

ISSN 1311-3321

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

Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“

Faculty of Public Health and Healthcare

Секция „Здравни грижи“

Section Healthcare

СБОРНИК ДОКЛАДИ

на

СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ – СНС’14

СБОРНИК ДОКЛАДОВ

СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ СЕСИИ – СНС’14

PROCEEDINGS

of

the SCIENTIFIC STUDENT SESSION – SSS’14

Рyse
Ruse
2014

Сборникът включва докладите, изнесени на студентската научна сесия **СНС'14**, организирана и проведена във факултет „**Обществено здраве и здравни грижи**” на Русенския университет “Ангел Кънчев”.

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

ISSN 1311-3321

Copyright ©

♦ **СТУДЕНТСКАТА НАУЧНА СЕСИЯ** се организира от **АКАДЕМИЧНОТО РЪКОВОДСТВО** и **СТУДЕНТСКИЯ СЪВЕТ** на **РУСЕНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ** с цел да се предостави възможност на студенти и докторанти да популяризират основните резултати от своята учебноизследователска работа и да обменят опит.

♦ **ОРГАНИЗАЦИОНЕН КОМИТЕТ:**

•**Съпредседатели:**

проф. д-н Христо Белоев, ДНС mult. –
РЕКТОР на Русенския университет
Елена Захариева
ПРЕДСЕДАТЕЛ на Студентския съвет
elena_zaharieva91@abv.bg; 082-888 390

•**Научни секретари:**

проф. д-р Ангел Смрикаров –
Зам.-ректор на Русенския университет
ASmrikarov@ecs.uni-ruse.bg; 082-888 249
Габриела Попова –
Член на Студентския съвет
Gabriela_porova_@abv.bg; 082-888 390

•**Членове:**

➤ **Факултет „Аграрно-индустриален”**

доц. д-р Калоян Стоянов
kes@uni-ruse.bg; 082-888 542
Гергана Везирска
geri_vezirska@yahoo.com

➤ **Факултет „Машинно-технологичен”**

доц. д-р Стоян Стоянов
sgstoyanov@uni-ruse.bg; 082-888 572
Мариета Станоева
mstanoeva@uni-ruse.bg

➤ **Факултет „Електротехника, електроника и автоматика”**

доц. д-р Теодор Илиев
tiliev@ecs.uni-ruse.bg; 082-888 839
Георги Цанков
g.tsankov93@gmail.com

➤ **Факултет „Транспортен”**

доц. д-р Валентин Иванов
vdivanov@uni-ruse.bg; 082-888 373
Димо Иванов;
dimich@abv.bg

➤ **Факултет “Бизнес и мениджмънт”**

доц. д.ик.н. Дянко Минчев,
dminchev@uni-ruse.bg; 082 888 357
Елизар Станев
eastanev@uni-ruse.bg

➤ **Факултет „Юридически”**

гл. ас. д-р Кремена Раянова
k_raynova@abv.bg; 0889 205921
Боян Войков
bvoykov@abv.bg

➤ **Факултет „Природни науки и образование”**

доц. д-р Емилия Великова
evelikova@uni-ruse.bg; 082/ 888 848
Йоана Тасева
ioana.taseva@abv.bg

➤ **Факултет „Обществено здраве и здравни грижи”**

доц. д-р Стефан Янев
snyanev@uni-ruse.bg ; тел. 082-821 883
Емануил Панайотов
emo7700@abv.bg

➤ **Филиал Разград**

доц. д-р Цветан Димитров
tz_dimitrow@abv.bg; 0887-631 645
Живка Иванова
ivanova_jivka@abv.bg

➤ **Филиал Силистра**

доц. д-р Тодорка Георгиева
knidor@abv.bg; 086 821 521
Доника Костадинова
doni_ss91@abv.bg

СЕКЦИЯ

„Здравни грижи”

Председател: Проф.д-р Тодорка Стефанова

Научни секретари: Доц.д-р Иваницка Сербезова, гл. ас. Деспина Георгиева

Технически секретари: ас. Грета Колева, ас. Йоана Локанова

С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

1. Anorexia Nervosa и децата на България	9
автор: Мария Миланова, Евгения Иванова	
научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
2. За и против презервативите като контрацептивно средство	13
автор: Евгения Иванова, Мария Миланова	
научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
3. Специални акушерски грижи при злокачествени новообразувания на млечната жлеза	16
автор: Айлин Актан Басри	
научен ръководител: Доц. д-р Ив. Сербезова	
4. Левкемия. Същност на заболяването и лечение	20
автор: Павлина Иванова, Мария Миланова, Евгения Иванова	
научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
5. ”Care For Pregnant” – приложение в мобилна платформа по акушерски грижи	24
автор: Петя Иванова, Елвира Иванова, Йоана Луканова	
научен ръководител: Доц.д-р Ив. Сербезова	
6. Новости в профилактиката и лечението на декубитални рани	28
автор: Филиз Фаари, Айлин Адил	
научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
7. Тютюн-история и употреба. Ефекти и последствия. Разпространение на тютюнопушенето сред учениците	34
автор: Филиз Фаари, Айлин Адил, Джанан Ерджан, Денизел Бейти	
научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
8. Медико-социални проблеми на хората с множествена склероза	37
автор: Вилислава Вецова	
научен ръководител: ас. Сашка Йотова	
9. Изкуствено оплождане	41
автор: Христинка Христова	
научен ръководител: Доц.д-р Ив. Сербезова	
10. Морално–етични аспекти при онкологичните заболявания	44
автор: Христинка Христова	
научен ръководител: Доц.д-р Ив. Сербезова	
11. Кръводаряване. Хемотрансфузия-рискове усложнения	47
автор: Ирена Венкова, Нергиз Ергин Рамис	
научен ръководител: гл.ас. Кристина Захаријева	
12. Ин-витро оплождане. Грижи и задачи на акушерката в процеса	51
автор: Боряна Георгиева	
научен ръководител: Доц.д-р Ив. Сербезова	

13.	Здравословно хранене - фактор за заболяемостта в ранна детска възраст	54
	автор: Вилислава Вецова	
	научен ръководител: ас. Сашка Йотова	
14.	Възпалителни заболявания на маточната лигавица и маточните тръби	59
	автор: Елиф Хасанова, Лейля Лютфиева	
	научен ръководител: Доц. д-р Ив. Сербезова	
15.	Осъществяване на превенция и профилактика на заболявания в училищна възраст	63
	автор: Камелия Андреева, Гергана Стоянова	
	научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
16.	Специални сестрински грижи при болен от Алцхаймер и необходимост от обучение на техните близки	67
	автор: Гергана Стоянова, Камелия Андреева	
	научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
17.	Превенция на редките заболявания	71
	автор: Гергана Стоянова, Камелия Андреева	
	научен ръководител: ас. Грета Колева	
18.	Роля на МС при възрастни хора в Домове за стари хора	75
	автор: Камелия Андреева, Гергана Стоянова	
	научен ръководител: ас. Даниела Константинова	
19.	Роля на МС при възрастни хора в техният дом	79
	автор: Камелия Андреева, Гергана Стоянова	
	научен ръководител: ас. Даниела Константинова	
20.	Закалителни процедури и физкултура при бебета и деца до 1 годишна възраст	84
	автор: Мелин Басри	
	научен ръководител: Доц. д-р Ив. Сербезова	
21.	Мероприятия, насочени към профилактика на Токсоплазмозата – скритата опасност за бебетата	89
	автор: Станимира Ангелова	
	научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
22.	Децата старци – прогерия	93
	автор: Станимира Ангелова	
	научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
23.	Булимия – другото лице на хранителните разстройства	96
	автор: Станимира Ангелова	
	научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
24.	Необходимост от комплексни мерки за профилактика и ранно откриване симптомите на анорексията	100
	автор: Станимира Ангелова	
	научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
26.	Различни гледни точки при интерпретацията на информацията за ползата и вредата от марихуаната	104
	автор: Станимира Ангелова	
	научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
27.	Възпалителни заболявания на външни полови органи. Акушерски грижи	109
	автор: Никол Донева	
	научен ръководител: Доц. д-р Ив. Сербезова	

28.	Възникване и развитие на сестринството в България	113
	автор: Севда Кязим Назим	
	научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
29.	Профилактика на рахит	117
	автор: Севда Кязим Назим	
	научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
30.	Дисфункционални маточни кръвотечения – акушерски грижи	119
	автор: Атидже Дурхан, Силвена Дънева	
	научен ръководител: Доц. д-р Ив. Сербезова	
31.	Компетентностите на медицинската сестра в профилактиката на заболяванията	125
	автор: Елица Емилова Иванова-Караджова	
	научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
32.	Автоимунното заболяване Лупус Еритематодес	128
	автор: Елица Емилова Иванова-Караджова	
	научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
33.	За някои митове и факти за психичните болести	132
	автор: Елица Емилова Иванова-Караджова	
	научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
34.	Доброкачествени заболявания на яйчниците	135
	автор: Деница Димитрова, Невяна Недева	
	научен ръководител: Доц. д-р Ив. Сербезова	
35.	Необходимост от подобряване информираността на обществото за превенцията на атеросклерозата	138
	автор: Галина Михайлова	
	научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
36.	Формиране на половата култура у човека	143
	автор: Галина Михайлова, Маруся Пенева	
	научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
37.	Роля на профилактиката и комплексното лечение на най-често срещаните ортопедични заболявания в детско-юношеска възраст..	148
	автор: Светла Хвърчилкова, Маруся Георгиева	
	научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
38.	Медико-социални грижи и качеството на живот при пациенти, болни от заболяването Алцхаймер в Дневен център в Италия	153
	автор: Маруся Георгиева, Светла Хвърчилкова	
	научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
39.	HPV. Профилактика, превенция и диагностика	158
	автор: Евгения Йорданова	
	научен ръководител: Доц. д-р Ив. Сербезова	
40.	Психоактивни вещества и зависимостта към тях	163
	автор: Равие Шабан, Жюлвер Низами	
	научен ръководител: гл.ас. Кристина Захаријева	
41.	Стрес и дистрес. Профилактика на психосоматичните заболявания	168
	автор: Татяна Балчева	
	научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
42.	Фитолечение при хипертония	172
	автор: Татяна Балчева	
	научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	

43.	Доброкачествен тумор на матката - Миома на матката. Акушерски грижи	176
	автор: Невшен Тюрк, Хюлия Мухсин	
	научен ръководител: Доц. д-р Ив. Сербезова	
44.	За или против прилагането на ваксината Cervarix	180
	автор: Сибел Якуб Ляtif	
	научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева	
45.	Стерилитет	184
	автор: Камелия Василева, Радостина Мариянова	
	научен ръководител: Доц. д-р Ив. Сербезова	
46.	Ендометриални полипи – етиология, клиника, диагноза, лечение и акушерски грижи	188
	автор: Аксел Сами, Неше Мехмед	
	научен ръководител: Доц. д-р Ив. Сербезова	
47.	Контрацепция. Видове контрацептиви. Роля и задача на акушерката при приложението на контрацептиви	192
	автор: Пламена Илчева	
	научен ръководител: Доц. д-р Ив. Сербезова	
48.	Начало на акушерското образование в България – литературен обзор	195
	автор: Йоана Луканова	
	научен ръководител: Доц. д-р Ив. Сербезова	
49.	Специални акушерски грижи при жени с възпалителни заболявания на влагалището и на маточната шийка	200
	автори: Любена Димитрова и Сияна Чорбаджиева	
	научен ръководител: Доц. д-р Ив. Сербезова	
50.	Хипертонията по време на бременност - нуждата от информираност в условията на съвременния начин на живот	204
	автор: Теодора Емилянова Димитрова	
	научен ръководител: ас.Кина Велчева	

Anorexia Nervosa и децата на България

автори: Мария Миланова, Евгения Иванова
научен ръководител: гл.ас. Десипина Георгиева

Anorexia Nervosa and the children of Bulgaria This paper introduces the students to the essence of the disease that has killed so many young girls – Anorexia Nervosa. Going through the history of Anorexia and then through the basic early and late symptoms, we try to help them be aware of how it starts so later they might help others recognize Anorexia before going too far with it. We also share the results of our latest research among high-school students in our city.

Key words: Health Issues, Anorexia Nervosa, Perfection, Price, Research.

ВЪВЕДЕНИЕ

Според някои източници заболяването датира още от Древна Гърция, където има записани случаи на гладуване или повръщане след хранене. Целта – запазване на фигурата [1]. Един от първите документирани случаи е описан от Ричард Мортън във „Phtisiologia: A Treatise on Consumption”. Той отбелязва, че заболяването се появява най-често при жени от по-високите обществени класи [2]. Въпреки това някои британски издания твърдят, че първият случай на диагностициран с анорексия е пациентка на известен английски лекар. „24-ти октомври, 1873: Уважаван английски физик и личният лекар на кралица Виктория – сър Уилиам Уитни Гъл, застава пред клиничното общество на Лондон и описва пациентката си, 17-годишната Г-ца А. в доклад, озаглавен „Anorexia Nervosa”. Гъл е написал, че пациентката му е била висока 5 фута и 5 инча (168 см.) и е тежала 82 паунда (37 кг.)... За разлика от повечето си колеги, Гъл не си е помислил, че състоянието и е знак за лудост. Той е смятал, че тя страда от независима болест, която може да бъде лекувана извън убежището на ума. Също смятал, че тази болест, въпреки че била по-откроеана при жените, засягала и мъже. Гъл подsigурил на Г-ца А. домашна грижа за две години. Държал я на строг режим на хранене – курс на лечение, който включвал изобилие от храни (яйца, риба, пиле, крем супи), прилагани на равни интервали от медицинска сестра. В крайна сметка Г-ца А. достигнала 58 кг.” [3].

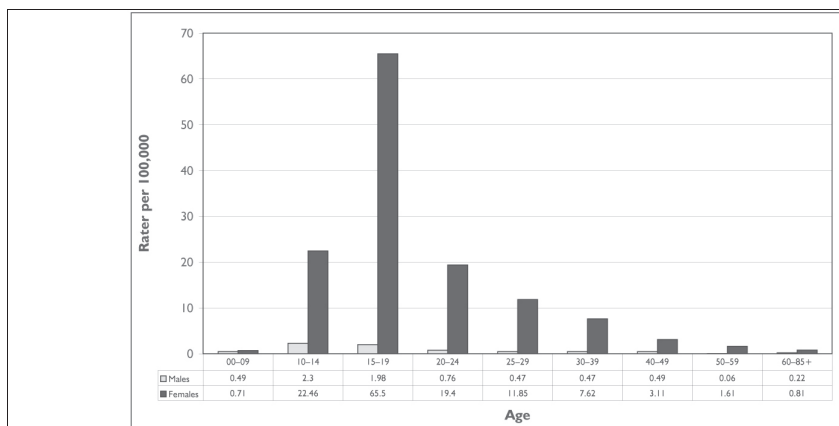
И докато през 70-те на XX-ти век състоянието е почти непознато [4], днес средно 1 на всеки 250 в света страда от анорексия, но статистиката не е напълно сигурна, тъй като много хора са жертва на бедност, а от там – на глад [5]. Но какво е станало? Как заболяване, което не е заразно, се е разпространило по този начин? И тогава някъде из интернет се появява цитат на известната актриса Калиста Флокхарт: „Красотата на първо място. Здравето е на второ. Ако не ти върви със здравето, защото се придържаш към стандартите на красотата, така да бъде. Ти си в Холивуд, това ти е работата.” [6]. Това изказване насочва към IMDB (The Internet Movie Database), най-големият и най-известният уебсайт на и за киното. И там, в този сайт, се направени няколко списъка с много известни актриси: красавиците на 80-те [7], най-известните актриси от 80-те до края на XX-ти век [8]. И всички изглеждат съвършено – прекрасно лице и удивителна фигура (с много, наистина много малки изключения). И под светлината на прожекторите тези известни актриси от епохата на голямото разпространение на киното тайничко втълпяват на малкото момиче пред екрана, че съвършеното тяло носи успех. Че това определя личната стойност. През 1999-та е първият публично огласен случай на починал от анорексия у нас: 165 см, 20кг. За 24-годишната С. И. това е края на приказката. За нея няма да има “happy end”. Същата година М. Ц. на 16 години достига до същия край. Защото момчетата в училище и казали, че е дебела. Когато умира, тя тежи 16 кг., напълно неотговарящи на нейните 172 см. Стигнало се е до там, че всяка година стотици момичета по света умират по този начин.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Същност на заболяването:

Анорексията е едно от най-дискутираните хранителни разстройства за последните 20 години. Хората, страдащи от заболяването, умишлено ограничават количеството на поетата храна. Част от тях губят тегло чрез спазване на диети и постоянни упражнения, докато други предизвикват повръщане или намалят теглото си чрез злоупотреба с лаксативи, диуретици и клизми. [9] Но като цяло, разстройството не е свързано с липса на апетит и чувство за глад [10]. Проявява се по-често при хора, които имат роднини с това заболяване. Предимно млади жени в юношеска възраст, като за тях критичният период е около и след пубертета, до 25-годишна възраст. Вторият критичен момент е настъпването на менопаузата [9] [11]. Причините са неизвестни. Предполага се, че множество фактори участват в развитието на заболяването, като гени и начина на възприемане на собствената външност. От външните социални фактори ключова роля играе модата. „Установено е, че агресивната пропаганда на свръхестествени жени по телевизията води до зачестяване на случаите на анорексия.“ [11]. Допринасят и конфликти в семейството, както и депресивни състояния [9].

Фиг. 1: Полово-възрастова структура на жертвите на Anorexia Nervosa [13]



СИМПТОМИ

РАННИ	КЪСНИ
обърканост	остеопороза
забавено мислене	суха и жълта кожа
зъбни кариеси	чупливи нокти, оплешивяване
депресия	лека анемия, мускулна слабост
сухота в устата	тежка констипация
липса на менструация	летаргия
лоша памет/преценка	хипотермия, усещане за студ
значителна загуба на тегло (над 15 %)	хипотония, забавени дишане и пулс

Наблюдават се и тежки хормонални разстройства. [9] [11]

Лечение на Anorexia Nervosa:

Някои проучвания показват, че лекарства като антидепресанти и антипсихотици са умерено ефективни при лечението на анорексия. При част от анорексиците

различни форми на психотерапия, включително индивидуална, групова и семейна, могат да помогнат в адресирането на причините за развитието на болестта [9]. Според някои лекари е най-добре лечението да се провежда от психиатър съвместно с други специалисти. „Причините са няколко: от една страна става дума за дълбоко функционално разстройство на мозъка. Наред с това серотониновата нервнотрансмитерна система е извън норма, поради което намалява апетитът, понижава се контролът по отношение на храненето и се появяват депресивни състояния. Нещата съвсем не са шега и самоубийствата не са редки при тези пациенти. Продължителността на терапията е както при натрапчивите тревожни състояния – поне 1 – 1,5 години, но обикновено се налага да трае по-дълго. В животозастрашаващата фаза е необходимо да бъде прилагано много интензивно лечение в рамките на 6 месеца, като в зависимост от ефекта, дозите се намаляват постепенно.”

Цели на лечението:

- възстановяване на здравословното телесно тегло;
- лечение на психологическите проблеми, свързани с разстройството на храненето;
- намаляне или изтриване на поведението и мислите, водещи до това и предотвратяване на повторно заболяване;

Изход от заболяването:

Според някои източници смъртността достига до 10 %, но данните варират, според някои – до 22%. Опитните програми за лечение имат добър процент на успеваемост във възстановяване на нормалното тегло, но е възможен рецидив, като при жените има по-добър шанс за пълно възстановяване. [9] [10]. Въпреки това съществуват данни, че около 17 % от анорексиците правят опит за самоубийство [12].

Анорексия и учениците:

Като бе взет предвид факта, че най-рисковата група за развитие на този вид хранително разстройство е с възрастови граници 14-19 години, беше направено проучване в местна гимназия. Предварително учениците попълниха част от предоставената им анкета. Последва кратко видео, описващо заболяването и презентация. При обработването на резултатите от анкетите бяха направени следните изводи:

- 60% от анкетираните твърдят, че са добре запознати със заболяването;
- 64% се съобразяват с мнението на най-близките си хора;
- 67% се съобразяват с модата само понякога;

Но въпреки това остават 3%, които правят опити да се съобразяват с всички, 7%, които винаги се съобразяват с модата, 10%, които подозират, че познават анорексик, 4%, които признават, че се чувстват застрашени от заболяването. И цели 40 % от учениците познават поне един човек, който страда/ е страдал от анорексия. За тяхната информираност по въпроса отговорност носят здравните работници.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Използваните данни и графики и статистики водят до следните изводи:

1. Социалните фактори играят важна роля в началните стадии на заболяването.
2. Лечението се провежда продължително време и е необходима помощта на близките.
3. Силно необходимо е да се познават първите симптоми, за да бъдат предотвратени тежките функционални изменения на организма и евентуална последваща смърт.

Заплахата за всеки един е напълно реална и в нашето общество също има застрашени деца.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] wiki.answers.com/Q/Who_documented_the_first_case_of_anorexia
- [2] wiki.answers.com/Q/Where_was_the_first_case_anorexia_documented_at
- [3] msmagazine.com/blog/2011/03/31/anorexia-138-years-ago/
- [4] www.tes.co.uk/article.aspx?storycode=368169
- [5] wiki.answers.com/Q/How_many_people_suffer_from_anorexia_in_the_world
- [6] www.thedailybeast.com/articles/2012/11/19/the-skinny-on-modern-family-cast-s-hollywood-weight-makeover.html
- [7] imdb.com/list/cXO-50DWtno/
- [8] imdb.com/list/listly-4cP0n-htg/
- [9] www.medicine.bg/bolesti/anoreksiya-nevroza
- [10] "Натраплива невроза", М. Бояджиева, М. Ачкова, Хр. Тодоров, 127 стр.
- [11] <http://forummedics.com/archives/all-publications/2417>
- [12] www.psychosomaticmedicine.org/context/70/3/378.abstract

За контакти: Мария Юлианова Миланова, студент втори курс, специалност „медицинска сестра“, катедра „Здравни грижи“, 0895425622, maria_milanova@yahoo.com;
Евгения Йорданова Иванова, студент втори курс, специалност „медицинска сестра“, катедра „Здравни грижи“, 0898718050, jenito_i@abv.bg
Научен ръководител: гл. ас Деспина Георгиева ФОЗЗГ

За и против презервативите като контрацептивно средство

автори: Мария Миланова, Евгения Иванова
научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева

Pros and cons of condoms as a contraceptive This paper introduces the students to the essence of one of an issue not discussed – are condoms really safe? What is safe sex and is it really safe? Inspired by Josh McDowell's book "The Love Killer" we offer real facts and researches about effectiveness of one of the widely used objects among out youth.

Key words: Health Issues, Contraception, Contraceptive, AIDS, Pregnancy.

ВЪВЕДЕНИЕ

През 2007-ма в българските книжарници се появява книгата на Джош Макдауъл „Убийци на любов“. Проследявайки историята на младо момиче, авторът умело използва реални факти и резултати от реални проучвания, провокирайки читателят да се замисли над толкова добре прикритите от производителя дефекти по „предпазващите“ презервативи. Нито едно от твърденията на автора не остава недоказано. И днес много хора вярват на всяка реклама без да поставят под въпрос прехвалените предимства на продукта. И така от време на време някой се заразява със СПИН, или пък някое момиче забременява. След „безопасен“ секс.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Сексът с използване на презервативи се нарича „безопасен секс“. Прави секс с всеки, който пожелаеш. Това е идеята. Просто трябва да използваш защита. Днес обаче нещата са се променили. Ако сега вземете брошури от водещи клиники в САЩ, ще откриете, че същите клиники, която в миналото говорят за „безопасен секс“, днес казват различни неща - като: „по-безопасен секс“. Откъде се налага тази промяна? Ще ви кажа след минута. Ще обсъдим един горещ въпрос. Въпрос, който разделя семейства, училища и цели общности. Целта ми е да защита тезата, че раздаването на презервативи на ученици в гимназиите е опасно. В някои училищни райони те се предлагат на учениците, като ги разпространяват самите училища, някоя клиника или агенция. Вярвам, че подобно раздаване на презервативи води до следните последствия: увеличава сексуалната активност сред гимназистите, създава лъжливо чувство за безопасност и не пречи на забременяването и предаването на болести, както ни уверява рекламата на разпространителите. Обещах да ви кажа защо днес защитниците на „безопасния секс“ се наложи да променят терминологията си на „по-безопасен секс“. Причината за това е, че силна опозиция, която се основава върху медицински изследвания, ги принуди да престанат да лъжат като наричат секса с презерватив „безопасен секс“. Не е безопасен. Сексът с презерватив не е „по-безопасен“ секс, а напротив, по-опасен е. Всеки производител би искал да си мислим, че иска презервативите да бъдат предоставяни на разположение на гимназистите, така че зрелите, независими юноши, които са готови, да могат да бъдат сексуално активни. Въпреки това, няколко изследвания показват, че общото сексуално образование, което често включва раздаването на презервативи, в повечето случаи повишава сексуалната активност между учениците. Доктор Робърт Кистнър от Харвърдския медицински колеж, който участва в разработката на хапчета против забременяване, казва през 1977: „Преди десет години обявих, че това хапче няма да доведе до безразборен секс. Сгреших.“ [4]- признава той. Ако заявява, че хапчето, един начин за контрол върху бременността, насърчава по-висока сексуална активност, то тогава няма да преувелича, ако предположа, че презервативите, които са друга форма за контрол

върху бременността, имат същото въздействие. В крайна сметка, ученикът има навика да вярва на нещата, които му се казват в училище.

„Семейно планиране“ в собственото си издание „Перспективи на планираното родителство“ докладва 27.3 процента неуспех в рамките на първата година сред употребяващите презервативи под двадесет годишна възраст. С други думи, ако десетима от вас започнат сега да използват презервативи всеки път, когато правят секс, поне двама от тях ще допуснат забременяване в рамките на година [5].

Защо презервативите не гарантират безопасност от забременяване? Поради същата причина, поради която не могат да бъдат наречени безопасни по отношение на предаването на СПИН. Пропускат. Здравният отдел докладва: „Една от всеки пет партиди презервативи, тествани от държавната инспекционна програма, в продължение на четири месеца, не успя да отговори на минималните стандарти за пропускане.“ [6]. Сега идва ред на най-лошата новина. Вирусът на СПИН е 450 пъти по-малък от сперматозоида. Презервативите се правят от „пластове влакна, които са разположени в различни посоки. Така материята става здрава, но също така предоставя възможност за появата на пори, които понякога достигат размер до 1.5 микрона в широчина. Но е повече от 10 пъти по-голямо от размера на вируса на СПИН и повече от 25 пъти по-голямо от размера на вируса на хепатит Б“ [6].

Един доклад на Отдела за образование твърди, че „за да се попречи на разпространяването на СПИН, презервативите трябва да са десет пъти по-добри.“ „Десет пъти по-добри от тези, които се използват за контрол върху раждаемостта. Една жена може да забременее около 36 пъти годишно, но някой със СПИН може да заразява 365 дена годишно“ [7] [8]. Проучвания на „Семейно планиране“, отпечатани в собственото им списание Перспективи на семейното планиране, разкриват отрезвяващи факти за методите за контрол на раждаемостта през 1986. В следната таблица са дадени някои проценти на нежелана бременност сред неомъжени жени. Бележка: нито един от методите, включително и презервативите, не са напълно сигурни. Дори не се доближават до 100 % сигурност.

ПРОЦЕНТ НА НЕПЛАНИРАНА БРЕМЕННОСТ В РАМКТЕ НА ПЪРВАТА ГОДИНА ОТ УПОТРЕБАТА НА КОНТРАЦЕПТИЧНИ СРЕДСТВА [3]

Възраст	Хапче	ВМС	„Ритъм“	Презервативи	Диафрагма	Спермациди		Нищо
Под 18	11.0	10.5	33.9	18.4	31.6	34.0	21.1	62.9
18-19	9.6	9.3	30.6	16.3	N/A	30.5	18.7	58.2
20-24	7.2	6.9	23.9	12.3	21.7	23.5	14.2	47.6
25-29	5.0	4.8	17.4	8.6	15.6	17.0	10.0	36.3
30-44	1.9	1.8	7.0	3.3	6.2	6.8	3.9	15.7

С други думи, според горепосоченото проучване, ако си под 18 години и очакваш да се предпазиш от бременност с презерватив, поемаш 18.4 процента риск да бъдеш изненадан през следващите дванадесет месеца... с бебе!

Един доклад разкрива, че „Според едно изследване на два вида презервативи, от 405 презерватива използвани за полов акт 7.9 процента се късат... или се вадят по време на акта.... От останалите презервативи 7.2 процента се вадят при отдръпването..."[1].

Бременността не е най-голямата опасност в резултат от повредени презервативи. Рискът от болести предавани по полов път не се елиминира от използването на презерватив. „Презервативите не предоставят значителна защита от СПИН.

Д-р Хелън Каплан казва: „Винаги сме знаели, че ако нещо действа в лабораторни условия не винаги действа в спалнята. Десетки изследвания върху контрола на раждаемостта, извършени в много различни страни от много уважавани учени доказват, че на практика презервативите са лошо контрацептивно средство...

Администрацията по храните и лекарствата никога не би позволила някакво лекарство или медицинско приложение да бъде допуснато до обществеността или да бъде рекламирано като ефективно, ако не е успешно изпитано в практиката! Въпреки това, единственото достоверно научно изследване за ефективността на презервативите да предпазват от СПИН при хетеросексуалното общуване в реалния живот на практиката показва алармиращо високо ниво на неефективност. Едно задълбочено проучване направено от Маргарет Фишл и нейните колеги от медицинския факултет на университета в Маями проследява 32 хетеросексуални двойки, при които единият партньор има СПИН, а другият няма. Осем от тези двойки започва да се въздържа от секс, след като разбира, че единият партньор има СПИН. Нито един от здравите партньори в тези двойки не се заразява, въпреки че двойките продължават да живеят в един дом. Четиринадесет избират да правят секс без презерватив. В рамките на осемнайсет месеца 12 (85 %) от здравите партньори се заразяват, вероятно при хетеросексуално полово предаване. Ако разчитате единствено на презервативите, играете на руска рулетка с живота си"[2] [9]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въз основа на предложените факти и таблици се правят следните изводи:

1. Презервативите не са добър избор за контрацептивно средство
2. Презервативите не предпазват от болести като СПИН
3. Презервативите не предпазват от бременност

ЛИТЕРАТУРА

[1] James Trussel, David Lee Warner, and Robert A. Hatcher. "Condom Slippage and Breakage Rates," *Family Planning Perspectives*, January/February 1992, 20-23.
13. Family Research Council, Washington, D.C., *Free to be Family*, Copyright 1992, 61.

[2] Dr. Helen Kaplan, "How AIDS Is Transmitted through Sex," *The Real Truth About Women and AIDS (S & S Trade, 1987)*, 78-86.

[3] Josh McDowell "The Love Killer", p. 74

[4] <http://www.all.org/nav/index/heading/MTA/cat/OTA/id/MjUxNQ/>

[5] http://www.plannedparenthood.org/files/PPFA/truth_about_condoms.pdf

[6] <http://www.hhs.gov/opa/reproductive-health/contraception/male-condom/>

[7] <http://schools.nyc.gov/Offices/Health/default.htm>

[8] <http://www.hst.org.za/news/no-condoms-schools-say-educators>

[9] http://www.lifeissues.net/writers/clo/clo_03condomresource1.html

За контакти:

Мария Юлианова Миланова, студент втори курс, специалност „медицинска сестра“, катедра „Здравни грижи“, 0895425622, maria_milanova@yahoo.com
Евгения Йорданова Иванова, студент втори курс, специалност „медицинска сестра“, катедра „Здравни грижи“, 0898718050
Научен ръководител: гл. ас Деспина Георгиева ФЗОЗГ

Специални акушерски грижи при злокачествени новообразувания на млечната жлеза

автор: Айлин Актан Басри
научен ръководител. Доц. д-р Иваницка Сербезова

Summary: Breast cancer is one of the most common cancer in women. The disease is the second leading cause of death from cancer. Breast cancer is characterized by a long development period and a considerable variation in flow, in individual patients. Early detection of breast cancer is a prerequisite for the success of treatment.

Keywords: cancer, breast, prophylaxis, obstetric care

ВЪВЕДЕНИЕ

Ракът на гърдата е най-честото злокачествено заболяване при жените. В последните години броят на болелите жени се увеличава. Карциномът на млечната жлеза заема второ място сред смъртните причинители от онкологичните заболявания и профилактиката и адекватните акушерски грижи са важни за предотвратяване на усложнения.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Заболяването се характеризира с дълъг период на развитие и разнообразие в протичането при отделните болни. При малка част от жените заболяването протича много агресивно и за кратък период от време, а при останалата по-голяма част от болните карциномът на млечната жлеза е един от най-бавно растящите тумори. Ракът на гърдата засяга едната гърда, но не са изключени и случаи, в които са засегнати и двете млечни жлези.

Рискови фактори :

- Възраст – Заболяването по-рядко се среща при млади жени (под 25г.) , и по-често се среща при жени на възраст от 40 до 60 години; [1]
- по-висок риск при предишно заболяване от рак на гърдата;
- фамилна обремененост;
- при нераждали жени или раждали след 30 г.;
- ранно менархе или късна менопауза;
- хормоно-заместителна терапия.

Симптоми :

- Наличие на „бучка“ или нова маса в гърдата;
- подуване или зачервяване на част от гърдата;
- раздразнена кожа и грапавост;
- болка или хлътване на зърното;
- секрет от зърното, различен от майчина кърма;
- бучка, подутина в подмишницата.

