



НАЦИОНАЛНА СПОРТНА АКАДЕМИЯ „ВАСИЛ ЛЕВСКИ“

Председател на Редакционния съвет:

доц. Пенчо Гешев, доктор

РЕДАКЦИОННА КОЛЕГИЯ:

Председател – проф. Даниела Дашева, дн

Главен редактор – Станка Виденова

проф. Душко Биелица, д-р (Черна гора), проф. Петър Бонов, дн,
проф. Лъчезар Димитров, д-р, проф. Ердал Зорба, д-р (Турция),
доц. д-р Мария Гикова, д-р, проф. Цветан Желязков, дн,
проф. Димитър Кайков, дн, доц. Лазар Каменов, д-р,
проф. Кирил Костов, дн, проф. Малчо Малчев, дн,
проф. Веселин Маргаритов, дн, проф. Олег Матицин, дн (Русия),
проф. Огнян Миладинов, дн, проф. Димитър Михайлов, д-р,
Георги Натов, зам.-председател на БСФС,
проф. Александър Наумовски, д-р (Македония),
проф. Свилен Нейков, дн, доц. Елена Николова, д-р,
доц. Красимир Петков, д-р, проф. Владимир Платонов, дн (Украйна),
проф. Иван Попов, дн, проф. Ратко Станкович, д-р (Сърбия),
доц. Николай Станчев, д-р, проф. Стефан Стойков, дн,
проф. д-р Мария Тотева, дн, проф. Никола Хаджиев, дн,
проф. Бисер Цолов, дн, проф. Татяна Янчева, дн

© Списание „Спорт & наука“

ISSN 1310-3393

Редакция:

София 1000, бул. „Васил Левски“ № 75 тел.: 93 00 652

E-mail sport_science@yahoo.com

<http://www.sportinauka.hit.bg>

Предпечатна подготовка: ЕТ МАР-Олга Сладкарова

Печат: БПС ООД

СПОРТ & НАУКА

НАУЧНО-
МЕТОДИЧЕСКО
СПИСАНИЕ

Брой 3/2014

Година LVIII

ИЗДАНИЕ НА

НАЦИОНАЛНАТА СПОРТНА АКАДЕМИЯ,
МИНИСТЕРСТВОТО НА МЛАДЕЖТА И СПОРТА

БЪЛГАРСКИЯ СЪЮЗ ЗА

ФИЗИЧЕСКА КУЛТУРА И СПОРТ,

БЪЛГАРСКИЯ ОЛИМПИСКИ КОМИТЕТ

СЪДЪРЖАНИЕ

ЖЕЛЯЗКОВ, Ц. – Физическа култура, физическо възпитание, спорт
(основни понятия).....3

Спортно майсторство

МИХАЙЛОВ, Д., АРСОВА, Р. – Анализ на специалната силова подготвеност
на 17–19-годишни волейболистки 13

ИВАНОВ, Н. – Изследване степента на сходство на различни
упражнения в спортната акробатика20

ВЪЛЛЕВ, Ю. – Характеристика на състезателната дейност и планиране на
едногодишния тренировъчен процес в дисциплината „издръжливост“
от конния спорт27

Трибуна на треньора

ПЕТКОВ, К. – Анализ на държавните първенства на рапира жени –
индивидуално, за периода 1950–2013 г.39

АРСОВА, Р. – Характеристика на физическото развитие на
17–19-годишни волейболистки47

КАРАПЕТРОВА, Р., СОЛОМУ, Ю., СТОЙКОВ, Г., СТОЙКОВ, С. –
Физическите възможности, като предпоставка за подбор на надарени
деца за занимания с лека атлетика (възраст 11 години).....54

Физиология и спортна медицина

ВАСИЛЕВА, Д., ЛЮБЕНОВА, Д. – Адаптирана програма за самостоятелна
домашна рехабилитация при пациенти с мозъчен инсулт в
хроничен период.....61

