

PROBLEMS OF FAMILIES WITH TERMINALLY ILL

Tsvetka Boycheva

Microbiological Laboratory, Multiprofile Hospital for Active Treatment “St. Panteleimon”, Yambol,
Republic of Bulgaria, tsvetka_boi@abv.bg

Mariya Dimitrova

Medical University – Sofia, Faculty of Public Health, Department Health Care, Republic of Bulgaria,
maria.id@abv.bg

Abstract: In recent decades, there has been a growing public interest in palliative care. This is dictated by the ever increasing number of people who need it. With advances in medical science and the development of new technologies, life expectancy has increased, but at the same time, the number of years spent in illness and suffering has increased. Still, death is not defeated, but pain and suffering can be relieved, and the quality of life of the terminally ill and their families can be improved. Palliative care is overwhelming. They target the patient and his family. They meet the psychic, social, spiritual and cultural needs of the patient, provide training and support to relatives. The family is a social institution that ensures the biological and social continuity of the human race. There is a correlation between it and health. Today it is impossible to function and develop properly without providing optimal health to its members. Diseases of a family member adversely affect his or her functions. Reproductive, economic and psycho-emotional function is impaired. A home is a place where one lives fully and most people prefer their care to be done at home. The needs of patients in need of palliative care are specific. Apart from a health problem, they also have spiritual, social and mental needs. The most frequent care of these patients is taken by a relative or a family member. In most cases, they lack the necessary skills, resources and time. This clearly shows that the quality of life of these patients and their families is not guaranteed. The purpose of this study is to find out what influence has the care of terminally ill on his family. The subject of the study is 602 persons, close to terminally ill in 30 medical institutions in the country. Within a six-month period from 01.11.2017 to 30.04.2018. With the help of a direct individual survey, how the care of the terminally ill is reflected in his family was identified. Statistical methods for data processing and analysis were used. Results: The family is experiencing great stress when there is a severely sick patient in it. The lifestyle of the whole family is changing. Negative emotions accumulate and social contacts are disturbed. Economic and social difficulties, lack of time and lack of knowledge and skills are major problems in families with patients in need of palliative care. Respondents want to participate in training for the care of the sick, need professional help and support to ensure a better quality of life for their close and normal family functioning.

Keywords: Palliative care, terminally ill, family, relatives

ПРОБЛЕМИ НА СЕМЕЙСТВА С НЕИЗЛЕЧИМО БОЛЕН

Цветка Бойчева

Микробиологична лаборатория, МБАЛ „Св. Пантелеймон“ Ямбол, tsvetka_boi@abv.bg

Мария Димитрова

МУ - София, ФОЗ, Катедра „Здравни грижи“, maria.id@abv.bg

Резюме: През последните десетилетия се наблюдава засилен интерес в обществото към палиативните грижи. Това е продиктувано от непрекъснато нарастващия брой на хората нуждаещи се от тях. С напредъка в медицинската наука и развитието на новите технологии се увеличи средната продължителност на живота, но едновременно с това нарасна и броят на годините прекарани в болест и страдание. Все още смъртта не е победена, но може да се облекчи болката и страданието, може да се подобри качеството на живот на неизлечимо болните и техните семейства. Палиативните грижи са всеобхватни. Те са насочени към пациента и неговото семейство. Задоволяват психическите, социалните, духовните и културни потребности на болния, осигуряват обучение и подкрепа на близките. Семейството е социална институция, която осигурява биологичната и социална непрекъснатост на човешкия род. Съществува взаимовръзка между него и здравето. Днес е невъзможно правилното му функциониране и развитие без осигуряване на оптимално здравно състояние на неговите членове. Заболяванията на член от семейството повлияват негативно върху неговите функции. Нарушават се възпроизводителната, икономическата и психо-емоционалната функция.

Домът е място, където човек живее пълноценно и повечето хора предпочитат грижите за тях да се осъществяват в домашни условия. Потребностите на болните, които се нуждаят от палиативни грижи са специфични. Освен здравословен проблем те имат и духовни, социални и психически нужди. Най-често грижите за тези пациенти се поемат от близък или член на семейството. В повечето случаи те не притежават необходимите умения, средства и време. Това определено показва, че не се гарантира необходимото качество на живот на тези пациенти и техните семейства.