Клинична картина:

Карциномът на млечната жлеза протича в 4 стадия :

- Първи стадий – Олипва се неголям единичен неболезен и плътен възел, който лежи в дълбочина. Той е с неравна повърхност и не е сраснал с

кожата. Лимфните възли по ръба на големия гръден мускул или е аксилата не са уголемени.

- Втори стадий – Туморът е с големина около 5 см. и е сраснал с покриващата го кожа. Цветът на кожата е нормален, а често налице е и т.нар. „портокалова“ кожа. Ареолата е придърпната навътре и отделя секрет. Лимфните възли са уголемени. Заболяването в този стадий е извън пределите на млечната жлеза.
- Трети стадий – Размерите на тумора са значителни, вече сраснал с кожата. При натиск на ареолата изтича кръвенист секрет. Лимфните възли са уголемени, като уголемяването достига и до подключичното и надключичното пространство.
- Четвърти стадий – Туморът е обхванал цялата млечна жлеза. Понякога в туморния процес са въввлечени големия гръден мускул, гръдната стена и кожата. Образуваната ракова язва има твърди краища и некротично дъно. Лимфните възли в аксиларната ямка са срастнали със съдово-нервния споп. Често се откриват и далечни метастази.

Диагностика :

За правилно установяване и поставяне на диагнозата от значение са следните три метода за диагностика :

- Ехографията е безвреден, безопасен и бърз метод, с основно предимство, че не е рентгенов [4];
- мамография – Рентгеново изследване на гърдите. Този метод позволява ранното откриване на изменения в гърдите, когато жената има оплаквания, а не опипва нищо. Мамографията е основен метод в скрининговите програми;
- клиничен преглед от специалист – Откриват се карциноми, които не са открити от пациентките или от други скринингови програми. [2]

Лечение :

Ракът на гърдата изисква комплексен подход, определящ се от екип, в който участват – хирург, лъчетерапевт, патоанатом, рентгенолог и акушерка.

Лечебните методи биват 4 :

- Хирургическо лечение – То може да бъде консервативно, съчетано с лъчетерапия, модифицирана радикална мастектомия или семпла мастектомия. При напредналите стадии на заболяването мастектомията е предпочитан метод за лечение;
- лъчетерапия – Обикновено е адювантна (Осигуряване на локален контрол на заболяването). Лъчетерапията е задължителна след извършено консервативно хирургическо лечение;
- химиотерапия – Може да бъде проведено като неoadювантна (Позволява да се увеличи броят на болните, при които е възможно консервативно лечение)

или адювантно лечение (Позволява да бъде намален рискът от локален рецидив и да бъде удължен животът на пациента);

- хормонално лечение – Добре поносимо лечение с по-малко странични ефекти. Лечението продължава до нов тласък на заболяването.

Диспансеризиране и проследяване на болните от рак на гърдата :

На диспансеризация подлежат всички жени завършили лечение. Тези жени се наблюдават до края на живота им. През първите 2 години преглед на всеки 3 месеца. През следващите 3 години – през 6 месеца, а след 5-тата – веднъж годишно.

Контролните прегледи включват – клиничен преглед, мамография, ПКК. Веднъж годишно ехография на черен дроб, рентгенография на белите дробове, сцинтиграфия на костите и гинекологичен преглед, защото ракът на гърдата най-често метастазира в черния дроб, белите дробове, плеврата, костите, кожата и други места.

Според проучените автори, задължение на акушерката е да обучи всички жени как да самопреглеждат гърдите си. За обучението на жените се предлага следният алгоритъм:

➤ Кога се извършва самопрегледа? :

След навършване на 20 години всяка жена трябва да привикне да прави ежемесечен самопреглед на гърдите си. Самопрегледа е метод на самостоятелна проверка на състоянието на гърдите, извършван от жените с цел да установи ранните признаци на рака на млечната жлеза, протичащи първоначално безсимптомно, без клинична изява. Най-подходящият период за самоизследване на гърдите е 14 ден от началото на менструацията или това е седмицата след приключване на месечния цикъл.[5]

➤ Какво трябва да се проверява? :

Нормалната им форма и големина; нормалния вид и разположение на зърната; нормалното „усещане“ за гърдите ви.

➤ Промени, които трябва да се търсят? :

Промяна в големината; промяна във формата; евентуални бучки или удебеления; по-изпъкнали вени отколкото обикновено; хлътване на зърното; секрет или кръв от зърното.

➤ Самопреглед в изправено положение:

Застанете пред огледалото с ръце, прибрали до тялото и огледайте гърдите си за всякакви промени. След това вдигнете ръце над главата и огледайте отново. Поставете ръце на ханша и стегнете мускулите на гръдния кош. Внимателно разгледайте формата и външния вид на гърдите си и следете за всяка необичайна промяна.

➤ Самопреглед в банята:

При възможност самопрегледа може да бъде извършено по време на къпане под душа или във вана с насапунисани ръце. Чрез този метод, могат да установят по-дълбоко разположени и по-малки туморни образувания. Изследването започва с поставяне на лявата ръка на тила. Пръстите на дясната приберете един до друг и започнете да ги движите с леко притискане по лявата гърда чак до подмишницата. Повторете същото и за дясната гърда.

➤ Самопреглед в легнало положение:

Поставя се възглавничка под рамото на гърдата която ще изследваме. Тялото е обърнато леко на противоположната страна. Лявата ръка е под тила при изследване

на лявата гърда. Пръстите на дясната ръка са събрани един до друг и чрез кръгови движения, започващи от основата на гърдата към мамилата се извършва изследване на вътрешната ѝ половина. При палпация на външната половина от гърдата, ръката е прибрана до тялото. Следва смяна на позицията – възглавницата се поставя под дясното рамо, а дясната ръка под главата. Пристъпва към изследване на дясната гърда с лявата ръка.

➤ **Изследване на зърното и подмишницата:**

След приключване на изследването на гърдата нежно притиснете зърната на всяка гърда между палеца и показалеца си, за да проверите за секрет. В края на самоизследването палпацията завършва с опипване на подмишничните ямки. [5]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За ранното откриване, ранната диагностика, навременното и успешно лечение на рака на гърдата от голямо значение е профилактиката, в която водеща роля се пада на акушерката. Тя трябва да убеди пациентките, с които работи в ползата от редовни профилактични прегледи и да ги обучи да са в състояние и умеят сами да се изследват чрез палпация и наблюдение. Всяка регистрирана промяна, която не е била установена при предишно самоизследване (палпиране на уплътнение, формация, „бучка“, изтичане на секрет от гръдното зърно, промяна в цвета на гърдата), трябва да бъде докладвано на лекар и уточнено чрез адекватни методи на изследване.

Ранната диагноза на рака на млечната жлеза се осъществява чрез скрининговите програми, които за съжаление в България не са много, но все пак съществуват. На контрол подлежат всички възрастови групи след полове съзряване, но особено жени на възраст над 40 години.

За първична профилактика акушерката може да препоръча: рационално хранене с консумация на по-малко мазнини и повече растителни храни, забременяване и износване на плода в по-ранна възраст, кърмене след раждането, постоянна физическа активност.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Карагъзов, И. ; Доганов, Н. (ред) Гинекология , София , изд. „Медицина и физкултура“ 2005г.

[2] Бойчев, Г. ; Делийски Б. Монография , София , изд. „Неда“ 1999г.

[3] Бойчев, Г. Доброкачествени заболявания на млечната жлеза , София , изд. „Резон“ 2003г.

[4]<http://health.bg/13072/rannata-diagnostika-na-raka-na-gyrdata-e-vajzna-za-ozdraviavaneto>

[5] http://problem.framar.bg/пак_гърда/симптоми_признаци_пак_гърда.html

За контакти:

Айлин Актан Басри, Русенски университет, e-mail: shonichka_92@abv.bg

Левкемия. Същност на заболяването и лечение

автори: Павлина Иванова, Мария Миланова, Евгения Иванова
научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева

Leukemia. Essence and treatment This paper introduces the students to the essence of one of the famous oncological diseases – Leukemia. Introducing Dax Locke and his story we show these future medical workers how difficult it is for a family to fight such a problem. Revealing symptoms and main changes that can be noticed when examining the patient we prepare these students to know Leukemia.

Key words: Health Issues, Leukemia, Treatment, Essence;

ВЪВЕДЕНИЕ

Дакс Лок е на 13 месеца, когато му е поставена диагноза "левкемия". Правена му е трансплантация на костен мозък два пъти - по веднъж от всеки родител. Но лекарите казват на родителите му, че детето най-вероятно няма да доживее до Рождество. Бащата, твърдо решен синът му да види Рождество, слага украсата по-рано. Хората от квартала разбират причината и правят същото. Скоро целият град ги последвал. Направен е и уебсайт, разказващ историята на Дакс. От целия свят започнали да пристигат снимки на домове украсени заради детето. Дакс губи битката си с болестта, но не и преди за последен път да види Рождество. Умира на 30-ти декември 2009-та година.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Дакс Лок не е единственият. Само в България близо 500 човека годишно се разболяват от левкемия [2]. Острата лимфоцитна левкемия е резултат от придобито генетично увреждане на ДНК на единична клетка в костния мозък. Болестта често се нарича и остра лимфобластна или лимфоидна левкемия, защото левкемичната клетка, която замества нормалния костен мозък, е лимфобласт. Ефектът е

1. Неконтролируемо и ускорено нарастване и натрупване на клетки, наречени лимфобласти или „левкемични бласти“, които не могат да функционират като нормални кръвни клетки
2. Блокиране продукцията на нормални костно-мозъчни клетки, което води до дефицит на червени кръвни телца (анемия), на тромбоцити (тромбоцитопения) и на нормални бели кръвни телца (особено неутрофили, т.е. неутропения) в кръвта.

Острата лимфоцитна левкемия се появява най-често през първите 10 години от живота [2].

В детска възраст болестта се среща в две основни форми: преобладаващата от тях - в 85% от случаите е т. нар. остра лимфобластна левкемия. А другите 15% се падат на острата миелобластна форма. [3]

Етиология: С усъвършенстване на диагностичните възможности на биологично ниво обаче вече съществуват строго определени рискови фактори. А те са важен елемент при избора на лечението, за развитието на болестта и прогнозата ѝ

- Генетични нарушения – ОЛЛ се развива по-често при болни с вродени хромозомни аберации (напр. синдром на Down, Klinefelter, Fanconi) и вродени ИДС.
- Йонизиращо лъчение [4].
- Химични вещества – бензоли, алкилиращи цитостатици
- Ретровируси - притежават ензима обратна транскриптаза, който катализира синтеза на ДНК върху матрица от РНК. Новосинтезираната ДНК (т.е. вирусният геном) се вмъква във веригата на ДНК на делящите се клетки.

Установено е, че Т-клетъчната левкемия, която се среща в Япония се причинява от HTLV-1 (Human T-leukemia lymphoma virus).

- Кръвни заболявания – ОМЛ може да се развие от предшестваш MDS

Клинична картина: Страданието започва внезапно - с втрисане, висока температура изпотяване. Още през следващите дни настъпват тежки явления: обща слабост, неспокойствие, безсъние, загуба на апетит, болки в костите и ставите, кръвотечение от носа. У някои болни заболяването започва с болки в гърлото, които се дължат на тонзилит. Температурата е неправилна и може да приеме ремитиращ или интермитиращ характер и да се повиши до 40 градуса. Повишената температура е във връзка с вторична инфекция, но тя зависи главно от масовото разпадане на клетките. При изследването на болния прави впечатление голямата бледост. Езикът е сух, покрит с мръсносивкав налеп. От устата се отделя лош дъх. Венците са разязвени, набъбнали и кървят. По сливиците и небните дъги се виждат некротични язви, покрити със сивобелезникави налепи, които трудно се отделят. Некротичните изменения в устната кухина се дължат на липсата на гранулоцити в кръвта и намалената защита спрямо бактерии. Лимфните възли на шията са подути, което се поставя във връзка с глицеронекротичните промени в устната кухина. Слезката се напипва под ребрената дъга, тя е плътна и неболезнена, установява се и увеличение на черния дроб [5].

Диагностициране и изследвания: Диагноза се поставя на базата на :

- Клинична картина – проявени от болния симптоми;
- Кръвна картина – не винаги може да се постави диагнозата, макар да са чести анемията, тромбоцитопенията(намален брой тромбоцити), левкоцитоза(повишен брой бели кръвни клетки);
- Кръвна натривка и наблюдение под микроскоп – в кръвта се наблюдават множество незрели ракови клетки с големи ядра;
- Костно-мозъчна пункция – показва наличието на ракови клетки в костния мозък , като могат да се открият и в ликвора.

При лабораторни изследвания се установяват:

- анемия
- тромбоцитопения
- броят на левкоцитите може да бъде повишен, нормален или понижен.
- гранулоцитопения
- бластни клетки в ДКК
- hiatus leucaemicus – липсват междинни форми, има само бласти и малко зрели гранулоцити
- повишена СУЕ
- често са повишени ЛДХ и пикочната киселина
- при инфилтрация на черния дроб се позитивират чернодробните проби
- при костни лезии се повишава серумният калций
- може да се открият левкемични клетки в седимента на цереброспинална течност.
- чрез рентгенологичните изследвания се установяват увеличени висцерални лимфни възли [4].

Лечение: Почти всички пациенти с ОЛЛ имат нужда от химиотерапия колкото е възможно по-бързо след поставяне на диагнозата. Принципната цел на лечението е да предизвика ремисия с липса на левкемични бласти в кръвта и костния мозък. Производството на нормални кръвни клетки се възстановява и стойностите на кръвните телца се връщат в нормалните граници.

Повечето лекарства за левкемия взаимодействат с ДНК в клетката.

Антитуморни антибиотици - въздействат директно върху ДНК в ядрото на клетката, като пречат на оцеляването ѝ

- doxorubicin (Adriamycin®, Rubex®)
- mitoxantrone (Novantrone®)
- idarubicin (Idamycin®)

Инхибитори на ензимите за поправка на ДНК - действат върху определени ензими, които помагат да се поправи увредената ДНК. Лекарствата предотвратяват работата на ензимите и така правят ДНК по-податлива на увреждане.

- etoposide (VP-16, VePesid®)
- teniposide (VM-26, Vumon®)
- topotecan (Hycamtin®)

Инхибитори на синтеза на ДНК - взаимодействат с ДНК, за да я променят химически и да не позволяват растежа на клетки

- carboplatin (Paraplatin®)

Агенти, увреждащи ДНК – създадени са, за да взаимодействат и да увредят ДНК

- cyclophosphamide (Cytoxan®)
- ifosfamide (Ifex®)

Антиметаболити

Това са химикали, много подобни на естествените съставни части на ДНК и РНК. Те са променени от нормалното им състояние на наситеност, така че да заместят същите в клетката и така да блокират способността на клетката да образува ДНК и РНК и да нараства.

Цитостатици

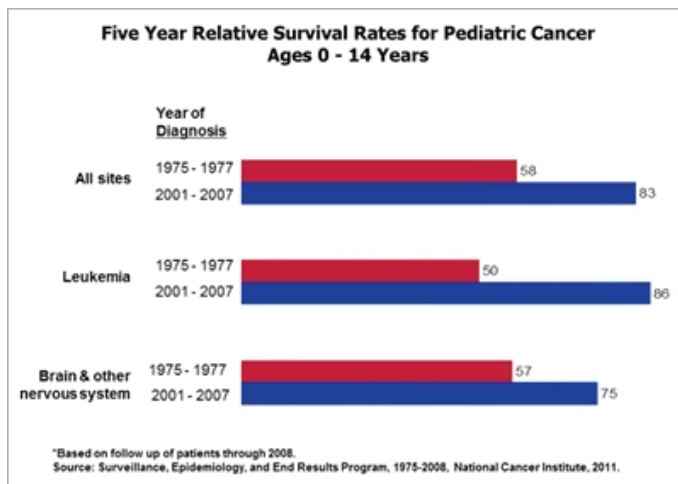
- vincristine (Oncovin®)
- vindesine (Eldisine®)

Синтетични хормони - прилагани във високи дози може да убият левкемичните клетки

- prednisone
- prednisolone

При повечето пациенти интензивната химиотерапия е необходима за постигането на пълна ремисия. За начално лечение се комбинират няколко лекарства. Подходите към лечението са предмет на интензивни проучвания по цял свят и има разлики с общото описание, което е дадено тук. Така че е възможно пациентът да получи различен брой, поредица или вид лекарства от описаните тук и все пак да получава подходящо и ефективно лечение. Възрастта на пациента, наличието на малко или много левкемични клетки в кръвта и типа на левкемичните лимфоцити преценени според вида им, имунофенотипа или хромозомната композиция може да повлияят за вида на лечението [2].

Изход от заболяването: Според последните проучвания много по-малка част от болните не оцеляват. На Фиг. 1 е показан прогресът в лечението на ракови заболявания в детска възраст (0-14 години), като вторията група редове се отнася за левкозите. Забелязва се значителен напредък при 50% оцелели в периода 1975-1977 г. и 86% за периода 2001-2007-ма година. Естествено, необходим е напредък. 14% далеч не са малко.



Фиг. 1: Оцелели от ракови заболявания в детска възраст (0-14 години) [1]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предвид предствените факти за заболяването могат да се направят следните изводи:

1. ОЛЛ е остро заболяване с необходимост от навременно и адекватно лечение.
2. Понякога симптомите могат да се дублират с такива на други заболявания, затова е необходимо винаги да се правят пълни изследвания с цел правилно поставяне на диагнозата.
3. В някои случаи ефектът от заболяването е летален. Необходимо е медицинската сестра добре да познава пациента и да се порижи краят да бъде по-лек за него чрез полагане на грижи.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] http://www.ucsfbenioffchildrens.org/images/ped_cancer_graph.jpg
- [2] <http://www.biberonbg.com/info/all.htm>
- [3] <http://www.trud.bg/Article.asp?ArticleId=372644>
- [4] <http://www.etilena.info/med/pe/u0146.html>
- [5] <http://www.evropea.com/medicina/zdrave/item/.html>

За контакти: Мария Юлианова Миланова, студент втори курс, специалност „медицинска сестра“, катедра „Здравни грижи“, 0895425622, maria_milanova@yahoo.com
Евгения Йорданова Иванова, студент втори курс, специалност „медицинска сестра“, катедра „Здравни грижи“, 0898718050, jenito_i@abv.bg
Павлина Божидарова Иванова, студент първи курс, специалност „медицинска сестра“, катедра „Здравни грижи“, 0896480930, angel_9_3@abv.bg
научен ръководител: Деспина Георгиева - ФОЗЗГ
Докладът е рецензиран!

”Care For Pregnant” – приложение в мобилна платформа по акушерски грижи

автори: Петя Иванова, Елвира Иванова, Йоана Луканова
научен ръководител: Доц. д-р Иваницка Сербезова

“Care for pregnant” – application in the mobile platform in obstetric care: Information technologies now entering a rapid pace in life and education of young generation. They are preferred option for learning and student prom specialty “Midwife” in Rousse University “Angel Kanchev”. Report provides an application in the mobile platform in obstetric care.

Key words: Technology, Smartphone, Midwives, Education, Obstetric care, Mobile platform

ВЪВЕДЕНИЕ

Развитието на информационните технологии е свързано с развитието и на други науки. Успоредно с тези технологии се развива и медицината като наука. Този сектор ползва иновациите, за да помогне на много хора да са информирани относно здравословното си състояние по лесен и удобен начин. Много от тези иновации помагат на хората с диабет да следят нивото на кръвната си захар чрез своя смартфон, също така и следене на кръвното налягане с Withings Wireless Blood Pressure Monitor, които се свързва чрез специализиран софтуер към смартфона ви. Днес много компании създават софтуер и хардуер за следене на активността на човека. Подобни продукти през 2014 са Samsung Galaxy Gear, Samsung Gear Fit, Samsung S5 и други, в които има вградени сензори за следене на сърдечен ритъм. Целта на всички тези придобивки е да помогнат на хората да подобрят своето здравословно състояние и да реагират адекватно и навременно. Също така има много приложения в помощ на бременни жени, но няма приложение, което да е насочено към обогатяване на студенти по медицина и в частност на студенти специалност „Акушерка“, каквото се предлага в настоящия доклад.

ИЗЛОЖЕНИЕ

В променящата се същност в професията на медицинските сестри и акушерки се очертава линия, силно повлияна от развитието на технологиите и цифровата революция. Дигиталната природа на това поколение обуславя многоканалност на възприемане на информацията, нелинейно, визуално мислене. Бъдещите здравни специалисти имат очакване за своєвременна обратна връзка, „свързаност“ и достъп до разнообразни информационни източници. Това е предизвикателство към преподаватели, програмисти и студенти да изготвят и предоставят учебни технологии, интересни за бъдещите медицински сестри и акушерки; да прилагат образователни инструменти, които да се харесват на обучаваните, да изберат най-подходящите предложения за предоставяне и ползване на информацията. В бъдеще ще се налага необходимост да се предлагат все по-модерни, различни от традиционните дидактически модели на обучение и приемане на конструктивни подходи за по-голяма ангажираност и участие на студентите [1].

Care for pregnant е приложение в мобилна платформа, чиято цел е да обогати знанията на специалност акушерка по дисциплини свързани с грижи за родилки и новородени. Материалите по темите са предоставени от Елвира Иванова и Петя Иванова, а програмната част и дизайна са съставени от инж. Явор Стефанов. Статите, са подбрани специално, за да допълнят информацията по отделните дисциплини засягащи грижи за родилки и новородени. От това приложение могат да се възползват не само студенти, но и бременни, на които им предстои раждане, за да се запознаят с процедурите, през които трябва да преминат по време на престоя

си в болницата. Погледнато от този аспект това приложение ще е полезно и за бременните, които се притесняват за предстоящото си раждане.

Интерфейса на програмата е съставен специално за нуждите на потребителя и в него са предвидени особеностите на различните резолюции на устройства така, че да изглежда добре на всеки дисплей. За този момент приложението не е качено в някои от маркетите, но в последствия при одобрение от Факултета по обществено здраве и здравни грижи ще може да се тегли свободно не само от студенти на Русенски университет.

За ползване на програмата при инсталиране самият смартфон трябва да покрива следните изисквания, които са опоменати в табл.1. Основното задължение е приложението да работи с ОС Андроид версия 2.2 и да има разделителна способност 320 x 480 , което е стандартно за 3,2 инчови модели.

В табл. 2 са посочени устройствата, с които е тествана програмата. При посочените устройства приложението показва отлични резултати. Програмата при по голяма разделителна способност както при Motoluxe X615 се показва на цял екран.

Минимални изисквания за приложението
Андроид 2,2 и по-високо
600 Mhz
92 MByte
150 MByte
320 px x 480 px
3,2"

Табл. 1.Минимални усилия за инсталиране на програмата

Изисквания	Motoluxe X615	Sony Tipo
Операционна система	Андроид 2.3.7	Андроид 4.04
Процесор	800 Mhz	1 Ghz
Оперативна памет	512 MByte	512 MByte
Място за съхранение	512 MByte	
Разделителна способност на дисплея	480 px x 954 px	320 px x 480 px
Размер на дисплея	4"	3,2"
Използвана RAM в реално време	7,03Mbyte	7,03Mbyte
Използвано място за съхранение на служебна информация	4Kbyte	4Kbyte

Табл. 2. Тестване на приложението

За използването на приложението е необходимо устройство, което е с минимум Андроид версия 2.2. При стартиране на приложението на екрана на потребителя се появява рекламен екран както можете да видите в фиг. 1. След пет секунди приложението препраща потребителя към главния слайд с меню, където потребителя избира към коя от стоите да се насочи. В фиг. 2 начален екран на

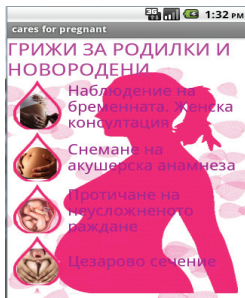
приложението. Всички посочени лекции за разработени от Елвира Иванова и специалност „Акушерка“ трети курс и са предоставени с цел реализирането на приложението, което да обогати знанията на обучаващите в специалност акушерка в насока грижи за родилките и новородени.

Посочени теми са разработени от Елвира Иванова и Петя Иванова – студенти от специалност „Акушерка“ трети курс и са предоставени с цел реализиране на приложението, което да обогати знанията на обучаващите се студенти и всички, които се интересуват от проблемите за грижи при родилки и новородени.

След избирането на желания раздел, приложението препраща към съответната тема, както можете да видите във фиг. 1, фиг. 2, фиг. 3.



Фиг. 1



фиг. 2



фиг. 3

Последователни стъпки при реализиране на взаимодействие с приложението

Тестването на приложението при студенти от трети курс акушерки доказва интереса и желанието им да ползват този информационен и образователен ресурс.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мобилното приложение позволява да покажем на студенти и пациенти как да извършват или следват определена процедура. Такъв вид приложения биха могли да служат като ценен опреснителен информационен източник и да бъдат предоставени за свободен достъп на студентите и служителите в информационна мрежа. Това би направило възможно показването на акценти за студентите. Обучителните мобилни приложения привличат вниманието и преподават ценна информация за студенти, колеги, пациенти и може би е време да заемам полагащото им се място и в нашата професия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сербезова И., Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, Русе - 2013
2. Христова, Е., Лекции по Неонатология и Педиатрия за студенти, София – 2012 г.
3. Hamilton Gill., First Aid for Children, DK Publishing, Inc, 2006
4. <http://www.ivf-bg.com/> - Специализирана акушеро-гинекологична болница “Д-р Щепев
5. <http://medbookaide.ru/books/fold1002/book1004/p38.p>

За контакти:

Петя Иванова, Специалност “Акушерка”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0895 053 635, e-mail: pupi_smile@abv.bg

Елвира Иванова, Специалност „Акушерка“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 0895050759, e-mail: Elvira.ivanova1@abv.bg

Йоана Луканова – асистент, катедра Здравни грижи, факултет – Обществено здраве и здравни грижи – РУ „Ангел Кънчев“ e-mail: ylukanova@uni-ruse.bg

Научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Новости в профилактиката и лечението на декубитални рани

автори: Филиз Фаари и Айлин Адил.

научен ръководител: гл. ас. Деспина Георгиева.

Decubitus ulcer: A bed sore, a skin ulcer that comes from lying in one position too long so that the circulation in the skin is compromised by the pressure, particularly over a bony prominence such as the sacrum (sacral decubitus).

Key words: *Decubitus ulcer, Nowadays classification, Prevention and Treatment of decubitus ulcer.*

ВЪВЕДЕНИЕ:

Декубитална рана (ДР, декубитус, декубитална язва), според дефиницията на американската National Pressure Ulcer Advisory Panel и на European Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP-EPUAP)*, е локализирано увреждане на кожата и/или на подлежащите тъкани, възникващо най-често в области на тялото с по-малко подкожие и костни проминенции, като резултат от загуба на устойчивост и протриване или разкъсване на кожата в местата на абнормно повишен натиск или комбинация от повишен натиск и опъване [2].

ИЗЛОЖЕНИЕ:

Съвременната класификация (NPUAP-EPUAP) на ДР използва категории (групи) от 1 до 4+, за разлика от по-рано използваните степени /I степен – зачервяване на кожата със смущения в кръвообращението и храненето на тъканите; II степен – повърхностно разраняване на кожата с почерняване на клетките; III степен – некроза на тъканите, дълбоко некротизиране с появата на декубиталните язви и с навлизане на бактериална инфекция в тъканите/ [1].

Таблица 1. Декубитални рани – категории и описание [2]

Категория	Описание
1	Неразранена кожа със зачервяване /върху костна изпъкналост/
2	Ерозия или повърхностна рана /ограничени в дермата/
3	Язва /до подкожната мастна тъкан/
4	Язва /мускули, фасции до костната повърхност/
4+	Вероятно дълбоко тъканно засягане /може да си наблюдава и при интактна кожа/
4+	Неопределима степен /влажна или суха некроза, затрудняващи определянето на действителната дълбочина/

За профилактика на декубиталните увреждания е необходимо да се идентифицират най-рисковите случаи, които са болни: в напреднала възраст, с гръбначно-мозъчна увреда или с друга причина за неподвижност и с нисък индекс на телесната маса (BMI) <20 kg/m². Внимателно трябва да се преглежда кожата, особено в зоните с костни изпъквания, за начални увреждания (в интензивните отделения – всекидневно; при пациенти с риск за декубитуси на хронично лечение, прегледите се извършват седмично, а впоследствие – всеки месец).

За възрастни има три валидирани скали за оценка на риска за ДР:

- **Braden** включва шест показателя: (чувствителност/перцепция, овлаженност, активност, подвижност, хранене и наличие на натиск/опън), общият сбор може да

варира от 6 до 23 точки, като сума по-малка от 18 точки показва повишен риск за развитието на ДР.

- **Waterlow** включва девет показателя: (Body Mass Index-BMI, тазова континенция, тип кожа, подвижност, апетит, тъканно хранене, неврологичен дефицит, голяма хирургична интервенция или масивна травма, прием на медикаменти)

- **Norton** включва пет показателя (физическо състояние, умствени способности, активност, подвижност и тазова континенция).

Проучване, с участието на 447 930 пациенти показва, че честотата на ДР е от 9.2 до 27.3%. *Незаздравяващите/хроничните рани са свързани с удължен болничен престой, по-висока смъртност и риск за развитие на целулит, остеомиелит и сепсис. Определянето на вероятността дадена ДР да бъде излекувана, е от голямо значение в клиничния подход и за изграждане на правилните очаквания на пациента и близките му.*

ДР се делят на:

- **Лечими рани** – когато може да се отстрани причината и съответното място е достатъчно кръвоснабдено;
- **Трудно лечими рани** – биха могли да заздравеят, но не може да се отстрани причината, поради невъзможност на пациента да съдейства или недостатъчен терапевтичен ресурс;
- **Нелечими рани** – много увреден пациент, с негативен белтъчен баланс или нарушено кръвоснабдяване, без възможност за реваскуларизация.

Придружаващи заболявания и други фактори като: системни заболявания (захарен диабет), недоимъчно хранене, някои медикаменти, могат да забавят или потиснат оздравяването на ДР. Незаздравяващите рани следва да се подсушават чрез антисептици (йод-повидон, хлорхексидин и полихексаметилен бигванид – PHMB) и абсорбиращи превръзки. Внимателен и консервативен дебридман на некрозите може да е от полза за ограничаване на разпространението на инфекцията в околната и подлежащата тъкан.

Основни принципи на превенция и лечение на декубитусите:

• Пациентите с декубитуси е желателно да преустановят пушенето, което може да редуцира кожния кръвоток с до 40%, индуцирайки исхемия и забавяне на оздравяването. Изпушването на една цигара има вазоконстриктивен ефект за около 90 минути.

• При възможност, тези пациенти трябва да възстановят своята физическата активност. Залежаването води както до физическо, така и до ментално отпускане, което допълнително затруднява лечението на раните.

• Раните на крайниците често са свързани с артериална недостатъчност, която трябва да се третира чрез перкутанна или хирургична реваскуларизация, когато това е възможно [2].

• Да се премахнат /намалят силите на натиск и триене, които увреждат кожата, подлежащата мастна тъкан и мускули. Натискът се минимизира, чрез специални постелки (антидекубитален дюшек или възглавница за инвалидна количка), които променят формата си според натиска, оказван от тялото. Тези мерки са от голямо значение за лечението на пациенти, които не могат сами да сменят своята позиция. За превенцията/лечението на декубитусите на трудноподвижни пациенти е важно креслата, инвалидните столове, автомобилите и носилките, които се използват, да са оборудвани за предпазване от ДР. При преместване на тези пациенти трябва да се избягва какъвто и да е било опън на кожата, а позицията в леглото трябва да е с глава, повдигната под наклон не повече от 30 градуса, за да се избегне приплъзване на тялото, водещо до протриване на кожата.



При преценка на хранителния статус трябва да се използват BMI, стойност на хемоглобина (Hgb) и серумния албумин (Alb). Вероятността за заздравяване на ДР е в пряка връзка със стойността на Hgb: >100 g/l нормално заздравяване, 80-100 g/l – забавено и 60-80 g/l заздравяването на раната е тежко нарушено. Стойността на албумина показва белтъчния статус в периферната циркулация, като нормалните показатели са над 30-33 g/l. При 20-30 g/l се нарушава оздравяването, а при <20 g/l раната е практически нелечима. Храненето трябва да осигурява адекватен белтъчен баланс с прием на протеин 10-20 g/kg/ден.

Планиране на сестрински грижи при напълно или частично неподвижни пациенти: С най-голям риск за развитие на ДР са тази група пациенти, поради увреди на гръбначния мозък и невромускулни дегенеративни болести. При тях е необходимо да се планира програма за упражнения и обръщане, и използване на специални антидекубитални повърхности. Интензитетът на тези мерки трябва да се съобрази с риска за декубитус и с възможността за волеви движения.

Предпоставките за ДР:

Прекомерното овлажняване на кожата (обилно изпотяване, но най-често поради уринарна или фекална инконтиненция. Фекалната инконтиненция е критична за сакралните декубитуси и е необходима честа смяна на замърсеното бельо. Уринарната инконтиненция се решава чрез катетеризация, но това повишава риска за уроинфекция).

Замърсяване на кожата, (често се получава локално кожно възпаление – контактен дерматит, което погрешно се диагностицира като декубитална рана, но протъркването и замърсяването при инконтиненция, от друга страна, водят до повърхностно разраняване на кожата с формиране на декубитус в последствие.

Контрол на болката: Често ДР са много болезнени. Контролът на болката подпомага лечението на раните и подобрява комфорта на пациента. Болката може да се провокира от допир или да е невропатична (да възниква без външна стимулация). В лечението на болката от ДР се прилага цялата гама от аналгетици – от нестероидните противовъзпалителни средства до опиоидните деривати. Болезнеността се намалява и при използване на съвременните неадхезивни превръзки, съдържащи мек силиконов слой.

Терапия:

1. Установяване и документиране на локализацията и размерите на декубитус. Отчита се дългата и късата ос на раната както и дълбочината ѝ.
2. Локалното третиране включва внимателно промиване с нетоксични разтвори: физиологичен серум, стерилна дестилирана вода, оцетна киселина 0.5-1% и покриване със стерилни компреси или марлени ленти.
3. Прилага се хирургичен дебридман (отстраняване на некрозите) със скалпел, кюрета и ножица. Автолитичен дебридман се постига чрез превръзки с калциев алгинат, хидрогел или хидроколоид. Алтернативно могат да се използват ензими (колагеназа) или биологичен (личинки) дебридман.

4. Поддържането на оптимален баланс на влажността на раната е ключов за клетъчната пролиферация и образуването на колаген (механизмите на ранево оздравяване).
5. Наблюдение на раневата инфекция. Критичната бактериална колонизация води до забавяне на оздравяването. Инфектираната рана може да се разпознае по наличието на следните симптоми: *незаздравяване, повишена ексудация, червена и лесно кървяща грануляционна тъкан, ново раземкване на раната и неприятна миризма (NERDS** критерии – поне 3).*

Неприятната миризма при ДР най-често се дължи на контаминация с грам негативни и анаеробни микроорганизми и затова, след микробиологично изследване, трябва да се започне антибактериално третиране, а в специфични случаи и системно антибиотично лечение.

Локално лечение: антимикробни средства при лечими рани: хирургични превръзки със съдържание на сребърни йонни кристали (в комбинация с алгинати или хидрогел), PHMB – разтвор или пяна, йодни препарати (йод-повидон). При проникване на инфекцията в дълбочина (мускули, фасции и кости) се появяват: разрастване на раната, зачервяване, затопляне, оток на околната тъкан, целулит, обхващане на нови зони, оголване на костни структури (STONEES*** критерии – поне 3). В тези случаи трябва да се започне системна антибиотична терапия. Лечението се започва по антибиограма. Имунокомпрометирани пациенти и такива с рани с давност над четири седмици трябва да получават широкоспектърни антибиотици (ефективни срещу грам-позитивни, грам-негативни и анаеробни микроорганизми).

Усложнения: В някои утежнени случаи на инфекция се стига до развитие на остеомиелит на подлежащите кости, което може да се обективизира чрез рентгенографски методи. Системните антибиотици се прилагат до трайно отшумяване на симптомите на инфекция.

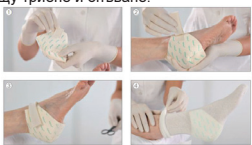
При трудно заздравяващи рани: В някои случаи лечението на ДР е забавено (атонични рани) – ръбът на раната е надигнат около морава централна част. Ако до четвъртата седмица размерът на раната не намалее с 30%, то е малко вероятно тя да се затвори до дванадесетата седмица. В тези случаи в съображение идват някои **нови методи за ранево лечение** като електрична стимулация и терапевтичен ултразвук. Някои хирургични методи са също приложими при големи атонични рани, в съчетание с рехабилитация, предпазваща от ранева дехисценция.

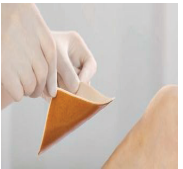
• При случаи на трудно заздравяващи рани с голяма ексудация може да се приложи *вакуумна терапия* с постоянно негативно налягане и аспирация. При пациенти с ДР и периферна съдова болест от полза може да е *хипербарната кислородна терапия*.

Лечение на декубитални рани във влажна ранева среда

Видове превръзки: Askina на фирма B Braun:

- Хидрогелове;
- Хидроклътчени превръзки/пенести и пенесто-силиконови/;
- Хидроколоидни;
- Тънки хидроколоидни;
- Полиуретанов филм;
- Калциево алгинатна със сребърни йонни кристали.

Видове	Характеристики	Показания
 Хидрогел Askina Gel	Прозрачен, вискозен и стерилен хидрогел. Рехидратира сухи некротични тъкани, улеснява дебридмана на сухи и люещи се раневи тъкани или абсорбира прекомерния ексудат. Достига до по-дълбоки рани, осигурява по-точна преценка на раната поради своята кристална прозрачност.	Слабо отделящи ексудат люещи се или сухи некротични рани: декубитални рани, рани на подбедрицата поради артериална или венозна недостатъчност, разязвявания на диабетно стъпало и травматични рани.
 Askina пенести /дунапени/ превръзки:	Askina Heel е готова за употреба, двуслойна, незалепаща дунапенена превръзка с анатомична форма. Облекчаващият натиск на дунапена помага за предотвратяване на стадий I язви. Осигурява добра защита срещу триене и опъване. 	Лечение на умерено до силно ексудирани рани: стадии I-IV на декубитални рани, венозни и артериални язви на подбедрицата, диабетни язви на стъпалото, първа и втора степен изгаряния.
 Askina пенесто-силиконови превръзки	Askina Transorbent е стерилна, хидроклътечна, полиуретанова четирислойна превръзка. Съдържа: - Тънък полиуретанов слой, непроницаем за течности и бактерии, но пропусклив за изпарения; - Порест силиконов слой, който осигурява пропускливост за изпаренията и придава на превръзката нейната удобна гладкост, гъвкавост и мекота. - Сух вътрешен слой с хидрогел, който абсорбира раневия ексудат, но запазва влажна оздравителна среда. Излишният ексудат се изпарява през дунапена и горните слоеве, поради което не мацерира кожата. - Адхезивен полиуретанов слой, който прилепва добре за здравата и суха околна кожа, но и за раневата повърхност.	За силно ексудирани рани. Този вид превръзка може да бъде адаптирана за различни размери и форми на раните /с възможност за изрязване по желана форма и размер/.
 Askina Transorbent Border	Притежава допълнително обиколна полиуретанова адхезивна ивица, която улеснява залепването върху неравни участници, което е особено важно при трудни за превръзване области.	Декубитални рани, включително и за превенция на лацерации/разкъсвания/, язви на диабетното стъпало, травматични и хирургични рани, първа и втора степен изгаряния.
 Askina Transorbent Sacrum	Триъгълната форма е подходяща за опасната област.	Има същите слоеве и предимства като Askina Transorbent.
 Askina Derm	Askina Derm е стерилна прозрачна филм превръзка, която поддържа влажна среда в раната, довеждаща до естествено заздравяване и предотвъртява образуването на белег. Тя е особено подходяща за защита на новообразувана кожа. Други нейни предимства са: новаторска система за поставяне- лесна за приложение. Поради слабо прилепващото си лепило, позволява неагресивно отстраняване. Непропусклива за течности и бактерии. Прозрачна: позволява зрителен контрол на раната. охлузвания, изгаряния първа степен, хирургични рани, разкъсвания.	Защита на неексудирани рани, като стадий I на декубитални язви, донорни места, малки. Защита срещу нарушаване целостта на кожата, в резултат от триене или постоянно излагане на влага.

 Askina Calgitrol Ag Калциево алгинатна превръзка със сребърни йонни кристали:	Технологично нова ранева превръзка, която съчетава барьерната ефективност на онизирано сребро с абсорбиращите възможности на калциев алгинат и полиуретанова пяна/дунапен/ - на снимките. Среброто е в йонизирано състояние, готово за лечение на раната. Тази превръзка осигурява устойчива антибактериална ефективност до 7 дни, както и влажна ранева среда, довеждаща до естествено заздравяване. Тя не изисква употребата на стерилна дестилирана вода за оксидиране на металното сребро до йонизирано състояние. Други нейни предимства са: лесно поставяне и атравматично отстраняване. Отличен абсорбиращ капацитет, без необходимост от вторична абсорбираща превръзка. Не зацапва. Намалява риска от мацерация около раната. По-продължително време на носене, с по-малко смени на превръзката.	Инфектирани или силно колонизирани, умерено до обилно ексудирани рани: стадии I-IV на декубитални язви, изгаряния втора степен, травматични рани или донорни места .
 Askina Hydro	Askina Hydro има особено силен и продължителен адсорбиционен капацитет и изключителна здравина на залепване, което намалява риска за изтичане на секрети от раната и замърсяване на околната кожа или бельото. Позволява по-продължително време на носене. Съдържа полизахаридни частици от семената на растението Psyllium, които увеличават абсорбиращият капацитет на превръзката, свързват бантериите в раната и намаляват неприятната миризма.	Умерено до силно ексудирани декубитални рани, венозни или артериални рани, донорни места, охлузвания, първа и втора степен изгаряния.[2]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Повечето ДР могат да бъдат профилактирани, но не всички могат да бъдат избегнати. Превенцията и лечението на това усложнение изисква координирани усилия на различни здравни специалисти, съдействие на болния и семейния му кръг. Със самостоятелно значение са всички мерки: механична профилактика (антидекубитални постелки; периодични обръщания на пациента, избягване на кожата замърсяване и протриване), адекватно хранене и корекция на нутритивния дефицит, усилия за възстановяване на подвижността, контрол на болката и правилно третиране на раните [2]. Професионалните, последователни и добре планиране сестрински грижи по отношение на профилактиката и лечението на декубиталните рани са част от компетентностите на медицинската сестра, като основен и най-важен приоритет е профилактиката. Актуализиране на знанията и прилагането на новостите в профилактиката и лечението на декубиталните рани гарантира синхронизиране на сестринските грижи с европейските научни постижения в областта.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Желева, Е., "Общи и специални сестрински грижи", ЕКС-ПРЕС, 2008г.
- [2]. Янкова, Д., "Нови препоръки за профилактика и лечение на декубитални рани", Спектър, 2014г., www.spisaniemd.com.

За контакти:

Филиз Фаари – ФОЗЗГ – Катедра Здравни грижи, Русенски университет "Ангел Кънчев", тел.:0883326871, e-mail: missfifilina@yahoo.com
 Айлин Адил – ФОЗЗГ – Катедра Здравни грижи, Русенски университет "Ангел Кънчев", тел.:0877914996, e-mail: aylinadil7@abv.bg
 гл. ас. Деспина Георгиева – ФОЗЗГ- Катедра Здравни грижи, Русенски университет "Ангел Кънчев".

Тютюн-история и употреба. Ефекти и последствия. Разпространение на тютюнопушенето сред учениците

автори: Филиз Фаари, Айлин Адил, Джанан Ерджан и Денизел Бейти.
научен ръководител: гл. ас. Деспина Георгиева.

Smoking is a practice in which a substance, most commonly tobacco, is burned and the smoke is tasted or inhaled. This is primarily practised as a route of administration for recreational drug use, as combustion releases the active substances in drugs such as nicotine and makes them available for absorption through the lungs. It can also be done as a part of rituals, to induce trances and spiritual enlightenment.

Key words: nicotine, history of discovering nicotine, smoking in teenage years.

ВЪВЕДЕНИЕ

Тютюнопушенето е един от „най-младите“ пороци. Но е пагубна отрова за човека. Въздействието на тютюнопушенето е комплексно. Състава на тютюна е никотин, въглеродород, органични киселини, етерни масла и др.

ИЗЛОЖЕНИЕ

През втората половина на XVI в. френският посланик в Лисабон Жан Нико предлага „всеизцеляваща“ билка против мигрена на Екатерина Медичи. Тя препоръчва тютюна като универсално лечебно средство в аристократичните среди. В чест на предприемчивия посланик, първият открит в тютюна алколоид е наречен никотин.

Никотина е най-силната растителна отрова. Само една капка чист никотин може да умъртви човек, а пушачите поемат ежедневно по-големи дози, без видими признаци на остри отравяния. Това се дължи на увеличената толерантност. В малки дози възбужда централната нервна система, усилва секреторната функция на слюнчените жлези, ускорява дишането, повишава кръвното налягане. При големи дози настъпва потискане и парализа на нервната система, прекратяване на дишането и на сърдечната дейност. Под влиянието на никотина надбъбречните жлези отделят хормоните адреналин и норадреналин. Това влияе положително върху настроението у пушача, появява се измамното чувство за благополучие и спокойствие. Отначало това се постига с малки дози никотин, но бързото му обезвреждане от черния дроб, кара пушача по-често да посяга към следващата цигара, за да възстановява желаното настроение. И така омагьосаният кръг се затваря и включва в себе си поредната жертва, посегнал от любопитство, случайно и неосъзнавано към димящата отрова. Изпушването на една цигара предизвиква промяна на кръвното налягане, сърдечната честота и разхода на енергия от страна на сърцето т.е. сърцето се натоварва допълнително с ненужна работа. В тъканите достига по-малко кислород и настъпва кислороден глад. Тези прояви се лекуват не с лекарства, а с отказ от тютюнопушене. Тютюна влияе и на кръвоносните съдове. Стесняването на тези съдове поради образуване на плаки във вътрешния слой на съда или поради спазъм води до исхемия. В резултат на това настъпва загиване на тъкан или орган. Един от факторите за развитието на атеросклерозата е тютюнопушенето. Атеросклерозата е много бавно прогресиращ процес на образуване на плаки, съсиреци, фиброзна тъкан и калций. Така проследят на кръвоносния съд намалява и кръвоснабдяването се затруднява. Не напразно се казва, че хора които пушат, износват своите съдове с 10-15 години по-рано. Колкото по-рано човек започне тютюнопушенето, толкова по-голяма е вероятността за увреждане на кръвоносните съдове [1].

Тютюнопушенето има над 500 годишна история. Откриването на Америка през 1492г. от Христофор Колумб е свързано с откриването на много нови за европейците

растения, между които е и тютюнът. Смелите моряци наблюдавали с любопитство как местните жители на Бахамските острови вдишвали дима от навитите на тръбички листа от непознатото растение. Въпреки строгата забрана на великия мореплавател, някои негови моряци пренесли тайно листа и семена от тютюн в Европа, като по този начин довели още един „мним приятел“ на стария континент. Отначало тютюнът бил обявен за всеизцеляваща билка „herba rapasea“. Ето как са описани неговите чудодейни целебни свойства в една испанска книга от 1543г.: „Тютюнът предизвиква сън, премахва умора, успокоява болка, лекува главоболие...“. Поради това тютюнът бързо завладява и аристократичните салони от XVI-XVIIIв.

Мъже, жени, младежи започват да дъвчат, да смъркат, и да пушат тютюн. Пушенето с лула също е пренесено от испанските пътешественици в началото на XVIв. И бързо станало популярно, въпреки ограничителните мерки, предприети от някои владетели [2]. Препоръчван отначало като лек за всички болести, тютюнът скоро обаче си спечелил лоша слава и първа испанската кралица Изабела го проклела заедно с тези, които го употребяват. Нейният пример бил последван от френския крал Людовиг XIV, а великият московски княз М. Ф. Романов заповядал да отрежат носа на всеки, който пуши. Турският султан Мурад IV забранил тютюнопушенето под страх от смъртно наказание за страстните пушачи. Неговият ферман, издаден през 1625г., предвиждал обезглавяване, изгаряне или побиване на кол, но вече нищо не можело да спре разпространението на „димящата отрова“. Тютюнопушенето се превръща в ново доходно перо за търговци и управници. Започва да се налага мита, да се правят контрабандни сделки, да се търсят нови асортименти. В началото испанците ревниво пазели монопола си над производството и търговията с тютюн, като под страх от строги наказания се забранявало изнасянето на семена и листа. Но през 1558г. един придворен лекар изнася в перуката си семена за Португалия. Така Испания загубва своя монопол върху тютюна, който бързо се разпространява в целия свят. Започват да се отглеждат и по-леки сортове тютюн. В Бразилия около средата на XVIIIв. Започват да се произвеждат цигари, а в началото на XIXв. се въвеждат и пурите.

През 1971г. на вниманието на световната общественост СЗО поставя проблема за тютюнопушенето. Като отправя апел към правителствата на всички страни членки на организацията, за провеждане на комплексна борба и тотално настъпление срещу тютюнопушенето. Тревожен е фактът, че в световен мащаб България е на първо място по употреба на тютюн. На запад тютюнът не е приет за употреба на обществени места. СЗО обявява 31.май за световен дим без тютюнов дим [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Беше проведено проучване на ученици между 12-18г. възраст. Целта на проучването е да установим до каква степен е разпространено тютюнопушенето сред момичетата и момчетата, и на каква възраст е била запалена първата цигара.

Проучването показва, че:

- възрастовата граница пада на 10-12год. възраст;
- момичетата пушат повече;
- тинейджърите започват да употребяват цигари под влиянието на своите връстници;
- от любопитство;
- от желание за принадлежност към определена група;
- от стремеж към независимост;

ЛИТЕРАТУРА

[1]. <http://bonboniera.bg>

[2]. <http://nbu.bg>

За контакти:

Филиз Фаари – ФОЗЗГ, Катедра Здравни грижи, Русенски университет "Ангел Кънчев", тел.:0883326871, e-mail: missfifilina@yahoo.com

Айлин Адил – ФОЗЗГ, Катедра Здравни грижи, Русенски университет "Ангел Кънчев", тел.:0877914996, e-mail: aylinadil7@abv.bg

Джанан Ерджан – ФОЗЗГ, Катедра Здравни грижи, Русенски университет "Ангел Кънчев", тел.:0894922588, e-mail: djanitooo1@abv.bg

Денизел Бейти – ФОЗЗГ, Катедра Здравни грижи, Русенски университет "Ангел Кънчев", тел.:0897779796, e-mail: deniz_deniz18@abv.bg

гл. ас. Деспина Георгиева – ФОЗЗГ, Катедра Здравни грижи, Русенски университет "Ангел Кънчев".

Докладът е рецензиран.

Медико - социални проблеми на хората с множествена склероза

автор: Вилислава Вецова
научен ръководител: ас. Саша Йотова

Socio-medical problems of people with multiple sclerosis: Multiple sclerosis disease is a serious health problem in medical practice that can affect anyone, especially between the ages of 20-40 years old. The aim of this study is to provide medical and social problems in patients diagnosed with multiple sclerosis with accent on the planning care in hospitals for people with this disease. Timely and quality nursing cares have an important role in the treatment of multiple sclerosis. Nurses are usually responsible for giving information about the necessary care, advising and training the patient and his family.

Key words: nurses, multiple sclerosis, socio-medical problems

ВЪВЕДЕНИЕ

Заболяването множествена склероза /МС/ представлява сериозен здравен проблем в медицинската практика, който може да засегне всеки, особено във възрастта между 20 - 40 годишна възраст. Множествената склероза е по-често срещана при жените. Това заболяване води до тежка инвалидизация при 2/3 от болните. Етиологията на заболяването не е изяснена. Развива се при съчетаването на редица фактори - наследствено предразположение и външни фактори. Въпреки наличието на генетично предразположение, заболяването не се унаследява задължително. Съществуват предположения, че е вирусно заболяване.

ИЗЛОЖЕНИЕ

За пръв път диагнозата "множествена склероза" е била поставена преди около 150 години. Днес, всеки ден 7 души получават тази диагноза. Заболеваемостта в нашата страна е 1,03/100 000 души население. В България има около 3 600 болни, а всяка година се разболяват около 80 нови пациента. Болестността в страната ни е 44,5/10 000 население. Според тези данни България е страна, която попада в зоната с висока болестност. Болните от МС преживяват с 5 - 7 години по-малко от останалата част от населението.

Цел

Целта на проучването е да се представят медико-социалните проблеми при пациенти с поставена диагноза Множествена склероза с акцент върху необходимостта от планиране на грижите в болнична обстановка за хората с тази диагноза.

Материал и методи

1. Документален метод: Проучването е извършено въз основа на данни от различни източници на информация – статистически данни, учебни пособия и публикации.
2. Проучвания на случаи: Използвано е наблюдение на 7 клинични случая на хоспитализирани пациенти с диагноза Множествена склероза през периода м.декември 2013 г. – м.март 2014 г.

Множествената склероза е заболяване на миелина на централната нервна система с неизвестна етиология. Промените, които настъпват при заболяването се дължат на процес на демиелизация. Миелинът е изолатор, който позволява информацията да се провежда с по-голяма скорост по хода на нервното влакно.

Фактори допринасящи за развитието на МС:

• Генетични

Множествената склероза не е генетично заболяване, но различни генетични вариации определят по-висок риск от развитието на болестта. Рискът за развитие на заболяването е по-висок при роднини на болни, в сравнение с общата популация,

особено в случаите, когато става въпрос за брат/сестра, родители или деца - 20% от заболяелите имат пряка роднинска връзка.

МС е по-разпространена при определени етнически групи, най-вече от европейската раса.

• Външни фактори

Различни фактори на средата, инфекциозни и неинфекциозни, се явяват рискови по отношение развитието на МС. Като външни фактори за развитието на МС се сочат: намаленото излагане на слънчева светлина, силен стрес, пушене, някои професии свързани с излагане на токсини, прием на хормони и др.

• Инфекции

Предполага се, че излагането на някои инфекциозни агенти в детска възраст има предпазващ ефект, докато развитието на МС е резултат от срещата на организма с тези агенти в по късен етап от развитието на организма. Друга хипотеза е тази за често срещания патоген, широко разпространен в регионите с повишено ниво на МС. Вируси, за които съществуват данни, че имат отношение към развитието на МС, са вирусите на морбили, заушка и рубеола.

Все още не съществува научно доказателство, че даден специфичен вирус причинява множествена склероза. Изследователите са убедени, че най-вероятно множествената склероза е следствие от съвместното действие на редица фактори.

ОСНОВНИ СИМПТОМИ

Някои от симптомите се срещат по-често, други изключително рядко. Първите симптоми обикновено са много леки и преминават без лечение, но с течение на времето те може да станат по-многобройни и тежки по изява. Обичайният ход на болестта е с кратки периоди на остра изява на симптоми, които се последват от период на отслабване или изчезване с продължителност седмици, месеци или дори години. (фиг.1)



Фиг.1 Основни симптоми на заболяването Множествена склероза

СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ

Проучването е структурирано на базата на наблюдение на 7 пациенти от Неврологична клиника в УМБАЛ д-р "Г. Странси" - гр. Плевен. Пациентите са с поставена диагноза "Множествена склероза" от 4 -15 години.

ОСНОВНИ МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА ПАЦИЕНТИТЕ С МС

1. Независимост и дееспособност

Съществен проблем за всички проучени лица е липсата на възможност за вземане на решения, касаещи здравето им. Този проблем е свързан и с възможността на пациентите да пътуват, да учат, да работят и да правят всички неща, които хората без увреждания могат да правят. Пациентите в напреднал стадий на заболяването се чувстват зависими от близките във всяко действие. Пациентите с МС, както и техните семейства, желаят да имат възможността да участват при вземането на решения, касаещи техния начин на живот и лечение. Те биха искали сами да избират медицинския екип, който да осъществява грижите за тях. Този проблем е свързан и с осигуряването на необходимата информация за същността на заболяването и методите на лечение.

2. Транспортиране

Този въпрос касае възможността на пациентите за придвижване. Всички наблюдавани пациенти с двигателни проблеми, които не са от града, съобщават за налични трудности при транспортирането. Установява се потребност от осигуряване на транспортни услуги, достъпни за пациентите. Това може да им позволи да се придвижват при необходимост до лечебно заведение, до работното място или да участват в обществения живот.

3. Работа

След поставянето на диагнозата, за част от пациентите започнали и поредица от проблеми, свързани главно с намирането на работа. При представяне на решение от ТЕЛК, се срещат откази от назначаване на работа, съобразена с възможностите на лицето. Тези хора заявяват желание да работят, докато имат възможност да извършват своите работни задължения. Двама от проучените пациенти заявяват, че са притеснени да работят, защото не се чувстват достатъчно работоспособни и се притесняват да се върнат на предишното си работно място.

4. Жилище и достъп до обществени сгради

Този проблем имат 3-ма от проучените, в напреднал стадий на заболяването, и е свързан най-вече с наскоро появили се двигателни проблеми и спешна потребност от осигуряване възможност за преустройство на жилището, което би улеснило начина им на живот, доколкото е възможно.

Някои от наблюдаваните лица с МС изразяват неудовлетвореност от липсата на рампи за придвижване с инвалидни колички, независимо от това, че самите те не се нуждаят от технически помощни средства за придвижване.

5. Подкрепа на семейството

Проучените случаи подкрепят потребността на пациентите с МС от осигуряване на услуги и обучение на членовете на семейството, както и на всички, които полагат грижи за пациенти с МС. Наблюдаваните имат предоставена информация за съществуващите обществени служби за услуги, които могат да окажат подкрепа. Всички наблюдавани пациенти биха се обърнали към психолог, ако им бъде предоставена такава услуга. Пациентите с МС се нуждаят от психологичната подкрепа относно семейните взаимоотношения и изпълнение на родителските отговорности. На децата трябва да се обясни каква е причината за заболяването на техния родител и какво въздействие представлява то.

6. Сестрински грижи

Всички наблюдавани пациенти са удовлетворени от оказаните им медицински грижи в лечебното заведение, но им липсват сестрински грижи след изписването. Своевременните и качествени сестрински грижи имат важна роля в лечението на множествената склероза. Медицинската сестра е част от мултидисциплинарен екип, който има за цел не само подобряване физическото и психично състояние на пациента, но и възвръщането му в обществото. За да бъдат приложени правилно и своевременно сестринските грижи, е необходимо да бъде направен индивидуален план за грижи, съобразен със състоянието на пациента. При съставянето на плана за грижи се обръща внимание на следните фактори: съществува ли риск от

самонараняване, има ли тазово - резервоарни нарушения, има ли и до каква степен е увредена двигателната активност.

Сестринските грижи се разделят на такива по време на пристъп и извън пристъп. Грижите, комуникацията на медицинската сестрата с пациента и ролята ѝ като обучаващо лице са много важни за подобряване състоянието на пациентите и психологическата им нагласа към заболяването. Медицинските сестри най-често са отговорни за информирането, съветването и обучението на болните и семействата им. Те осигуряват непрекъснатостта на грижите за болните в болниците и дома и поддържат контакт с лекуващите им лекари. Медицинската сестра е най-близо до болните при проследяване на състоянието им и при оценяване на болката и другите симптоми.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациентите с поставена диагноза Множествена склероза са подложени на много по-голямо психическо натоварване, отколкото здравия човек и поради тази причина се нуждаят от по-голяма търпеливост към тях. За пациентите е добре да знаят точната си диагноза и да бъдат запознати със същността на заболяването, симптомите и начина на лечение. Именно тази информация ще им помогне да се подготвят психически за промените, които ги очакват и да ги понесат по-лесно. Пациентите, въпреки заболяването си, имат нужда да бъдат подпомагани в усилията да водят нормален начин на живот и да се усъвършенстват като личности.

Ако на пациентите се осигури необходимата психологическа подкрепа, необходимите сестрински грижи и се изпълнят задачите, свързани с основните медико – социални проблеми той би могъл да води пълноценен начин на живот, независимо от своето заболяване.

Световен ден на МС. Това е инициатива на Международната Федерация по множествена склероза и нейните регионални МС - общества по държави. Създаден е, за да популяризира проблемите, съпътстващи множествената склероза. За първи път се отбелязва през 2009 година, като оттогава се провежда ежегодно през последната сряда на месец май.

ЛИТЕРАТУРА:

[1] Авторски колектив "Ръководство по неврология", Издателство "Медицина и физкултура" София, 1988

[2] Йорданов, Б., Множествена склероза, Издателство "Медицина и физкултура" София, 1989

[3] Миланов, И., Множествена склероза и демиелинизиращи заболявания, Издателство "Медицина и физкултура" София, 2010

[4] Миланов, И., Неврология, Издателство "Медицина и физкултура" София, 2007

[5] <http://bg.wikipedia.org/>

За контакти:

Вилислава Вецова - студентка от IV курс, специалност „Медицинска сестра“, ФЗГ, МУ - Плевен, тел. 089 6 846 111, e-mail: gold_baby@abv.bg

Ас. Саша Йотова - факултет "Здравни грижи", МУ - Плевен, тел. 064 884 229, e-mail: sasha_dotsova@abv.bg

Искуствено оплождане

автор: Христинка Христова

научен ръководител: Доц. д-р Иваничка Сербезова

Summary: IVF can be used to overcome infertility in women, caused for instance by obstruction of the fallopian (uterine) tubes, and / or male infertility factor - reduced number and / or reduced sperm motility. In male sterility may be used and further the process of the so-called intracytoplasmic sperm injection (ICSI) - direct injection of the sperm into the oocyte selected. To be successful procedures necessary for a woman to have a healthy uterus that can maintain a pregnancy and healthy eggs and sperm capable of fertilization. It is possible to use donor eggs and / or sperm, i.e. IVF can be performed in women with impaired ovarian function and impaired spermatogenesis in the male.

Key words: IVF, ICSI, oocyte, pregnancy

ВЪВЕДЕНИЕ

Първата успешна ин витро бременност е постигната през 1977 г. във Великобритания, където д-р Ричард Едуардс и д-р Патрик Степто - двамата първооткриватели, прилагат метода на двойката Лесли и Джон Браун, които нямат деца в продължение на 9 години поради запушени фалопиеви тръби. С помощта на лапароскопски уреди д-р Степто успява да получи годна яйцеклетка от яйчниците на жената, която по-късно е оплодена със сперматозоидите на съпруга ѝ и върната обратно в матката, където се имплантира успешно. Така първото „бебе в епруветка” - Луиз Браун, се появява на бял свят с cezарово сечение на 25 юли 1978 г., в болница в Олдъм, недалеч от Манчестър, Великобритания. Поради малката вероятност за забременяване на естествен цикъл (само с 1 яйцеклетка), по-късно технологията „ин витро” се подобрява непрекъснато и са въведени овариалната стимулация и контролирането на овулацията, отглеждането и подбора на ембрионите, замразяването и donorството на ембриони, яйцеклетки и сперматозоиди, които вече дават възможност и на напълно стерилни двойки да имат деца. Следващ етап в ин витро оплождането е поставен с метода ICSI – интрацитоплазмено инжектиране на сперматозоид в яйцеклетката. Той се прилага, когато сперматозоидите не могат самостоятелно да оплодят яйцеклетката. Под силен микроскоп се избира един добре развит и с правилна морфология сперматозоид, хваща се с помощта на специални микроскопични уреди и се въвежда директно в яйцеклетката. През 1999 г. по-малката сестра на Луиз Браун – Натали, също зачената ин витро, става майка по естествен път, с което на практика се доказва, че децата, заченати ин витро, по нищо не се различават от останалите, нормално родени деца. По-късно самата Луиз също забременява по естествен път и през 2006 г. ражда свое дете. Към момента повече от 6 милиона деца по света са заченати и родени след ин витро оплождане, като над 170 000 от тях са от донорски яйцеклетки и ембриони. В момента ин витро оплождането е основен метод за лечение на безплодието при различни фактори. Все пак, поради високата цена и сложността на процедурата то се прилага, когато останалите, по-евтини и по-малко инвазивни методи за асистирана репродукция не дават резултат (например лапароскопски операции за възстановяване проходимостта на фалопиевите тръби, втрешноматочна инсеминация и др.). През 2010 г. Робърт Едуардс получава Нобеловата награда за физиология и медицина за изобретяването на технологията „ин витро оплождане”. В България методът е въведен през 1987 г. като първите деца, заченати ин витро, се раждат в началото на 1988 г. Към 2010 г. вече десетки клиники в цялата страна предлагат ин витро процедури. С решение на Министерски съвет през 2009 г. е създаден Фонд за асистирана репродукция, който подпомага финансово лечението на бездетните двойки в България [4].

Използвани методи: проучване на литературни източници

ИЗЛОЖЕНИЕ

Независимо от индивидуалния характер при лечението на стерилитет, всяка ИКСИ процедура преминава през следните етапи:

Контролирана овариална (яйчникова) хиперстимулация. Контролираната овариална хиперстимулация има за цел да стимулира образуването на множество яйцеклетки. Добиването на по-голям брой яйцеклетки дава възможност в последващото лабораторно оплождане да се получат повече ембриони, което значително увеличава шансовете за забременяване. Стимулацията се извършва по определени схеми на приложение, наречени стимулационни протоколи. Протоколите биват няколко вида, като най-често използваните са дълъг протокол (започва с подтискане на яйчниковата функция от 21ия ден на предходния цикъл) и протокол с антагонист (т.нар. къс протокол – стимулацията започва от 2ия ден на менструалния цикъл). Съществуват и стимулационни протоколи на лимитиран и спонтанен цикъл. Продължителността на стимулацията е различна при всеки пациент. Обикновено започва от 2ия ден на месечния цикъл. По време на стимулацията се използват т.нар. фоликуло-стимулиращи хормони (ФСХ), които могат да бъдат както уринарни, така и рекомбинантни. Рекомбинантните препарати предизвикват по-малко алергични реакции, имат по-точна стандартизация и могат да се прилагат самостоятелно от пациента. Яйчниковият отговор на стимулацията се мониторира чрез серия от ултразвукови прегледи и изследвания, проследяващи нивата на естрадиол в кръвта. От шестия ден на стимулацията до деня на пункцията на фоликули, ултразвуковите прегледи и кръвните изследвания се извършват ежедневно. По време на ултразвуковите прегледи се проследяват броя и размера на образуваните фоликули, както и дебелината на маточната лигавица. Контролираната овариална хиперстимулация продължава до наличието на следните условия: водещите фоликули са достигнали диаметър от над 18 mm; дебелината на маточната лигавица е поне 8 mm; нивата на естрадиол кореспондират с броя на нарастващите фоликули. Когато са налице описаните условия, се поставя човешки хорион гонадотропин (HCG), с цел стартиране процеса по узряване на яйцеклетките. От този момент се преустановява приема на медикаментите за овариална хиперстимулация. Обичайно HCG инжекцията се поставя 36 часа преди пункцията на фоликули[1].

Пункция на фоликули - Пункцията на фоликули се извършва сутрин, приблизително 36 часа след поставянето на HCG инжекцията. Непосредствено преди пункцията се правят следните процедури: клизма, тоалет, поставяне на абокат и др. Тези процедури се акушерска манипулация. Достъпът е вагинален, под ултразвуков контрол и краткотрайна венозна анестезия и се провежда под наблюдението на анестезиологичен екип. С помощта на аспирационна игла, поставена на найкрайника на ултразвуковия апарат, се преминава през вагината, като по този начин се осигурява достъп до яйчниците. Течността от фоликулите се аспирира и се предоставя на ин витро лабораторията, където се определя броя на годните яйцеклетки. Процедурата продължава, докато се провери съдържанието на всички фоликули и от двата яйчника. Броят на фоликулите не кореспондира с броя на годните яйцеклетки. Трансвагиналната пункция на фоликули е сравнително безопасна процедура. Обикновено отнема около 15 – 20 минути, в зависимост от броя на фоликулите. [1]. След процедурата е необходимо активно наблюдение в болнични условия за около 4 часа след манипулацията. Измерва се кръвното налягане и пулса от дежурната акушерка. След втория час можете да се приемат малки количества вода и храна. Акушерката трябва да раздвижи пациентката и лекуващият лекар да направи ултразвуков преглед. Възможни са зацапващо кафеникаво кървене, леки болки в таза и коремната област, гадене.

IVF/ICSI- ICSI е метод за асистирана репродукция, при който ембриологът с помощта на инжекционна микропипета и микроманипулатор под микроскопски

контрол инжектира директно в цитоплазмата на зрялата яйцеклетка един жив, подвижен и морфологично нормален сперматозоид (от тук идва и името на метода – Intracytoplasmic Sperm Injection). Преди извършване на ICSI процедура, за разлика от IVF, яйцеклетката се оголва като по химичен и механичен начин се отстраняват заобграждащите я клетки (кумулусни клетки и клетките на корона радиата). При ICSI оплождане яйцеклетката се държи неподвижно с друга микропипета и се инжектира по определен начин, за да не се увреди самата яйцеклетка. Инжектираните яйцеклетки се култивират в специална хранителна среда до следващия ден (Ден 1-ви), когато ембриологът наблюдава наличието на фертилизация (нормалното е оплождането, когато се наблюдава наличието на две ядра – пронуклеуси, идващи от сперматозоида и яйцеклетката). Методът се препоръчва, когато причината за инфертилитет е тежък мъжки фактор (тежка форма на ологоастенотератозооспермия, само тератозооспермия, при хирургична екстракция на сперматозоиди от съпруга/партньора (PESA/TESA) и/или когато пациентската двойка има предишни неуспешни процедури, при които е прилагано класическо ин витро оплождане (IVF). След прилагането на ICSI метод от Ден 1-ви до деня за извършване на ембриотрансфер (ЕТ), ембрионите се култивират в инкубатори, които поддържат нормална телесна температура (37° C), влажност и процент CO₂ и O₂, максимално наподобяващи условията в човешкия организъм [4].

Ембриотрансфер. Ембриотрансферът представлява поставяне на ембриони обратно в кухината на матката. Най-често процедурата се извършва на третия или петия ден след деня на пункцията на фоликули, макар да е възможно това да случи и на четвъртия ден. Трансферира се между 1 и 3 ембриона. Целта е да се увеличи максимално шанса за настъпване на бременност и едновременно с това да се намали вероятността от настъпване на многоплодна бременност. Решението за деня на ембриотрансфера и броя ембриони е индивидуално за всяка жена, зависи от степента на развитие на ембрионите, техния брой, поредността на опита и възрастта. Ембрионите се поставят в матката с помощта на специален тънък катетър през цервикалния канал. Процедурата е подобна на вземането на цитонамазка и не се налага анестезия. Ембрионите, които не са трансферирани и са с добро качество (ако има такива), могат да се замразят и да бъдат използвани при следваща процедура при т.нар. размразен ембриотрансфер (FRET) [3].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Науката се развива всекидневно и все повече възможности ще има за осъществяване на изкуствено оплождане. Медицинските специалисти трябва да са наясно с най-новите иновации в медицината за да насочат правилно своите пациенти. Процентът на успеваемост е в зависимост от възрастта и физиологичното състояние на пациентката, квалификацията и уменията на лекарския екип, както и технологичното ниво на оборудването в клиниката и ембриологичната лаборатория. В повечето случаи този процент е между 20 и 30, макар че някои клиники дават данни за над 40% успеваемост.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Димитров, А., В. Златков, Гинекология, Медицински издателство „АРСО“ 2013, стр. 214 – 215
- [2]. Карагъзов И., Н. Доган, Гинекология, Медицина и физкултура 2005
- [3]. http://www.ivf-bg.com/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=87&lang=bg
- [4]. <http://bg.wikipedia.org>

За контакти : Христинка Христова- ФОЗЗГ, Кетедра Здравни грижи
Доц. д-р Иваницка Сербезова-ФДЗЗГ, Кетедра Здравни грижи

Морално–етични аспекти при онкологичните заболявания

автор: Христинка Христова

научен ръководител: Доц. д-р Иваницка Сербезова

Summary: *Oncological diseases showed a significant increase worldwide. Every year more than 11 million people are diagnosed with "cancer", it is believed that by 2020 this number will increase to 16 million. "Cancer" causes 7 million deaths annually. Among men, the most common malignancies were lung and stomach cancer, and among women - breast cancer and cervical cancer. Treatment includes surgery, chemotherapy and radiotherapy. The chance of success is significant, if the process is detected early. Unfortunately, some of the most common types of cancer comprise a growing number of people in the active working life, which in turn gives rise to a number of social, economic, ethical and psychological problems.*

Key words: *Cancer, patient care, psychosocial support, medical ethics*

ВЪВЕДЕНИЕ

Диагнозата „рак“ е генератор на различни проблеми, за които преди не се е мислило – скъпи лекарства, специални диети, грижи за близък онкоболен, пътуване до болницата и др. Това е времето, когато болните се чувстват най-раними и лабилни и имат най-голяма нужда от психологическа подкрепа. Проблемът навлиза и в медицинската етика във връзка с правото на пациента на избор на лечение, както и във връзка с удължаване на продължителността на живота. Общо е мнението, че качеството на живот е съставено от няколко различни аспекти на живота. То представлява повече от отражение на здравното състояние (физическо, психологическо и социално благополучие), защото включва в себе си други страни на живота като икономически, трудови и битови аспекти. Проблемът за качеството на живота е застъпен бегло. Още по-слабо е разработен той в областта на онкологията. Лекарят трябва да решава не само медицински, но и социални, психологични, етични и морални проблеми. Отчита се недостатъчност на психосоциалната подкрепа, палиативните грижи не са достатъчно развити. Липсва програма за социална реадaptация – хората да продължават да се реализират пълноценно в живота [2].

Използвани методи:- проучване на литературни източници

ИЗЛОЖЕНИЕ

Статистиката показва, че заболяемостта от рак при мъжете и жените продължава да нараства въпреки по-добрата профилактика и лечение. С увеличаването на продължителността на живота и възрастта на населението се очаква и увеличаване на броя на пациентите с рак, особено сред възрастните хора. Сред мъжете най-често срещаните злокачествени новообразувания са белодробният и стомашният карцином, а сред жените – карциномът на млечната жлеза и на маточната шийка. Някои от най-често срещаните видове рак са лечими с хирургични интервенции, химиотерапия и лъчелечение. Шансът за успех е значителен, ако процесът се открие в ранен стадий. За съжаление те обхващат все по-голяма част от хората в активна и трудоспособна възраст, което от своя страна води до възникване на редица социално-икономически, психологически и етични проблеми. Наблюдава се нарушаване не само на психологичното равновесие, но и на социалната адаптация на онкоболния. В декларация на Народното събрание на Република България в подкрепа на действията за ограничаване и контрол на онкологичните заболявания се подчертава, че нашата страна заема едно от водещите места в Европейския съюз по онкологични заболявания, и че разпространението на тези заболявания придобива застрашителни размери – 250 000 души регистрирани, около 30 000 новооткрити случаи годишно, 17 000 смъртни случая ежегодно. На всеки 100 000 българи раково заболяване имат 318. Мъжете

страдат най-вече от рак на белия дроб и на простатата. Заболяемостта от рак на белия дроб за 2009 г. за цялото население е 3930 нови случаи. При рак на простатата е 1666. При жените се появяват най-често тумори на гърдата – 3859 нови случая за 2009 г., следвани от гинекологични тумори – рак на шийката на матката – 1072 и тялото на матката 1278. Медико-етичните проблеми възникващи при тежки онкологични заболявания са изключително сложни. Медицинския екип трябва много внимателно да прецени ситуацията и състоянието на пациента. Всеки пациент изисква индивидуален подход. Декларацията за правата на пациента /Лисабон, 1981/ бележи известно отклонение от Хипократовото становище относно евтаназията – буква „д“ гласи: „Пациентът има право да умре с достойнство“, което на практика представлява одобрение на евтаназията. Останалите пет права на пациентите са:

1. свободен избор на лекар
2. пациентите имат право да изискват от лекуващия ги лекар да не допуска чуждо влияние
3. да бъдат информирани и да имат право да приемат или да откажат лечение
4. лекуващият лекар да пази лекарската тайна
5. пациентът може да приеме или да откаже всякаква морална подкрепа, вкл. и от свещенослужител.

Прегледът на най-важните нормативни документи, регулиращи етичните проблеми в медицината включва и Моралния кодекс на лекаря в НРБ, влязъл в сила на 27.01.1973 г. В този най-пълен кодекс на медицинската етика и деонтология отношение към нашата проблематика имат [3].

- Евтаназията, категорично отречена в параграф 3., в който се казва: „Лекарят няма право по никакви съображения и при никакви обстоятелства да прекъсва умишлено живота на болния. Той е длъжен да се бори за него до край, с всички признати от науката средства“. В същия параграф се третира и въпроса за лекарската тайна: „Недопустимо е болният да разбере, че състоянието му е безнадеждно и че са изчерпани всички средства за лечение.“

- Системата „лекар-пациент“ включва: такт и щадене на болния и близките му, използването в професионалната дейност на лекаря само на средства, утвърдени от науката и практиката, създаването на благоприятен психологичен климат около болния и неговите близки, уважение към личността на пациента и съобразяване с неговите индивидуални особености. Лекарят се задължава да пази лекарската тайна, да възпитава у себе си и у другите морална чистота, скромност и чувство за отговорност и др.

Поради политизирането на този кодекс, той е заменен с Кодекс на лекарската етика /КЛЕ/. Приет е от Българския лекарски съюз през 1993 г. Ключовите думи и понятия в КЛЕ, който е в сила и понастоящем, са:

- милосърдие, добросъвестност
- професионална компетентност, тактичност
- вежливост и толерантност към културалните различия на пациентите
- лекарят действа в техен интерес
- увеличава знанията и опита си
- осигурява се свободен избор на личен лекар
- поддържа се респект към интимната сфера на пациентите
- забраняват се експерименти с тях
- утвърждава се категоричната забрана на евтаназията и пр.

Относно качеството на живот в КЛЕ е записано: „Лекарят трябва да извърши всичко възможно, щото неизлечимо болните да прекарат остатъка от живота си при добро гледане, с морална подкрепа, без болки и страдания, и при добро качество на живота.“ /чл.37/.

Относно споделянето на истината за болестта се казва следното: „Неблагоприятната прогноза не трябва да бъде съобщавана при неизлечими заболявания и некурабилни болни.”/Чл.33/. „Лекарят при всички случаи трябва да поддържа духа и да подкрепя вярата на болния в добрия изход на заболяването и да се грижи за душевното му спокойствие, дори ако е необходимо да го заблуждава за това”,/Чл.34/. В българския Закон за здравето /в сила от 1 януари 2005 г/ е записано: Чл. 95 (1) „При нелечими заболявания с неблагоприятна прогноза пациентът има право на палиативни медицински грижи (ПМГ). (2). Цел на ПМГ е поддържане качеството на живот чрез намаляване или премахване на някои непосредствени прояви на болестта, както и на неблагоприятните психологични и социални ефекти, свързани с нея”. (3). „Морална подкрепа на пациента и неговите близки”(43). Във връзка с четирите основни принципа на медицинската етика (уважение към автономността на болния, ненаанасяне на вреда, милосърдие и справедливост) С.Росс изнася (44), че Японският Национален център за борба с рака изисква от пациентите да попълнят формуляр, описващ заболяването им и страничните ефекти от лечението. Без съмнение това е уважение към личността на терминален болният – така им се дава възможност предварително да изразят волята си относно терапевтичните мерки за времето, когато те няма да бъдат компетентни да взимат такива решения.

Акушерски грижи при онкоболни:

Акушерката и медицинския специалист, който се грижи за следене състоянието на пациентите. Специфичността на заболяването води до разнообразни комплекси от акушерски грижи. Решението за провеждане на конкретно лечение се взема комплексно от няколко различни специалисти (лъчетерапевт, химеотерапевт, морфолог, акушери-гинеколог с онкологична насоченост и др.). Акушерската грижа включва правилното прилагане на назначеното лечение. Акушерката трябва да следи диспансеризацията на дадения онкоболен пациент, след лечебното проследяване включва: анамнеза, физикален гинекологичен преглед, минимум лабораторни изследвания, рентгенография на бели дробове, туморни маркери – SCC, Cyfra 21-1, HE4, CA-125, beta-HCG, алфа-FP, CEA и други според локализацията на тумора. При пациенти с авансирало злокачествено заболяване, прилагането на палиативни грижи и съответната симптоматична терапия може да подобри качеството на техния живот. Това качество има много аспекти и включва грижа за физикалния, психологичния и социален статус, както и лечението на болката и другите основни клинични симптоми [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

През годините в световен мащаб и в България политиките относно палиативните грижи и еутаназията са се променяли. Медицинския екип е поставен в изключително трудна ситуация да взема решения за информираността на пациентите. Един медицински специалист трябва да се грижи за пациентите с онкологично заболяване независимо от прогнозата, да осигури качество на живот, обезболяване и уважение към личността на всеки един пациент.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Димитров, А., В. Златков, Гинекология, Медицински издателство „APCO” 2013, стр. 214 – 215
- [2] Карагьозов И., Н. Доган, Гинекология, Медицина и физкултура 2005
- [3] <http://career.mu-sofia.bg/attachments/article/374/stanovishte%202.pdf>

За контакти:

За контакти : Христинка Христова- ФОЗЗГ, Кетедра Здравни грижи
Доц. д-р Иваницка Сербезова-ФДЗЗГ, Кетедра Здравни грижи

Кръводаряване. Хемотрансфузия-рискове и усложнения

автори: Ирена Венкова Йорданова и Нергиз Ергин Рамис
научен ръководител: гл. ас. Кристина Захаријева

The transfusion is in due testimonies special worthwhile and irreplaceable, survival, but many responsible haeling events. The nurs clinician part is about his correct and sure happening very old, there fore she must be conversant with the hypothesis and practice.

Healing event on which blood is introduced or her individual ingredients in the veinal system of fit person donor of ill recipient.

Transfusion, Responsible, Nurs, Haeling events, Blood, Donor, Recipient

ВЪВЕДЕНИЕ

Кръвта е човешка тъкан, съдържаща всички кръвни съставки и елементи- левкоцити, еритроцити, тромбоцити и плазмата, които се извличат чрез използване на стандартни методи за преработка на кръв, с изключение на стволовите клетки. Трансфузионната хематология е дейност по здравеопазване, основана на едноименната медицинска наука за вземане, диагностика, преработване и употреба на кръв и кръвни съставки [1]. През 1900 г. австрийския лекар Карл Ландщайнер открива основните кръвни групи, а по-късно открива у макак и наличието на резус фактор. Откритието му прави възможно преливането на кръв между отделните индивиди. Кръводаряване не се допуска, когато по преценка на лекаря представлява опасност за здравето на дарителя и приемателя.

Кръводарители не могат да бъдат:

- жени по време на бременност, лактация, менструация;
- лица с интоксикация от алкохол и наркотични вещества;
- лица на които през последните 6 месеца им е преливана кръв;
- лица със заболяванията СПИН и Хепатит и контактните им;
- лица подлагали се на акупунктура и татуировки преди по малко от 6 месеца;
- лица с остри заразни болести- Сифилис, Туберкулоза;
- всички неясни фебрилни състояния;
- лица с болести на сърдечно-съдовата система;
- всички видове анемични състояния, нарушения в коагулацията, полицитемия вера;
- лица с чернодробни заболявания;
- лица с епилепсия и психични заболявания;
- автоимунни заболявания;
- лица с хирургични интервенции- за период различен в зависимост от големината на операцията [2].

Преливането на кръв и кръвни съставки се извършва при спазване правата на пациента и след получаване на писмено информирано съгласие, като му се предоставя на достъпен език информация за:

- причините за кръвопреливането;
- целта и очакваните резултати;
- възможни нежелани реакции и потенциални рискове

Изпълнителната агенция по лекарствата създава и води регистър на сериозните инциденти и нежелани реакции, свързани с вземането и употребата на кръв и кръвни съставки.

Извършва се индиректно кръвопреливане на изогрупова пълноценна кръв или на кръвни продукти. Определянето на кръвната група и кръвопреливането се извършва само от лекар.

Таблица 1. Кръвни групи

Кръвна група	Антиген в еритроцитите	Антитяло в плазмата	Може да получи от:	Може да даде кръв на:
A	Антиген А	Антитяло β	A, 0	A, AB
B	Антиген В	Антитяло α	B, 0	B, AB
AB	Антигени А и В	Липсват	Всички	AB
0	Липсват	Антитела α и β	0	Всички

Видове кръвопреливане:

венозно, артериално, костно мозъчно, ексангвинотрансфузия, автохемотрансфузия.

Видове биопродукти:

- пълноценна (хомоложна) кръв;
- еритроцитен концентрат;
- прясно замразена плазма;
- нативна плазма;
- тромбоцитен концентрат;
- промити еритроцити;
- замразени еритроцити;
- обезлеукоцитен еритроцитен концентрат;
- човешки албумин.

Показания за извършване на хемотрансфузия:

- анемии, левкози, хемофилия;
- след изгаряния, измръзвания;
- хеморагични диатези, големи кръвозагуби;
- отравяния, шок, сепсис;
- след тежки операции;
- при RH несъвместимост.

Противопоказания:

- бъбречна недостатъчност;
- мозъчен кръвоизлив;
- остър белодробен отток;
- разстройства на сърдечно-съдовата система;
- сърдечна емболия, инфаркт на миокарда;
- активна форма на туберкулоза.

Възможни странични явления и реакции при кръвопреливане:

- безпокойство;
- болки в сърдечната и лумбалната област;
- тахикардия;

- бледа кожа, студена пот;
- втрисане, повишаване на телесната температура;
- гадене, повръщане;
- алергична реакция;
- главоболие

Усложнения след хемотрасфузия:

- септичен шок;
- въздушна емболия;
- хематом;
- инфекциозни усложнения- Сифилис, Спин, Хепатит
- имуниусложнения-хемолитични реакции, уртикария, анафилактична реакция, имунна супресия
- метаболитни усложнения-хиперкалциемия
- коагулопатии
- хипотермия
- нехемолитични реакции-диспнея, тахикардия
- късни реакции-след 7-10 дни-анемия, субиктер, бъбречна недостатъчност

Грешки при кръвопреливане:

- основна и най-опасна е погрешното определяне на кръвните групи и преливането на несъвместима кръв
- използването на стара и инфектирана кръв
- неспазване инструкциите и алгоритмите за кръвопреливане [3].

Собствени проучвания:

С цел изследване информираността на хората относно възможностите, рисковете и усложненията при необходимост от кръвопреливане, анкета с няколко въпроса и анкетирахме 30 човека на случаен принцип.

Таблица 2. Резултати от запитването

Въпрос	Да	Не	Не съм сигурен/а
Знаете ли колко кр.групи съществуват	22	4	4
Знаете ли си вашата кръвна група	23	5	2
Извършвано ли ви е кръвопреливане	4	26	
Запознати ли сте с рисковете	7	16	7
Известно ли ви е кои заболявания са свързани с чести хемотрасфузии	2	23	5
Дарявали ли сте кръв	7	23	
Знаете ли кои хора не могат да бъдат кръводарители	6	14	10
Наясно ли сте какво е кръвно-групова несъвместимост	8	13	9

Резултатите показват, че по голяма част от запитаните познават кръвните групи, знаят своята собствена, малка част са били кръводарители и много малко

от тях са запознати с опасността и рисковете от хемотрансфузии и заболяванията свързани с тях.

През последните години у нас здравните служби оповестяват едва няколко случая на пациенти заразени при кръвопреливане. Най-скандалния от тях е от 1994г, когато 3 деца хемофилици са инфектирани с вируса на Спин.

Даряването на кръв е хуманен и доброволен акт на милосърдие и човешка солидарност. Всеки ден повече от 500 човека в България имат животоспасяваща нужда от кръвопреливане. За съжаление броят на хората даряващи кръв е крайно недостатъчен и нашата страна е на едно от последните места по кръводаряване в Европа.

Кръвта няма аналог-дарете кръв-спасете живот-това е безценно!

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Желева, Е, Общи и специални сестрински грижи, 2008г.
- [2]. Лазаров К. а и Г. Рачев, Учебно пособие за подготовка на медицински сестри 1983г.
- [3]. А.Атанасов, Н.Дойчинова. Реакции и усложнения при кръвопреливане 1963г.

За контакти: Ирена Венкова Йорданова и Нергиз Ергин Рамис

Научен ръководител: гл. ас. Кристина Захариева - Катедра Здравни грижи

Ин витро оплождане. Грижи и задачи на акушерката в процеса

автор: Боряна Георгиева
научен ръководител: Доц. д-р Иваницка Сербезова

In vitro fertilization: *In vitro fertilization is a process in which eggs have been taken from patient's ovary and get inseminated with sperm of her husband or a donor. The whole process is realized in a laboratory. Fertilized eggs are observed till the moment when they are developed in fetus, then they get transferred in uterus.*

Key words: *In vitro, fertilization, inseminated, transfer, eggs, uterus*

ВЪВЕДЕНИЕ

In Vitro оплождането е процес, при който мануално се осъществява сливането на две полови гамети – яйцеклетка и сперматозоид, в лабораторни условия. Това е така наречената процедура ин витро фертилизация (IVF). Когато IVF процедурата е успешна и се достигне до развитието на ембрион се преминава към следващия етап от процедурата – ембриотрансфер. Процес, при който новообразувания ембрион се въвежда в кухината на маточното тяло [4].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Методът за ин витро оплождане е разработен от британския учен Робърт Едуардс, като първото бебе, заченато ин витро, Лиуз Браун се ражда на 25 юли 1978 год. [3]

1. Показания за IVF (Табл. 1).
2. Метод - Теоретично, ин витро оплождане може да се осъществи чрез получаване на яйцеклетка от матката или фалопиевите тръби при естествена овулация. Обаче, без прилагането на допълнителни техники, шансовете за успешна бременност са изключително малки. Такива техники, които рутинно се използват при АРТ включват овариална (яйчникова) хиперстимулация за получаване на множество яйцеклетки, трансвагинална пункция на фоликулите под ултразвуков контрол, подготовка на яйцеклетките и сперматозоидите, както и отглеждане и подбор на получените ембриони [3].

Таблица 1: Причини за IVF и роля на акушерката

Проблеми и предпоставки за IN VITRO фертилизация	Роля на акушерката при отстраняване / лечение на проблемите довели до IN VITRO	Приложение на необходимите медикаменти
От страна на жената: ➢ запушени маточни тръби или тазови сращения; ➢ неуспешни до 6 (в някои центрове максимум 3, в други- максимум 8) цикъла на вътрематочна инсеминация; ➢ напреднала възраст	Акушерски грижи при: - запушени маточни тръби: подготовка на пациентката (психическа и физическа); подготовка на необходимите инструменти и апаратура за предстоящите манипулации – хистеросалпингография, хистероскопия; асистиране на лекаря по време на	Медикаментозното лечение е строго индивидуално за всяка пациентка. Прилагат се предимно хормонални препарати. В случаите на намален яйчников резерв се прави стимулация на яйчниците с цел да се подобри и усили фоликулогенезата. При повечето пациентки се

при жената – над 38 години; ➤ намален (редуциран) яйчников резерв – понижено качество (понякога и количество) на яйцеклетки; ➤ активна форма на ендометриоза; ➤ доказан имунологичен проблем при двойката. От страна на мъжа: мъжки фактор на стерилитет – тежка форма на отклонение в зреенето на сперматозоидите – в подвижност, концентрация, морфология, узряване, прикрепителна способност, биологична преживяемост имунологичен фактор и др. [2]	манипулациите; - инсеминация – акушерката подготвя пациентката за манипулацията (прави ѝ тоалет, помага ѝ да заеме необходимото гинекологично положение); подготвя всичко необходим за извършването на процедурата (инструментарий, необходимата документация) и се грижи за чистотата и стерилността на работното място; - при ендометриоза – акушерката отговаря за поддръжката и стерилизацията на оперативната техника и инструментарий; подготвя пациента за предстоящата интервенция (вкл. психологическа подготовка на жената, подготовка на оперативното поле – почистване, избърсване, дезинфекция на оперативната повърхност); изрядно водене на медицинската документация и адекватна асистенция на оператора.	прилагат инжекционни разтвори на гонадотропини (<i>Кломифен нитрат; Gonaf-F</i>)-аналози на човешкия фоликуло стимулиращ хормон FSH, задължително под лекарско наблюдение. Следят се нивата на естрадиол в кръвта ежедневно и се наблюдава растежа на фоликулите с трансвагинална ултрасонография. Спонтанната овулация по време на цикъла се предотвратява чрез използването на агонисти или антагонисти на гонадотропин-освобождаващия хормон, които блокират естествения синтез на <u>лутеинизиращ хормон</u> (LH) в организма на жената. Такива медикаменти включват нафарелин (Synarel), бусерелин, гoserелин (Zoladex) и позволяват на лекаря да контролира точно процеса на овулация. Когато нарастването на фоликулите се оцени като достатъчно, се пристъпва към стимулиране на финалното им съзряване посредством инжектирането на еднократна доза от човешкия <u>хорион-гонадотропин</u> (напр. Pregnyl или Ovidrel). Тези медикаменти, които действат като аналози на лутеинизиращия хормон, обикновено довеждат до разпукването на фоликулите (т.е. овулация) около 42 часа след прилагането им. [3]
--	--	--

Ин витро – фертилизацията е съвременна медицинска практика, който изисква от медицинския екип специфични умения и индивидуален подход при всяка безплодна двойка. Извършва се в специализирани клиники, където освен лекари със специалност акушерство и гинекология, работят и специалисти по репродуктивна гинекология, биолози, акушерки, социални работници, психолози – всички те да членове на мултидисциплинарния екип осъществяващ IVF. Всеки от тях изпълнява своите специализирани задачи, изписани в длъжностната му характеристика. Акушерката е човекът, който осъществява връзката между пациента, екипа и целия

технологичен процес. Тя отговаря за планирането, последователността, координирането на процедурите; за документацията за изключително прецизното спазване на правилата на асептика и антисептика, за недопускане на нозокомиални инфекции; осигурява изправността на инструментариума и апаратурата; неотлъчно е до жената и осигурява връзка със семейството и близките.

Резултатите, които трябва да бъдат постигнати при IVF зависят до голяма степен от качеството на работа на акушерката. Много от безплодните двойки се насочват към IVF от лекар акушер-гинеколог и акушерка, след като те са вече запознати с репродуктивния им проблем. Пациентите получават информация за всеки етап от лечението и резултатите от него [1, с.188-189].

ЛИТЕРАТУРА

[1]. Сербезова, И, Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, Русе, 2013 г. (188-189 стр.)

[2]. <http://invitrorusse.com/>

[3]. <http://bg.wikipedia.org/>

[4]. <http://americanpregnancy.org/>

За контакти:

Боряна Венциславова Георгиева – студент втори курс, специалност „Акушерка“, ФОЗЗГ– РУ „Ангел Кънчев“ e-mail: zak13@abv.bg; тел. – 0896 762 927

Доц. д-р И. Сербезова – vania_serbezova@abv.bg

Здравословно хранене - фактор за заболяемостта в ранна детска възраст

автор: Венислава Джантова
научен ръководител: ас. Саша Йотова

Healthy eating - a factor for morbidity in infancy: In the study are presented some aspects of healthy eating for children in infancy. This study aims at determining some characteristic features of nutrition and eating habits of early childhood which are a prerequisite for healthy growth and development. Special attention has been paid to the variety of food intake, hygienic eating habits, as well as self-assessment of the feeding as a whole.

Key words: healthy eating, early childhood, morbidity

ВЪВЕДЕНИЕ

Правилното хранене през първата година от живота на детето е важен фактор, определящ физическите и интелектуални възможности на детето в по-късна възраст. Храненето е основна биологична потребност на човека. Храната е нужна не само за растежа и функционирането на организма, а е свързана със здравето и качеството на живот във всяка възраст. Особено чувствителни по отношение на състава и качеството на храната са децата в различните възрастови групи. Погрешното хранене в ранна възраст повишава риска за развитие на заболявания. За да са здрави, децата трябва да приемат пълноценна, разнообразна и достатъчна по количество храна. При децата недохранването води до изоставане в растежа, физическото развитие и до нарушения в имунната система, а в по-тежки случаи и до сериозни здравни проблеми [1,2,3,4].

Глобалната стратегия за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести определя храненето като един от трите най-важни фактора за тези болести, наред с ниската двигателна активност и тютюнопушенето. Основните причини за нездравословно хранене са: високата консумация на сол, захар и мазнини; ниската консумация на плодове и зеленчуци. Положителни промени в храненето, намаляване на свръхтеглото и затлъстяването, могат да подобрят здравето във всеки период от живота [5].

Правилният режим на хранене трябва да се създаде още в съвсем ранна възраст и то от родителите. Правилното и балансирано хранене на детето в първите години от живота осигурява оптимален растеж и развитие и предпазва от заболявания в зряла възраст [4].

Поради бързия си растеж детето се нуждае от относително повече енергия и хранителни вещества. Общото недохранване и недостигът дори на отделни хранителни съставки - белтъци, витамини, желязо и минерални вещества предизвикват сериозни нарушения в обменните процеси. Забавят се растежът и развитието на детето, намаляват защитните му сили. Настъпват смущения в развитието на мозъка, в кръвообразуването, в костната система. Появяват се някои специфични за кърмаческата и ранна детска възраст хранителни недоимъчни състояния като хипотрофия, рахит, анемия, зачестяват инфекциите [6].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Балансираното хранене е от жизненоважно значение за поддържане на добро здраве. Известен е фактът, че храната може да повлияе благоприятно на дадено заболяване или да предотврати друго. Създаването на здравословен хранителен модел в ранен етап от живота е база за поддържането му в по-късна възраст и намаляване в бъдеще на риска от редица заболявания.

ЦЕЛ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Целта на проведеното изследване е да се проучи храненето на деца в ранна детска възраст, хоспитализирани в Клиника по детски болести и да се анализира връзката между хранителните навици и здравословното им състояние.

МЕТОД НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

За постигане целта на проучването, в периода от м. септември 2013 г. до м. февруари 2014 г. беше проведено анонимно интервю с 83 майки, придружители на деца в Детска клиника на УМБАЛ – гр. Плевен. За целта беше изготвен въпросник, състоящ се от 12 въпроса, предназначен да се установи информираността на родителите относно храненето и заболяемостта на децата им.

РЕЗУЛТАТИ

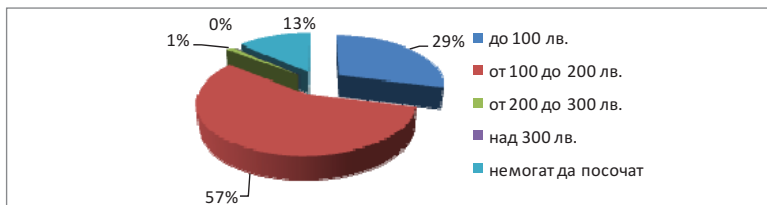
Съществени фактори, които оказват влияние върху хранителния режим на децата в ранна детска възраст са нивото на образование, семейният статус и материалното състояние на семейството, в което се отглеждат.

Преобладаващата част от майките, участвали в проучването са с основно образование – 69% (n= 57), със средно образование са 17%(n= 14), а необразовани – 12%(n= 10). Само 2 от майките-придружителки са дали информация, че имат висше образование (2%).

На въпроса от колко члена се състои семейството (родители, деца и други живеещи с тях родственици без доход), отговорите характеризират типичната семейна структура на често хоспитализираните в Детска клиника деца:

- 48% живеят в многолюдни семейства, състоящи се от над 8 члена;
- 39% - в семейства, състоящи се от 4-8 лица;
- 11 майки (13%) декларираят че живеят в семейства с до 4 члена.

Релевантни на числеността на семействата са и месечните доходи, с които разполага всеки член на семейството. (фиг.1) Превалират отговорите за месечен доход на член от семейството в размер от 100 до 200 лв., но при немалка част от проучените доходът е критично малък. Като се има предвид образователния статус на интервюираните, както и числеността на семействата, има основание за предположение, че при част от проучените декларираните 100-200 лв. е месечният доход на семейството, а не на член на семейството. Те заявяват, че основната част от доходите е формирана от семейните помощи за отглеждане на деца. Получените резултати са показателни за ниския социален статус на голяма част от проучените лица и свързаните с това здравословни проблеми, породени от невъзможността да си осигуряват системно подходяща храна и здравословен начин на живот.



Фиг.1 Размер на месечния доход на лице от семейството

Хоспитализираните деца в Клиниката по детски болести, родителите на които са участвали в проучването, са предимно във възрастовата група 1 – 3 години (53%). На възраст от 3-5 години са 29 от проучените деца (35%), а от 5 до 7 години – 10 деца (12%). Това е възрастта, в която храненето на децата се определя основно от хранителната култура на родителите, както и от това дали се използват възможностите на детските кухни.

Храна от детска кухня никога не са ползвали 83% от майките, а 17% от тях са използвали храна от детска кухня за кратко време. Този резултат характеризира преобладаващия начин на хранене на децата, отглеждани в семейства с нисък образователен и социален статут.

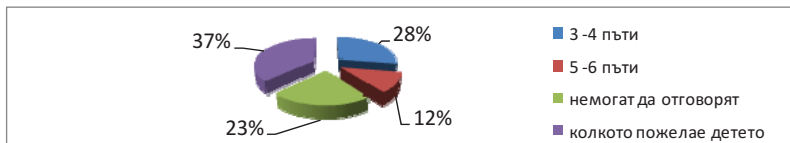
Друг начин за получаване на балансирано детско хранене, съобразено с хигиенните изисквания за възрастта е храненето в детски заведения – детски ясли и детски градини. Но преобладаващата част от проучените деца – 69%, не са посещавали такива заведения никога, 13% са посещавали за период под 1 година, 10% посещават към момента на проучването (това са единствено деца на възраст 5 – 7 години), 8% посещават детски градини над 2 години.

Имунитетът, който се създава от майчината кърма, пази детето от множество инфекции и заболявания. Този пасивен имунитет пази детето до 6-12 месеца да не се зарази с инфекциозни заболявания. Но освен след раждането, този имунитет го пази и в бъдеще, за да бъде то здраво и нормално развиващо се. Голяма част от проучените деца – 70% (n=58) са били кърмени 6 и над 6 месеца, според отговорите на майките. По-малко от 1 месец са кърмени 17 от децата (20%), а по-малко от 3 месеца – 8 деца (10%). За 17% от децата (n=14) кърменето е било невъзможно поради заболяване или състояние на детето.

Кърменето е било заместено при преобладаващата част от проучените деца с квасено мляко (72%) или друга храна (25%). От качествата на детските млека, адаптирани за съответната детска възраст и потребности на растящия организъм, са имали възможност да се възползват само 2 от проучените деца (3%). Поради редица причини – най-вече финансови, заместването на кърменето при повечето деца се е провело с квасено мляко, но като фактор не е за пренебрегване и ниската образованост на майките, както и традициите на хранене в семейството. Отговорите на въпроса откъде майките получават основно информация за това как е добре да хранят децата си, са разнообразни и повече от един:

- ✓ От лекар – 70 отговора;
- ✓ От близки с опит в отглеждането на деца – 65 отговора;
- ✓ От научнопопулярна литература – 4 отговора;
- ✓ От предавания по телевизията – 18 отговора;
- ✓ От собствен опит – 71 отговора;
- ✓ От рекламни материали за детски храни – 11 отговора.

Изградените хранителни навици на децата в семейството са от съществено значение за здравословното им състояние. Честотата на хранене на децата, която декларира майките, е на задоволително ниво. Около една четвърт от интервюираните майки са затруднени в отговора колко често се хранят децата им, вероятно поради недостатъчна ангажираност или делегиране на тази дейност на друг член от семейството. (фиг.2)



Фиг.2 Ранжиране на дневния прием на храна

Хигиенните навици имат за цел да осигурят благоприятни условия за физическото и психическо развитие на децата, да помогнат за отстраняване или отслабване на действията на всички вредни елементи, идващи от околната среда. При отглеждане на детето, от значение е да се създадат подходящи условия за нормалното му развитие, т.е. да се създадат условия за хранене, хигиенни грижи,

възпитание и др., при които детето ще се развива най-добре. Навикът „чисто хранене“ е предпоставка за по-здравословен начин на живот. Резултатите от проучването показват, че само 30% от децата имат изграден навик за редовно измиване на ръцете преди хранене. Негативен е фактът, че 39% от проучените майки заявяват, че децата им мият нередовно ръцете си. Според получените отговори, 10% от децата се хранят когато пожелаят, 11% се хранят отделно от възрастните, 47% често не сядат на маса за хранене. Само 32% от децата се хранят на масата с възрастните.

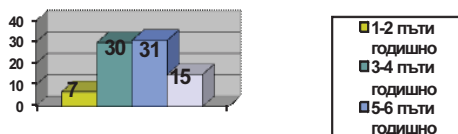
Рационалното хранене се осъществява при добър баланс на питейна вода, въглехидрати, белтъчини, мазнини, витамини и минерални соли. Качеството на приеманите в семейството храни от проучените деца не е разнообразно и пълноценно и не може да осигури всички хранителни вещества в количества, необходими за организма им. Според майките, децата им се хранят основно с тестени изделия, мляко и консервирани храни. (табл.1) Пресни плодове и зеленчуци им предлагат само сезонно, а сирене, риба и месо – много рядко. Вероятно поради финансови причини, болшинството от проучените деца не употребяват газирани напитки, снакс и шоколадови изделия, които имат доказано негативен здравословен ефект при лицата в ранна детска възраст.

Табл.1 На най- често използвани храни при хоспитализираните деца

Табл.1 На най- често използвани храни при хоспитализираните деца

Храна	Никога	Много рядко	1-3 пъти седмично	4-5 пъти седмично	Всеки ден	Сезонно
Пресни плодове	7	4	20	-	-	52
Пресни зеленчуци	2	11	28	11	-	31
Мляко	5	10	6	62	-	-
Сирене	16	53	14	-	-	-
Риба	39	14	-	-	-	-
Месо	8	71	4	-	-	-
Газирани напитки	40	41	2	-	-	-
Снакс (пръчици)	70	11	2	-	-	-
Шоколад и зах. изделия	18	52	13	-	-	-
Тестени изделия	-	-	12	20	15	-
Консервирани храни	-	31	44	8	-	-

Според 35% от интервюираните майки, храненето на децата им е нездравословно, 13% го оценяват като близко до здравословното, а само 17% (n=14) са на мнение че децата им получават здравословни храни. Голяма част от проучените майки – 35% не могат да оценят дали е здравословно храненето на децата им, които към момента са хоспитализирани.



Фиг.3 Разпределение по краткост на боледуване от респираторни инфекции

Въпреки че проучването е проведено през есенно-зимния сезон, когато заболяемостта на децата от респираторни заболявания е обичайно висока, честотата на боледуване при проучените деца е сравнително висока целогодишно (фиг.3). Заявената от майките честота на заболяемост на децата им от респираторни заболявания - грип, ангина, бронхопневмонии, е определена от отслабената имунна система на децата. Те не получават достатъчно хранителни вещества, които могат да подпомогнат адаптацията им в условията на различни неблагоприятни въздействия на околната среда.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резултатите от проучването доказват значението на храненето в ранна детска възраст като фактор за намаляване на заболяемостта. Установеният модел на хранене при проучените деца не е съобразен с нормите и препоръките за здравословно хранене на децата, при което се установява висока заболяемост.

При преобладаващата част от децата кърменето е продължило относително достатъчно, но последващото захранване и продължаващо хранене е недостатъчно балансирано.

Допълнителен утжняващ ефект върху здравословното състояние на децата оказва ниския образователен статус на майките, както и съпътстващите го медико-социални проблеми.

Превалирацията източник на знания относно детското хранене е собственият опит на майката или други членове на семейството. Положителен за нивото на оказваните медицински грижи е фактът, че един от източниците за информация при голяма част от майките е лекарят.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Бобев Др., Генов Е. Педиатрия, 2000; стр. 64-82
- [2] Дойчинова А. Съвременен подход в храненето на децата до и след първата година. сп. Педиатрия, 2005, брой 4, стр. 65-66
- [3] Маринова М. Актуални проблеми на храненето в кърмаческа възраст. сп. Педиатрия. Supplementum за ОПЛ, 2008, брой 1, стр. 52-53
- [4] Мумджиев Н. Основи на педиатрията, 1998; стр. 46-71.
- [5] Програма „Синди“-България 2011-2020 г.
- [6] Проданов, Г., Хигиена и здравно образование, Астарт, Пловдив, 2011, 86-120

За контакти:

Венислава Джантова - студентка от IV курс, специалност медицинска сестра, ФЗГ, МУ - Плевен, тел. 0887697666, e-mail: veni_djantova@abv.bg
 Ас. Саша Йотова - Факултет "Здравни грижи", МУ - Плевен, тел. 064 884 229, e-mail: sasha_dotsova@abv.bg

Възпалителни заболявания на маточната лигавица и маточните тръби

автори: Елиф Хасанова и Лейля Лютфиева
научен ръководител: Доц. д-р Ив. Сербезова

The purpose of this report is to examine the literature related to obstetric care of women with inflammatory diseases of the uterine mucosa and the fallopian tubes and put (expand) the necessary obstetric care.

Key words: *obstetric care, inflammatory diseases of the female genital organs, symptoms, necessary research, treatment.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Възпалителните заболявания на женските полови органи са проблем с важно медицинско, икономическо и социално значение [1]. Тези заболявания водят до нарушения на репродуктивната и сексуалната функция, вторично въвлечайки в патологичния процес нервната, сърдечно-съдовата, ендокринната и другите системи на организма. Най-вероятните места за инфекция на женските полови органи са: на ендометриума-ендометрит (endometritis), на маточните тръби-салпингит (salpingitis), на яйчниците-оофорит (oophoritis), засягането на яйчниците и тръбите-салпингооофорит (salpingoophoritis), тубоовариален абсцес (abscessus tuboovarialis) [5].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Възпалението на маточната лигавица се нарича Ендометрит(endometritis). Съществува остро и хронично възпаление на маточната лигавица, и сенилен ендометрит. Характеризират се със специфични симптоми и определено лечение. Възпалението на маточните тръби се нарича Салпингит. Съществува остър и хроничен салпингит. Полученият резултат зависи от лечението и полаганите акушерски грижи.

Таблицы №1 и №2 представят накратко общи данни, основни симптоми, нужни изследвания и в алгоритмичен вид необходимите акушерски грижи за тези не рядко срещани заболявания.

Таблица 1

Възпалителни заболявания на маточната лигавица Ендометрит (endometritis)			
Заболяване	Симптоми	Необходими изследвания	Акушерски грижи и лечение
Ендометрит (endometritis)- възпаление на маточната лигавица, което възниква от възходяща инфекция, пълзяща от влагалището на жената. Ендометриалната лигавица се инфектира предимно по интраканикуларен път. Съществуват остър, хроничен и	Фебрилитет, увредено общо състояние, болки ниско долу в корема и кръста, гнеовиден генитален флуор, гадене, повръщане, газове, запек, нередовна менструация, диспареурия, матката е леко оголемена и мека. [3]	ПКК, СУЕ, микробиологично и хистологично изследване.	1. Хоспитализация на пациентката. 2. Попълване на необходимата документация и снемане на акушерска анамнеза. 3. Поставяне на абокат и вземане на кръв за изследвания. 4. Постелен режим. 5. Изпълняване на лекарските назначения, които включват широкоспектърни

сенилен ендометрит. [3] Най-често се причинява от микроорганизми, след аборт или други манипулации в маточната кухина. [6]			антибиотици, утеростоници, витамини, общоукрепваща терапия и за по-бърза регенерация на еднометриума се прилагат естрогенни препарати. [4] 6. Преди прилагането на антибиотици се прави проба за чувствителност (скарификационна проба). 7. Ако ендометритът е настъпил след раждане или аборт-инструментална ревизия на маточната кухина (abrasio residuum). 8. Обесняване на пациентката за предстоящата манипулация и психоподготовка. 9. Подготовка на инструментите за ревизия на маточната кухина и медикаментите за анестезия. 10. Асистиране на лекаря по време на манипулацията. 11. След приключване на манипулацията активно се наблюдава пациентката (измерва жизнено важните показатели, кръвене и контрактилитет на матката). 12. Разнообразна и богата на витамини храна. 13. Осигуряване на редовна микция (при необходимост медикаментозно или чрез катетеризация) и дефекация (клизма). 14. При по-тежки случаи може да се достигне до хистеректомия. [3]
---	--	--	--

Таблица 2.

Възпалителни заболявания на маточните тръби Салпингит (salpingitis)			
Заболяване	Симптоми	Необходими изследвания	Акушерски грижи и лечение
Салпингит (salpingit)-се нарича възпалението на маточните тръби. [8] То може да бъде едностранно (salpingitis dextra или salpingitis sinistra) или двустранно (salpingitis bilateralis). Проникването на инфекцията в горните отдели на женските гениталии става по асцендентен път, хематогенен и лимфен път или по съседство от възпалени вътрешни органи. [3] Най-често се причинява от гонококи, хламидии, смесена чревна флора от аеробен и анаеробен тип стафилококи, стрептококи и др. [2]	Фебрилитет, болки в корема, болки в поязната област, общо стомашно неразположение, болезненост при палпация, високи стойности на левкоцити в кръвта, натрупана гнойна колекция или кърваво съдържание в маточните тръби. [7]	Гинекологичен преглед, микробиологично изследване, ехографско изследване на матка, яйчници, тръби, СУЕ, ПКК (левкоцити).	1. Хоспитализация на пациентката. 2. Попълване на необходимата документация и снемане на акушерска анамнеза. 3. Поставяне на абокат и вземане на кръв за изследвания. 4. Постелен режим. 5. Изпълняване на лекарските назначения, които включват широкоспектърни антибиотици, витамини, кортикостероидни препарати и болкоуспокояващи средства. 6. Преди прилагането на антибиотици се прави проба за чувствителност (скарификационна проба). 7. Понякога за поставяне на диагнозата се преминава към лапароскопия и хистеросалпингография. 8. Задължението на акушерката е психопрофилактика на пациентката и обясняване за предстоящата манипулация, подготовка на пациентката и асистирание на лекаря. 8. След приключване на манипулацията активно се наблюдава пациентката и се изпълняват лекарските назначения. 9. Препоръчват се добра хигиена на половия живот и предпазване от сексуално-трансмисивни заболявания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В повечето случаи хроничните възпалителни заболявания при жените протичат без ярко изразена клиника, но всеки хроничен процес е сериозна заплаха за организма, водеща до безплодие, извънматочна бременност, болки в таза, причиняващи страдания и нерядко водещи дори до инвалидизация на жените [5]. Ето защо открояването навреме на симптомите, насочване към специализирана акушеро-гинекологична помощ и полагане на перфектни грижи в допълнение на приложеното лечение са изключително важни за избягване на усложнения и съхраняване репродуктивното здраве на жената.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Димитров, А., В. Златков, Гинекология, С., 2013г., стр.113
- [2] Луканова, Й., Упражнения по Специални грижи при гинекологични заболявания, Русе, 2014г.
- [3] Налбански, Б., А. Налбански, Акушерство и Гинекология, С., 2003г., стр.175, 176
- [4] Хаджиев, Ал., И. Карагьозов, Акушерство, С. Медицина и Физкултура 1994г., стр.385
- [5] <http://www.Astery-med.bg>
- [6] <http://www.dar-center.com>
- [7] <http://www.Bialotechenie.net>
- [8] <http://www.Moetodete.bg>

За контакти:

Елиф Ибрахимова Хасанова, II курс „Акушерка“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“ – гр.Русе, 0889457918, elif.hasanova93@abv.bg
Лейля Юналова Лютфиева, II курс „Акушерка“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“ – гр.Русе, 0898478094, levlya@abv.bg
Доц. д-р Иваничка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев“ – гр.Русе, iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Осъществяване на превенция и профилактика на заболявания в училищна възраст

автори: Камелия Андреева и Гертана Стоянова
научен ръководител: гл. ас. Деспина Георгиева

Implementation prevention and prevention of diseases in school age. The processes of growth, maturation and development characteristic of the childhood and adolescence, leading to functional imbalances and to many morphological and physiological characteristics that make the child's body, as compared to the body of the older, considerably more sensitive and more diverse and vulnerable to hazardous environmental effects. Thus, in children and adolescents is a characteristic specific course of onset and development of chronic diseases other than in adults. [1]

Key words: children of school age, disease prevention, prevention

ВЪВЕДЕНИЕ

Процесите на растеж, съзряване и развитие, характерни за годините на детството и юношеството, водят до функционален дисбаланс и до редица морфологични особености, които правят детския организъм, в сравнение с организма на възрастните, значително по-чувствителен и по-раним към разнообразните рискови въздействия на средата. В този смисъл при децата и юношите е налице характерен, специфичен ход на поява и развитие на хронични заболявания, различен от този при възрастните [1].

Прилагането на компетентни и научно-обосновани промотивни и профелактични мероприятия от медицинската сестра ще доведе до намаляване на редица заболявания, характерни за училищна възраст.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Според последните проучвания, водещи заболявания в училищна възраст са: артериална хипертония, затлъстяване, неврози, алергии, стомашно-чревни заболявания, травматизъм, гръбначни изкривявания, зрителни аномалии (най-често късогледство). Като основни предпоставки за възникването на социално-значимите болести сред младото поколение са: обездвижване, хронична умствена умора и преумора, училищна незрялост, неправилно хранене, затлъстяване, системно лишаване от сън и почивка, лоши санитарно-хигиенни и неергономични условия в училище, злоупотреба с алкохол, тютюнопушене и наркотични вещества, както и въздействие на стресиращи фактори, характерни за училищната среда.

Профилактика на заболявания, засягащи опорно-двигателния апарат в училищна възраст: Здравословното развитие на детския опорно-двигателен апарат зависи от това дали той се натоварва физиологично. Преждевременното и дълготрайно едностранно натоварване води до смущения в развитието на подрастващия организъм. Първото значително натоварване на детето става с началото на училищната възраст, когато то започва да носи ученическата си чанта. Неправилното носене може да доведе до късни последици за опорно-двигателния апарат. Заболяванията на гръбначния стълб представляват 17% от всички заболявания в зряла възраст, водещи до отпуск по болест и по този показател са на първо място. 50% от всички нуждаещи се от рехабилитация или ранно пенсиониране имат проблеми с опорно-двигателния апарат. Естествено за това играят роля много фактори, но е неоспоримо, че дълготрайното нефизиологично натоварване в детска възраст е добра основа за възникване на проблеми в зряла възраст. Децата до тригодишна възраст притежават инстинктивно способността да вдигат и носят

предмети правилно. В училищна възраст този инстинкт изчезва. Като възможна причина се посочва самата система за обучение, която е свързана със седене на чинове и превиване напред. Важна предпоставка за недопускане на заболявания на опорно-двигателния апарат е профилактиката. Още в детската градина на децата трябва да се обясни правилното седене, движение и носене. Тъй като децата носят училищни чанти до 19 - годишна възраст, значението на правилното носене е огромно. Една чанта тежи не по-малко от 1 килограм, а общото тегло не бива да превишава 10% от теглото на ученика. Особено в ранна училищна възраст чантите трябва да се носят на гърба и да позволяват симетрично натоварване, за да се избегнат компенсаторни реакции и увреждания, за които стана дума по-горе. Ученическите чанти е необходимо да отговарят на следните изисквания: собствено тегло до 1,5кг. (в първите класове до 1,2кг); да не са по-широки или съвсем малко по-широки от раменете на детето; частта, която се опира до гърба да е подплатена и оформена подходящо, за да приляга добре; най-малко 4см. широки омекотени ремъци с регулиране; горната част на чантата да е на едно ниво с раменете; за целите на пътната безопасност трябва да има рефлектиращи повърхности.

Друга причина за възникване на заболявания на опорно-двигателния апарат при учениците е неправилно седене. Българските училища не винаги предлагат адекватни мебели, съобразени със здравните норми:

- Кокато детето е седнало, долните крайници трябва плътно да се опират до пода.
- Бедрото е наклонено много леко надолу и трябва да докосва предния ръб на седалката.
- Облегалката да заема две положения – на слушане и писане. В първото горният ѝ ръб трябва да се опира под лопатките, а при писане да подпира таза.
- Лакътят на ученика трябва да се намира на нивото на работната плоскост или малко под нея.
- Нужно е достатъчно пространство за краката, позволяващо свободно протягане напред и повдигане на бедрата.
- Оптималният (от гледна точка не само на ортопеда, но и на очния лекар) наклон на работната повърхност е 16 градуса.
- Работната повърхност не бива да е блестяща[5].

Профилактика на наднорменото тегло и затлъстяването в училищна възраст. Другият важен рисков фактор за възникване на хронични заболявания е затлъстяването. Този проблем е често явление до 14-годишна възраст. Причините са: системно прехранване, повишена консумация на лесно усвояима храна с висока енергийна стойност, намалена двигателна активност. Профилактиката на затлъстяването в училище се изразява във въвеждането допълнителни 3 часа Физическо възпитание и спорт към седмичната учебна програма за началния курс на обучение и осигуряване на възможност за закупуване на плодове от павилионите към училищата. Децата днес са със сериозни прояви на хиподинамия – 51 % от общата популация хронично болни и здрави са силно обездвижени. Хиподинамията нарушава нормалното протичане на процесите на растеж, съзряване и развитие. Физическото развитие и физическата дееспособност на тези деца е в значимо по-ниско ниво. Възрастовата динамика в развитието на антропометричните показатели е неравномерна и забавена с една цяла година. Смушават се процесите на остеогенезата и се създава риск от развитие на остеопороза. Наднорменото тегло и затлъстяването при децата водят до риск от развитие на редица хронични, социално-значими заболявания в по-късна възраст, като захарен диабет, хипертония, атеросклероза др. Профилактиката на хипертонията в млада възраст се

свързва с изграждането на правилен хранителен и двигателен режим. Препоръчително е 3-4 пъти седмично спорт или 1 час ходене пеша на ден.

Други често срещани заболявания в училищна възраст са зрителните аномалии. Причината за тяхната поява може да е от генетичен произход, но също и реална последица от грешки в режима, позата и осветеността на учебните зали [3].

При децата и подрастващото поколение се наблюдава нарастване на броят на хроничните неинфекциозни заболявания – заболявания на дихателната система с алергична етиопатогенеза, инсулинозависим захарен диабет. Чести са заболяванията и на нервната система, характеризиращи се с емоционални и поведенчески разстройства [4].

Профилактика на заболявания на Дихателната система в детска възраст. Замърсена екологична среда е предпоставка за възникване на заболявания на дихателната система. При хронично болните и здрави деца понастоящем се регистрират значими промени в гръдните обиколки, наблюдава се значимо увеличаване на диапазона на показателя „дихателна разлика“ в покой, т.е. съвременните деца в състояние на покой, използват максимално капацитетните възможности на белия си дроб, което поставя дихателната система в условие на повишен здравен риск при наличие на допълнителни физически натоварвания.

Борба с вредните навици и привычки (тютюнопушене, употреба на алкохол, наркомани). На базата на публикуваните проучвания се установява, тревожният факт, че тютюнопушенето и употребата на алкохол започват още в ранна детска възраст: Децата, употребяващи алкохол след 12-годишна възраст са 60 % за момчетата и 54 % за момичетата, повече от 3 % от всички деца са опитали наркотик след 12-год. възраст ! Тези данни са много показателни и алармират за сериозни проблеми в цялото общество.

Рисковите фактори влияят комплексно върху хроничните социално-значими заболявания при децата и учениците. От всички по-горе изброени рискови фактори особено сериозна предпоставка за възникване на хронични социално-значими заболявания създават именно онези фактори, които действат перманентно върху организма като замърсената екологична среда и системното нездравословно хранене, както и тези, чрез които се формират стереотипи и зависимости в поведението на децата: обездвижен начин на живот, тютюнопушене, употреба на алкохол, наркомани [2].

Профилактика на Детския травматизъм и агресия: Друг тревожен факт е увеличаването на Детския травматизъм. Той заема първо място сред причините за смърт в детска възраст и се запазва до 14-годишна възраст. Това е период на много бързи промени във физическото и емоционалното развитие и динамични промени в поведението на подрастващите[2]. През подледните десет години се наблюдава все по-голяма агресивност, изразяваща се във вербална и физическа саморазправа между учениците, характерна както за момчетата, така и за момичетата. Ролята на училищните психолози и учителите имат съществена роля в реализирането на комплексните програми за превенция на агресията в училище, но ролята на семейството и формираните ценности у детето в по-ранен етап от развитието му, оказват съществено значение за начина на поведение и реагиране в различни ситуации. Ниският праг на търпимост и наситените емоционални реакции при учениците често водят до необмислено, дори престъпно поведение, свързано с тежки наранявания и смърт

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Регистрираните сериозни нарушения в здравното състояние, физическото развитие, физическата дееспособност и психологически проблеми в съвременното поколение деца и подрастващи в училищна възраст, налагат необходимостта от прилагането на своевременни комплексни мерки, изразяващи се в здравно-профилактични и лечебни дейности, осигурени от специалистите по здравни грижи, системни групови и индивидуални психологически консултации с всички деца, активност и отговорност на родителите при отглеждането и възпитанието на децата си. Синхронизирането на изискванията на всички, ангажирани институции с физическото и психическото здраве на децата, ще доведе до ясни и точни изисквания към децата и реално постигнати резултати.

ЛИТЕРАТУРА:

[1] <http://aktivnipotrebiteli.bg>

[2] <http://forallbg.wordpress.com/>

[3] <http://www.referati.org>

[4] <http://www.medinfo-bg.com>

[5] <http://medipop.eu/>

За контакти:

Камелия Андреева, Факултет, , ФОЗЗГ, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0882 069 379, e-mail: kamence1982@abv.bg

Гергана Стоянова, ФОЗЗГ, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0888 411 849, e-mail: gery_stojanova@abv.bg

Гл. ас. Деспина Георгиева, ФОЗЗГ, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0889 789 100, e-mail: despina_g@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Специални сестрински грижи при болен от Алцхаймер и необходимост от обучение на техните близки

автори: Камелия Андреева, Гергана Стоянова
научен ръководител: гл. ас. Деспина Георгиева

Special nursing care for Alzheimer's and the need for training of their relatives. Alzheimer's disease is a slowly progressive disease of the brain that is characterized by progressive weakening and loss of cognitive ability - memory loss, lack of understanding of causal relationships, inability to plan actions, inability to express and perception.

ВЪВЕДЕНИЕ

Болезтта на Алцхаймер е бавно прогресиращо заболяване на мозъка, което се характеризира с прогресивно отслабване и загуба на когнитивните способности – отслабване на паметта, неразбиране на причинно-следствените връзки, неспособност за планиране на действията, неспособност за изразяване и възприемане [5].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Началото на болестта на Алцхаймер се развива постепенно, бавно, но прогресивно. Обикновено членовете на семейството първи забелязват белезите на загуба на паметта, които се приемат за нормална част от възрастта. За съжаление, едва когато влошаването на когнитивните способности започва да влияе на качеството на живот на семейството, близките си дават сметка, че деменцията не е особеност само на остаряването, заболяване, изискващо непрекъснати грижи. При болестта на Алцхаймер са типични проблемите с краткосрочната памет, т.е. засегнатият често губи представа за скоро случили се събития. Например, забравя да изключи ютията, да приеме доза лекарства по график. Характерни са промени в обичайните навици, речево изразяване и поведение, характерни за дадената личност. Например, наблюдава се по-ниска спонтанност, апатия и изолиране от социални контакти. Това са особености на ранната проява на заболяването. При прогресиране на болестта се наблюдават проблеми в абстрактното мислене и други интелектуални способности. Засегнатият започва да бърка числата, пресмятането, да не може да чете, защото не схваща буквите, трудно организира ежедневните си дейности. С напредване на болестта, смущенията включват промени в поведението, които изглеждат безпричинни като раздразнителност, възбудимост, гняв. Белег, по който може да се различи заболяването също така, е загубата на способността за адекватно обличане. По-късно болният не е способен да се ориентира за месеца и годината (започва да губи тези понятия), да не помни адреса си или накъде отива. Болният губи ориентация и се скита, не е способен да води разговор. Често настроението му е изменчиво, неотзивчив е, губи способността да контролира освобождаването на пикочния си мехур и червата. В напреднал стадий на Алцхаймер болните губят напълно способността си да се грижат за себе си.

Десет признака за разпознаване болестта на Алцхаймер. Експертите обръщат внимание на следните най-типични симптоми на заболяването:

- загуба на паметта;
- трудност при изпълнението на ежедневни задачи;
- проблеми с речевото изразяване;
- загуба на ориентация за времето и пространството;
- намаляване на способностите за взимане на решения;
- проблеми с абстрактното мислене;
- загуба и забравяне мястото на вещите;

- промени в настроението;
- промени в поведението;
- промяна на личността;
- загуба на каквато и да било инициатива.

В реда на нормалното е да се наблюдава отслабване на паметта и способността за научаване на думи с остаряването. В действителност когнитивните способности на 50-годишна възраст са 60% от тези на 20-годишна при всеки човек.

Факторите, влошаващи състоянието на болния са следните:

- посещаване на непознати места;
- оставане в самота продължително време;
- прекалено много външни дразнители и дразнещи стимули - например срещи с по-голям брой непознати хора;
- пребиваване в тъмно помещение, въобще те се плашат от тъмното, необходимо е подходящо осветление в стаята, дори и през нощта;
- всички инфекциозни заболявания, особено инфекциите на пикочните пътища, се отразяват на състоянието на болните с Алцхаймер;
- приемът на голямо количество лекарствени препарати.

Сестрински грижи, насочени към контрол на рисковите фактори.

- Редовен контрол на холестерола в кръвта.
- Контрол на стойностите на артериалното налягане и кръвната захар.
- Редовна физическа активност.
- Поддържане на активен социален живот.
- Активиране на мисловната дейност чрез поддръждане на пъзели, участие в самодееен театър, лекции, игри на маса (шах, табла, монополи, игри на думи и с числа и др.), учене на езици или танцови стъпки, свирене на музикален инструмент
- Осигуряване на пълноценен сън [4].

Когато става въпрос за болестта на Алцхаймер, грижите винаги стоят на първо място. В началната фаза на заболяването нуждата от помощ и грижа е почти незабележима, но с напредване на времето тя става постоянна. На първо място е необходимо да установите определен дневен режим за болния, за да се организира и подреди неговият обръкан живот и да му се помогне да се избави от необходимостта да приема трудни решения. Това включва обичайните за него занимания, което ще му помогне да запази усещането си за увереност и защитеност. При осъществяване на сестрински грижи е необходимо да се запази чувството за собствено достойнство на пациента. В негово присъствие не е желателно да се коментира състоянието му. Физическите упражнения позволяват в много случаи за известно време да се поддържат функционалните способности на болния. Ако преди да се разболее, той е обичал да работи в градината, може да му достави удоволствие да го прави и сега. Но трябва да знаете, че според прогресиране на заболяването, способностите и интересите на болния с деменция човек могат да се променят. Затова го наблюдавайте внимателно и ако се налага, направете промени по отношение на неговите занимания. Недопустимо е да му напомняте недъга му. Всеки конфликт ще му докара излишен стрес, а и на вас също. Проявленията на гняв, ожесточеност или обида само влошават ситуацията. Опитайте да запазите спокойствие. Ако намерите сили, шегувайте се по-често [1].

Особености при общуването:

Общуването с човек с болестта на Алцхаймер изисква търпение, разбиране и умение да изслушваме. В основата на отношението е абсолютното и безусловното уважение към болния, любовта към него/нея, борбата за приемането на този човек с неговата/нейната болест. Общуването е една от най-съществените, но и най-предизвикателните страни при гижата за болен от Алцхаймер или друга форма на деменция, тъй като уменията за комуникация на болния се влошават с времето. Хората с болест на Алцхаймер имат по-големи затруднения да изразяват мислите и емоциите си. Също така по-трудно и бавно разбират другите.

Препоръчва се:

- Проява на търпение и подкрепа;
- Изслушване и разбиране;
- Не се препоръчват прекъсвания на пациента;
- Не е за препоръчване критикуването и поправянето на болния.
- Да се избягва влизане в безмислени спорове, т. к могат да доведат до проявата на поведенчески симптоми като раздразнителност и тревожност.
- Поощряване на невербалната комуникация – използването на жестове, мимики, посочване.
- Избиране на подходяща обстановка – тихи и уютни места, където няма много разсейващи фактори.
- Уважително обръщение към всеки пациент.
- Да се говори отчетливо, бавно, с лице към болния, като се поддържа непрекъснат визуален контакт.

Оказване на помощ при обличане

Вашият близък може да е забравил как да се облича, може да не вижда необходимост от това да се облича, а понякога се появява неподходящо облечен в присъствието на хора. Затова:

- Положете дрехите му по реда, по който той трябва да ги облече.
- Избягвайте облекла със сложни закопчавания, по-подходящи са фланелените и ластични облекла.
- Не го прищипвайте при обличане, поощрявайте го самостоятелно да го прави.
- Обувките му трябва да бъдат удобни, да не се хлъзгат, с гумена подметка, свободни, но не чак да падат от краката му.

Оказване на помощ при хранене

Храненето е съществена част от живота на всеки човек. Както и при здравите хора, за хората с болестта на Алцхаймер и други форми на деменция е изключително важно да се хранят здравословно, пълноценно и разнообразно. Поддържането на балансирана диета с ниско съдържание на мазнини, особено наситени и рафинирани захари и с високо съдържание на свежи, сезонни плодове и зеленчуци, пълнозърнест хляб, протеини благоприятства по-бавното развитие на болестта. Начинът, по който е поднесена и приготвена храната може да помогне на човека с болест на Алцхаймер и на грижещия се.

Необходимо е спазването на няколко полезни съвета:

- Храненето да се осъществява в приветлива обстановка – колкото по-малко предмети има на масата, толкова по-лесно болният ще задържи вниманието си върху храненето.
- Поднасяне на храната подходящо нарязани порции, за да бъдат лесни за взимане.
- Поднасяне на храна, която лесно се консумира с пръсти – например парчета риба, резени плод.
- Отделяне на достатъчно време за хранене.
- При възможност храненето да е заедно със членовете на семейството.
- Да се има в предвид, че човекът с деменция може да не си спомня кога или дали се е хранил.

Изследванията показват, че музиката може да е могъщ помощник. Тя може да намали проявата на поведенческите синдроми като раздразнителност, агресия, тревожност, характерни за средната фаза на заболяването. Музиката е начин за общуване дори след като комуникацията с думи вече е невъзможна. Музиката има силно влияние върху емоциите на всички хора. Можете да я използвате, за да предизвикате желано от вас настроение. Може да стимулира физическата активност: танцът е мощно средство не само за поддържане на здраво тяло, но и като терапия. Чрез него могат да се освободят емоции, които е трудно да бъдат показани по друг начин, също така се освобождават напрежение и стрес [2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Няма съмнение колко е трудна и тежка грижата за хора, страдащи от болестта на Алцхаймер. В домашни условия това съответно се пада на роднините. Те се подлагат на силен емоционален стрес, защото се налага постоянно да наблюдават как техният близък любим човек деградира. Качеството на нацията се оценява по това как се гледат възрастните хора. Това е минималната стъпка, която трябва да се предприеме. Въпреки сходните симптоми, деменцията се отразява на различните хора по различен начин. Всеки човек с болест от Алцхаймер има уникална индивидуалност, свои индивидуални преживявания, свои чувства и нужди.

ЛИТЕРАТУРА:

[1] <http://www.alzheimerbulgaria.org>

[2] <http://alzheimer-bg.org/>

[3] <http://www.blitz.bg>

[4] <http://www.nsoplb.org>

[5] <http://www.puls.bg>

За контакти:

Камелия Андреева, “Ангел Кънчев”, ФОЗЗГ, тел.0882 069 379, e-mail: kamence1982@abv.bg

Гергана Стоянова, Факултет “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, ФОЗЗГ тел.: 0888 411 849, e-mail: gergy_stojanova@

Превенция на редките заболявания

автори: Камелия Андреева, Гертана Стоянова
научен ръководител: ас. Грета Колева

Prevention of rare diseases: *Rare diseases are diseases with potentially fatal and chronic debilitating diseases with a low prevalence and a high level of complexity. Most of them are genetic, autoimmune diseases, and congenital malformations. Prevention they need a global approach based on special and combined efforts, and improve quality of life.*

Keywords: *rare diseases, prevention, quality of life.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Според официалната дефиниция за редки болести се смятат онези, които се срещат при по-малко от един на 2000 души. В действителност обаче, най-голямата част от тях поразяват средно от един до девет на 100 000 души. До момента са открити между 6000 и 7000 различни редки заболявания. Смята се, че между 6 и 8 на сто от населението по света страда от редки болести. В рамките на Европейския съюз от тях са засегнати между 27 и 36 милиона души. За България, чието население е около 7500000 по данни от 2004 година популацията на пациенти с редки заболявания се очаква да бъде 400 000 - 450 000 човека. Около 80 на сто от редките болести са следствие от генни или хромозомни аномалии. Симптомите се появяват още при раждането или в ранно детство, но в една трета от случаите се проявяват в по-зряла възраст, а една четвърт от тях са с потенциално летален изход за новородените или в първите пет години от живота. Повечето заболявания са генетични, аутоимунни болести, вродени и малформации. Поради липсата на задълбочени научни и медицински познания голяма част от тях остават недиагностицирани. За предотвратяването им е нужен глобален подход, базиран на специални и обединени усилия, както и подобряване качеството на живот.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Редките болести може най-общо да се дефинират като патологични състояния с ниска заболеваемост и болестност. Понятието „рядкост“ е твърде относително. Въпреки, че всяко рядко заболяване се среща при много малка част от населението на една страна, ако бъдат сумирани като цяло, поради големия брой нозологични единици, редките заболявания се превръщат в сериозен проблем за общественото здравеопазване на всяка здравна система. Статистика показва, че дори и заболяването да е рядко, не е необичайно човек да бъде засегнат, тъй като рядката болест засяга не само самия пациент, но и цялото му семейство по един или друг начин.

Редките болести се характеризират с голямо разнообразие от симптоми и нарушения и засягат продължителността на живот, която е силно намалена при отделния пациент. Около 80% от редките заболявания са с генетичен произход, като засягат един или няколко гена или хромозомни аномалии. Други се развиват в резултат на инфекции (бактерии или вируси) или алергии, или се дължат на дегенеративни, пролиферативни или тератогенни (химически, радиационни и др.) причини. Някои редки болести се причиняват от комбинираното действие на генетични фактори и фактори на околната среда. За повечето заболявания етиологичния механизъм е все още непознат, поради липсата на изследвания в тази област.

В България са регистрирани 130 редки заболявания, а информация за тях се предоставя в Информационния център за редки болести в Пловдив. Проблемите на пациентите с редки заболявания у нас са същите, каквито са и за болните в цял свят

- поради естеството си, тези болести трудно и късно се диагностицират, информацията за тях е оскъдна, а лекарства често няма. Проявлението на редките болести е в различен период от живота на човек. По отношение на възрастта, в която се проявяват първите симптоми съществува голямо разнообразие. Още при раждането или в детска възраст, симптоми се проявяват например при синдром на Уилямс, синдром на Прадер-Уили, ретинобластом, Инфантилната спинална мускулна атрофия, неврофиброматозата, Osteogenesis Imperfecta, синдром на Rett, както и повечето метаболитни заболявания като болестите на Hurler, Hunter, Sanfilippo, мукополизахаридоза тип II, хондродисплазия и др.

При някои случаи, първите симптоми на заболяването, напр. при Неврофиброматозата, могат да се проявят в детска възраст, но това не изключва вероятността по-тежки симптоми да се проявят в по-напреднала възраст. Други като болестта на Huntington, малкомозъчна атаксия, Шарко-Мари-Тут, амиотрофична латерална склероза и сарком на Капоши, болест на Кройцфелд-Якоб, амиотрофна латерална склероза са специфични при възрастни. Важно е да се отбележи, че редките болести могат да се прикриват зад относително по-често срещани състояния, каквито например са аутизма (при синдром на Rett, синдром на Ушер тип II, Чуплива X, Англеман, Санфилипо и др.) или епилепсията (при синдром на Shokeir, синдром на Kohlschutter Tonz, синдром на Dravet и др.

Общото за пациентите с редки заболявания е, че те и техните семейства са особено изолирани и уязвими. Голяма част от редките заболявания са генетично обусловени, по време на бременност, възможно да възникнат и в резултат на въздействие на околната среда, често в комбинация с генетична предразположеност. Някои от тях са редки форми или усложнения на често срещани заболявания. Продължителността на живот на пациентите е значително по-кратка. Много от заболяванията са комплексни, дегенериращи и хронично инвалидизиращи, докато други позволяват водене на нормален живот ако се диагностицират навреме и бъдат лекувани правилно.

Една от причините за пренебрегване на проблема с редките заболявания е незнанието кои болести са редки, което налага информиране на обществеността. Диагностицирането им става чрез биологичен тест, който е важен елемент от управлението на болестта, тъй като позволява ранна диагностика, в някои случаи проучване от каскаден тип на цялото семейство.

Неонаталното наблюдение за фенилкетонурия/ФКУ/ и вроден хипотиреоидизъм е практика и е изключително ефикасен за предотвратяване на увреждания при засегнатите деца. Скринингът се състои от поредица генетични тестове, които могат да покажат дали новороденото е застрашено от някое от редките заболявания, още преди да са се появили признаците на тези заболявания. Масовият скрининг е насочен към всички новородени/табл.1/. Извършва се в съответствие с Европейските стандарти и включва:

1.Фенилкетонурия (започва още през 70-те год. на XX век) – ако се установи, че детето може да развие това заболяване, още в първите месеци след раждане бива подлагано на диета, с която да не се допуснат значими здравословни отклонения.

2.Вроден хипотиреоидизъм (от 90-те год. на XX век)

3.Надбъбречна хиперплазия от 2012 год.

Изследването за трите заболявания се извършва в едни и същи кръвни проби. Необходимо е включването на синдром на Даун в пренаталния масов скрининг.

Табл.1 Изследвани новородени, брой болни в %

	изследвани	болни	%
Фенилкетонурия	31964	6	0.02
Вроден хипотиреоидизъм	31923	17	0.05
Надбъбречна хиперплазия	22552	1	0.00

Национална Генетична Лаборатория извършва откриване, диагностика и регистрация само на новородените с проблем. От изключително значение при масовите неонатални скринингови програми е, че не се допуска прекъсване на процеса и стриктно спазване на сроковете за изследване, с цел лечението да започне до 14 дни от раждането. Постнаталната диагностика на генетичните болести е задължителен елемент за провеждане на адекватна консултация, пренатална диагностика и контрол на лечението и е задължителен етап на неонаталните скринингови програми [3]. Пренаталната диагностика е най-ефективната дейност, водеща до ограничаване раждането на деца с увреждания. На този етап това е единственият радикален подход за решаване на проблема с генетичните болести и вродените аномалии. В провеждането на пренаталната диагностика са ангажирани: Акушеро-Гинекологични заведения за провеждане на инвазивни процедури: хорионбиопсия (11-14 гестационна седмица /г.с./), амниоцентеза (16-20 г.с.) и разширена фетална анатомия в 18-22 г.с. и Генетични лаборатории за диагностика на ензимно, метаболитно и ДНК ниво.

Направено е проучване в периода 01-07.01.2011 г. за броя и вида изследвания в различните лаборатории от където се очертават две групи заболявания и няколко вида основни технологии за тяхната диагностика - моногенни и хромозомни. Моногенните заболявания са в групата на редките болести и до момента са описани около 7000, при тях е засегнат единичен ген. Точната диагноза се поставя на ензимно или ДНК ниво. Голяма част от тях са тежки и нелечими – и представляват изключително тежък здравен, социален и финансов проблем. Радикалният подход е пренатална диагностика. НГЛ има потенциал и може да изследва над 5000 деца годишно за над 40 вида метаболитни болести и състояния [3]. Целта на изследванията е да се открие навреме заболяването и чрез правилна профилактика пациентът би могъл да се развива без значими здравословни проблеми [5].

Малък е броят на редки заболявания, при които е възможна основна превенция. Екологичните фактори влияят за появата на редица редки вродени малформации. За профилактиката на тези редки заболявания е нужно специално внимание към периода преди зачеване и по време на бременността, мерки за обществено здравеопазване /начин на хранене, затлъстяване, употреба на алкохол, тютюнопушене, използване на наркотични вещества/, опазване на околната среда, ваксиниране срещу рубеола. Успешна превантивна мярка срещу увреждане на гръбначния мозък (напр. спина бифида) и други малформации е повишен прием на фолиева киселина от жените преди зачеване. Необходим е строг контрол при бременни страдащи от Захарен диабет и Епилепсия. Съществуват рискове от това, че не се лекуват и проследяват болни с ФКУ над 18 год. възраст и е осигурено адекватно лечение при бременните болни с ФКУ. На практика се провежда скрининг без цялостна реализирана програма, което води до загуба на време и средства [3].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагностицирането в ранен етап на редките заболявания и наблюдението от специалист е правилния подход при терапията. Понякога се налага само консултация с диетолог, докато някои заболявания изискват консултация с ендокринолог или друг специалист. Само диагностициране на заболяването без да се даде възможност за лечение, би довело до негативни последици за обществото и семейството [1]. Неонаталният скрининг повдига някои въпроси, като: каква е поверителността на резултатите от скрининга? От значение е съгласието на родителите за извършване на изследването. Възможен ли е скрининг на цялото население и какви са критериите за избор на заболяванията обхванати от скрининга? Трябва ли да се прави скрининг на заболявания, за които няма лечение? [3]. Българските пациенти очакват скрининговите програми да са част от Националната програма за провеждане на пренатален скрининг и пренатална диагностика на генетичните болести. Диагностиката на моногенните болести, които са около 80 % от редките болести трябва да стане приоритет на българското здравеопазване, който може да бъде решен само чрез адекватна Национална програма. В условия на криза и недостиг на средства в националния бюджет, скрининг се прави за фенилкетонурия, вроден хипотиреоидизъм и надбъбречна хиперплазия. Всички други скринингови изследвания се заплащат от потребителите – непосилна за стотиците нуждаещи си семейства и пациенти и десетките чакащи да бъдат изпратени за диагностика в чужбина.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Лолов В., С., Синдроми и рядко диагностицирани болести, 1973 г
- [2] www.ec.europa.eu/health/
- [3] www.genetika.maichindom.com
- [4] www.puls.bg
- [5] www.raredis.org

За контакти:

Камелия Андреев, Русенски университет "Ангел Кънчев", ФОЗЗГ тел.: 0882 069 379, е-mail: kamence1982@abv.bg

Гергана Стоянова, Русенски университет "Ангел Кънчев", ФОЗЗГ тел.: 0888 411 849, е-mail: gery_stojanova@abv.bg

Ас Грета Колева, Русенски университет "Ангел Кънчев", ФОЗЗГ тел.: 0882 517 173, е-mail: greta77@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Роля на МС при възрастни хора в Домове за стари хора

автори: Гургана Стоянова и Камелия Андреева
научен ръководител: ас. Даниела Константинова

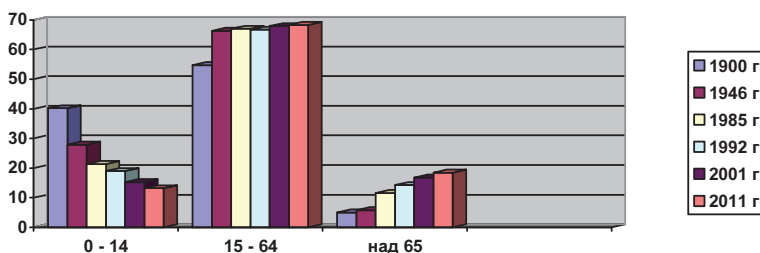
Role of the nurse in elderly people in homes for the elderly *Health care professionals assist caregivers and encourage consumers to feel medical and nursing home as a home. Care for the elderly are aimed at helping to preserve the ability for social adaptation continuation of their dignity.*

Key words: purpose, tasks, care, adult homes

ВЪВЕДЕНИЕ

След последното преброяване на населението се установи тенденцията към намаляване и застаряване на нацията, като относителният дял на хората над 65 години е 18.5 % от общия брой. Динамиката се вижда от таблица 1.

Таблица 1- на възрастовата структура на населението [6]



От прегледа на данни за демографската структура на населението на РБ се вижда, че:

- Населението на България намалява с трайна тенденция
- Средната продължителност на живот при жените е по-голям при този при мъжете, т.е. нуждата от грижи за овдовели възрастни жени е по-голям.
- В големите населени места процентът на младите хора е по-голям, от колкото в малките /право пропорционално на икономическото състояние на региона/.
- Преобладаващото население в малките населени места е това на 65 години
- Средно в домовете за стари хора се пада едно място на всеки 286 възрастни [3].

Политико-икономическата среда в България е отговорна за социалната ситуация:

1. Събираните такси и регламентирани проценти отчисления от пенсиите за издръжка в домовете за възрастни са съобразени с ниските доходи.
2. Тенденцията за намаляване на населението в трудоспособна възраст води до необходимост от реформиране на сектора на социални услуги. Социалните, икономическите и демографските промени през последните години поставят необходимостта от своевременно актуализиране на стратегиите и практиките на социална дейност в страната [2].

В нашата страна са изградени и функционират 68 домове за стари хора, като към 31.12.2012 година в тях са били настанени 4657 човека. Медицинската сестра е част от мултидисциплинарния екип в заведенията за стари хора. Като част от този екип от нея се очаква да прилага в работата си разнообразни умения, теоретични познания както и да притежава необходимите лични качества. Професионалните изисквания

към медицинската сестра включват уменията да общува, теоретични и клинични познания и тяхното прилагане в практиката, отговорното отношение, както и способност за вземане на самостоятелни решения. Професионализмът предполага притежаване на знания и умения и прилагането им в практиката при вземане на правилни и навременни решения [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Неблагоприятната тенденция към застаряване на нацията води до нарастване на потребностите от социални и здравни грижи. С остаряването се увеличават здравните проблеми, намалява здравната обезпеченост и сигурност. Възрастните хора се нуждаят от социална и здравна подкрепа за справяне с тези проблеми, за запазване на чувството на достойнство и за мобилизиране на ограничените резерви на организма.

Грижите за хора в напреднала възраст са организирани в домове за възрастни хора, дневни центрове за работа с възрастни хора, центрове за социална рехабилитация и интерграция. Една от дългосрочните цели е мобилна форма на социални услуги, които да се предоставят в домовете на хората [7].

С настоящия труд ние бихме искали да разгледаме възможностите на медицинските специалисти в обслужването на възрастни хора настанени в дом за социални услуги. Голяма част от задачите пред медицинския екип предполагат добри организаторски умения и способности, готовност за изслушване и събиране на информация. Професионалните умения на специалистите по здравни грижи следва да се развиват постоянно, а усъвършенстването да се опира на добре снета анамнеза и изготвен план за оказване на сестрински грижи.

Целта е задоволяване на ежедневните потребности на възрастните хора, създаването на условия за социални контакти и възможност те да се чувстват неразделна част от обществото. Сестринските грижи са насочени към минимизиране на въздействието на вредни за здравето фактори, преодоляване на социалната изолация и стабилизиране на психическото състояние, за преодоляване чувството за ненужност и осигуряването на условия за взаимопомощ [3].

Медицинската сестра се стреми потребителите на социални услуги да се чувстват добре в обстановка близка до домашната, ежедневието им да е ангажирано с различни занимания и социални контакти, като това ги кара да се чувстват пълноценни и нужни. За постигане на тези цели мултидисциплинарния екип следва да осигури:

- морална, духовна и социална подкрепа на възрастните хора;
- подпомагане в поддържане на добра личната хигиена – сутрешен и вечерен тоалет, къпане, смяна на бельо, подстригване, бръснене;
- разнообразно, качествено и пълноценно хранене;
- полагане на качествени и навременни медицински грижи от медицинска сестра и лекар;

- поддържане на връзка с близките;
- съдействие при нужда от административни услуги;

- осигуряване на 24 часово наблюдение над здравословното състояние на възрастните хора, чрез ангажиране на различни специалисти – лични лекари, специалисти, консултанти, стоматолог, рехабилитатор, санитарни, ерготерапевти, социални работници, които се грижат за организационната, културната и трудовата дейност в дома, краткосрочни екскурзии [2].

Стремежът е да има ефективна комуникация и социална адаптация на възрастните хора. Организираните културни мероприятия в дома – празнуването на рождени дни, празници и самодейни прояви поддържат социалната ангажираност и активност на хората от третата възраст и се отразяват много благоприятно върху психичното състояние на потребителите. В свободното си време биха могли да четат книги,

списания, вестници, да плетат или да гледат сериали. За любителите на тихите спортове шах, табла или карти да си организират мини турнири.

Научните изследвания и открития в областта на медицината, фармацията, биотехнологията и тяхното прилагане, водят до увеличаване продължителността им на живот. В икономически развитите страни това е предпоставка за удължаване на средната продължителност на живот. Там все по-голям процент от населението е на възраст над 65 години, което им отрежда по-значима роля в обществото и неминуемо се отразява на бита на семейството.

Увеличаването на продължителността на живот и застаряването на населението поставя сериозни предизвикателства пред развитите държави. Миграцията на младото поколение ускорява процеса на застаряване на населението в България. Икономическите последици от това са значителни:

- Повишават се разходите за здравеопазване, пенсии и социални грижи;
- Поява се финансово напрежение в системите на здравното и пенсионното осигуряване;
- Завишава се размера на държавната субсидия в секторите – здравеопазване и социално подпомагане; [3].

Начинът на живот на хората от групата над 65 години полаганите за тях грижи добиват все по-голямо значение за хармоничното развитие на обществото. Остаряването при повечето хора се свързва с физиологичните промени, които могат да доведат до трудности при взаимодействие със заобикалящата ги среда. Това често ги поставя в неравностойно положение в обществено – икономическия живот въпреки значителния им житейски и професионален опит. Съществуващите специализирани домове често не отговарят на потребностите на общността на старите хора. Засилва се нуждата от специализирани социални и медицински услуги, което предполага:

1. Персонал с подходяща квалификация и мотивация;
2. Места за обитаване – функционално удобни и естетически издържани; максимално близки до семейната среда
3. Оборудване – битово, санитарно и медицинско.

Целта е хората от третата възраст водейки качествен живот да останат максимално дълго време независими от грижи, интегрирани и активни в обществото. Доставчиците на социални услуги изготвят индивидуален план след оценка на нуждите на всеки потребител и формулиране на целите, които трябва да бъдат постигнати.

Планът включва дейности по задоволяване на [4]:

I Ежедневни потребности

II Здравни потребности

1. Медицинска история
2. Необходими превантивни мерки
3. Наличие на алергии
4. Потребности от заболяване
5. Потребности от лечение или оздравителни програми
6. Имунизации и наблюдение
7. Хранене и диети
8. Рехабилитация
9. Лична хигиена

III Образователни потребности

IV Рехабилитационни потребности

V Потребности в свободното време

VI Потребности от контакти със семейството, приятели, близки и други лица [4]

Всеки индивидуален план за грижи се изготвя в тясно сътрудничество между медицинска сестра, психолог, психиатър, рехабилитатор, кинезитерапевт, социален работник и друг специалист ако е необходим [5].

Обгрижването на старите хора трябва да се приеме като процес на придружаване, обслужване и съветване, което изисква от своя страна разбиране на индивидуалните взаимозависимости, и оформяне на обкръжението и жизнената среда.

Социалните грижи са насочени към активно включване на хората в старческа възраст в обществото, съобразено с техните възможности, желания и воля. Медицинските специалисти задължително проявяват оптимално ласкаво отношение и загриженост, толерантност и сътрудничество, отговорност и непредубеденост към особеностите на психическото и физическото състояние на възрастните хора, за да се почувстват някому потребни [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Грижите за възрастните хора трябва да са насочени на първо място към оказване на помощ за запазване на способността за социална адаптация. Трябва да им се разяснят нормалните, физиологичните, психологичните изменения в техния организъм и приемането им като неизбежни спътници на възрастта [2].

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Желева Е., Общи и специални сестрински грижи, Ст. Загора, 2006
- [2] Костов К., Домашни грижи, Ст. Загора, 2005
- [3] Юркова К., Обществено здраве, С., 2001
- [4] Методика за предоставяне на качествени здравни грижи
- [5] Методика за предоставяне на социални услуги за възрастни хора
- [6] Правилник за прилагане на закона за социално подпомагане, в сила от 01.11.1998 г.;
- [7] <http://statlib.nsi.bg>
- [8] <http://www.mlsp.government.bg/>

Камелия Андреев, Русенски университет "Ангел Кънчев", ФОЗЗГ тел.: 0882 069 379, e-mail: kamence1982@abv.bg

Гергана Стоянова, Русенски университет "Ангел Кънчев", ФОЗЗГ тел.: 0888 411 849, e-mail: gerg_stojanova@abv.bg

Ас. Даниела Константинова, Русенски университет "Ангел Кънчев" ФОЗЗГ тел.: 0888520021,

e-mail: Даниела Драганова zsp_ruse@abv.bg

Роля на МС при възрасти хора в техният дом

автори: Камелия Андреева и Гургана Стоянова
научен ръководител: ас. Даниела Константинова

Role of the nurse in ages people in their home. Old people feel utterly dependent, helpless and alone in a state of an outbreak of disease - suffer not only the body, but soul. The special is at a time like this, to train relatives or health care assistants how to make quality health care to not feel outside. The home environment as a healing process, should be a priority for surrounding them close.

ВЪВЕДЕНИЕ

Застаряването на нацията е важен демографски фактор, водещ до увеличаване на броя на възрастните хора. Възрастните хора се оформят като специфична група, която изисква адекватни грижи. Най-тежкият период от живота на човека е старостта, тъй като през него постепенно и трайно човек загубва работоспособността и здравето си, изпада в самотност, загубва социалния си престиж и е обект на всестранны грижи от семейството и обществото [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

През последните десетилетия в България се наблюдава устойчива тенденция за застаряване на населението и нацията. Понижаването на раждаемостта заедно с увеличаването на продължителността на живота водят до безпрецедентни изменения в структурата на обществото, като особено голямо е изменението в съотношението между млади и стари хора. Промените, които настъпват през старостта се характеризират с постепенно отпадане на функции във физическата, духовната, емоционалната и социалната сфера. Старостта, като фаза от живота се характеризира с възрастови изменения в човешкият организъм, променят се неговите функционални възможности и съответно неговите потребности, променя се и неговата роля в семейството и обществото. Тези промени много често протичат не безболезнено за самият човек и неговото социално обкръжение. Дълбоките, всеобхватни и устойчиви последици от стареенето на населението предоставят огромни възможности, но водят и до големи проблеми за обществото. Това изправя специалистите, пред нови изисквания и предизвикателства. Тенденцията за растеж на броя на възрастните и старите хора изисква задълбочено изучаване на демографските процеси и на първо място проблемите на възрастните хора, особеностите на тяхното развитие – биологични и социални възможности, техните потребности, активната жизнена дейност, социалната защита и помощ, а също така и коренните изменения в социалната политика по отношение на тази най-незащитена категория от обществото. Когато човек е в състояние на болест, страда неговото тяло и душа. Променя се естественият ритъм на живот и в този момент е важна подкрепата на близките му, за да може страдащият постепенно да се адаптира без допълнителен стрес. Домашната обстановка е важен фактор в оздравителния процес. Удължаването на живота носи повишаване на заболяемостта и увреждания главно от хронични болести [5]. Според СЗО през последната една година от живота на човека се падат средно половината разходи от болнично лечение и грижи. Критериите за здраве при старите хора са доста относителни и се различават от тези на младите хора. Практически здрави са всички възрастни хора, които са в добро физическо състояние и запазена трудоспособност. Възрастовите промени и изменената реактивност при стареенето създават условия за по-лесно възникване и развитие на болестите в старческата възраст. С напредване на възрастта се наблюдава прогресивно нарастване на патологията, която най-често се представя от заболяванията на сърдечно – съдовата система,

мозъчна недостатъчност, болести на дихателната система, на костно-мускулния апарат, злокачествени образувания, психични нарушения и заболявания на очите. Болестите на пикочно – половата система, храносмилателната система и ендокринните жлези имат също важно значение поради непрекъснатото им увеличаване след 60 годишна възраст. Един от съществения фактори за удовлетвореността на старите хора е отношението на младите към тях. Ежедневната подкрепа на старите хора им осигурява възможност да живеят в своя дом, предотвратява настаняването им в специализирани институции и стреса от промяна на обстановката, осигурява им спокойни старини. Сериозен проблем на възрастните хора са ниските доходи. Причина за това състояние е, че основният източник на дохода е пенсията, чиито размер не може да покрие основните физиологични нужди и битови потребности. Друг важен проблем при възрастните хора са ограничените социални контакти, които в някои случаи достигат и до пълна изолация, като основна причина за това е ограничената физическа подвижност. Съществено значение имат и физиологичните и психологичните патологични промени. Те ограничават контактите в семейството и обществото. Една част от възрастните хора не са в състояние да изпълняват обикновени битови дейности и да се самообслужват. Това налага семейството да полага допълнителни грижи – постоянно или в определено време от денонощието за осигуряване на нормални условия за живот или опазване на възрастния човек от опасни за него действия. Психичното равновесие и удовлетвореността на старите хора зависят в най-голяма степен от здравословното състояние, семейната свързаност и материалната осигуреност. Едно от най-често срещаните функционални психически разстройства в процеса на стареене и в старостта са депресиите. Те се изразяват в апатия, вялост и раздразнителност. Най-често възникват в резултат на някакво травмиращо събитие - смърт на близък човек, раздяла с деца, загуба на социално поведение, заболяване на съпруг или съпругата. С напредване на възрастта продуктивността на умствената дейност се снижава. Измененията в паметта при стареене се характеризират с намаляване на запомнянето на текущи събития и ярки спомени от далечното минало. Упадъкът на познавателните функции и психомоториката водят до предпазливост и несигурност у старите хора и увеличават потребността и зависимостта от грижи.

Грижите за възрастните хора в техния собствен дом поддържат и запазват домашния комфорт, семейната и приятелската среда, към които са привикнали, без да е нужно да променят навиците и порядките си. Физическата помощ за всекидневните домакински задължения и поддържането на личната хигиена са основна част от потребностите им. С напредване на възрастта, хората все повече се нуждаят от разбиране и търпение, от близък човек, с когото да споделят вълненията и тревогите си. Грижите за здравето им се планират, ръководят и провеждат от медицинските специалисти, като имат в предвид, че психологията на тази възрастова група ги прави много чувствителни и подозрителни. Те проявяват неоправдан антагонизъм към хоспитализацията, оперативните вмесствателства, при настаняване в хосписи и други. Трябва да се оценят възможностите на стария човек за самостоятелни действия относно ориентацията във времето и пространството, интеграцията в обществото, зрение, слух, реч, хигиена на тялото, способност да общува, да се храни, да отделя и т.н. За осъществяването на качествени грижи за пациента в домашни условия значение имат физическото състояние на пациента, неговите навици, предпочитания и култура.

При организиране на грижи в дома на пациента, медицинските специалисти обучават близките на възрастния човек как да се грижат за него: как да следят жизнено важните му функции, да дават лекарствата, да правят всички видове тоалети, хранят и раздвижват. В услуга на близките и за по-качествена грижа се предоставя социална услуга домашен помощник, личен или социален асистент.

Услугата се предоставя по начин, който зачита достойнството и личното пространство на потребителя и се съобразява с начина му на живот. Оказваната помощ се извършва съобразно предпочитанията на потребителя. Това се отнася в най-голяма степен, когато се оказва помощ на потребителя при:

- осъществяване на пряк допир (обличане, събличане, къпане, миене, бръснене и поддържане на личната хигиена);
- хигиена на помещението, което потребителят обитава;
- приготвяне на храна и хранене;
- боравене с лични вещи и документи;
- ползване на баня и тоалетна [3].

При грижите за възрастни е необходимо да се отнасят към тях с разбиране и уважение към възрастовите, религиозните, етническите, културните, физическите, психическите особености.

Услугата “Домашен помощник” е в подкрепа на самостоятелността на потребителя, при изпълняване на ежедневни битови дейности в домашна среда и е съобразена със следните изисквания: Поддържането на самостоятелността на потребителя се отразява в индивидуалния план за предоставяне на социални услуги [4].

- Домашните помощници извършват дейностите по предоставяне на услугата съвместно с потребителите, а не вместо тях (когато това е възможно), за да се избегне развитие на зависимост.

- Потребителите биват насърчавани и подпомагани сами да контролират финансите си, освен в случаите, когато не са в състояние да го правят поради тежко ментално увреждане.

- Ограничения в избора от потребителя начин на живот се предприемат само в негов интерес – при риск от самоувреждане или създаване на опасност за други хора, след договаряне с него / с негов законен представител. Тези ограничения се записват в оценката на рисковете и начините за тяхното контролиране, които съставляват част от индивидуалния план за предоставяне на социални услуги.

Услугите за помощ в дома имат за своя основна цел удовлетворяването на специфичните потребности на потребителя и се предоставят след оценка на потребностите му [3].

Оценката на потребностите задължително включва преглед и характеристика на:

- общото физическо и психическо състояние на потенциалния потребител:
 - зрение, слух и възможности за комуникация;
 - способност за придвижване, необходимост от медицински изделия, технически помощни средства, приспособления или съоръжения;
 - психично здраве;
 - умствени функции;
- способността му за справяне с ежедневни дейности и домашни задачи;
- социалната му активност и интереси;
- взаимоотношенията със семейството му;
- други социални контакти;
- битови условия на живот;
- изискванията за диетично хранене;
- допълнителните му потребности, свързани със специфични състояния;
- безопасност и рискове.

Основната роля на медицинската сестра се изразява в правилно и пълно идентифициране на потребностите и участие в изготвяне на план за задоволяването им; обучение на близки или асистента за правилно приложение на терапията,

извършване на общи грижи при отчитане на специфичното състояние, разпознаване на симптомите при влошаване на състоянието, поведение при спешни състояния.

- помощ при тоалета : обтриване на тялото, лек масаж, къпане, когато това е възможно;
- приготвяне на храната и сервиране или съдействие при хранене, ако това е необходимо;
- даване на приеманите лекарства или подсещане за вземането им;
- раздвижване: прави се само по лекарско предписание и след инструкции от специалист;
- разходки в жилището или на открито когато това е възможно;
- общуване;
- поддържане на хигиената в жилището, пране, простиране, гладене;
- следене на всяка промяна в състоянието на обгрижваният човек, като своевременно се реагира адекватно;
- поддържане на безопасна околна среда.

В зависимост от вида и степента на заболяването болният може да е с: нарушена двигателна активност, трудно подвижен или неподвижен.

При обгрижването на неподвижно болен се изискват и допълнителни специфични грижи, определящи се от състоянието му:

- Постелното бельо да е опънато и чисто;
- Липсата на двигателна активност изисква ежедневното измиване на тялото с хавлиена кърпа, топла вода и неутрален сапун – с цел поддържане на добра хигиена и подобряване на нарушеното кръвоснабдяване на тялото. Така се намаля риска от появата на декубитални рани
- Важно е кожата да се поддържа суха, чиста и хидратирана;
- Положението на лежащо болния пациент да се променя на всеки два часа, за да не се нарушава трофиката на кожата;
- Сутрешен и вечерен тоалет – необходими са чисти кърпи, лични тоалетни принадлежности, кана с топла вода, чаша с прясна вода, леген, гъба, ножичка за нокти. Ако състоянието му позволява да седне в леглото се подпира с възглавници за по-голяма устойчивост, легенът се поставя върху кърпа на коленете му или на столче до него. Започва се с измиване на ръцете.
- Частична и цялостна баня на лежащо болния, тоалет на гениталиите и кожните гънки.

За възрастните хора се предоставя и услуга Домашен социален патронаж, която цели подпомагане на хората с увреждания чрез осигуряване на топла и разнообразна храна [2]. В напреднала и старческа възраст храненето се отличава с редица особености. Те се обуславят преди всичко от промените в организма с развитието на процесите на стареене, с намалена обмяна на веществата, снижена активна дейност. За предпазване от затлъстяване от изключително важно значение е изграждането на рационален хранителен режим.

От съществено значение е да се има в предвид и какво влияние оказват различните храни върху действията на лекарствата. В напреднала и старческа възраст много хора приемат едни и други лекарства. За да бъде резултатно тяхното действие, е добре да се знае как различните медикаменти си взаимодействат с хранителните вещества. Основният извод е, че здравословното (рационалното, оптималното, балансирано) хранене спомага за поддържане на нормалната телесна маса,

повишава съпротивителните сили спрямо неблагоприятните фактори на средата, поддържа постоянството на хомеостазата на организма.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Необходимо е възрастният човек да запази доброто си самочувствие в очите на другите. Това е възможно само ако той продължи да вижда силните си страни, а не само слабите. Важно е околните също да го възприемат като личност с всички негови положителни страни, за да може той да развие положително мнение за себе си. Обгрижването на старите хора трябва да се приеме като процес на придружаване, обслужване и съветване, което изисква от своя страна разбиране на индивидуалните и културно-историческите взаимозависимости и оформяне на обкръжението и жизнената среда.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Желева, Е., „Общи и специални сестрински грижи“ Ст. Загора, 2006 г.
- [2] Костов, К., Хр. Милчева, „Домашни грижи“, Ст. Загора, 2005 г.
- [3] Методика за предоставяне на социалната услуга в общността „Домашен помощник“
- [4] Правилник за приложение на Закона за социално подпомагане, Обн. ДВ. бр.133 от 11 Ноември 1998г.
- [5] Юркова, К., „Обществено здраве“, София

За контакти:

Камелия Андреев, Русенски университет “Ангел Кънчев”, ФОЗЗГ тел.: 0882 069 379, e-mail: kamence1982@abv.bg

Гергана Стоянова, Русенски университет “Ангел Кънчев”, ФОЗЗГ тел.: 0888 411 849, e-mail: gery_stojanova@abv.bg

Ас. Даниела Константинова, Русенски университет “Ангел Кънчев” ФОЗЗГ тел.: 0888520021, e-mail: Даниела_Драганова_zsp_ruse@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Закалителни процедури и физкултура при бебета и деца до 1 годишна възраст

автор: Мелин Басри

научен ръководител: Доц. д-р Иваницка Сербезова

Summary: *Hardening children is the main preventive measure that encourages healthy children. Therefore be applied general and specific procedures (air baths, water baths and sunbathing). The procedures are having regard to the principles of gradual, systematic, individuality and complexity. The massage and gymnastics assist in the development of all muscle groups of the baby's body.*

Key words: *hardening children, massage and gymnastic, baby.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Закаляването има за цел да повиши устойчивостта на организма към неблагоприятните въздействия на външната среда и по-специално към студа. Закаляването се осъществява чрез прилагане на общи и специални закалителни процедури – чрез въздух, вода и слънце. Човешкият организъм има нужда от движения, които при детето подпомагат развитието и обмяната на веществата. Физкултурата при бебето се прилага под формата на масаж и гимнастика, а при децата под формата на игра.

ЗАКАЛИТЕЛНИ ПРОЦЕДУРИ

За започване на закалителните процедури най-подходящ е пролетния сезон. При провеждането на закалителните мероприятия трябва да се спазват следните основни принципи:

1. Постепенност – постепенно преминаване от по-слаби към по-силни дразнители.
2. Системност – закаляването се провежда без прекъсване през цялата година.
3. Индивидуален подход – съобразяване със здравословното състояние на детето
4. Комплексност – съчетаване на различни закаляващи фактори

Общи закалителни процедури:

- поддържане на оптимална температура на въздуха в стаята – 18-22 °C
- редовното проветряване на стаята и извеждане на децата на чист въздух
- разходки зимно време по $\frac{1}{2}$ до 1 час, пролет и есен 1 – 1 $\frac{1}{2}$ ч.
- подходящо облекло – от естествени материали (вълнени, памучни), да осигурява топлина и свобода на движенията.

Специални закалителни процедури:

Въздушни бани (2 - 3 месец) – започват частично, като се излагат само части от тялото на детето. Постепенно се преминава към пълни въздушни бани, като температурата на въздуха трябва да бъде 22-23 °C с продължителност 5 минути. На всеки 3 дни времето се удължава с 5 мин. до достигане на 30 мин., а температурата може да се понижи с 2 до 5 °C. Детето се наблюдава за настръхване, треперене, при което въздушните бани се преустановяват [2].

Водни бани (4 – 6 месец) – укрепват терморегулацията на детето, подобряват общата циркулация, мускулния и емоционалния тонус. Прилагат се водни обтривания, обливане, газене в басейн и къпане.

Ежедневната водна баня е първата водна процедура. Обтриванията се извършват с наморкена и изцедена кесийка (платнена) с вода 37 °C, като се започва от стъпалата. Посоката е от долу на горе. През 3 дни температурата се понижава до достигане на 27-28 °C.

След 6 – 8^{мия} месец се започва с обливанията. Тялото на детето се облива (без главата) с вода 35-36 °C, като през 3 дни температурата се понижава до достигане на 27-28 °C.

Газене в басейн. Започва се с температура 34 °C на водата при подходяща дълбочина и равно дъно на басейна. Постепенно температурата се снижава до 26-27 °C. Продължителността е 1-2 минути, като за 1 годишните варира между 5 и 7, а за тези на 2 години може да се позволи и къпане.

Морска баня може да се позволи на деца над 1½ – 2 год. възраст и температура на водата не по-ниска от 25 °C [4].

Процедурите ако се извършват с помещение то температурата на въздуха трябва да бъде не по-малко от 20-22 °C, а ако е на открито – 25 °C и да не духа вятър.

Слънчеви бани се започват с голяма предпазливост след 3 месечна възраст. Те предизвикват кожна хипертермия, повишава кръвната циркулация, обмяната на веществата и образуване на вит.Д, но при предозиране лесно се достига до изгаряния, повишена температура, обща отпадналост и главоболие.

Важно е да се извършват постепенно, като децата постенно се събличат и излагат на слънце. За 3-месечните продължителността е 1-2 минути, като постепенно се достига до 10-15 минути. 6-месечните – до 20 минути, а след 1 година – до 30 минути. Препоръчителни за слънчеви бани са сутрешните часове 1-2 часа след закуска (около 10 часа). При изпотяване или зачервяване слънчевите бани се преустановяват. Състоянието на детето се следи непрекъснато като му се дава адекватно количество течности.

МАСАЖ И ГИМНАСТИКА

Масажът и гимнастиката започват обикновено през 2^{рия} месец и се правят до 6^{тия} месец, а най-добре до навършване на първата година.

Масажът и гимнастиката подпомагат по-доброто функциониране на всички органи и системи в детския организъм. Редовните упражнения подпомагат доброто развиване на дихателната и сърдечно-съдовата система, като се увеличава белодробната вентилация, кръвоснабдяването на органите, подобрява работата на сърцето. Стимулира се растежа и развитието на детето.

2-3 месец: Масажът и гимнастиката в този период, освен че съдейства правилното развитие но и повишава защитните сили на организма.

Масажът се прави на здрави 4кг. кърмачета и е напълно противопоказно при всякакви температурни състояния, рахит, белодробни и чернодробни състояния.

Масажът и гимнастиката се прилагат ежедневно сутрин 1 – 1½ ч. след нахранване. Детето трябва да бъде съблечено напълно голо (или по памперс) и да се постави върху твърда повърхност (маса) покрита с одеало/чаршаф при стайна температура 20 – 22 °C. Масажът се извършва от периферията към центъра съобразено с кръвния ток като не е задължително използването на мазила и олия.

Основните задачи на масажа и гимнастиката през първото тримесечие са да подпомогнат намаляването на повишения мускулен тонус и да стимулират развитието на движенията на главата.

Масажът бива 4 вида : поглаждане, почукване, размачкване и разтриване. През първите няколко седмици се прилага само поглаждане [1].

Детето се поставя да легне по гръб и се започва с поглаждане на дясната ръка. Движението е от китката към рамото. След 4-5 поглаждания същото се повтаря и на лявата ръка. Следва поглаждане на гръдния кош. Дланите и пръстите се поставят напречно на гръдния кош, а движението е нагоре към раменете. След 4-5

повторения се минава към корема. Поглаждането се извършва с кръгообразни движения по посока на часовниковата стрелка. За център на това движение служи пъпа. След 4-5 поглаждания се преминава към краката. Започва се с деснич крак, като се обхваща в областта на глезена между палеца и средния пръст на лявата ръка, а палеца се поставя на стъпалото. Подобно на поглаждането на ръцете 4-5 пъти се поглажда от глезена до таза. След това се минава на другия крак. За поглаждане на гърба детето се обръща по корем. Извършва се с гърба на дланите пръстите от двете страни на гръбначния гръб. Започва се от долната част на гърба и се стига до раменете на детето. След това се извършва поглаждане в обратна посока (отгоре надолу), но с дланите на ръцете. Повтаря се 4-5 пъти. След като мускулният тонус намалее масажът се разширява, като се включват почукване (към края на 2-3 месец), размачкване и разтриване (1-2 седмици след почукването).

Почукване се прави на ръцете, краката и гърба. Почукването по крайниците се извършва с леки, ритмични удари с вътрешната страна на пръстите. Почукване на гърба се извършва с външната страна на пръстите като дланите се обръщат нагоре. Избягва се областта, в която са разположени бъбреците.

Размачкване – само на крайниците. При размачкване на ръцете детето хваща палеца на едната Ви ръка, а с палеца и показалеца на другата ръка се извършват 6-8 ритмични притискания от китката до рамото. В областта на ставите размачкване не се прави. При размачкване на краката с едната ръка се хваща глезена на детето, а с другата се извършва размачкването.

Разтриване се прави на гърдите, корема, краката, гърба и седалището.

Разтриване на гърдите се прави както поглаждането, но с по-голям натиск.

Разтриване на корема – двете ръце се поставят успоредно една до друга в страни от пъпа. Правят се две противоположни по посока движения с двете ръце (едната надолу, другата нагоре). Правят се 3-4 повторения.

Разтриване на краката – с едната ръка се хваща глезена, а с другата се правят кръгообразни движения на бедрото. 3-4 повторения.

Разтриване на гърба – палецът и безименният пръст се поставят в областта на врата на детето. С плавно движение надолу те оказват лек натиск от двете страни на гръбначния стълб, а средният пръст не оказва натиск и се движи по него. 3-4 повторения само отгоре надолу.

Разтриване на седалището – с кръгообразни движения на дланите на ръцете, като се оказва малко по-голям натиск за да въздейства и на мускулите в дълбочина.

Масажът се извършва в строга последователност – ръце, гърди, корем, крака, гръб. Започва се с ръцете и се извършват всички видове масаж, след което се преминава на гърдите и т.н. Винаги се започва с поглаждане и се завършва с него. По средата се прави размачкване, разтриване и почукване [1].

Пасивна дихателна гимнастика с ръце – кръстосване на ръцете пред гърдите, сгъване и разгъване на ръцете, повдигане и скусане на ръцете.

При първото упражнение ръцете се сгъват пред гърдите, след което се разгъват максимално встрани. Правят се 3-4 повторения.

Сгъването и разгъването на ръцете се прави в лакътните стави за разлика от предходното упражнение, което се прави в раменните. 3-4 повторения

Повдигането се извършва като ръцете на дете се изпъват от двете страни на главата и се спускат в страни от тялото. 3-4 повторения

Честотата на упражненията трябва да съвпада с честотата на дишането. Препоръчва се да се извършват до края на 1^{вата} година.

Пасивна гимнастика с крака – сгъване и разгъване на краката, „велосипедист“ и „тупаница“.

При първото упражнение двата крака на детето се хващат с областта на подбедрениците и се сгъват едновременно в коленните и тазобедрените стави.

При „велосипедист“ стъпалата се хващат и отново се извършва сгъване и

разгъване на коленните и тазобедрените стави, като движенията на краката се извършват последователно.

При „тупаницата“ краката се хващат както при „велосипедист“. Стъпалата се допират с цялата си повърхност на повърхността, на която е поставено детето. Единият крак се повдига от масата, а другият се допира. По време на упражнението краката не се разгъват.

За развитие на опората на краката се извършва и т.нар. упражнение „танцуване“. Детето се хваща под мишниците, изправя се вертикално като краката му допират твърда повърхност. При този допир краката се изпъват рефлексно за кратко, след което се отпускат. През 3^{тия} месец освен упражнението „танцуване“ се включва и упражнението „плувец“. Детето се поставя по корем на твърда повърхност, с едната ръка се хващат краката с областта на глезените, а другата ръка се поставя под гърдите. По този начин детето се повдига като се запазва хоризонтално положение. Детето придвижва рефлексно главата си нагоре и разгъва гръбначния си стълб. В края на третия месец при здраво дете може да се комбинират: масаж в пълен обем, пасивна дих. гимнастика с ръце, пасивна гимнастика с крака, „танцуване“, „плувец“.

3-6 месец: Мускулният тонус е нормален. Детето държи главата си изправена продължително време и я движи във всички посоки. В този период основна задача на гимнастиката е да подпомогне развитието на силата и координацията на мускулите на трупа. С масажа в пълен обем се продължава, както и с пасивната гимнастика с ръце. Към нея може да се включат и кръгови движения на ръцете. Пасивната гимнастика с крака също не се прекъсва, докато се установи че детето може да стои стабилно. Продължава се с поставянето на детето по корем, докато само започне да се обръща от гръб по корем. Подпомага се обръщането от корем по гръб и от гръб по корем. Включва се и упражнението сядане с помощ. През 6^{тия} месец детето прави опит да пълзи. То трябва да се подпомага и стимулира. Детето се поставя по корем. Стъпалата се фиксират при свити в коленните и тазобедрените стави крака. Пред детето се поставя изграчка с ярък цвят и се изчаква то да се придвижи.

6-9 месец: Детето може да се обръща от гръб по корем и от корем по гръб, да пълзи самостоятелно, да седи без помощ, да стои с помощ. Гимнастиката в това тримесечие цели да подпомогне развитието на мускулите на трупа и краката. В края на периода детето трябва да сяда самостоятелно от легнало положение, да се изправя само, да стои стабилно с помощ, да пристъпва всрани. Когато детето започне да пристъпва и да ходи, като се придържа, може да се включи проходилка.

9-12 месец: Движенията на детето са развити. Подпомагат се движенията, за да може детето да проходи. Ако детето не сяда и не се изправя, продължава се с подпомагането. Подпомага се пристъпването напред, докато проходи. Полезно е използването на малка детска количка, за която детето държи и я бута. Може да се подпомогне ходенето като подаваме двата си показалеца на детето и го придържаме. След като ходенето на две ръце стане стабилно се преминава на една ръка. Упражнява се докато детето проходи самостоятелно. След прохождането могат да се преустановят всички масажни процедури и гимнастиката. Тогава вниманието се насочва към ходенето, което също трябва да се подпомага [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Закаляването, масажите и гимнастиката подпомагат правилното развитие на детския организъм, като повишават имунитета. Закаляването стимулира засилването на естествените защитни сили на организма. Масажът и гимнастиката от своя страна активизират обмяната на веществата, подпомагат правилното развитие на всички мускулни групи. Акушерката е тази, от която се изисква да обучи родителите в уменията правилно да прилагат закалителните процедури. Това

предполага изграждане на компетентности у студентите от специалност Акушерка по време на тяхното обучение във Факултет Обществено здраве и здравни грижи.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Величко, Г. (ред.), Грижи за малкото дете, София 2006
- [2] <http://rzi-silistra.com/RIOKOZ/home.nsf/pages/bg/NT00000FF6?OpenDocument>
- [3] <http://www.drkostova.com/advice/zakalgvane-v-karmacheska-vuzrast.html>
- [4] http://www.srzi.bg/documents/Profilaktika/Decata_i_uchilishteto/Zakaliavane.pdf
- [5] http://www.zadecata.com/sb/index.php?page=0_3_2_3
- [6] http://www.zadecata.com/sb/index.php?page=0_3_2_5

За контакти:

Мелин Актан Басри, Русенски университет, тел.:0895139324,
е-mail: mell.basri@abv.bg

Доц. Иваницка Сербезова, Русенски университет, е-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Мероприятия, насочени към профилактика на Токсоплазмозата – скритата опасност за бебетата

автор: Станимира Ангелова
научен ръководител: гл.ас. Д. Георгиева

Abstract: *Toxoplasmosis is an infection caused by a parasite called Toxoplasma gondii that can threaten the health of an unborn child. You can get the infection from handling soil or cat litter that contains cat feces infected with the parasite. You can also get it from eating undercooked meat from animals infected with the parasite or from uncooked foods that have come in contact with contaminated meat. If you have been infected with Toxoplasma once, you usually will not become infected again.*

Key words: *Toxoplasmosis ; Pregnancy; infection ; baby*

ВЪВЕДЕНИЕ

Токсоплазмозата е заболяване, което се предизвиква от едноклетъчния паразит токсоплазма /*Toxoplasma gondii*/. Разпространението на паразита и заразяването на хората зависи както от географските условия - топъл климат, висока влажност на въздуха и ниска надморска височина, така и от хигиенните и диетични навици – брой на опаразитените котки, нисък социален статус и хранене със сурово или недобре термично обработено месо.

Медицинската сестра, провеждаща детска консултация има възможност при осъществяване на домашни посещения да извършва оценка на риска от заболяване на пациентките от Токсоплазмоза. При установяване наличието на котка в дома на бременната жена, медицинския специалист е нужно да проведе нужната информираност на бъдещите майки. Емоционалните връзки, установени между домошните животни и хората са силно изразени и обикновено домашното животно се възприема като член на семейството, особено чувствителни са собствениците на домашното животно при съобщаване, че е противопоказано по време на бременност контактите с котки да са максимално ограничени. Използването на професионалният подход и поднесена по подходящ начин информация изгражда доверие между медицинския специалист и бременната жена.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Здравата имунна система обикновено не позволява на паразита да предизвика заболяване, затова заразяването остава неразпознато. Рядко някои хора развиват неспецифични симптоми, например болки в мускулите или подути лимфни възли. Инфекцията с токсоплазма може да предизвика сериозни здравословни проблеми при обособените рискови групи - бременни жени, хората с подтиснат имунитет като заразени с ХИВ, пациенти провеждащи химиотерапия и приемащи имunosupресивни лекарства след органа трансплантация [5].

Заразяването с токсоплазма може да стане по един от посочените начини:

- Котките играят ключова роля в предаването на паразита. Те се заразяват от опаразитени животни и отделят ооцистната форма на паразите чрез изпражненията си, така заразяват котешката тоалетна или го разпространяват в околната среда. Хората могат да погълнат ооцисти на паразита при почистване на опаразитена котешка тоалетна, поглъщане на не добре измити, небелени плодове и зеленчуци и пиене на вода, контаминирана с паразита, недобро измиване на ръцете след работа със замърсена почва.

- При консумация на сурово или недостатъчно термично обработено опаразитено месо, недобро измиване на ръцете след контакт с опаразитено сурово месо или приемане на храна, която е заразена чрез ножове, дъски за рязане и други прибори, които са били в контакт с опаразитено месо.
- Други редки начини на заразяване са при трансплантации, кръвопреливане или инокулация на кръв при лекари и други специалисти, работещи с кръв и кръвни продукти.
- Предаване на заразата от майката на бебето вътреутробно. Бременната жена, която се е заразила за първи път по време на бременността с токсоплазма, може да няма никакви симптоми, но да предаде паразита на нероденото си дете през плацентата.

При развитието си в организма на животните и човека, токсоплазмите оказват патогенното си действие чрез отделяне на токсини, предизвикващи алергични реакции. Заболяването протича в следните клинични форми: *скрита, безсимптомна, остра, подостра и хронична*. Признаците са доста общи. Често наподобяват респираторни инфекции, тонзилити с повишаване на температурата и затова най-точно диагнозата се поставя чрез серологично изследване за антитела, или чрез откриване в кръвта на самия причинител. Когато се заразят бременни жени т.нар. вродена форма (най-опасна), ако инвазирането настъпи в началото на бременността, настъпват аборти. Ако обаче това стане в последните месеци - се раждат или мъртви плодове или такива с малформации - хидроцефалия, пневмония, менингоенцефалит и т.н [6].

Когато жената е била инфектирана преди бременността, в обичайния случай бебето е защитено от нейния имунитет, чрез IgG. Ако жената се зарази по време или малко преди бременността, тя може да предаде инфекцията на детето вътреутробно /конгенитална трансмисия/. При преминаване на паразита през плацентарната бариера плодът се уврежда. Според различни научни проучвания конгениталните инфекции се движат между 1:1000 до 1:8000 раждания. Пораженията върху плода са толкова по-тежки, колкото по-рано в хода на бременността е инфектиран. Потенциални рискове са аборт или мъртворождаване, раждане на дете с признаци на токсоплазмоза /класическите признаци включват очни поражения - хориоретинит, интракраниални калцификати и хидроцефалия/ или раждане на дете, което няма симптоми при раждането, но по-късно може да развие признаци на вродена инфекция, като зрителни проблеми, умствени затруднения и гърчове [5].

Заразяването в края на бременността е коварно, тъй като може да се роди привидно здрав плод, но в първите 1-2 години се забавя психическото развитие, появяват се зрителни проблеми и гърчове [1]. В някои случаи при редовните прегледи на бременната жена при ехографско изследване могат да бъдат забелязани промени в мозъка и черния дроб на плода, които да са индикатори за наличие на тази паразитна инфекция. Най-сериозно при токсоплазмоза по време на бременността е увреждането на нервната система на плода. Основно се увреждат мозъка и очите на бебето и може да се стигне до слепота и умствено изоставане. Някои от децата, родени от майки, заразени с токсоплазмоза по време на бременността имат слухови

проблеми. Жени прекарвали заболяването преди бременността и с висок титър антитела в кръвта не предават токсоплазмозата на плода си. Откриването на специфични серумни IgG и IgM антитела по време на бременност е индикатор за остра придобита токсоплазмоза. Това състояние подлежи на специфично лечение, ежесечно се правят серологични изследвания и се следи състоянието на плода [2]. Ако се установи зараза с токсоплазмоза по време на бременността има няколко терапевтични схеми, които се избират. Най-крайният възможен вариант е прекратяване на бременността по медицински показания, който се препоръчва на жени, които са се заразили с паразита между периода на зачеване и 24 гестационна седмица от бременността. Ако няма установено заразяване на плода с паразита лекуващия лекар може да препоръча лечение с антибиотика Спирамицин до края на бременността, който да намали риска от инфектиране на плода. Ако има данни за инфектиране на плода се препоръчва комбинация от антибиотиките Пириметамин и Сулфадиазин до края на бременността. Освен това след раждането обикновено бебетата продължават да получават тази комбинация от антибиотици до навършване на една година. Във всички случаи антибиотичната терапия трябва да бъде съобразена със състоянието на бременната жена и да се изберат антибиотици, които да не увредят плода [5].

Профилактичните мероприятия и препоръки са обособени в две групи:

Първата група препоръки са насочени към изискванията относно спазването на правилата за безопасно приготвяне на храната.

- Прилагане на подходяща термична обработка на говеждо, агнешко и телешко месо при минимум 65°C, свинско, мляно и дивечово - минимум 70°C, птиче месо - минимум 85°C. Използване на специален термометър, за измерване на температурата в процеса на приготвяне на месото. Да не се консумира полуготово месо.
- Препоръчва се замразяване за няколко дни на месото преди приготвянето му с цел намаляване значително рисковете от заразяване.

Втората група профилактични мероприятия са насочени към грижите за домашните котки и работа в градината.

- Носене на ръкавици при работа в градината.
- При контакт с контаминирани вода и пясък задължително измиване на ръцете.
- Грижата за домашна котка, при бременност да се осъществява от друг член на семейството. Домашната котка не се изнася извън дома, храната трябва да е добре сготвена, суха или консервирана.
- По време на бременност да се прибират улични котки въщи, не се допуска галене и контакт с улични котки.
- Задължителен консулт с ветеринарен лекар за рисковете домашната котка да се зарази с токсоплазма.
- Не се препоръчва пиене на вода от непроверени източници.

При наличие на домашна котка в контакт с бременната жена се препоръчва: Консултиране с лекар за диагностичните възможности, които предлага съвременната медицина - в това число серологични тестове за имуноглобулини класове IgG и IgM, тестове за авидитет и при нужда молекулни техники за

пренатална детекция на ДНК на паразита в амниотична течност. Консултиране с лекар за възможностите за съвременна ултразвукова диагностика на признаците на вродена токсоплазмоза, както и за лечение по време на бременност. Предварително осведомяване за начините на проследяване на детето след раждане при съмнения за вродена токсоплазмоза [5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За да се избегне заразяване и последваща увреда на плода е най-важно да знаем как да се предпазим. Предпазване заразяването от токсоплазмоза е особено важно за жените в детеродна възраст и лицата с потисната имунна система. Профилактиката може значително да намали риска от заболяемост и да подобри шансовете за раждане на здраво дете. Бременните жени трябва да спазват висока хигиена и при съмнение за заболяването да се изследват незабавно!

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Бояджиян , Х , Инфекциозни болести- Медицина и Физкултура , Плевен , 2009г.
- [2] <http://ramuslab.com>
- [3] <http://www.hera.bg>
- [4] <http://www.puls.bg>
- [5] <http://invitro-plovdiv.com>
- [6] <http://www.genicalab.com>

За контакти:

Станимира Цветанова Ангелова ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи” Специалност „Медицинска сестра” тел:0878247007

Децата старци – прогерия

автор: Станимира Ангелова

научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева

Abstract: Progeria is an extremely rare genetic disease of childhood characterized by dramatic, premature aging. The condition, which derives its name from "geras," the Greek word for old age, is estimated to affect one in 4 million newborns worldwide.

Key words: Progeria ; genetic disease ; premature aging

ВЪВЕДЕНИЕ

Прогерията (от гръцки geras – старост) или известна още като синдром на Хътчинсън-Гилфорд (HGPS) е изключително рядко наследствено заболяване, засягащо кожата, мускулатурата и кръвоносната система, което се характеризира с преждевременни признаци на стареене в много ранна възраст. Среща се на 1:8 мил живородени деца [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Това рядко заболяване се характеризира с преждевременно остаряване на организма още в ранна детска възраст, както и преждевременна смърт (често преди настъпване на 20 години) в следствие от типични за напредналата възраст атеросклерози на сънните и коронарните артерии [1].



Заболяването **прогерия** (Progeria) е известно преди повече от век и се нарича синдром на Хътчинсън-Гилфорд (Hutchinson-Gilford). През 1904 г. Гилфорд (H. Gilford) описва особен вид нанизъм (джуджешки ръст), сходен с наблюдението на Хътчинсън (J. Hutchinson) от 1886 г. Дълго време заболяването прогерия се разглежда като особена форма на недостатъчност на хипофизата. Микроскопското изследване на хипофизната жлеза установява значителна редукция (намаляване) на еозинофилните клетки в аденохипофизата, която обаче сама по себе си не може да обясни особеностите на клиничната картина. В крайна сметка е прието, че децата старци страдат от вродено нарушение с неизвестна причина, водещо до комплексна дистрофия с развитие на малформации в целия организъм.

Характерни за заболяването са: обща атрофия, обездвижване и слабост. Аналогичен процес на прогерията, но на клетъчно ниво се развива при всеки един човек. Този процес представлява физиологичен механизъм на подмяна на едни

клетки в организма с други. Това започва още по време на ембрионалното развитие, при оформянето на органите и тъканите в човешкото тяло и продължава през целия живот. При наличие на тежки заболявания клетъчното остаряване рязко сеускорява, което е съпроводено и с загиване на голям брой клетки, особено невъзвратимо увредените от патологичния фактор. Този микроскопски компенсаторен процес при прогерията сякаш е уголемен до мащабите на целия организъм и протича синхронно във всички негови клетки [4].

Специалистите обясняват, че прогерията е засяга предимно представители на бялата раса – 97% от всички описани случаи. Причината за тази расова предопределеност все още е загадка за научните среди. Забелязва се предразположеност, макар и слаба, за развитие на заболяването при момчета. Отношението мъже – към жени е 1,5 : 1. Въпреки, че заболяването е вродено, често остава неразпознато при раждането. В други случаи се наблюдават склеродерматозни кожни промени. Диагнозата най-често се поставя на възраст между 6 и 12 месеца, когато аномалиите се засилват и се появяват характерните лицеви белези, кожни и мускулно-скелетни изменения [1].

Трудно е да си представим страданията на родителите, чиито деца буквално остаряват пред очите им - 7-8 пъти по-бързо, отколкото старее обикновеният човек. Има два типа прогерия - детска и възрастна. В продължение на цялата история на световната медицина били регистрирани не повече от 80 случая на прогерия, в това число при 13-годишната Хейли Окинс, 7-годишния Ашанти Елиот-Смит и 12-годишния Онтламетсе Фалатсе, който е единственият чернокож, пострадал от заболяването.

Причина за детската прогерия е мутация в гена LMNA, който кодира ламините. Ламините са белтъчини, изграждащи специален слой в обвивката на клетъчното ядро. В някои семейства (кръвнородствени бракове) болестта била открита в деца, което свидетелства за възможността за автозомно-рецесивен тип наследяване. В клетките на кожата на такива пациенти били открити нарушения в работата на механизмите за възстановяване на ДНК, нарушения при деленето на клетките в съединителната тъкан и атрофични изменения в двата основни слоя на кожата - епидермиса и дермата. Нещо повече - в тях отсъствала подкожна мазнина. Макар че детската прогерия може да бъде вродена, в повечето пациенти с клинични признаци тя не започва да се проявява веднага след раждането, по правило това става на възраст 2-3 години. Растежа на детето рязко се забавя, наблюдават се ярко изразени атрофични изменения в дермата. Кожата става тънка, суха и сбръчкана. По тялото се появяват зони с хиперпигментация. През тънката кожа започват да „прозират“ вените. В болните, по правило, главата е голяма, горната част на лицето е много голяма, докато в същото време долната част е недоразвита. Наблюдават се също атрофия на мускулите, дистрофични процеси в зъбите, косата, ноктите, забележими изменения в костно-ставната система, хипоплазия на половите органи, нарушения в липидната обмяна, катаракта и атеросклероза.

Средната продължителност на живота на децата, страдащи от прогерия, е около 13 години. Болшинството медицински източници показват възрастови граници в рамките на 7-27 години, но случаите на достигане на пълнолетие са много редки. Известен е само един случай, когато болният от прогерия е успял да премине 27-годишната граница - това бил японец, който достигнал до 45 години. При възрастната прогерия се наблюдава уплътняване на епидермиса, склероза на съединителната тъкан. Клинично заболяването започва внезапно да се проявява в периода на полове съзряване. При това се наблюдава забавяне на растежа и симптоми на хипогонадизъм. Обикновено в третото десетилетие от своя живот такива хора побеляват, косата им започва да опада, развива се катаракта, кожата много бързо повяхва, ръцете и краката стават изключително тънки. У болния се развива остеопороза, метастатична калцификация на меките тъкани, остеомиелит.

Често заболяването се съпровожда от диабет, а така също не са редки случаите на развитие на ракови заболявания [3].

Други характерни изменения, по които може да се разпознае синдрома на Хътчинсън-Гилфорд са:

- Повишен, писклив глас;
- Нисък ръст и ниско тегло още при раждането;
- Забавен растеж;
- Незавършена сексуална зрялост;
- Предразположеност към фрактури, скелетни аномалии, остеопорозни и артрозни и зменения;
- Забавено израстване на зъбите, анодонтия, хиподонтия или струпване на зъбите;
- Отслабване или дори загуба на слуха;
- Хипертония [1].

Излекуването е практически невъзможно и повечето пациенти умират от усложнения, предизвикани от атеросклероза и рак. Каузално (на основната причина) лечение за аномалията при прогерия няма. Медицината е безсилна на този етап да се справи с това заболяване. Децата старци се лекуват с общи, стимулиращи организма средства, например анаболни стероиди, витамини, микроелементи. Съществени, но трудно осъществими при прогерия са профилактичните мерки на атеросклеротичните изменения в кръвоносните съдове. Тези промени прогресират бързо и пораженията в жизненоважните органи, нанесени от тях са една от основните причини за смърт при децата старци, както и при всички останали хора по света [4].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въпреки всичко - надежда има. Група американски учени под ръководството на проф. Франсис Колинс, по-рано участвала в изследвания на генома на човек, открила способ за лечение на прогерията. Макар че изследователите направили само първите стъпки в тази посока, професор Колинс подчертал своята увереност, че е намерен правилния път. Групата на професор Колинс успял да отстрани патологичния белтък прогерин по пътя на въвеждане в болната клетка на рапамицин. Именно заради прогерина се развива болестта, предизвикваща преждевременно стареене и смърт на децата. Има вероятност, че прогеринът се формира от нормалните белтъчини на ламините. Ако генът мутира, то ламините се превръщат в белтъчини на прогерина. Клетките, „излекувани“ с помощта на рапамицин, не само започват да функционират нормално, но и техният жизнен цикъл значително се увеличава, дори в сравнение със здравите клетки. Сега американските молекулярни биолози планират да започнат клинични изследвания на рапамицина и да изучат неговото влияние върху детската прогерия [3].

ЛИТЕРАТУРА

- [1] <http://www.puls.bg>
[2] <http://medpedia.framar.bg>
[3] <http://www.lechitel.bg>
[4] <http://zdrave-bg.eu>

За контакти: Станимира Цветанова Ангелова ФЗОЗГ, Катедра „Здравни грижи“ Специалност „Медицинска сестра“ тел:0878247007

Булимия – другото лице на хранителните разстройства

автор: Станимира Ангелова

научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева

Abstract: *Bulimia nervosa is an eating disorder characterized by frequent episodes of binge eating, followed by frantic efforts to avoid gaining weight. It affects women and men of all ages.*

When you're struggling with bulimia, life is a constant battle between the desire to lose weight or stay thin and the overwhelming compulsion to binge eat.

Key words: *Bulimia ; eating disorder; psychosocial treatments*

ВЪВЕДЕНИЕ

Апатия, депресия, нарушение в хранителното поведение са симптомите на двете заболявания. Анорексията и булимията са две заболявания, които засягат предимно жените и момичета на възраст 16-30 години. Те са свързани с нарушения на хранителното поведение. Булимията е сериозно нарушение в хранителното поведение, което се изразява в честа консумация на големи количества храна, последвана от целенасочено "почистване на организма", което се осъществява по различен начин. Някои сами предизвикват повръщане, взимат очистителни, диуретични (пикочогонни) средства и др. Булимията е свързана със загуба на контрол над храненето и постоянна, изключителна концентрация върху телесното тегло и форми. Това хранително нарушение, подобно на анорексията, се среща изключително при жените, най-често на възраст между 16 и 40 години. Булимията има много причини, но една от най-честите е депресията. Друг отключващ момент е свръхтегло или затлъстяване в миналото, особено в детска възраст и пубертета, което създава доминанта за специален свръх контрол върху теглото. Има жени с анорексия, които имат булимични пристъпи. Силният, неконтролиран глад може да последва като реакция на хроничното полугладуване.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Връзката между соматично и психично може да бъде проследена чрез разглеждане на центрове и системите, свързани с храненето. Информацията за хранителното състояние се интегрират в хипоталамуса, за концентрацията на хранителни вещества и хормони и се преобразуват в комплексни поведенчески диспозиции. Хипоталамусът се намира между главния мозък и средния мозък и има много тясна локална и функционална връзка както с хипофизата, която регулира на по-високо равнище функцията на най-различните жлези в тялото, така и с лимбичната система, която се счита за регулационен център на емоционалните състояния. Тук откриваме структури, които отговарят за регулацията на телесната температура и водния баланс, наред с други, които функционират като интеграционни центрове за елементарни начини на поведение като защитното поведение, репродуктивното сексуално поведение и хранителното поведение. За "център на глада" се счита разположеният отзад и странично дорсолатерален хипоталамус, "център на ситостта" е разположеният отпред в средата вентромедиален хипоталамус. Тази част на хипоталамуса е отговорна за дългосрочния контрол на хранителното поведение и има съществен дял в регулацията на теглото. Храненето може да повлияе на емоционалното състояние и чрез съставките на храната. Това може да се демонстрира със серотонина, едно от многобройните вещества преносители в мозъка: серотонинът се произвежда от съдържащата се в храната аминокиселина триптофан. Храната с високо съдържание на въглехидрати провокира отделяне на хормона на панкреаса – инсулин, който от своя страна отново повишава нивото на серотонина. Чрез

различни рецептори в мозъка серотонинът предизвиква състояние на релаксация и подобряване на настроението. Падането на нивото на серотонина в състояние на глад или чрез еднообразна, бедна на въглехидрати храна води до депресивно настроение [2]. Доказана е връзката между психичните, социалните и биологичните фактори за възникване на булемията.

Психогенни причини - нарушение на вътрешно семейните отношения, най често конфликт между майката и дъщерята; при усещане за отхвърлени и ненужни, при недостиг на ласка и нежност. Душевна изолация - при разтрогване на трайна връзка, развод или смърт на близък човек. Тогава храната става източник на положителни емоции и механизъм за защита от депресията, лекарство от страха [1].

Социални причини - прилагане на неправилен стил на отглеждане и възпитание на родителите, изразяващи се в претенциозност и високи амбиции; единствено дете в семейството; продължително гледане на телевизия с постоянно похапване - чипс, крекери, ядки и др.; мързел и ниска двигателна активност; изменение на представите за стандартна фигура.

НЕРВНАТА БУЛЕМИЯ засяга преимуществено момичетата и младите жени. Засиленото чувство за глад възниква, като правило, един път дневно и се отстранява с приемане на висококалорична храна с последващо предизвикване на повръщане, т.е. за нервната булимия е характерен цикълът: храна-повръщане. Целта на предизвиканото повръщане е отслабване, стремеж към изящество или желание за освобождаване от затлъстяване. Като допълнение към всичко болните използват слабителни и диуретични средства за изкуствено изпразване на червата и намаляване на теглото, усилено се занимават с физически упражнения. Но въпреки всички усилия масата на тялото неуклонно се увеличава и порочният кръг хранене - повръщане повторно поемане на голямо количество храна продължава. **Физически признаци на нервната булимия се изразяват в:** увеличение на теглото; подпухване на слюнните жлези заради повръщането; поражение на зъбния емайл заради контакта с киселото съдържание на стомаха; зачервяване на лигавицата на устата в съчетание с малки точковидни кръвоизливи; мускулна слабост, свързана с поглъщане на диуретични препарати и отделяне на солите от организма; пристъпи на болка в областта на сърцето и изменения в електрокардиограмата; болки в коремната област; пристъпи на „вълчи апетит“ през нощта; спиране на менструацията; влошен сън. **Психологически портрет на пациент с булимия:** Тенденция към запасяване; еготиически безсмислено разточителство на ценни продукти за хранене; преобладаване на депресивно настроение; истерични прояви; склонност към усамотяване; завишена възискателност към себе си и към другите в съчетание с егоизъм; занижена самооценка; живот, съсредоточен върху храната и собствената фигура; фиксация върху необходимостта за укриване на повишения стремеж към храна; отстраненост от приятелското обкръжение; признание за наличието на чувство за глад; повишена сексуална активност; потребност да се прави презапасяване с продукти; склонност към кражба на продукти от хладилници или в магазини.

Ролята на родителите и близките е важен и решаващ момент за откриването и лечението на състоянието. Инициативата за изследване и избор на необходимото

лечение на болния от булимия трябва да принадлежи на родителите или близките. При прекомерно повишен апетит са необходими консултации с психолог, ендокринолог, гастроентеролог, психоневролог и генетик. Колкото по-рано се открие причината за булимията, толкова по-висока е ефективността на лечението. В никакъв случай не бива да се прибегва до рекламираните възшебни /магически/ чудодейни средства, изгарящи мазнините и препарати за понижаване на телото. Само лекар може да прецени състоянието на болния и да даде препоръки за лечението на конкретната биологически активна добавка. Хората, страдащи от булимия имат нужда преди всичко от деликатно отношение! Те се чувстват дълбоко нещастни и объркани. Те изпитват потиснатост, тревога и комплекс за собствената си несъстоятелност. Затова психотерапевтичната корекция се провежда дълго и постепенно. Най-честата причина за това заболяване е депресията. Състоянията на апатичност, отчаяние често се компенсират с прекалено лакомо и безконтролно хранене, като болните поглъщат много високовъглехидратна храна, сладки неща. Любими за булимичите са сладоледът, бонбоните, десертите, кремове, които са силно подсладени. Когато изпаднат в булимична криза, някои жени могат да погълнат над 3000 калории за два часа, а след това започва изтезанието с диети, явява се неудовлетвореност, дори отчаяние от слабата воля да се избегнат кризите[1]. На практика се оказва, че анорексията, булимията затварят един порочен кръг, от който излизането е невъзможно без квалифицирана медицинска помощ. Булимията е болест, при която пристъпите на ненаситно хранене са последвани от самовнушено повръщане, често извършвано тайно. Най-разпространена е сред жените между 15 и 30 години и както страдащите от анорексия, те маниакално се страхуват от напълняване, което всъщност причинява повръщането. Някои болни употребяват разхлабителни средства, за да изхвърлят бързо храната. Булимията може да доведе до значителна загуба на килограми (макар и не винаги). Ако повръщанията са чести, това ще обезводни организма, ще го отслаби и парализира. Болните обикновено изпадат в депресия, а понякога се самоубиват. Колкото по-рано е започнато лечението, толкова по-ефективно и по-евтино е то. Най-добри резултати дава комплексното лечение изразяващо се в съчетаването на психотерапия (индивидуална и семейна) диетотерапия и медикаментозно лечение. Специализираното лечение е от особено значение, тъй като болестта изисква не само физическа, но и психологическа подкрепа. Това лечение включва наблюдение и регулиране на хранителните навици, както и здравни съвети или психотерапия [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

През 1997 г. булимичките в България са били едва 15% от жените до 30-годишна възраст. Година по-късно болните момичета се увеличават с 1%. До края на 2004 г. са регистрирани 17,5% булимички и анорексички, през 2005 г. вече са над 40 на сто. Над 40% от жените между 15 и 40 години у нас страдат от булимия или анорексия, алармират лекари. По официални данни 250 хиляди пациенти са с хранителни проблеми и търсят помощ от докторите. Реалният им брой обаче е двойно по-голям, категорични са експертите. Причината да не са регистрирани всички е, че заболяването се открива трудно. Освен това много момичета се крият и не искат да се консултират с докторите. Все по-често жените боледуват

едновременно и от булимия, и от анорексия. И двете заболявания увреждат тежко психиката на жената.

Ранното откриване, подкрепата от близките и комплексното лечение е от решаващо значение за прогнозата и изхода на заболяването.

За избягване на нарушеното хранене, е важно да се разбере, че:

- Диетата е най-лошият начин да отслабва.

- Закуската е най-важното хранене за деня.

- Най-добрият начин за добра форма и здраве, е прилагането на принципите на здравословното хранене и физическата активност[3][4].

ЛИТЕРАТУРА

[1] Балабански Л., Хранене и диететика –медицина и физкултура, 1988г.

[2] <http://www.platnikov.com>

[3] <http://www.psiholozi.com>

[4] <http://studentskigrad.eu>

За контакти:

Станимира Цветанова Ангелова ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи” Специалност „Медицинска сестра” тел:0878247007

Необходимост от комплексни мерки за профилактика и ранно откриване симптомите на анорексията

автор: Станимира Ангелова

научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева

Abstract: *Thoughts about dieting, food, and your body may take up most of your day—leaving little time for friends, family, and other activities you used to enjoy. Life becomes a relentless pursuit of thinness and going to extremes to lose weight.*

But no matter how skinny you become, it's never enough.

Key words: *Anorexia ; dieting ; eating disorder*

ВЪВЕДЕНИЕ

Статистиките показват че от 40 до 50 процента от младите жени в колежа и университетите днес са с нарушено хранене. По времето, когато момичетата достигат до 13-годишна възраст, 80% изпитват недоволство от тялото и теглото си и докладват че вече са били на диети. Нарушеното хранене, което включва пропускане на хранения, диети, ограничаване на определени храни или цели групи хранителни продукти, емоционално преяждане или ядене само когато си гладен и т.н., на практика се превръщат „в норма“ в нашето общество днес. В един свят, където истинския смисъл на здравословното хранене е изгубен или изкривен и се е превърнал в разстроени модели, като ограничаване на храни, които съдържат мазнини или захар, да се считат за "здравословни".

Нужно е различаването между нарушено хранене и клинично хранително разстройство макар че и двете заслужават внимание и са условия за диагностика [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Въпреки множеството случай на анорексия, опитите да намеря сведения за реални пациенти не се ованчаха с успех. На практика случаите, които биват лекувани никога не започват в психично заведение, както е редно. За жалост поради бавното и незабелязано развитие на заболяването, а и със сигурност самата ловкост на болните, пречи заболяванията да бъдат диагностицирани в ранния етап от развитието. Това че често болните биват насърчавани и им се правят комплименти за загубата на теглото, в общество което възхвалява слабостта и често тя е единицата за красота и съвършенство, прави доста трудно разграничаването на това кое е естетическо и кое здравословно, особено за момичетата в юношеските им години. Хранителните разстройства са мултидетерминирани състояния, резултат от действието на редица биологични, психологични и социално-културни фактори. За появата на хранително разстройство има значение генетичният компонент; конституционалната предразположеност на личността чрез особеностите на темперамента, телесната конструкция, тегловата хомеостаза и др.; особеностите на пубертетния процес в неговия биологичен, психологичен и социален аспект и на личностните ресурси за адаптация към собственото биологично съзряване; дефицити в аз-концепцията. Същевременно хранителните разстройства са социо-културален феномен на урбанизираните общества, където съществува изобилие от храна, нетолерантност към затлъстяване, идеализиране на слабото тяло и превръщането му в критерий за лична компетентност.

Анорексията е психо - соматично заболяване, характеризиращо се със следната сипмтоматика: **Физически промени**-спад на телесното тегло под нормата за съответните възраст и ръст и отказ да се поддържа тегло в рамките на медицински определените параметри за здравословно тегло; индекс на телесната маса под 17.5 при възрастните, 85% от нормалното за възрастта тегло при децата; забавен растеж и физическо развитие при децата; понижено либидо, импотентност при мъжете; смущения в електролитния баланс; проблеми с кръвообращението; понижена функция на имунната система; отпадналост; главоболие; рушене на зъбите; косопад; суха кожа, напукани устни; чупливи нокти; при жени във фертилна възраст (след започване на менструацията и преди настъпване на менопаузата) отсъствие на три последователни менструации; симптоми на недोхранване като понижен метаболизъм, нисък пулс, хипотермия и анемия; наличие на други хранителни смущения. Основните **психически нарушения** са свързани с нереалистична представа за външния вид; самооценка, която се основава най-вече на теглото; натрапчиви мисли за храна и собственото тегло; перфекционизъм, повишена критичност към себе си. Емоционални промени - честа смяна на настроението; клинична депресия. **Социални и междуличностни промени**- влошаващи се резултати в работата или в училище, макар че при някои болни това не се наблюдава, вследствие на тенденциите им към перфекционизъм; прекъсване на контакти с приятели и връстници; влошаване на отношенията в семейството. **Поведенчески**- ограничение на храната, често отказ да се приемат определени храни (твърде калорични, богати на мазнини); прекомерни физически упражнения; пазене в тайна на особеностите в хранителния и физическия режим; нерядко самонараняване, опити за самоубийство, злоупотреба със забранени вещества[2].

В миналото неправилно се е считало, че прекомерното и безразборно спазване на диети води до анорексия. Установено е обаче, че анорексията е психическо заболяване, което не е следствие, а причина за хранителните аномалии. Много често преди да започнат "регулиране" на храната, при анорексиците е налице силно повишена тревожност. Проблемите най-често са свързани със семейната сфера, интимния живот, неудовлетворителното отношение на приятели и връстници. Обикновено се появяват натрапчиви мисли, че ако отслабнат, ще се случат определени неща: например ще бъдат по-щастливи, ще са по-харесвани, животът им ще се промени в положителна насока. Често преди задълбочаването на тревожните симптоми, болните от анорексия получават положителни отзиви за външния си вид от приятели и познати, което затвърждава убеждението им, че възприетият от тях режим им помага да бъдат по-щастливи. Спазването на режима ги кара да се чувстват силни, като контролират високата тревожност, провокирала развитието на заболяването. Характерна е повишена критичност към себе си. Придържането към нездравословния начин на живот, възприет от болните от анорексия, може да доведе до летален изход. Анорексията се счита за психическо заболяване, водещо до висока смъртност

Проблемите с храненето често започват като обикновена диета, опит да се възвърне част от самочувствието и контрола. Контролът е важен фактор, когато се опре до храненето и това най-вече важи при анорексията. Боледуваният може да почувства,

сякаш неговият живот е или е бил извън контрол, и че този контрол може някак си да бъде преоткрит чрез регулиране на храната и теллото.

Няма точно фиксирани фактори, предизвикващи анорексия, и причините за нейната поява са различни за всеки човек. Често има редица допринасящи фактори, много от които могат да бъдат от миналото на боледуващия. Единственото нещо, което страдащите от анорексия споделят като общо, е ниското самочувствие, дори и ако то не се проявява често. Ниското самочувствие може бързо да доведе до негативна представа за себе си, особено изкривена представа за външния си вид. Още от самото начало, анорексията е начин за справяне и начин на отношение към проблемите, когато животът на човек е сякаш извън контрол [2].

Профилактика и лечение: Причините да се развие анорексия са строго индивидуални и трябва да се разглеждат по този начин. Проблемът е, че близките забелязват развитието на болестта доста късно, защото болните от анорексия добре се прикриват. Когато стане ясно, че е налице анорексия, обикновено нещата са извън контрол и се налага спешно настаняване в болница, с цел физическо оцеляване на пациента, а не реално лекуване на анорексията. Много важно е да се знае, че анорексията предхожда диетите, а не е резултат от тях. В момента, в който се установи, че даден човек е болен от анорексия трябва веднага да се пристъпи към лечение и то да бъде комплексно. Условиата за добро лечение са много, но като начало трябва да се потърси психолог и диетолог, а когато става въпрос за болнично настаняване и интернист. Нито едно от тези звена не може да бъде пропускано. Лечението е много продължително и доста трудно както за болния, така и за тези, които са около него [2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Във всяко училище има поне по 10 момичета с анорексия. Най-малко по две жени минават през всеки специализиран кабинет по диетология само за ден. Във всяко училище пък има поне по 10 болни момичета. Само за последната година жените с хранителни проблеми са се увеличили с 23%, сочи статистиката. Жертви на анорексията са предимно тийнейджърките, а от булимия най-често страдат младите жени, обясняват лекарите. Проблемът е, че дамите масово предпочитат да отслабват с гладуване, твърдят лекарите. Едва 1/3 от тях спортуват активно, което е далеч по-ефективно. Болестта е много опасна, защото уврежда бъбреците, сърцето, черния дроб, създава хормонални проблеми, засягат се щитовидната жлеза и женските полови органи. Смъртните случаи при тези момичета са зачестили значително. Едва 50% от тях живеят повече от 2 г. след откриване на болестта, ако не се вземат спешни мерки, сочи статистиката. Въпреки, че очевидно нарушеното хранене не е достатъчен индикатор за клинично диагностициране на Хранително Разстройство, то може да стане предшественик или да натисне спусъка за появата на клинично Хранително Разстройство, в генетично податливи индивиди. Деца се диагностицират с анорексия нервоза от 7 годишна възраст, а средната възраст на поява е намаляла от възраст 13 -17 до възраст от 9 -12.

Според Български източници, за последните няколко години в България разпространението на Хранителни Разстройства е нараснало с 12% сред децата на възраст под 12 год и сред жените и мъжете над 40 години, което автоматично превръща хранителните нарушения в масови заболявания, изискващи сериозно внимание и ранно откване поради дългото им и трудно-но възможно лечение.

Статистическите данни са изключително тревожни, фактът, че все по малки момичета са засегнати от заболяването налага необходимостта от комплексни мерки и информираност на дацата и техните родители. Медицинските специалисти в училищно здравеопазване и психолозите в училище е необходимо да провеждат здравно образователни беседи по проблемите за анорексията, освен с децата от ранна възраст, но и с техните родители. Целта е запознаване с причините, симптомите и ранното откриване на проблема.

Проблемът е твърде сложен за решаване, точно това налага необходимост от комплексност и ангажираност на учители, психолози, медицински специалисти и родители. Когато проблемът е вече факт, се оказва, че първите симптоми и прояви са изпуснати. Родителите се чувстват безсилни и с усещане, че никой не желае да им помогне в тази тежка борба, често завършваща неблагоприятно.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Ачкова, М; Бояджиев, М, Натраплива невроза, Медицина и Физкултура, София, 1988г.

[2] <http://www.psiholozi.com>

[3] <http://www.platnikov.com>

За контакти:

Станимира Цветанова Ангелова ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи” Специалност „Медицинска сестра” тел:0878247007

Различни гледни точки при интерпретацията на информацията за ползата и вредата от марихуаната.

автор: Станимира Ангелова

научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева

Abstract: *The medical use of marijuana is limited because different strains of the plant contain different amounts of various compounds, which makes effects hard to predict. Medical researchers have isolated substances from the plant (cannabinoids) that can be used in precise doses alone and in combinations with other medicines to achieve more predictable effects. THC and marijuana are promoted to relieve pain, control nausea and vomiting, and stimulate appetite in people with cancer.*

Key words: *Medical cannabis; cancer ; marijuana; THC*

ВЪВЕДЕНИЕ

През последните няколко години въпросът за легализирането на марихуаната и използването и за лечебни цели в България се дискутира от позицията на различни гледни точки и мнения. Говори се за промяна в Наказателния кодекс. Факт е, че все повече са българите, които прибягват до употребата на канабис, сочи статистика на Националния съвет по наркотични вещества. Данните показват, че повече от 500 000 души между 18-64 години са опитвали марихуана поне веднъж в живота си, което е ръст с 40 на сто спрямо 2003 година, съобщи за БТА Калин Ангелов, адвокат по наказателно право. Ангелов коментира, че според него логичното развитие на политиката към канабиса е постепенната му регулация по отношение на производство, съхранение, продажба и употреба. Той припомни, че в много държави марихуаната се използва за лечебни цели, което се нуждае от законови корекции в България [7].

Законовата регулация по отношение на използването на марихуаната с медицинска цел, вероятно ще отграничи лечението от криминалната употреба на марихуана. Обществото и законодателните органи са отговорни пред децата, възприемащи достъпната, не винаги, основана на истината информация в своя полза и оправдание.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Употребата на марихуана има дълга история като първото медицинско споменаване на конопа е в китайски текст от 2737г. пр.н.е. Марихуаната предизвиква лека еуфория, приятни усещания, размиване на усещанията за пространство и време и леки халюцинации при много високи дози [2].

Смолата на растението съдържа активната субстанция, която предизвиква психотропните ефекти – делта 9 тетрахидроканабинол или THC. Канабисът съществува и се употребява под няколко форми: Марихуана - произвежда се от изсушени и нарязани връхчета на растението. Процентното съдържание на THC е от 2 до 5 %; Ганджа – приготвя се от съцветията и връхчетата на култивирано растение и е с по-висока концентрация на THC; Хашиш – приготвя се от смолата на растението. Съществува под формата на твърдо тесто, чийто цвят варира от зелен през тъмно кафяв до черен. Концентрацията на THC е от 5 до 25 %. Хашишово масло – извлича се от хашиша, един по-рядко употребяван продукт, в който концентрацията на THC достига до 50%. Цветът му е тъмно кафяв [1].

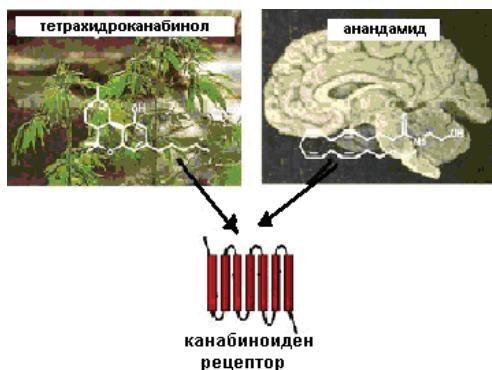
Активното вещество е делта-9-тетрахидроканабинол (THC), вид многовалентен алкохол. По структура няма нищо общо с алкалоидите като хероин, кокаин или ЛСД. Смъртоносната доза за човека не е известна. Лабораторни експерименти с бозайници показват обаче, че дозите, които биха били необходими за смъртоносен ефект, не са постижими чрез стандартните методи за консумация на веществото. Марихуаната не предизвиква физическо пристрастяване. Съществуват данни за

корелация между психични разстройства и заболявания и консумацията на марихуана, но тази връзка не е напълно изследвана. Няма доказана връзка между употребата на марихуана и по-твърди наркотици като хероин.

Димът на марихуаната е най-вероятно по-вреден от тютюневия, тъй като съдържа повече карциногени. Към това се прибавя и фактът, че пушачите обикновено се стремят да задържат дима по-дълго и да вдишват по-дълбоко, за да увеличат желаните ефекти [2].

Механизъм на действие се изразява в това, че преди продуктите на канабиса да влязат в мозъка, в него действат инхибиторните невротрансмитери, които подтискат освобождаването на допамин в синапса. Натуралните канабиноиди (като анандамид) свързват рецепторите на инхибиторните невротрансмитери и изключват инхибиторния механизъм. Така се освобождава допамин. THC (тетраhydroканабинолът) - активния инградиент на канабиноидите имитира действието на анандамида, свързва канабиноидните рецептори и блокира инхибиторния път. Освобождава се допамин. Знае се, че анандамидът е свързан с премахването на излишните краткосрочни спомени. Отговорен е също така за забавяне на движенията, поради което ние се чувстваме отпуснати и спокойни. Марихуаната пречи на нормалното предаване на сетивната информация в съответните сетивни зони на мозъка. При пушене на марихуана ТХК бързо преминава през белите дробове към кръвния поток като носи със себе си и много други химични съставки. Чрез кръвта тези съставки бързо достигат до много органи, включително и мозъка. Ефектът на марихуаната и другите производни на канабиса се дължи на основното свойство на ТХК да активира специфични рецептори, известни като **канабиноидни рецептори**. Тези рецептори са разположени основно в мозъка - в зоните, контролиращи сетивата, паметта, мисълта, удоволствието, концентрацията и координацията на движенията. Това може да накара употребяващия да вижда, чува и чувства стимулите по различен начин и да забави неговите рефлексии. На физическо ниво – сухота в устата, зениците се разширяват, очите са зачервени, пулсът се ускорява, кръвното налягане се повишава. Употребата на канабис влияе върху паметта и може да се стигне до временната ѝ загуба. Намалява се концентрацията, възможно е мускулно отпускане, затрудненост на движенията, главозамаяване [5].

Нови открития и изследвания- възниква въпросът каква е физиологичната функция на т.нар. канабиноидни рецептори, които нормално съществуват в човешкия организъм? След поредица от изследвания, през 1992г. учените откриват субстанция, произвеждана от мозъка, която активира канабиноидните рецептори и има много сходен физиологичен ефект като ТХК. Учените наименуваха тази субстанция **анандамид**, което на санскрит (древноиндийски) означава "блаженство". Всъщност мозъкът произвежда и анандамида и канабиноидните рецептори, към които той се свързва.



Тетрахидроканабинол - психоактивен компонент в канабиса.

Анандамид - медиатор, произведен в мозъка.

Тези вещества са много сходни помежду си и имат свойството да се свързват сканабиноидния рецептор .

Откриването на анандамида разкрива възможности за нови изследвания. Сега учените активно изследват влиянието на тези субстанции (анандамид и ТХК) върху мозъка. Знае се със сигурност, че анандамидът присъства при нормалното функциониране на мозъка. Тези изследвания ще помогнат да се разбере не само как марихуаната въздейства върху нервната система, но също и защо се предизвиква психическа зависимост. Особен интерес представлява това дали могат да се използват с лечебна цел. Установено е, че синтетично полученият и направен във вид на медикамент анандамид помага за предотвратяване на повдигането при лечение с химиотерапия и стимулира апетита при болните от СПИН. Показва благоприятни резултати и при лечение на глаукома, намалявайки вътреочното налягане. Откритията за анандамида довеждат до по-добро изучаване на някои заболявания и за по-ефективното им лечение [5].

Молекулярни биолози говорят за потенциала на канабиноидите при лечението на рак- в продължение на повече от десетилетие, изследователи в Испания изучават потенциала на съединенията открити в конопеното растение за лечение на рак. Доктор Кристина Санчез е молекулярен биолог от Университета Комплутенсе в Мадрид, Испания. През последните 12 години д-р Санчез и нейният екип са провели обширно проучване на анти-туморни ефекти на канабиноидите. Нейната лаборатория не е единствената, която изследва уникалния потенциал на химичните съставки открити в билката. Всъщност, учени от много части на света, включително САЩ, са демонстрирали способността на канабиноидите да се борят с различни видове тумори. В скорошно интервю с Cannabis Planet TV, д-р Санчез описва как нейният екип е стигнал до откритието и защо канабиноидите и ракът са нейният обект на внимание оттогава[4]. Д-р Санчез: „Започнахме работа по този проект преди 12-15 години и буквално беше случайно. Тогава работихме с астроцити и решихме да сменим модела и да работим с астроцитоматни клетки - туморните клетки. Наблюдавахме, че когато тези ракови клетки са третирани с канабиноиди, те загиват. Ние реално убивахме раковите клетки! Затова си казахме, че сме изправени пред потенциални антитуморни реакции.“, “Решихме да анализираме тези съединения в животински модели на рак на гърдата и мозъчни тумори. Получените резултати ни казват, че канабиноидите могат да бъдат полезни при лечение на рак на гърдата. Започнахме да правим експерименти в животински модели на глиобластом - мозъчни тумори - и наблюдавахме, че канабиноидите са много мощни за намаляване на туморния растеж. Раковите клетки могат да бъдат убити по различни начини, но след третиране с канабиноиди, те умират по „естествен“ начин. Реално те се „самоубиват“ (процес известен също като апоптоза). Едно от предимствата на канабиноидите и базираните на канабиноиди лекарства е,

че те са насочени специално към туморните клетки. Те не оказват токсичен ефект върху нормалните, не-туморни клетки. Това е предимство по отношение на стандартната химиотерапия, която е насочена, в общи линии, към всичко що е живо в нас. Когато започнахме да виждаме тези анти-туморни и убиващи ефекти върху раковите клетки, решихме да оставим настрана метаболитните проучвания и да се съсредоточим върху рака. " Д-р Санчез: „Контактуваме с лекари в Испания, невроонколози и специалисти по рак на гърдата, които са готови да тестват тези съединения в организма на свой пациенти. Растението, освен Тетрахидроканабинол ТХК, произвежда и канабидиол. Това съединение е много специално, защото не е психоактивно. Доказано е, че има много, много мощни (антиоксидантни) свойства. Канабидиолът предпазва мозъка от стрес и повреди, убива раковите клетки, и, когато се комбинира с ТХК, има синергичен ефект, което означава, че анти-раковият ефект се усилва. На този етап, имаме достатъчно предклинични доказателства в подкрепа на идеята, че канабиноидите могат да имат анти-туморни свойства "[4].

Канабисът може да предложи широк спектър от ползи за пациенти болни от рак, показва изследване проведено в Израел. Повечето хора разпознават медицинските свойства на растението като благоприятни за раково болните пациенти по един или друг начин. Въпреки това, растението канабис продължава да бъде забранено и тази забрана предотвратява много учени да провеждат лабораторни изследвания. Но поне на учените е разрешено да изследват изолирани вещества от растението канабис, което малко или много изпуска целия смисъл на упражнението. За радост, изследванията върху канабис в Израел са сразешени, поради законовото право на пациенти да използват билката за лечение. Изследване, в което участват над 200 пациента, открива че употребата на медицински канабис е довела до "значително подобрене" сред "всички" раково болни пациенти [4].

Публикувани са състояния при, които растението канабис е способно да помогне на пациенти в тяхната битка с рака. **Гадене и повръщане** - канабисът има способността да намаля гаденето и повръщането причинени от химиотерапия. Той е толкова ефективен, че дори хапче Тетрахидроканабинол (ТХК) (познато под името Маринол) е одобрено от правителството на САЩ, за третиране на гадене и повръщане още през 1985 година. **Загуба на телло** - заедно с гаденето, за пациенти претърпяващи химиотерапия, е доста трудно да поддържат нормално телло. Точно такъв идва канабисът - освен, че успокоява гаденето, той стимулира апетита. **Настроение**- раковоболните пациенти често страдат от рязка промяна в настроението и депресия. Не е тайна, че хората, които употребяват канабис се чувстват добре - и едно изследване обяснява защо. Множество изследвания показват, че химикалите в растението имат значителни анти-тревожност и анти-депресантни свойства. **Болка** - друго добре познато свойство на растението канабис е болкоуспокоителното. И докато това свойство се разпространява над множество хронични болки, изследванията показват, че растението е способно да облекчи болката при раково болни пациенти. **Сън** - пациенти болни от рак, често имат проблеми със съня. От друга страна, сънливостта е един от най-често срещаните странични-ефекти на растението. