИ И СЪВРЕМЕННИ ПРЕПОРЪКИ. Докладът е отличен с награда Best Paperв секция „Здравни грижи" и включен в книга "Reports Awarded with BEST PAPER Cristal Prize" – 2020 г

WED-ONLINE-SSS-HC-28

DOWN SYNDROME – TASKS OF THE MIDWIFE [58]

Duygu Hasanova – student
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
e-mail: duygu_999@abv.bg

Pr. Assist. Prof. Tsveta Histova, PhD
Department of Health Care
University of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 0878389793
e-mail: tshristova@uni-ruse.bg

Abstract: *The report presents the moments in which the midwife can provide health care for a newborn with Down's syndrome. After the analysis of scientific literature, it is concluded that it can help in breastfeeding, feeding and taking fluids from the child. Through appropriate professional communication, it provides psychological support for parents. The midwife has a significant place in the team, which has specific health care for a child with Down syndrome.*

Keywords*: Midwife, health care, Down Syndrome, lactation, nutrition*

ВЪВЕДЕНИЕ

Синдромът на Даун е „старо заболяване", колкото и самото човечество. Френският лекар Ескирол прави първото описание на дете със Синдрома на Даун през 1838 година (Inevatkina, S., 2005).

Наименованието „Даун" произхожда от фамилията на английския лекар Джон Лангдън Даун, който описва този синдром. В своя публикация през 1866 година, той анализира интересна група от деца с умствена изостаналост и привлича вниманието на учените от цял свят. Доста по-късно, през 1959 година френският генетик д-р Джером Лежене съобщава, че Синдром на Даун е причинен от появата на трета хромозома в 21-та хомоложна двойка и оттам се въвежда терминът „тризомия 21" (Allt, J., J. Charlotte, 2003).

Синдромът на Даун е най-често срещаното генетично заболяване. В световен мащаб едно на 722 живо родени деца годишно е със Синдром на Даун. В САЩ на година се раждат по 5000 деца със синдрома, към настоящия момент наброяват 400 000 души. В България се регистрират около 100 деца годишно. Честотата е еднаква за всички страни, раси и социални групи.

Продължителността на живот при разглежданата група в последното десетилетие значително се увеличава и достига средната продължителност на хората без заболяването. Повечето деца със синдрома са родени от жени под 35-годишна възраст, въпреки факта, че рискът нараства с възрастта на майката. Проучвания при жени до 30-годишна възраст показват, че този риск е 1:1000, до 35 години - 1:400, до 40-годишна възраст – 1:100 (Stancheva, L.& A. Terzieva, 2018, Konstantinova, D., 2018).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Синдромът на Даун възниква поради неправилно разпределяне на генетичния материал при образуването на яйцеклетката или сперматозоида. Конкретните причини на хромозомната аномалия при плода са неясни.

[58] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 г в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: СИНДРОМ НА ДАУН – ЗАДАЧИ НА АКУШЕРКАТА.

Аномалиите могат да се установят през ранния период на бременността. За пренатален скрининг и медицинска диагностика се прилагат два вида тестове: скринингов тест и амниоцентеза. Скрининговият тест установява риска в плода за наличие на синдрома; амниоцентезата показва съществуването на това състояние.

Цел: да се установи мястото на акушерските грижи и умения при деца със Синдром на Даун и техните родители.

Материали и методи: Използван е документален метод – медицинска научна литература, публикации и психологически анализи.

Резултати и обсъждане:

Ролята на акушерката се изразява в оценка на потребностите от специализирани грижи, в които активно участие трябва да вземат всички членове на семейството и медицинския екип. За осигуряване на качествени грижи е необходимо дейностите да бъдат не само планирани, но и спешни в някои ситуации (Konstantinova, D., 2018). Промените в развитието на децата със Синдром на Даун изискват индивидуален подход отговарящ на техните потребности.

Задачите на акушерката можем да обобщим в две групи: по време на бременността и след раждане на детето. При първото посещение в женската консултация, за регистриране на бременността, акушерката снема подробна анамнеза. В пренаталния период грижите за спокойна и нормална бременност са ключови за последващите девет месеца. Бременната жена трябва да е изключително внимателна към приема на различни медикаменти, влиянието на вредности, химикали. Рискови фактори са йонизиращото лъчение, инфекции, тютюнопушене и употреба на алкохол. С нужната професионална комуникация и изградена обстановка на доверие, акушерката разпитва жената, дали има раждания на дете със синдром на Даун или други аномалии. Ригистрира и фамилната обремененост с това заболяване (Lukanova, Y., 2019). В разговора трябва да запознае бременната с необходимостта да се направи биохимичен скрининг за хромозомни аномалии. Осведомява я за вида на теста и времето, когато се провежда – първия триместър на бременността. Тестът се съпровожда с ултразвуково изследване от лекар. Резултатът се представя във вид „риск от Синдром на Даун 1:2000“, което показва, че при 1 на 2000 жени със сходни резултати е родено дете със Синдром на Даун.

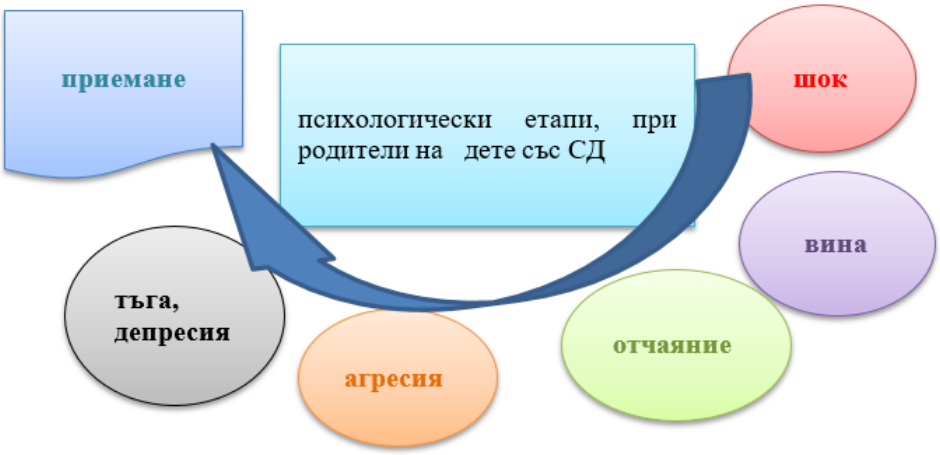
При преценка от лекар се извършва диагностичния метод амниоцинтеза. Тя е инвазивен подход, който дава конкретен резултат за наличието на хромозомна аномалия.

Децата със Синдром на Даун имат специфичен външен вид, затруднения при усвояване на знания и умения, в повечето случаи забавено умствено развитие и някои характерни здравословни проблеми. Те имат микробрахиоцефален череп, косо разположени цепки във вътрешния ъгъл на очите, малки, недоразвити и ниско разположени ушни миди, плосък и къс нос, ниско чело и плосък тил, голям набразден език, дрезгав глас, поради задебеляване на гласните връзки, кариозни зъби, нисък ръст, къси крайници с широки къси пръсти. Фонтанелите могат да са по-широки и с необходимост от продължително време за да се затворят в процеса на нормално развитие на детето. На дланта е отразена само една бразда, наречена напречна длан или маймунска бразда. При стъпалата е възможно да съществува широко разстояние между първия и втория пръсти. Успоредно с типичните за болестта телесни аномалии, се наблюдават намален мускулен тонус, който може да затрудни всички видове движения - преобръщане, сядане, изправяне и ходене. До навършване на първата година на дете със Синдром на Даун задължително трябва да се направят консултации при кардиолог, УНГ, ендрокринолог, ортопед и очен лекар (Gamakova-Radkova, N. 2017).

Пред родителите с проблемно дете предстоят редица трудности. Те трябва да се справят със специфични грижат, умения и търпение. Необходима е подкрепа - емоционална, социална и икономическа. С помощ ще успеят да приемат и се справят с проблема.

Психолозите обобщават емоцианалното състояние на семейството в няколко групи. Членовете на екипите, които оказват помощ трябва да познават добре трансформацията на психологическата изява.

Направен е опит за графично представяне на психологическото състояние на майката и семейството при раждане на дете с Даун синдром:

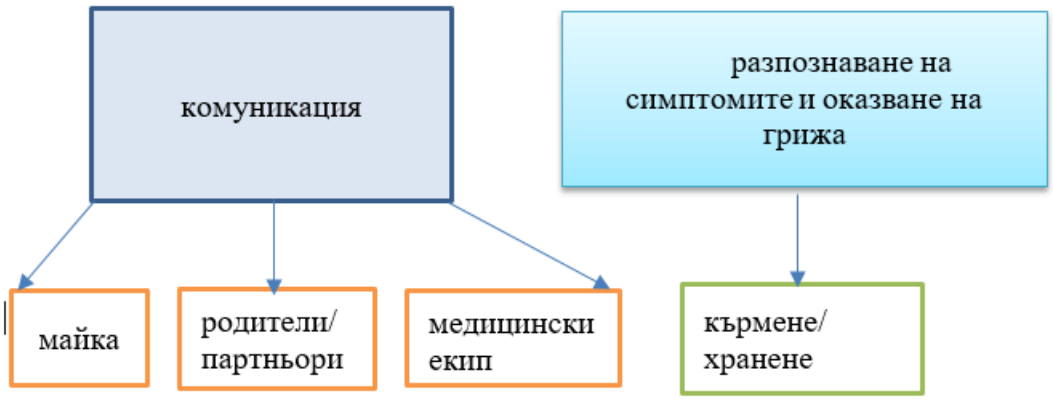


Фиг. 1. Психологически етапи за членове на семейството при поява на дете със Синдром на Даун

- Шок – първи етап. Задача на медицинските специалисти е да съкратят максимално тази фаза. Акушерката като част от екипа може да участва в решаване на задачите възникващи на този етап.
- Чувство за вина – родителите търсят причините за появата на увреждането у детето. Нерядко се обвиняват взаимно. Чувството е силно и ясно изразено, ако бременността не е била желана и планирана.
- Отчаяние – членовете на семейството изпадат в отчаяние и губят вяра в здравните специалисти.
- Агресия – фазата в която родителите разбират, че всичко което се случва с тях и детето им е реалност, истина.
- Депресия – след чувството на надежда и търсене на решение на проблема се изправят пред факта, че тяхното дете ще е увредено през целия си живот, изпадат в депресия.
- След психологически терзания детето се приема със заболяването. Това е едно реалистично отношение към детето. Приемането на детето с неговите силни и слаби страни е признак на хуманизъм и възможната способност за справяне с трудната ситуация (Stancheva, L., A. Terzieva, 2018).

От голямо значение за здравето на детето е своевременното вземане на нужните медицински грижи.

Място на акушерката в екипа оказващ специфични здравни грижи за дете със Синдром на Даун:



Фиг. 2. Място на акушерката в грижа за дете със Синдром на Даун

Комуникацията с майката, със семейството и близките е необходимо условие. Те са равноправни партньори в процеса на грижа за детето. В отглеждането, възпитанието и социализирането на тези деца трябва да участват активно всички членове на семейството. Родителите на деца със Синдром на Даун трябва да са информирани и обучени за основните потребности, нуждите, възможностите на техните деца, здравословните проблеми, които могат да възникнат.

Ранното диагностициране на заболяването от мултидисциплинарен екип постига по-голяма ефективност в лечението.

Анализът на проучените научни източници дава възможност да се определят задачите на акушерката при специфичните нужди, описани на фигура 3.

Фиг. 3. Специфични здравни грижи за дете със синдром на Даун
(Allt, J. & J. Charlotte, 2003; Gamakova-Radkova, N. 2017; Zhechev, V. & K. Kavrakov. 2019)

Акушерски грижи при кърмене и хранене

Акушерката трябва да обучи майката, как да осъществява кърменето. Най-подходяща позиция е люлка (нарича се и позиция „на танцьора“). Жената трябва със свободната ръка да обхване гърдата отдолу, с три пръста. Палецът и показалецът остават свободни – с тях се обхващат бузите от двете страни. Това позволява брадичката да почива на пространството между палеца и показалеца. Подкрепата на бузите подпомата бебето за по-продължителен период на хранене. Тези деца бързо се уморяват, храненето е кратко и недостатъчно. Наложително е дохранване с кърма. За стимулиране на сукателния рефлекс се

използва биберон. Нуобходимо е майката да го придърпва без да излиза от устата (Lukanova, G. 2019).

Акушерката трябва да обясни на майката как да се грижи за гърдите, как да ги изцежда и съхранява кърмата. Това е особено наложително през първите седмици след раждане.

Когато започне захранване на детето с лъжичка се прилагат упражнения за заздравяване на устните и езика, за стимулиране на долната челюост, за подобряване на мускулната сила. Те се извършват първоначално под контрол на специалист, след това от акушерка или медицинска сестра докато майката се почувства уверена при извършване самостоятелно. Използва се плоска лъжичка, задебелена и адекватна по размер на устата на детето. Взима се малко количество от храната (пюрето) и лъжичката се поставя странично на устата вдясно, за да се провокира активност на устните – те трябва да прилепнат към лъжичката, да съберат пюрето и да го приберат в устата. Когато устните прилепнат, лъжичката се издърпва странично през десния устен ъгъл. Най - често детето успява да събере пюрето, но веднага след това избутва езика между устните. Тогава моментално, дори да няма останало пюре в лъжичката, тя се подава по същия начин отляво, за да се предизвика отново прилепване на устните. Следва издърпване откъм левия ъгъл. Целта на техниката е предотвратяване на протрузията на езика. Бързите повтарящи се поставяния на лъжичката странично, с редуване ляво – дясно, имат за цел да помогнат за създаването на моторно планиране на затваряне на устните с последваща ретранция на езика. Когато храната се подава всекидневно по този начин, детето усвоява здравословния модел на хранене. При възникнали затруднения у детето, майката му помага като го подкрепя ─ използва пръстите на свободната си ръка. Показалецът се поставя под долната челюст за да усеща движението и оказва помощ. При нужда, палецът придържа долната устна и я подсеща да се повдигне. Правилно преглъщане е това, при което детето е с прилепнали устни, стиснати челщсти, върхът на езика е подпрян на небцето, а гърбът му се хлъзга по небцето и избутва храната към гълтача (Lukanova, G., 2019).

Акушерска грижи и помощ при приемане на течности

След като детето със Синдром на Даун усвои храненто с лъжица се предприема приучаване му да поема течности с чаша. Обикновено действието се осъществява 6 ─ 7-ми месец, до 15-тия месец бутилката с биберон трябва да се премахне.

Позата е същата като при храненто с лъжица. Свободната майчина ръка отново покрепя долната челюст и долната устна. Чашата е тънка, гъвкава и изрязана от едната страна за да не се налага при малко кличество течност детето да извива главата назад. Желателно е първата течност да бъде пресен сок, възможно е пюре разредено с малко количество вода. Необходимо е чашата да се постави въху долната устна, не върху езика. Следва повдигане на чашата и изсипване на малко количество в устата. Синхронно долната устна се поддържа с пръст, чашата не се отлепва от устните. Детето се приучава да държи чашата само, като ръчичките му се захващат и се задържат върху чашата. Когато детето придобие увереност и започне да прави по 3 ─ 4 продължителни поглъщания може да му се предостави чашата да пие самостоятелно. Количеството течност е малко. Не се препоръчва да се използват традиционните чаши защото се получава протрузията на езика (Lukanova, G., 2019).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Всяко дете родено със Синдром на Даун има възможности да води пълноценен и сравнително независим живот. С помощ и подкрепа, тези деца могат да се присъединят пълноценно към семейството си и социалния живот, да развиват своя пълен жизнен потенциал. Най-необходима е помощта родителите. За да се справят те трябва да бъдат здравно информирани и обучени. Акушерката има място в мултидисциплинарния екип, който оказва специфични здравни грижи.

REFERENCES

Allt, J., & J. Charlotte. (2003). Down's syndrome. British Journal of Anaesthesia, BJA CEPD Reviews | Volume 3, pp 83 – 86 https://doi.org/10.1093/bjacepd/mkg083

Gamakova – Radkova, N. (2017). Neonatology. Ruse University, pp.70 ***(Оригинално заглавие:*** *Гамакова – Радкова, Н. (2017). Неонатология, Русенски университет, с 70)*

Inewatkina, S. (2005). Study of the peculiarities of the development of children with Down syndrome in domestic and foreign literature. The collection "Psychological accompaniment of the educational process. Saransk. ***(Оригинално заглавие***: *Иневаткина, С. (2005). Изучение особенностей развития детей с синдромом Дауна в отечественной и зарубежной литературе. Сборник "Психологическое сопровождение учебного процесса. Саранск)*

Konstantinova, D. (2018). Challenges in providing long-term care for people with mental illness, MEDIATEH – Pleven, ISBN 978-619-207-145-5. ***(Оригинално заглавие:*** *Константинова, Д. (2018). Предизвикателства при предоставянето на дългосрочна грижа за лица с психични заболявания, МЕДИАТЕХ - Плевен, ISBN 978-619-207-145-5)*

Lukanova, G. (2019). Nutritional therapy in children with Down syndrome. Early Intervention: 3 months – 1 year. Practical Pediatrics. Sofia. Free edition of Salvis AD with BPA. Issue 11. (***Оригинално заглавие:*** *Луканова, Г. (2019). Хранителна терапия при деца със синдром на Даун. Ранна интервенция: 3 месеца – 1 година. Практическа педиатрия. София. Безплатно издание на Салвис АД съвместно с БПА. Брой 11)*

Lukanova, Y. (2019). Models for optimizing clinical practice for midwifery students by implementing a practical guide to clinical practice "React fast". 58th Scientific conference of the University of Rousse "Angel Kynchev". ***(Оригинално заглавие****: Луканова, Й. (2019). Модели за оптимизиране на клиничната практика на студентите-акушерки чрез прилагане на практическо ръководство за клинична практика "Реагирай бързо". 58 Научна конференция на Русенски университет "Ангел Кънчев")*

Stancheva, L., & A. Terzieva. (2018). Need for specialized nursing care in children with cerebrial palsy, MEDICAL BIOLOGY STUDIES, Clinical studies, social medicine and health care, Volume VIII (1). ***(Оригинално заглавие****: Станчева, Л., А. Терзиева. (2018). Потребност от специализирани сестрински грижи при деца с церебрална парализа, Медицина, Биология, 8 (1))*

Zhechev, V., K. Kavrakov, & P. Donchev. (2019). Phenotype Down Syndrome, Seventh student Scientific Conference "Ecology and Environment", Shumen ***(Оригинално заглавие:*** *Жечев, В., К. Кавраков, & П. Дончев. (2019). Фенотип Даун Синдром, Seventh student scientific conference "Ecology and environment", Шумен)*

https://nauka.offnews.bg/news/Govoriat-meditcite_34/Sindrom-na-Daun-saveti-kam roditelite_76374.html (Accessed on 17. 04. 2020)

WED-ONLINE-SSS-HC-29

MODEL FOR BUILDING A POSITIVE MOTIVATION IN CHOOSING A PROFESSION OF MIDWIFE [59]

Aylin Siuleymanova – student
Department of Health Care
University of Ruse“Angel Kanchev”
Phone: 0899257704
e-mail: aylins97@abv.bg

Prof. Ivanichka Serbezova, PhD
Department of Health Care
University of Ruse “Angel Kanchev”
e-mail: tshristova@uni-ruse.bg

Abstract: *The report examines the necessary elements to build a positive motivation for choosing the midwifery profession. The authors aim to study and analyze the motivation of midwifery students for preferences for training in the future profession. After analyzing the received data, a model for forming the necessary motivation in the noble medical profession is proposed.*

Keywords: *Motivation, Midwife, Profession, Students, Health*

ВЪВЕДЕНИЕ

Понятието „мотивация” произлиза от латинското „moveo” – „движа, раздвижвам“, повод да се предприеме или извърши нещо.

Мотивацията, често дори наричана „феномен”, има твърде широк спектър от интерпретации, но безспорно е движещата сила, която стои зад всички действия на индивида. По своята същност мотивацията е степен на желание и избор, която е необходима на дадена личност, за да се ангажира да направи едно или друго поведение, изразяващо се най-общо с „насочена активност” на личността (Dimitrov, K., 2018).

В областта на мотивацията широко признание има теорията на Ейбрахам Маслоу (Abraham Maslow), формулирана от него през 1943 г., придобила в последствие широка известност като „Пирамидата на Маслоу”, фигура 1.

Фиг. 1. Мотивацията според Маслоу

[59] Докладът е представен на студентската научна сесия на 27.05.2020 в секция Здравни грижи с оригинално заглавие на български език: МОДЕЛ НА ИЗГРАЖДАНЕ НА ПОЗИТИВНА МОТИВАЦИЯ ПРИ ИЗБОР НА ПРОФЕСИЯТА АКУШЕРКА.

Според Маслоу, човешките потребности могат да бъдат класифицирани в категории и подредени в йерархия спрямо своето значение. Неговите разсъждения не дават категорични отговори на въпросите, свързани с мотивиращата роля на ученето при формиране на едно от нивата на пирамидата ─ „самоусъвършенстване" (self-actualization) (Maslow, A., 2010).

При изграждане на последните, върхови пирамидални нива, значение има и професията, която човек упражнява. За да се посветиш на акушерската професия, да работиш с желание, хуманизъм и доброта, трябва да съществуват значими мотивационни фактори на избора.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Чувство за щастие, радост и постигане успех на работното си място, изискват човек да избере такова професия, която да го удовлетворява при реализация. Изборът на професията Акушерка се повлиява от редица фактори. Мотивите за кандидатстване във висшето училище за подготовка на специалисти от Професионално направление Здравни грижи, регулирана професия Акушерка са комплекс от най-разнообразни подбуди и обуславят учебната дейност, постиженията и социалното поведение. Процесът на мотивация изисква време, упоритост и самодисциплина.

Целта на изследването е да се проучи и анализира мотивацията на студентите акушерки относно избора на бъдещата професия.

Материали и методи. Проведено е анонимно, индивидуално проучване сред 60 студенти акушерки (I, II, III и IV курс) в катедра Здравни грижи от Русенски университет „Ангел Кънчев", през декември 2019 година. Използваните методи на проучване са социологически (интервю - доброволно) и статистически (графичен анализ).

Резултати и обсъждане. Наблюдавани признаци са: мотивация за професионално обучение; фактори, водещи до промяна на мотивацията за обучение в избраната професия.

Относителният дял на студентите от I, II и III курс е сравнително еднакъв - по 28%. Стажантите акушерки формират останалите 16% от извадката.

Разнообразни са отговорите, които са дали интервюираните на въпроса: „Бихте ли избрали отново професията „Акушерка?". Голяма част са доволни от избора на професията (60%), колебание са показали 15%, отрицателно отношение (10%), въздържали се от отговор – 15%. Студентите, които се колебаят в правилния избор на професията са от първия семестър на обучението си (фигура 2).

Фиг. 2.Отговори на респондентите за избор на професията

Мотивацията и избора на професия е сложен процес за младите хора в съвременното общество. Изборът на акушерската професия е необходимо да се осъществява от хора, които се чувстват удовлетворени от извършването на грижи и помощ към нуждаещите се. Получените резултати показват, че всички респонденти посочват за мотивация на избор на тази професия „да поемат новия, раждащ се живот".

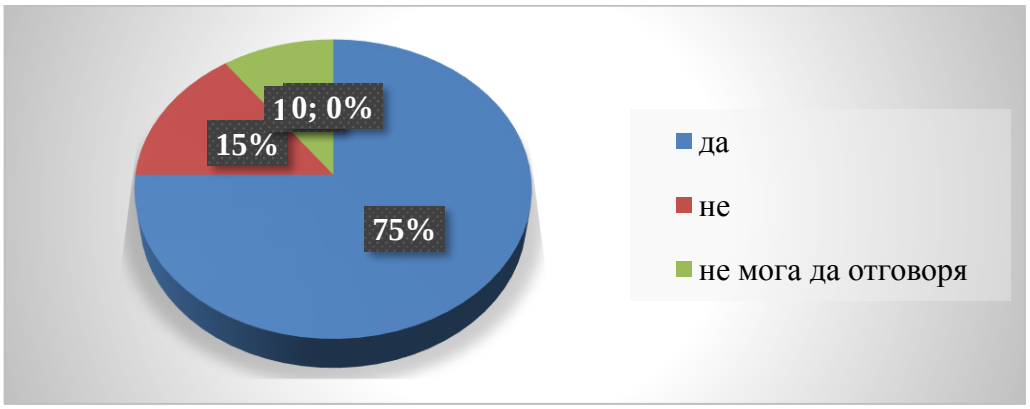
Изборът на професия е продиктуван и от различни други фактори отразени на фигура 3.

Фиг. 3. Фактори оказващи влияние върху избора на професията Акушерка

Като мотивационен фактор за обучение в професията Акушерка студентите посочват следното:

- „Чувство на хуманизъм";
- „Придобиването на интересни и полезни знания".
- „Интересна работна среда";
- „Придобивам чувство на удовлетвореност от това, което правя";
- „Придобиване на по-вече професионални познания, които са нужни не само за пациентите, но и в личен аспект".

Към студентите от III и IV курс е зададен въпрос „Чувствате ли се по-мотивирани в овладяването на Вашата професия за разлика от началния момент на обучението?" Резултатите от анкетирането посочват следното:

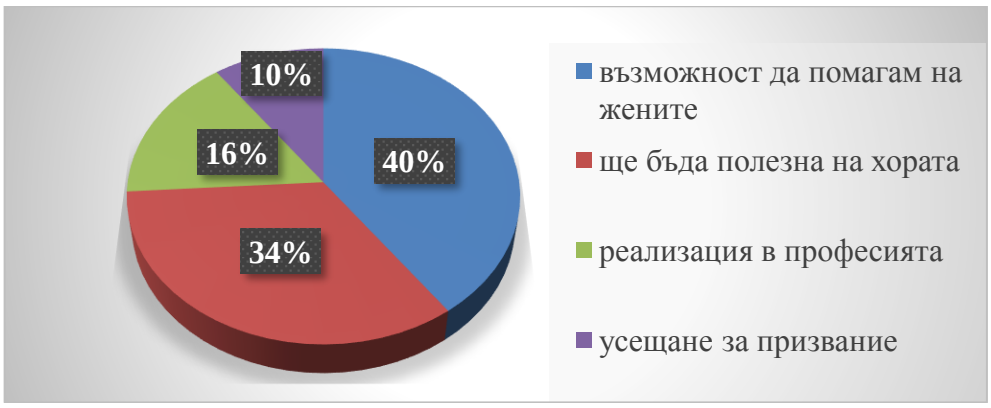


Фиг. 4. Мотивираност за обучение в III и IV курс на обучение

Факторите, които позитивно мотивират студентите от III и IV курс на обучение към професията Акушерка са:

- „сигурност в това което правя, защото вече го извършвам правилно";
- „професионално самочувствие в резултат на придобитите знания, умения, компетенции";
- „възможност да извършвам практически професионални задачи";
- „прекрасен медицински екип, който ме приема с желание";
- „удовлетворение от това, което правя";
- „добри взаимоотношения с пациенти";
- „притежавам знания, с които съм полезен на близките и приятели".

На въпроса „С какво свързвате вашата мотивация по избраната професия Акушерка?", 45% са посочили „възможността да помагам на хората" и 30% „Да бъда полезена". Останалите 11%, смятат, че ще намерят по – бърза реализация, 14% я чувстват като тяхно вътрешно призвание (Фигура 5.)



Фиг. 5. Връзка на мотивацията с професията Акушерка според анкетираните

Мотивацията е процес, който активира, насочва и поддържа поведението на човек. Тя може да се разгледа като система от вътрешни подбуди, с които индивида се заставя да участва в една или друга дейност (Hristova, Tsv., 2019). Акушерката се грижи за жената – бременна, родилка, майка, гинекологично болна. Акушерската здравна грижа е един от мотивите, които са с най – висок относителен дял на отговорилите – 40%. Алтруизмът, емпатията, милосърдието и състраданието са традиционно най – застъпени в акушерската професия.

Професията Акушерка дава възможност за личностно развитие и самоусъвършенстване. Според анкетираните, значимо влияние оказва "удоволетвореността от извършеният труд". Това е водещ мотивационен фактор и за останалите професии. Човек трябва да бъде удовлетворен от извършваната професионална дейност за да се чувства добре от своята реализация (Hristova, Tsv., 2018).

Отношението към собственото личностно развитие и значимостта на поставените цели също определя в голяма степен активното отношение към професионално обучение. Почти всички стажанти съобщават, че желаят да продължат образованието си в по-висока магистърска степен (88%). След успешно завършване на професионалното си обучение всички респонденти съобщават, че ще работят по специалността си.

Данните от проучването показват, че най-силно въздействие върху мотивацията за учене са: интерес към преподаваните учебни дисциплини (67%), емоционална удовлетвореност от придобиването на професионални знания и умения (70%), позитивно отношение на колегите от клиничните бази (53%), взаимоотношенията с преподавателите (60%), благоприятен психоклимат в студентската група (80%),

Прилагането на разнообразни методи и средства за обучение, насочени към повишаване на ефективността на обучението развива позитивни мотиви за професията (Hristova, Tsv., 2016; Hristova Ir., D. Georgieva, Gr. Koleva., 2016).

След проучване по темата и анализ на резултатите от проведеното изследване се направи извода, че за постигане на позитивна мотивация и успех в предпочитаната професия са необходими: ясна и точно формулирана цел и постоянно обучение.

Предлагаме модел за изграждане на позитивна мотивация в постигане на избраната професия, която структурираме в следните стъпки (фигура 6):

Фиг. 6. Модел за изграждане на позитивна мотивация за избор на професията Акушерка

Мотивацията описва желанията или потребностите, които насочват поведението към дадена цел. Това е стремежът да се действа по начин, който ще задоволи определени постижения. Целта е отправната точка за удовлетворяване на потребностите чрез осъществяване на подходящи действия. Колкото по – ясно е дефинирана целта и се знае какво ще ни донесе, толкова повече се ангажираме с реализацията ѝ (Vasileva, N., 2014).

Човекът е социален (неизолиран) индивид, живее в различни формални и неформални групи и съзнателно или не съпоставя своите действия и оценки с тези на другите, като се стреми да изяви своя определена жизнена позиция. Всеки студент е със свой индивидуален принос, извършва се обмен на знания, идеи, способи и действия. Всичко това протича в атмосфера на добронамереност, емоционален и интелектуален комфорт за всички участници в образователния процес. Това са и фактори за справяне с трудностите при формиране на позитивната мотивация за изучаване на професияна Акушерка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Постигането на висока ефективност и качество на здравните грижи от всички области на зравната система е възможно, единствено когато се обучават студенти, с ясна представа за избраната професия и конкретни очаквания, които имат за своята професионална реализация.

Стремежът към образование е обвързан и с възможността за израстване, развитие, преспективи и възможности за професионално развитие в дадена професия. Това засилва и подържа мотивационните фактори, както в процеса на обучение, така и за обучение през целия живот. Професията Акушерка изисква непрекъснато обучение и квалификация (Hristova, Tsv., 2016).

Авторитета на акушерката професия е възможно да бъде повишен чрез непрекъснато професионално развитие, подобряване на качеството на акушерските здравни грижи. Удовлетвореността на пациентките ще се превърне в позитивен фактор, изграждащ мотивацията за обучението в професията Акушерка.

REFERENCES

Dimitrov, K. (2018). Impact of motivation on the need to absorb personal knowledge, MANAGEMENT AND SUSTAINBLE DEVELOPMENT 4, Sofia, (71) ***(Оригинално заглавие:*** *Димитров, К. (2018). Влияние на мотивацията по отношение на потребността за усвояване*

на знания от личността, MANAGEMENT AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT 4, София, (71)).

Hristova Ir., D. Georgieva, Gr. Koleva. (2016). Motivation to choose the specialty nurse and attitude to the profession. XII National Forum of Health Care Specialists, Shumen, pp. 249-253, ISBN 978-619-221-081-6. ***(Оригинално заглавие**: Христова Ир., Д. Георгиева, Гр. Колева. (2016). Мотивация за избор на специалността медицинска сестра и нагласа към професията. XII-ти Национален форум на специалистите по здравни грижи, Шумен, стр. 249-253, ISBN 978-619-221-081-6).*

Hristova, Ts. (2016). Problem-posing education – a key factor in clinical decision-making skills in practical education of midwifery students. 55th Annual Science Conference of Ruse University, ISBN 1311 – 3321 ***(Оригинално заглавие**: Христова, Ц. (2016). Проблемното обучение – формиращ фактор за клинично мислене в практическото обучение на студентите акушерки, Научни трудове Русенски университет, Издателски център при РУ Ангел Кънчев, ISBN 1311 – 3321)*

Hristova, Ts. (2018). The pregnant woman as a subject of the didactic concept, B: IN: 57th Science Conference of Ruse University - SSS, Bulgaria, ISBN 1311-3321 ***(Оригинално заглавие**:Христова, Ц. (2018). Бременната като субект на дидактическата концепция Русе, 57 Научна конференция, Русенски университет „Ангел Кънчев“, ISBN 1311-3321)*

Hristova. Ts. (2019). Pre-graduate students internship for forming professional competences, Izvestie, Union of Scientists – Ruse, (9), ISSN 1311 – 1078 ***(Оригинално заглавие**: Христова, Ц. (2019). Преддипломният стаж на студентите акушерки за формиране на професионални компетенции. Известие, СУБ – Русе,(9), ISSN 1311 – 1078).*

Vasileva, N. (2014). Motivation for selection, work and career development in the nursing profession, Thesis, MU Sofia, FPH, department of Health Care. (***Оригинално заглавие:** Василева, Н. (2014). Мотивация за избор, работа и кариерно развитие в сестринската професия, Дисертационен труд, МУ София, ФОЗ, катедра Здравни грижи)*.

Maslow, E. (2010). Motivation and personality: In search of the human being. Kibea. Sofia. ***(Оригинално заглавие:** Маслоу, Е. (2010). Мотивация и личност: В търсене на човешката същност. Кибеа. София).*

UNIVERSITY OF RUSE „ANGEL KANCHEV“

UNION OF SCIENTISTS - RUSE

60-TH ANNUAL SCIENTIFIC CONFERENCE OF UNIVERSITY OF RUSE „ANGEL KANCHEV“ AND UNION OF SCIENTISTS – RUSE

OCTOBER 2021

I N V I T A T I O N

Ruse, 8 Studentska str.
University of Ruse
Bulgaria

PROCEEDINGS
Volume 59, Series 8.5.

Health Promotion and Social Work, Health Care

Under the general editing of:
Assoc. Prof. Irina Karaganova, PhD
Chief Assist. Prof. Irina Hristova, PhD

Editor of Volume 59:
Prof. Diana Antonova, PhD

Bulgarian Nationality
First Edition

Printing format: A5
Number of copies: on-line

ISSN 1311-3321 (print)
ISSN 2535-1028 (CD-ROM)
ISSN 2603-4123 (on-line)

The issue was included in the international ISSN database, available at https://portal.issn.org/.
The online edition is registered in the portal ROAD scientific resources online open access

PUBLISHING HOUSE
University of Ruse "Angel Kanchev"