Целта на това проучване е да се установи какво влияние оказват грижите за неизлечимо болен върху неговото семейство. Обект на изследването са 602 лица, близки на терминално болни в 30 лечебни заведения в страната. В рамките на шест месечен период от 01.11.2017 до 30.04.2018 година. С помощта на пряка индивидуална анкета е установено как се отразяват грижите за неизлечимо болен върху неговото семейство. Използвани са статистически методи за обработка и анализ на данните.

Резултати: Семейството преживява голям стрес, когато в него има тежко болен пациент. Променя се начинът на живот на всички негови членове. Натрупват се негативни емоции и се нарушават социалните контакти. Затрудненията от икономически и социален характер, както недостига на време и липсата на знания и умения са основни проблеми в семействата с болни, нуждаещи се от палиативни грижи. Анкетиранияте желаят да участват в обучения насочени към грижите за болните, нуждаят се от професионална помощ и подкрепа, за да осигурят по-добро качество на живот на своите близки и нормално функциониране на семейството.

Ключови думи: Палиативни грижи, неизлечимо болни, семейство, близки

ВЪВЕДЕНИЕ

Злокачествените новообразувания, болестите на органите на кръвообращението, хроничната обструктивна белодробна болест, диабета и психичните разстройства са лидери сред причините за смърт вече няколко десетилетия. Онкологичните и хроничните дегенеративни заболявания имат голяма социална и икономическа тежест за семействата и обществото като цяло. Те са сериозно изпитание и бреме за пациентите и тяхното обкръжение. Грижите за близките и семейството на неизлечимо болните са характеристика на добрите палиативни грижи. Роднините имат свои нужди, на които трябва да се обърне особено внимание. Те са силно притеснени – не знаят как да се справят със заболяването, със собствените си чувства и нужди. Всичко това оказва негативно влияние върху нормалното функциониране на семейството на терминално болния.

ЦЕЛ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Да се установи какво влияние оказват грижите за неизлечимо болен върху неговото семейство.

МЕТОДИ

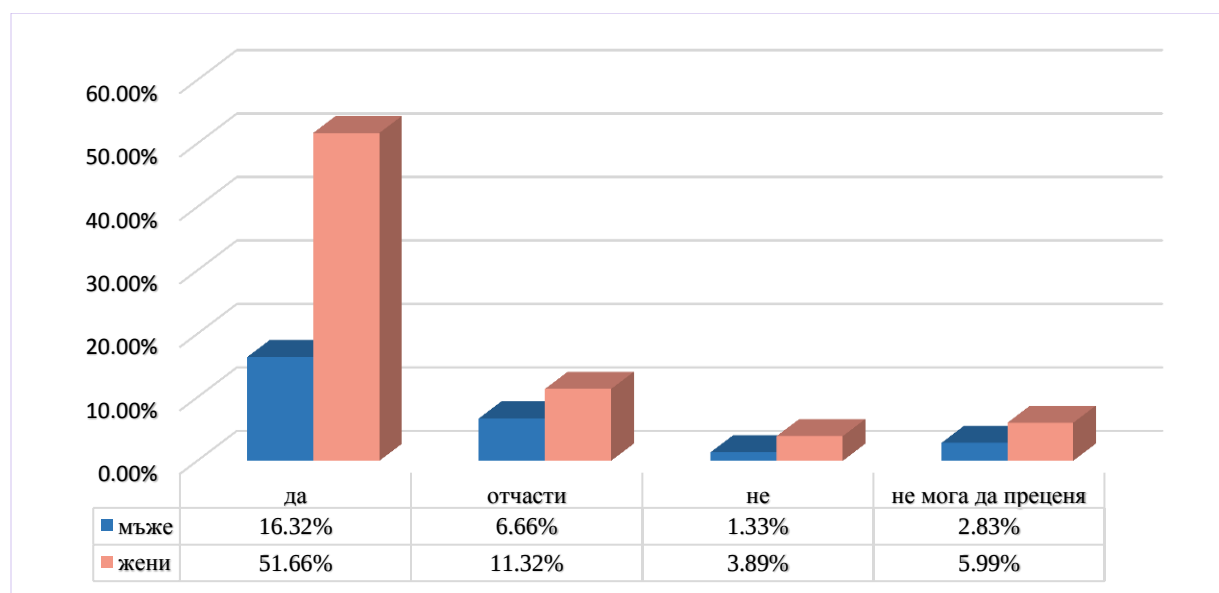
Използваните методи са социологичен и статистически. С помощта на пряка индивидуална анкета е проучено какви са трудностите и проблемите на семействата с неизлечимо болен. Статистическата обработка и анализ на резултатите е извършена с MS Office Excel. В изследването са включени 602 лица, които са близки на тежко болни пациенти. Проучването е проведено за шест месечен период от 01.11.2017 до 30.04.2018 година в 30 лечебни заведения в страната.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Редица изследвания сочат, че за тежко болните пациенти грижите се оказват в домашни условия. Жените по-често имат отговорна роля към болните членове на семейството [1]. Доказателство за това са получените данни от анкетното проучване, където относителния дял на жените е 74%, а този на мъжете е 26%. Психосоциалното благополучие на жената е актуална и широко обсъждана тема. Нейните роли в обществото са много и разнообразни – майка, съпруга, домакиня и работеща. Основни рискови фактори за здравето и са: финансова стабилност, липса на свободно време, липса на социален живот и други [2]. Членовете на семейството с неизлечимо болен са подложени на силно психично натоварване. Пред тях стои въпроса: Как да съчетаят грижите за своя близък с работата, ангажименти към децата и ежедневните дейности, като пазаруване, приготвяне на храна, почистване на дома и други? При толкова многобройни и разнородни дейности допълнителните грижи за неизлечимо болен повишават емоционално напрежение в семейството. Възрастовата характеристика по групи показва най-висок относителен дял 56% на лицата на възраст от 41 до 60 години. Това са хора в трудоспособна възраст. Следващата група 17,6% е от 61 до 80 години. С еднакъв относителен дял от 13% са възрастовите групи до 30 и от 31 до 40 години.