ВЪЛЧЕВ, В. – Микоза на стъпалата при професионални футболисти73

Искр. № 1306/0000342/2014

ГРИГОРОВА-ПЕТРОВА, К. – Ранна кинезитерапия при болни с исхемичен мозъчен инсулт – обзорна статия.....	78
ПЕТРОВ, Л. – Възможности за използване на слюнката за диагностика в спортната биохимия.....	93

Физическо възпитание на учащите

МАРИНОВ, Т., ЛАЗАРОВА, К., БОРИСОВ, Л. – Особенности в проявлението на скоростно-силовите способности на момчетата от V и VII клас.....	106
ДИМИТРОВА, Б. – Интегрирано обучение по гимнастика при деца с ментални нарушения.....	112

Спорт за всички

ТОШЕВА, И., ГЕОРГИЕВ, М. – Субективна оценка на ползите от спорта и метод за нейното измерване.....	117
НЕШЕВА, И. – Теоретичен анализ на психологическите особености и въздействия при бременност.....	123
КОВАЧЕВСКИ, И., КОСЕВА, П. – Представяне на паракану, като възможност за практикуване на адаптиран воден спорт за хора с увреждания.....	128

В помощ на практиката

НЕШЕВА, И. – Програма „Гимнастика с психопрофилактика за жени с нормална бременност“.....	134
---	-----

Из чуждия опит

САПОЖНИКОВА, О. – Применение инновационной технологии с отягощениями с разнонаправленным вектором силы сопротивления для достижения спортивного результата.....	143
СЕНСЕНБЕКОВ, Е.– Казахские национальные игры в учебном процессе учреждений образования и его роль в воспитании детей школьного возраста.....	152
ДАЙЮБ, С. – Сравнителен анализ на лидерските стилове при служители в спортен съюз в Латакия (Сирия) и община Варна.....	159
ДЕВРИАДИС, А. – Изследване взаимовръзките между средната скорост на лодката при различни дистанции и кинематичните характеристики на гребния цикъл при каяк.....	167

PHYSICAL ABILITIES AS A PRECONDITION FOR SELECTION OF TALENTED CHILDREN FOR ATHLETICS (11 YEARS OLD)

Rumiana Karapetrova, Julia Solomu, Georgi Stoykov, Stefan Stoykov

Key words: anthropometry, selection, athletics

We examined the physical abilities of 11 year old boys from Cyprus. In total 13 anthropometric indexes were included in the study. Also was proposed normative table for evaluating the development level of each index on a 5 point scale – as a precondition for primary selection of young athletes in different age groups and disciplines – incl. running, jumping and throwing events.

ФИЗИОЛОГИЯ И СПОРТНА МЕДИЦИНА

АДАПТИРАНА ПРОГРАМА ЗА САМОСТОЯТЕЛНА ДОМАШНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ В ХРОНИЧЕН ПЕРИОД

Данче Василева, Даниела Любенова

Ключови думи: исхемичен мозъчен инсулт, невростимулираща терапия, домашна рехабилитация

Цереброваскуларните заболявания са една от причините за смъртност в света, заедно със кардиоваскуларните заболявания и водещ фактор за преждевременна хендикепираност. Според данни на American Heart Association [4], исхемичните мозъчни инсулти представляват приблизително 87% от всички мозъчни инсулти (МИ), а между Източна и Западна Европа се наблюдават съществени различия по отношение на заболеваемостта, разпространението и смъртността от МИ. Различия в разпространението на някои рискови фактори, по-висока стойност на артериалната хипертония и други, биха могли да бъдат причина за по-тежките мозъчни инсулти в Източна Европа. МИ е най-важната причина за заболеваемост и дълготрайна нетрудоспособност в Европа и демографските промени се очакват да доведат до повишаване, както на заболеваемостта, така и на болестността.

Наред с другите лечебни и профилактични средства при тази група пациенти от голямо значение е и физическата активност. Физически активните индивиди имат по-нисък риск от инсулт и смърт в сравнение с тези индивиди, които са с ниска физическа активност. Тази зависимост се дължи на положителния ефект, който оказва физическата активност върху телесното тегло, кръвното налягане, серумния холестерол и глюкозния толеранс. Физическата активност, осъществявана през свободното време (2 до 5 часа на седмица), е независимо свързана с по-леки форми на исхемичен инсулт и по-благоприятен краткосрочен изход.

Кинезитерапията е неотменна част от комплексния терапевтичен подход на болните с мозъчен инсулт. Причина за това са тежки поражения върху двигателните възможности на болните и безспорните възможности на кинезитерапията за тяхното преодоляване.

Целенасочената кинезитерапия е от решаващо значение за физическото, функционалното и психосоциалното възстановяване и качеството на живот след инсулт [5, 7]. Специфичните дефицити (моторни, сензорни и говорни) се възстановяват до голяма степен от третия до шестия месец след инцидента. Резултатите са най-добри, ако неврорехабилитацията започне в първите 24 часа от инсулта [6], като степента на възстановяване корелира с повишена интензивност на натоварването [1]. Ежедневните рехабилитационни процедури имат по-добър ефект в сравнение със същия брой процедури, проведени за по-дълъг период от време [8]. С неврофизиологични методи (функционален ядреномагнитен резонанс и транскраниалната магнитна стимулация) се установяват промени в кортикалната моторна зона в отговор на физически упражнения. По-новите концепции предлагат интензивна терапия с двигателни задачи, свързани с повече функционални умения. Като прогностичен белег се приема степента на увреда на кортикоспиналния път [3]. Всеки един болен, независимо от възрастта, би трябвало да се третира по начин, който дава възможност да развие максимално своя потенциал. Дори, ако моторното възстановяване не се постигне, той ще бъде способен да извършва различни дейности по-добре и ще живее по-пълноценно, ще се чувства по-сигурен и ще се движи по-свободно. При това ще бъде по-лесно осъществяването на помощ от страна на близките [2].

Адаптираната програма за домашна рехабилитация е разработена въз основа на принципите на двигателния контрол, двигателното обучение и съвременните насоки на невростимулиращата терапия (neurodevelopmental treatment (NDT)).

Спазвайки основните принципи на двигателно обучение, терапевтът и пациентът работят заедно, за да постигнат ефект. Не съществуват Bobath-упражнения или техники, а в процеса на изследване се определят основни нарушения и се набелязват подходящи подходи за преодоляването им, и след преценка на отговора от страна на пациента, се правят корекции на приложението.

Целта на адаптираната програма за домашна рехабилитация е подобряване на двигателните възможности, постуралната стабилност и походката при болни с исхемичен мозъчен инсулт в хроничен период.

Описание на адаптираната програма за домашна рехабилитация при болни с исхемичен мозъчен инсулт в хроничен период

Цялостното описание на упражненията за домашна рехабилитация е представено в адаптираната програма, която се предлага на пациентите след 10-дневна кинезитерапия, а упражненията са обяснени на достъпен за тях език за по-лесно приемане и разбиране. Конкретната програма съдържа 28 теоретично обосновани и описани упражнения. От тези упражнения 4

са в подготвителната част, 21 упражнения съставляват основната част и 3 упражнения са в заключителната част.

Подготвителни упражнения

Задължително преди основните упражнения организъмът трябва да се подготви за предстоящото натоварване. Тези упражнения допринасят за:

- подобряване на дихателната функция, осигурявайки по-добър газов обмен;
- постепенно вработване на кардиоваскуларната система, подобрявайки кръвоснабдяването на сърдечния мускул и циркулацията на кръвта в организма;
- позитивно повлияване на психо-емоционалния тонус.

Упражнение 1

Изходно положение: тилен лег, дланите се поставят на коремната стена.

- Упражнение: 1. Вдишва се през носа, като се издува корема.
2. Издишва се през устата и се стяга коремната мускулатура.

Повтаря се 2–3 пъти;

Упражнение 2

Изходно положение: тилен лег, дланите се поставят в долната част на гръдния кош.

- Упражнение: 1. Вдишва се през носа като се разширява гръдният кош.
2. Издишва се бавно през устата.

Повтаря се 2–3 пъти

Упражнение 3

Изходно положение: тилен лег.

- Упражнение: С лакти се осъществява натист към леглото за 2–3 сек и се отпуска 2–3 сек.

Указание: *Изпълнява се без задържане на дишането.*

Повтаря се 3–4 пъти

Упражнение 4

Изходно положение: тилен лег

- Упражнение: 1. Ръцете се изтеглят встрани като напрежението е 2–3 сек.
2. Отпускат се за 2–3 сек.

Указание: *Дишането не се задържа.*

Повтаря се 4–5 пъти

Основни упражнения

Упражнения за преминаване от тилен лег до стоеж, които:

- нормализират контрола между здравата и засегнатата половина на тялото;
- обучават в самостоятелност при промяна на изходното положение;
- постига се постепенна вертикализация.

Упражнение 5

Изходно положение: тилен лег, незасегнатият горен крайник хваща засегнатата ръка, така че палецът ѝ да сочи тавана.

Подготовка: болният се окуражава да флектира коляното, поставяйки цялото стъпало на опората, след което да повдига таза.

- Упражнение: 1. Извършва обръщане на засегнатата страна и преместване в леглото
 2. Връща се в изходно положение.
 3. Извършва обръщане на незасегнатата страна и се премества в леглото.
 4. Връща се в изходно положение.

Указание: *Изпълнява се последователно преминаване от тилен лег до страничен лег.*

Ако е необходимо активното изпълнението на упражнението се улеснява, като ръцете и коленните стави на болния се фиксират от близък до него човек и така се подпомага обръщането му.

Повтаря се по 1–2 пъти

Упражнение 6

Изходно положение: тилен лег, незасегнатия горен крайник хваща засегнатата ръка, така че палецът ѝ да сочи към тавана.

Подготовка: долните крайници са флектирани в коленните и тазобедрените стави.

- Упражнение: 1. Повдига се главата и се завърта по посока на движението.
 2. Извършва се обръщане настрани, като се поставят флектираните долни крайници по-близо до гръдния кош.
 3. Спускат се долните крайници от ръба на леглото, като се използва незасегнатият горен крайник за опора при заемане на седеж.
 4. Връщане в изходно положение.

Указание: *Ако е необходимо, се подпомага активното извършване на преминаването от тилен лег до седеж, като от близък човек се фиксират ръцете и раменният пояс на болния.*

Повтаря се по 2–3 пъти

Упражнение 7

Изходно положение: седеж, тазът е преместен към края на леглото/стола така, че да заеме правилна стойка.

Подготовка: Стъпалата са поставени правилно на пода и центърът на тежестта се пренася напред, чрез флектиране в тазобедрените стави. Тежестта е равномерно разпределена върху двата долни крайника.

- Упражнение: 1. Изправяне от седеж до стоеж.
 2. Връщане в изходно положение.

Указание: *Ако е затруднено активното изпълнение се подпомага, като се фиксира долният крайник на болния чрез стъпалата и коленете на някой близък по време на изправянето до стоеж.*

Повтаря се по 2–4 пъти

Упражнение 8

Изходно положение: седеж на легло със спуснати крака, в правилна и комфортна поза (90° в тазобедрени, коленни и глезенни стави).

- Упражнение: 1. Изправяне до стоеж.
 2. Преместване от легло до седеж на стола.
 3. Изправяне до стоеж.
 4. Връщане в изходно положение.

Указание: *Ако е необходима помощ за преместване на болния от леглото на стола, близкият застава максимално близо до болния, без да блокира движението или зрителното му поле. Използва захват около таза или гърба, а коленете му опират коляното на болния.*

Повтаря се по 2–4 пъти

Упражнения за горен крайник и контрол на раменния пояс, които:

- нормализират контрола на движенията на горния крайник;
- нормализират контрола на здравата и засегнатата половина на тялото;
- улесняват извършването на дейностите от ежедневието.

Упражнение 9

Изходно положение: седеж, с опора на двете ръце със хванати пръсти.

Упражнение: Пренасяне на тежестта на тялото в предно-задна и странична посока.

Указание: *Упражнението се усложнява, като от опора с двете ръце с хванати пръсти се преминава към изпълнение с опора на двете ръце върху длани, опора с болната ръка, в различни посоки (напред с вариации, настрани с вариации, назад). Необходимо е оптимално алиниране на сегментите, включително и трупата.*

Продължителност: 30 сек

Упражнение 10

Изходно положение: стоеж, с опора на двете ръце с хванати пръсти.

Упражнение: Пренасяне на тежестта на тялото в предно-задна и странична посока.

Указание: *Упражнението се усложнява като от опора с двете ръце с хванати пръсти се преминава към изпълнение с опора на двете ръце върху длани, опора с болната ръка, в различни посоки (напред с вариации, настрани с вариации, назад). Необходимо е оптимално алиниране на сегментите, включително и трупата.*

Продължителност: 30 сек

Упражнение 11

Исходно положение: седеж пред маса, с опора на двата лакътя или от седеж с опора върху коленни стави на двата лакътя.

Упражнение: *Движение на трупа спрямо горните крайници в предно-задна и странична посока.*

Указание: Усложнява се чрез пристъпване напред и назад.

Продължителност: 30 сек.

Упражнение 12

Исходно положение: седеж пред маса, с опора на лакътя само на засегнатия крайник.

Подготовка: Стъпалата са поставени правилно на пода и центърът на тежестта се пренася напред чрез сгъване в тазобедрените стави. Тежестта е равномерно разпределена върху двата долни крайника.

Упражнение: Извършват се дейности с незасегнатия горен крайник – пресягане дори и на голямо разстояние, преместване вляво и вдясно, пренасяне на тежестта вляво и вдясно.

Указание: *Усложнява се чрез изпълнение от различни изходни положения, включително и от колянна опора.*

Продължителност: 30 сек.

Упражнение 13

Исходно положение: седеж пред маса, с опора на двата лакътя, дланите са хванати, като палеца сочи нагоре.

Упражнение: Приплъзване на горните крайници – напред, диагонално и с ротация на трупа, спрямо опората за стимулиране завъртането на палеца и целия горен крайник навън.

Указание: *Необходима е адекватна реакция от страна на трупа, с поглед над рамото. Усложнява се чрез търкаляне на бутилка, търкаляне на малка или голяма топка с две ръце, както и само с болната ръка.*

Продължителност: 30 сек.

Упражнение 14

Исходно положение: седеж пред маса с опора на двата лакътя.

Упражнение: Повдигане и преместване на предмет на 2, 3, 4 такта (на малко разстояние) с двете ръце.

Указание: *Усложнява се чрез вариация в посоката и диагонално изпълнение.*

Продължителност: 30 сек.

Упражнение 15

Исходно положение: стоеж пред маса, на която е поставен предмет.

Упражнение: Повдигане и преместване на предмет на 2, 3, 4 такта (на малко разстояние) с двете ръце.

Указание: *Усложнява се с промяна на височината на предмета до нивото на раменен пояс.*

Продължителност: 30 сек.

Упражнение 16

Исходно положение: седеж пред маса, на която са поставени предмети.

Упражнение: Извършва пресягане, достигане, хващане и преместване на предмети със засегнатия горен крайник.

Указание: *Усложнява се чрез включване на функционални дейности – хранене, обличане, събличане, чистене, готвене (дейности, близки до предишния опит на пациента).*

Продължителност: 2 мин.

Упражнения за долен крайник и контрол на трупа и таза, които:

- нормализират контрола на движенията на долния крайник;
- нормализират контрола на здравата и засегнатата половина на тялото
- подобряват равновесни реакции от страна на трупа;
- стимулират координацията и последователността на двигателния отговор;
- подобряват статичния контрол и баланс в позата (оптимална позиция на трупа и долни крайници);
- стимулират ответна реакция в m.quadriceps femoris;
- улесняват ходенето.

Упражнение 17

Исходно положение: седеж, долните крайници не са опрени на пода.

Упражнение: Пренасяне на тежестта на страни или диагонално със и без опора на горните крайници.

Указание: *Изпълнява се при оптимална реакция от страна на трупа (при пренасяне тежестта на единия хълбок, главата и трупа се наклонява в противоположната посока). Усложнява се чрез прекръстосване на единия и другия крак.*

Продължителност: 30 сек.

Упражнение 18

Исходно положение: седеж, долните крайници не са опрени на пода, горните крайници са кръстосани пред гърдите.

Упражнение: 1. Пренасяне на тежестта напред с наклон на трупа.

2. Връщане в изходно положение.

Указание: *Изпълнява се при оптимална реакция от страна на трупа. Усложнява се с изпълнение върху различна височина или върху голяма топка.*

Продължителност: 30 сек.

Упражнение 19

Изходно положение: седеж, долните крайници са стъпили на пода.

Упражнение: 1. Изправяне до стоеж.

2. Връща се в изходно положение.

Указание: *Следи се за оптимална опора на долните крайници и прехвърляне на тежестта напред (използва се зрението в посоката на пренасяне на тежестта). Улеснява се чрез захват от близък на болния човек на таза или на горните му крайници. Усложнява се при ставане от различна височина, от голяма топка и т.н., или с различна скорост (колкото е по-бавно толкова е по-трудно).*

Продължителност: 30 сек.

Упражнение 20

Изходно положение: стоеж, с опора на горните крайници.

Упражнение: 1. Преминаване към стоеж без опора на горните крайници.

2. Връщане в изходно положение.

Указание: *Коригира се тялото на болния (да не е флектирано напред, центърът на тежестта да не е изнесен прекалено назад, да няма завъртане на трупа).*

Продължителност: 30 сек.

Упражнение 21

Изходно положение: стоеж.

Упражнение: 1. Пренасяне на тежестта – настрани и в предно-задна посока.

2. Връща се в изходно положение.

Указание: *Следи се за реакцията откъм засегнатата страна. В опорна фаза на засегнатия крак – тялото да се наклонява на противоположната страна (към здравата страна).*

При нарушение се повтаря изпълнението на упражнения № 17 и 18. При преобладаващ наклон назад на трупа (тялото е изнесено назад) – от стоеж, ръката на близък на болния човек се поставя върху гръдната кост на пациента. Болният осъществява лек натиск с трупа в посока напред, като движението се извършва от глезенни стави, а не чрез флексия на трупа.

При преобладаващ наклон напред на трупа – се включват упражнения от стоеж пред маса, контакт с предната повърхност на бедрата, с цел осъществяване на лек натиск с бедрото към масата.

Продължителност: 30 сек.

Ходене

- нормализира контрола върху трупа и горните крайници;
- нормализира контрола на здравата и засегнатата половина на тялото

- подобрява равновесните реакции;
- стимулира координацията и последователността на двигателния отговор;
- подобрява динамичния контрол;
- улеснява придвижването.

Упражнение 22

Изходно положение: стоеж.

Упражнение: Извършва се стъпка напред – назад и встрани със засегнатия крайник.

Указание: *Следи се за контрол върху реакциите от страна на трупа и горните крайници.*

Подпомага се от близък човек, като крайната цел е да се получи свободно движение, без прекалено голямо усилие от страна на болния.

Усложнява се чрез поставяне на стъпалото върху предмет с различна височина.

Продължителност: 1 мин.

Упражнение 23

Изходно положение: стоеж.

Упражнение: Ходене встрани с прекръстосване на краката. Засегнатият крак се поставя последователно отпред, а след това отзад.

Указание: *Усложнява се чрез повдигане на предмети от пода и пренасянето им или обръщане в тясно пространство.*

Продължителност: 1 мин.

Упражнение 24

Изходно положение: стоеж.

Упражнение: *Ходене върху различна повърхност (твърда, мека), с различна скорост.*

Указание: *Усложнява се със заобикаляне на препятствия.*

Продължителност: 1 мин.

Упражнение 25

Изходно положение: стоеж.

Упражнение: Ходене с едновременно извършване на дейности с горните крайници (носене на предмет, топка, чаша).

Указание: *Усложнява се чрез едновременно провеждане на разговор.*

Продължителност: 1 мин.

Заклучителни упражнения, допринасящи за:

- общо успокояване на организма след натоварването;
- цялостна релаксация на организма;

- нормализиране на сърдечната честота и артериалното налягане;
- положително психо-емоционално повлияване.

Упражнение 26

Изходно положение: тилен лег със затворени очи

Упражнение: Долните и горните крайници леко се разтърсват.

Указание: *Тялото е отпуснато и се диша свободно.*

Продължителност: 1–2 мин.

Упражнение 27

Изходно положение: тилен лег със затворени очи. Главата, трупът и крайниците са отпуснати върху леглото.

Упражнение: Мислено пренасяне „на морския бряг“, „в гората“ и т. н.

Указание: Дишането е бавно и спокойно.

Продължителност: 1–2 мин.

Упражнение 28

Изходно положение: тилен лег, горните крайници са флектирани в лакътните стави.

Упражнение: 1. Гръдният кош се повдига и се вдишва.

2. Отпуска се на леглото и се издишва.

Повтаря се 5–6 пъти

Методични указания:

При затруднения в:

- контрола на раменния пояс – по време на ходене се увеличава двойно дозировката на упражненията за горен крайник и контрол на раменния пояс;
- контрола на трупа и таза – по време на ходене се увеличава двойно дозировката на упражненията за долен крайник и контрол на трупа и таза;
- маховата или опорната фаза – при ходене се увеличава двойно дозировката на упражненията за долен крайник и контрол на трупа и таза и упражнение №22;
- дорзалната флексия - може да се използва хлъзгава повърхност (напр. найлон върху стъпалото);
- ходенето – поради тежка увреда се използват помощни средства, за да се получи свободно движение без прекалено голямо усилие от страна на болния.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Относно двигателния режим на пациентите с исхемичен мозъчен инсулт в днешно време се предлагат различни програми и упътвания.

Тази програма я предлагаме за използване в домашни условия за пациенти с мозъчен инсулт, тъй като е прилагана и е проследено влиянието ѝ в болнични и домашни условия с много добър ефект.

Програмата може да има принос в цялостния подход към тези пациенти, осигурявайки по-голяма информираност за възможностите на физическите упражнения в профилактика и лечението заедно с медикаментозната терапия и диетичния режим.

Пациентът трябва да научава стратегии за решаване на конкретни двигателни проблеми, оптимално ориентиране на тялото, добра начална позиция, възможност за предвиждане на последователността от движения, за да се създаде възможност за използване на умения, които да са адаптивни.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Димитрова, А., Любенова, Д., Стефанова, Д., Симеонова.* Промени в статичния баланс след приложена кинезитерапия при болни с мозъчен инсулт във вертебро-базиларната система. –Кинезитерапия № 3, 2007, с.50-55.
2. *Любенова, Д.* Кинезитерапия при нервни и психични болести. София, Бетапринт, 2011, 34,160-161.
3. *Титянова, Е, Маринков, М.* Съвременни аспекти на рехабилитацията на походката при болни с хронична пост-инсултна хемипареза. –Физикална медицина, рехабилитация, здраве № 4, 2007, с. 9–13.
4. *Fonarow, G., Smith, E., Reeves, M. et al.* Hospital-level variation in mortality and rehospitalization for Medicare beneficiaries with acute ischemic stroke. Stroke: Journal of the American Heart Association, 2010 <http://stroke.ahajournals.org>
5. *Lloyd-Jones, D., Adams, R.J., Brown, T.M.* American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics-2010 update: a report from the American Heart Association. Circulation 121, 2010:46-215.
6. Stroke Unit Trialists Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev 1, 2002:CD000197.
7. *Titianova, E., Peurala, S., Pitkanen, K., Tarkka, I.* Gait reveals bilateral adaptation in motor control in patients with chronic unilateral stroke. Aging Clin Exper Res 20, 2008:131-138.
8. *Zhu, LL., Lindenberg, R., Alexander, MP., Schiaug, G.* Lesion load of the corticospinal tract predicts motor impairment in chronic stroke. Stroke 41,2010:910-915

Рецензент:

проф. д-р Мария Тотева, дмн

Адрес за кореспонденция:

ас. Данче Василева

Факултет за медицински науки

Университет „Гоце Делчев“

2000 Щип, Р Македония

e-mail: dance.vasileva@ugd.edu.mk

доц. Даниела Тодорова Любенова, доктор – НСА

кат. „Кинезитерапия и рехабилитация“

e-mail: lubenova@abv.bg

1000 София, ул. „Гургулят“ №1

ADAPTED PROGRAM FOR INDEPENDENT HOME REHABILITATION FOR PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE IN THE CHRONIC PERIOD

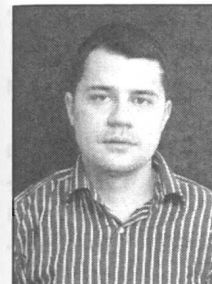
Dance Vasileva, Daniela Lubenova²

The purpose is to present the adapted program for independent home rehabilitation for patients with ischemic stroke in chronic period, which is worked out on the basis of principles of motor control, motor learning and the contemporary guidance of neurodevelopmental therapy, (Neurodevelopmental treatment - NDT). Recovery after injury to the central nervous system is an interactive work between the patient, an interdisciplinary team of specialists and close relatives. The adapted program and therapy for patients with ischemic stroke in the chronic period is oriented towards solving focused functional activities, which require active participation by the patient, to get a personal experience and to take advantage of the possibilities of the processes of neuroplasticity for recovery. The patient can be learned only if he actively participates in the process or performing activities and facilitation, depending on its functional capabilities. In motor learning, gaining even minimally correct response by the patient, it's good to stop with manual assistance, not to hinder the recovery process. Seeking optimal strategies suitable and appropriate for the particular patient and his capabilities, our final purpose is to improve functional motor capabilities, postural stability, postural reactivity and gait.

Conclusion: The program can contribute the society, providing more informations about the possibilities of physical exercise in the prevention and treatment of this disease with drug therapy and dietary regime.

Key words: Ischemic stroke, Neurodevelopmental treatment – NDT, Home rehabilitation.

МИКОЗА НА СЪПАЛАТА ПРИ ПРОФЕСИОНАЛНИ ФУТБОЛИСТИ



Валентин Вълчев

Ключови думи: тиней педис, футболисти, рискови фактори

Микозата на съпалото е най-честата микотична инфекция в света.

Микозата на съпалото е дерматофитоза. Заболяването протича хронично и засяга междупръстията и свода на ходилата или и двете. Инфекцията се развива след контакт със заразен човек или животно, както и от контакт с предмети, съдържащи спори (пода на банята и пода на съблекалнята или при носенето на заразени обувки).

Повишената влажност на кожата благоприятства появата и развитието на гъбички по съпалата [1].

Микотичната инфекция (тиней педис, трихофития педис) се предава от съпалото към ноктите, а не обратно. Именно това е причина за високата честота на хронична интердигитална микоза при пациенти с онихомикоза (гъбична инфекция на ноктите) [3, 4, 6].

Различават се три клинични форми на заболяването: *Дисхидротична* – характеризира се с дребни, плътни, разположени дълбоко в епидермиса мехурчета. Те са изпълнени с бистро съдържимо. Най-честата локализация е по свода на съпалото. При тази форма на заболяването болните се оплакват от много силен сърбеж. *Суша форма* – започва е поява на отделно разположени, зачервени, лющещи се петна, които постепенно могат да обхванат цялото съпало – „мокасинов тип епидермофития“. *Интертригинозна* – засяга кожата в междупръстията и под пръстите. Сърбежът е умерен до силен. Протичането е хронично, с месеци и дори години.

Професионалните спортисти са изложени на по-голям риск да развият тиней педис. Причина за това са носенето на синтетични чорапи и спортни (затворени) обувки, които водят до изпотяване и благоприятстват развитието на гъбички. Използването на общи душеве е рисков фактор за разпространението на микотичните заболявания.

МЕТОДИКА

Епидемиологичното проспективно проучване е проведено сред мъже професионални футболисти, които не са лекувани от микоза на долни край-