Заболяванията, изискващи палиативни грижи имат голямо социално и икономическо значение. Те са свързани с нарушена работоспособност. Освен здравето, те засягат социалната и професионална роля на пациента. Разходите във връзка с лечебния режим и медикаменти допълнително обременяват финансовото положение на болния и неговите близки. Членовете на семействата с неизлечимо болен едновременно ходят на работа и се грижат за своя роднина, а той се нуждае от непрекъснати грижи. Според проучването работещите лица, полагали грижи за тежко болен са с най-голям относителен дял 65% от всички анкетирани. Следвани от учащи и пенсионери с по 13% и едва 9% безработни. Липсата на свободно време увеличава вероятността за социална изолация на близките.

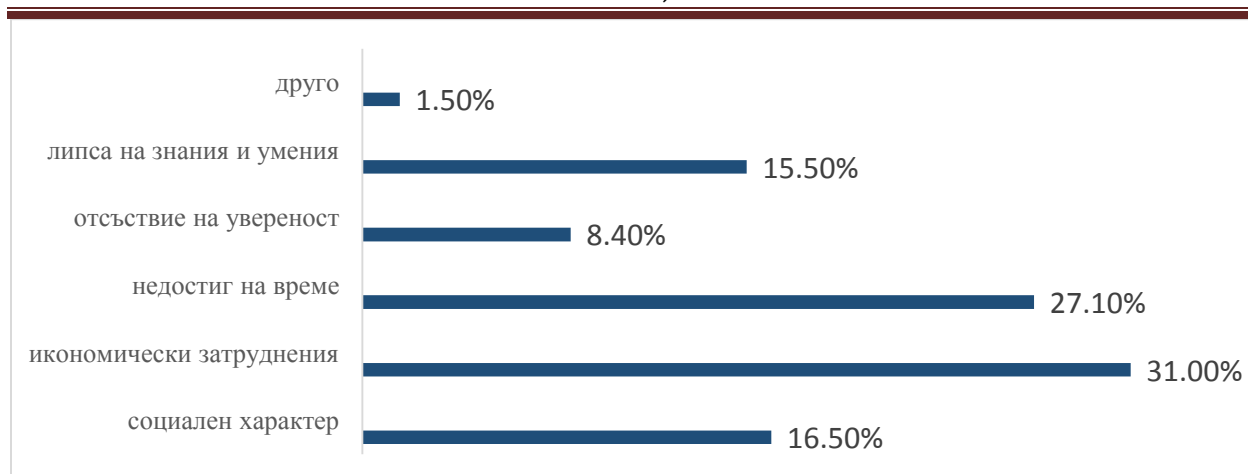
Неизлечимо болните се нуждаят от ежедневни и комплексни грижи, което натоварва физически и емоционално семейството. Роднините задоволяват част от нуждите, като: хранене, къпане, обличане, хигиена. Но потребностите на пациенти са много и разнородни. Повече от половината респонденти 67,8% са посочили, че се нуждаят от професионална помощ и подкрепа за да осигурят определено качество на живот на болните. Отговор „Отчасти“ са посочили 18,3% от анкетираните. Само 6,0% от лицата са заявили, че не се нуждаят от професионална помощ и подкрепа. 8,0% не могат да преценят как да отговорят (фиг. 1).



Фигура 1. Необходимост на близките от професионална помощ и подкрепа за грижите към тежко болен в зависимост от пола

Роднините имат своите притеснения дали ще могат да се грижат добре за болния, как ще се справят със спешни ситуации, правилно ли е да държат пациента в къщи, дали да приемат съвет от приятели и съседи [3]. Близките искат да участват в обучения насочени към грижите за тежко болните. Повече от две трети – 74,4% са посочили своето категорично желание за обучение свързано с грижите към неизлечимо болен. 24,9% не желаят да участват в подобни обучения и 0,7% не могат да преценят как да отговорят. Специалните програми за обучение и подкрепа на оказващите грижи са част от добрите практики в областта на палиативната медицина.

Освен трудностите свързани със здравословното състояние на болния, семействата срещат и редица други проблеми. Според данните от проучването отговорите на респондентите за затрудненията, които срещат при грижите за терминално болен близък се подреждат в следния ред: на първо място са поставени проблемите от икономически характер – 31,0%, следвани от недостига на време – 27,1%, на трето място са социалните проблеми – 16,5%, на четвърта позиция са трудностите породени от липсата на знания и умения – 15,5%, на пред последно място е поставено отсъствието на увереност с 8,4% и последни се нареждат лицата посочили отговор „Друго“ – 1,5% (фиг. 2).



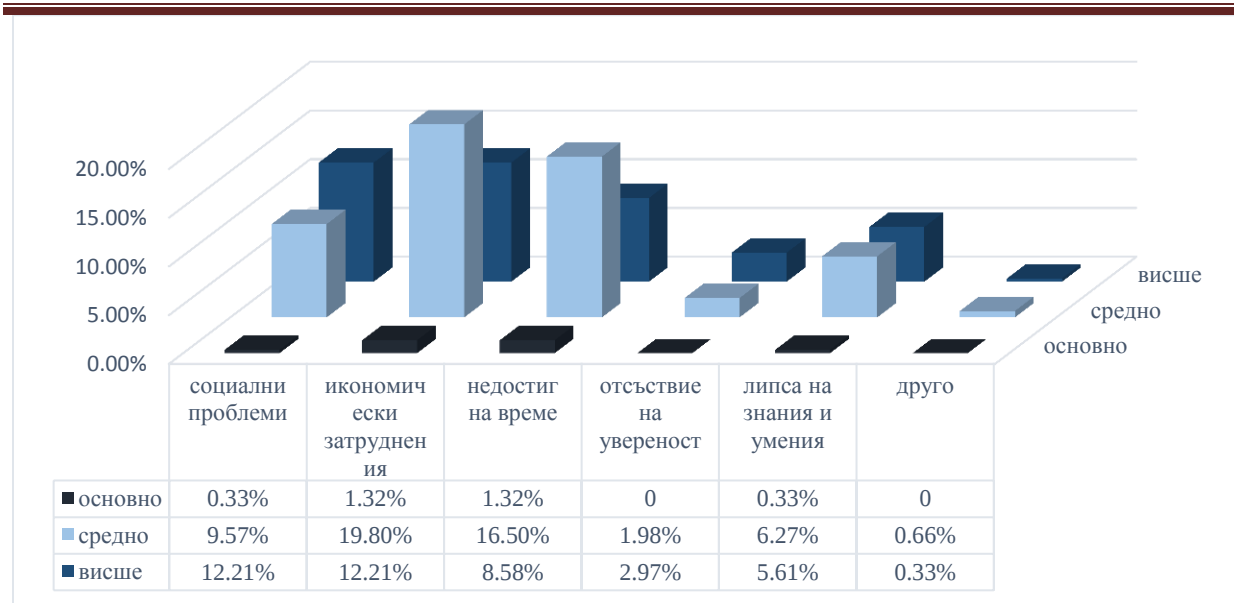
Фигура 2. Проблеми на близките свързани с грижите за неизлечимо болен

Добре функциониращите мултидисциплинарните екипи в палиативните грижи са гаранция за по добро качество на живот на пациента и неговите близки. Наличието на социален работник в екипа значително намалява социалните проблеми в семейството. Неформалните организации осигуряват доброволци, които подпомагат членовете на семейство, като им осигурят повече свободно време. Независимо от статистическите различия на респондентите по пол, възраст, трудова заетост и образование икономическите проблеми са лидер в отговорите (табл. 1

Таблица 1. Основни проблеми на семействата с неизлечимо болен според образователната степен и пола.

Вид проблем	Образование			Пол	
	Средно	Основно	Висше	Мъж	Жена
Социални проблеми	0,33%	9,57%	12,21%	6,27%	15,84%
Икономически затруднения	1,32%	19,8%	12,21%	7,59%	26,4%
Недостиг на време	1,32%	16,5%	8,58%	6,60%	20,13%
Отсъствие на увереност	0	1,98%	2,97%	2,31%	6,93%
Липса на знания и умения	0,33%	6,27%	5,61%	4,62%	0,66%
Друго	0	0,66%	0,33%	0,33	0,33%

Съществува известно различие при подредбата на второ и трето място в зависимост от образователната степен на анкетираните. За лицата с висше образование – 41,5% социалните и икономически затруднения са с еднаква тежест. Респондентите със средно образование – 55,1% са дали превес на отговорите свързани с проблема за недостиг на време пред социалните затруднения (фиг. 3).



Фигура 3. Основни проблеми на семействата с неизлечимо болен според образователната степен на анкетираните

Какво влияние оказва здравословното състояние на болния върху начина на живот на семейството му? Повече от половината респонденти – 65,85 % отговарят, че се променя начина им на живот в много висока и висока степен. За 34,15% от анкетираните настъпилите промени са в средна и ниска степен. Близките на тежко болните се нуждаят от разговори за техните нужди и здраве. Организирането на срещи с екипи от професионалисти значително намалява напрежението в семейството. Относно наличието на негативните емоции анкетираните отговарят, че във висока и много висока степен те се появяват при 52,5% от тях. При другите 47,5% негативните емоции са със средна и ниска. Социалните контакти при 40,5% от респондентите са нарушени в много висока и висока степен, докато при оставащите 59,5% те са засегнати в средна и ниска степен. По отношение на преживяния стрес 63,5% от близките посочват, че стреса е в много висока и висока степен, едва 36,5% определят нивото на преживяния стрес като средно и ниско. Наличието на духовно лице в екипите за палиативни грижи значително намалява нивото на стреса в семейството. Духовната подкрепа, разговорите и общуването с тежко болните носят успокоение и утеха за тях. Редица проучвания сред неизлечимо болни пациенти, показват, че духовните и религиозните убеждения подобряват качеството на живот, намаляват болката, страданието и помагат на хората да приемат по-лесно загубата на близък човек [4].

ИЗВОДИ

Цялата тежест за грижите към неизлечимо болните пада върху техните семейства и близки. Роднините преживяват голям стрес. Негативните емоции и затруднените социални контакти променят начина на живот на цялото семейство. Близките се нуждаят от професионална помощ и подкрепа, от специализирани обучения да осигурят по добро качество на живот на болните и на тях самите. Проблемите с икономически и социален характер и недостига на време са основни за семействата с неизлечимо болни.

ПРЕПОРЪКИ

Създаване на съвременни програми насочени към семействата с терминално болни, целящи постигане на възможно най-добро качество на живот на болните и техните роднини. Регламентирането на дейността на доброволците и създаването на практики за доброволна заетост ще подпомогнат семействата с неизлечимо болни. Държавно финансиране на палиативните грижи в общността и подсибяване на дейностите за социално подпомагане са условия за по добро качество на живот за болните и техните семейства. Изграждането на система за непрекъснато обучение на медицинските специалисти и членовете на екипите за палиативни грижи ще повиши качеството на предлаганите грижи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обществото и здравеопазването на всяка страна трябва да имат непрекъснат стремеж за ефективен отговор на предизвикателствата пред семействата с неизлечимо болни. В центъра на палиативните грижи е винаги пациента и неговото семейство. Екипният подход е водещ при разрешаването на комплексните проблеми на тежко болните и техните близки. На всеки един етап, палиативните грижи трябва да гарантират необходимото внимание, време и грижи за пациентите и техните роднини. Семействата на неизлечимо болните се нуждаят от широка обществена подкрепа и държавна гаранция за достъпни и качествени палиативни грижи.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

- [1] Цв. Бойчева, Организационни форми на палиативни грижи – нагласи и потребности на пациентите и техните семейства, Здравни грижи, бр.3, стр. 24-30, 2018, ISBN 1312-2592
- [2] Ц. Воденичаров, С. Попова, М. Мутаfoва, Е. Шипковенска, Социална медицина, ИК „ГорексПрес“, София, 2013г. 166-170, ISBN 978-616-228-1
- [3] С. Александрова, Хосписни грижи мениджмънт и етика, Издателски център МУ-Плевен, 2005, ISBN 954-756-047-6
- [4] П. Аспарухова, Духовната грижа – основни принципи и перспективи в здравеопазната практика, БГ ПРИНТ Враца, 2017, ISBN 978-619-7102-72-7

HEALTH – RESORT TREATMENT BY PATIENTS WITH BRONCHITIS CHRONICA

Rumyana Bahchevandzhieva

SW University “Neofit Rilski”, Blagoevgrad, Bulgaria, r_bach@abv.bg

Abstract: Health-resort treatment takes important place in the complex treatment of the chronic bronchitis. His implement in the beginning stages of the illness can improve this serious disease, reaching the most active part of the population. The health-resort treatment must be carry out in the period of remission of the disease.

The balneological health-resort treatment is recommend to be complex, to include inhalation with suitable mineral waters and climate procedures and must be implemented in special rehabilitation hospitals. Suitable balneological resorts with specialized rehabilitation hospitals for patients with bronchitis chronica are Sandanski, Momin prohod, Velingrad. The balneological treatment are carry out like inhalation therapy with salt-, radon-, sulphath- and iodine-bromine waters.

The pharmaceutical industry have many achievements, but klimatherapy takes place more often to replace the medical synthetic medicaments.

Mountain treatment is recommend by bronchitis chronica patients with light and middle level of disease and in period of remission. Priority is given to the middle hight mountain therapy / in summer and in winter /, the Bulgarian climate south – region around Melnik and Sandanski and sea side- / in summer / health-resort treatment. The middle hight mountain climate therapy, as the sea side health-resort must be dosed and complex. Complementing are ultraviolet radiation therapy in doses suberitema, difference forms of airtherapy – daily, night sleep by wide open widows, on open air, air bath with duration 2-3 hours a day and moving activity / breathing gymnastic, walking, different sports games and physiotherapy, if needed./. Better medical – social results are observed by repetition of the health-resort treatment.

A number of practical questions are discussed, refered to a health-resort treatment. The paper should be on particular interest to the doctors at healts resorts, as well as to any specialists, whose activities are related to a klimatherapy.

Keywords: health-resort treatment, balneotherapy, mountain and sea side health-resort treatment, patients with chronic bronchitis

КУРОРТНО ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ С ХРОНИЧЕН БРОНХИТ

Румяна Бахчеванджиева

ЮЗУ „Неофит Рилски”, Благоевград, България, r_bach@abv.bg

Резюме: Курортолечението заема важно място в комплексното лечение на хроничния бронхит. Неговото приложение в ранните стадии на заболяването може чрез благоприятна промяна в местните и общи защитни механизми да доведе до пълен или значителен прелом в хода на това тежко заболяване, засягащо най-трудоспособната част от населението. Курортното лечение трябва да се провежда в период на ремисия на заболяването.

Балнеологичното курортно лечение трябва да бъде комплексно, да включва инхалации с подходящи минерални води и климатични процедури и да се провежда в специализирани рехабилитационни болници за лечение на болни с хроничен бронхит – например в Сандански, Велинград, Момин проход. Препоръчва се среднопланинското / през лятото и зимата / и морското климатолечение / през лятото/. Климатолечението трябва да бъде дозирано и комплексно. Среднопланинското и морското климатолечение се прилагат все повече у нас въпреки огромния подем на фармацевтичната индустрия и често са предпочитани лечебни методи при болните с хроничен бронхит с лека и средна тежест на заболяването и във фазите на ремисия. Прилагат се суберитемни ултравиолетови облъчвания, различни форми на аеротерапия – дневен, нощен сън в стая при широко отворени прозорци, на тераси, въздушни бани с продължителност 2 – 3 часа дневно и кинезитерапия / дихателна гимнастика, теренно ходене, различни спортни игри /. При необходимост в лечебния процес се включват и преформирани физикални фактори. По-добра медико-социална ефективност се получава при повтаряне на курортолечението. Разглеждат се въпроси относно развитието в перспектива на среднопланинското и морското климатолечение както и на балнеолечението в България при болните с хроничен бронхит. Статията представлява интерес за лекари от практиката, както и за специалисти в курортното дело.

Ключови думи: курортно лечение, балнеолечение, среднопланинско и морско климатолечение, болни с хроничен бронхит.

Нарастващата заболеваемост и инвалидизация на болните с хроничен бронхит през последните години обуславят многобройните проучвания на този проблем в лечебно-профилактичен план. Те са насочени за ограничаване на патологичния процес и забавяне или избягване на сериозните усложнения на това прогресиращо и социално значимо заболяване. В комплексното лечение на хроничния бронхит важно място заема курортолечението с естествени и преформирани физикални фактори. Неговото приложение в ранните стадии на заболяването може чрез благоприятна промяна в местните и общи защитни механизми да доведе до пълен или значителен прелом в хода на това тежко заболяване, засягащо най-трудоспособната част от населението.

Профилактиката на хроничния бронхит, включително и курортолечението, се свежда до повишаване резистентността на организма, нормализиране на имуногенезата /отстраняване дефицита на IgA /, предотвратяване инфекциите на горните дихателни пътища, борба срещу атмосферните замърсявания и професионалните вредности, компенсаторно укрепване функционалното състояние на белия дроб и др. Най-често курортното лечение се провежда успоредно с химиотерапевтичната профилактика, ваксинолечението, общите суберитемни ултравиолетови облъчвания, лекарствените аерозоли и електроаерозолните инхалации с бронхоспазмолитични и секретолитични средства, дихателната кинезитерапия и др.

Хронично прогресиращият ход на заболяването изисква успоредно с медикаментозната терапия и отстраняване на предразполагащите фактори на околната среда както и системно курортно лечение за намаляване на възпалителния процес, на експекторацията, на бронхиалната обструкция и подобряване трофиката на лигавицата. Курортното лечение трябва да се провежда в период на ремисия на заболяването. То води до нормализиране реактивността на организма, оказва изразен противовъзпалителен и хипосенсибилизиращ ефект.

Балнеологичното курортно лечение се препоръчва да бъде комплексно, проведено в специализирани рехабилитационни болници и да цели овладяване както на възпалителната, така и на алергичната компонента. Противопоказани са болни с усложнени клинични форми /гноен, деформиращ бронхит /. Показани са преди всичко болните с ранни стадии на заболяването с оглед получаване на саногенен ефект, а не само ремисия. Подходящи минерални води, които може да се прилагат чрез инхалации, гаргари, пиене на вода и бани са: 1/ сулфидните води – имат антикатарално, антибактериално, експекториращо и антиспастично действие: 2/ алкалните води – разводняват и увеличават секрецията и подпомагат експекторацията: 3/ калциевите води притежават антикатарално и обезводняващо действие: 4/ солените води – увеличават секрецията и подпомагат експекторацията: 5/ радоновите води – имат хипосенсибилизиращо действие.

При влажните катарти се назначават инхалации с калциеви води, а при сухите – със солени води. Пиенето на водата е 2 пъти дневно сутрин и след обед на празен стомах – за общо пренастройващо действие.

През летните месеци балнеолечението се комбинира с климатични процедури – аерация и слънчево-въздушни бани. През хладните месеци се използват преформирани физикални фактори. Специализирани болните за неспецифични белодробни заболявания има в балнеологичните курорти Сандански, Момин проход, Велинград.

Климатолечението има важно профилактично и лечебно значение за болните с хроничен бронхит. То създава условия за разтоварване на увредената дихателна система от вредните въздействия на околната среда и възстановяване на нейната нормална реактивност и функционална годност. Оказва както непосредствено въздействие върху възпалителния процес, така и общо върху организма, повишавайки защитните му сили.

Най-благоприятни за курортно климатично лечение на хроничния бронхит са Черноморското ни крайбрежие пред удължения летен сезон и средно високата планина от 1200 до 2000 м надморска височина през летния и зимния сезони.

За климатолечение са подходящи болните с хроничен бронхит във фаза на ремисия. Болните с побилна експекторация и липса на белодробно-сърдечна недостатъчност се изпращат на планински курорти. При наличие на оскъдна експекторация най-подходящо е морското климатолечение през топлото полугодие.

На морето през месеците от май до октомври включително особено благоприятно е бризовото време с комфортни /приятно топло / и подкомфортни /леко хладно / термометеорологични условия. Много благоприятни фактори са чистотата на въздуха, повишеното съдържание на соли /натриев хлорид, йод, флуор / и възможностите за слънчево-въздушни процедури и физическа активност на открито.

Топлообменът на дихателните пътища улеснява експекторацията. След адаптация от 3 до 5 дни в условията на климатичен курорт при болните с хроничен бронхит могат да се прилагат разнообразни форми на аеротерапия – дневен, нощен, сън в стая при широко отворени прозорци, на тераси и въздушни бани с продължителност 2 – 3 часа дневно. Поради опасност от охлаждане и влошаване състоянието на болните първите експозиции се провеждат в зона надкомфорт / топло / и комфорт . При добра поносимост и данни за закаляване след 7 – 10 дни може да се премине към подкомфортни експозиции. Последните имат по-добър закаляващ ефект и подобряват вентилаторната функция на белите дробове. В слънчеви дни се прилагат слънчеви бани с продължителност 1 – 2 часа дневно. Необходимо е да се избегне появата на еритемна реакция. За 20 дневен курс климатолечение се назначават обикновено 12 - 15 слънчево-въздушни процедури. Морски къпаня могат да се провеждат при температура на морската вода над 20° С.

На средно високата планина - 1200 - 2000 м надморска височина липсват индустриални замърсявания, налице е повишена отрицателна аероийонизация, има повече слънчеви дни и повишен интензитет на ултравиолетовата радиация. Преобладават много благоприятни термометеорологични условия за провеждане на слънчево-въздушни процедури и физически обременявания. Въздухът е с най-малко съдържание на алергени. Установено е, че прехладните термометеорологични условия подобряват вентилаторната функция на белите дробове при болните с хроничен бронхит. При слънчево-въздушни процедури, проведени в подкомфортни термометеорологични условия, се увеличава кислородната консумация. Естественият климатичен фон на средно високата планина, провежданите слънчево-въздушни процедури и физически обременявания представляват естествена кислородотерапия за болните с хроничен бронхит.

В условията на на балнеологичен и климатичен курорт / морски или планински / кинезитерапията под формата на утринна хигиенна гимнастика, теренното ходене и дихателната гимнастика намират широко приложение. Препоръчва се по-пълно и продължително издишване при относително кратко вдишване. Дихателната кинезитерапия води до превъзможване на психическата депресия, деблокиране на диафрагмата, приучване в разделно абдоминално-диафрагмално и гръдно дишане, обучение в управляване на кашлицата и експекторацията, засилване на коремната мускулатура и др.

По-добри резултати се получават при началните форми на заболяването, което налага своевременно изпращане на болните за климатолечение. През студените и хладни месеци болните с обструктивна и астматична клинична форма реагират метеороотропно. Тези клинични форми на заболяването са подходящи за балнео- и климатолечение през летните месеци.

През хладните месеци курортното лечение трябва да бъде по-комплексно с включване на ултравиолетови суберитемни облъчвания, ултразвук на сегментарно-рефлекторни зони, ултрависокочестотни токове, дециметрови, сантиметрови вълни, нискочестотно магнитно поле на гръдния кош, лазертерапия, рефлексотерапия , дихателна гимнастика, лечебен масаж /сегментарен, дренажен и др. / инхалационно лечение с бронхоспазмолитични и секретолитични средства и др.

Болните с по-леки форми на бронхита и добро общо състояние могат да се лекуват в спа, балнео- и климатични заведения в подходящи курорти. За по-тежките форми на бронхита, лечението в специализирани рехабилитационни болници е задължително

Продължителността на курортолечението е около 20 дни. Колкото то е по-продължително, толкова резултатите са по-добри. Установено е, че по-добра медико-социална ефективност се получава при повтаряне на курортолечението.

БИБЛИОГРАФИЯ

- [1] Балабанова, А. и кол. Често срещани неспецифични белодробни заболявания – техните сходства и характерни признаци.- част 1. С., Комливес, 2004
- [2] Бахчеванджиева, Р. Промени на белодробната функция и хуморалноклетъчната реактивност при болни с хроничен бронхит след климатично и аерозолово лечение, Докт. Дис., 1982.
- [3] Добрев, П. Актуални проблеми при възпалителните заболявания на белите дробове.-С., Мед. и физк.,2006.
- [4] Ръководство по пневмология и фтизиатрия - под ред. Зл. Янкова, ЦМБ, МУ – С., 2016.
- [5] Стаматов, Ст. И Л. Цветкова. Курортно лечение на хронични бронхити.- В: Клинична курортология , С. Мед. и физк., 136 – 139,1990.
- [6] Karagiannidis, C. et all. High-Altitude Climate Therapy Reduces Local Airway Inflammation and Modulates Lymphocyte Activation.- Scandinavian Journal of Immunology, 2006, 63, 304-310.

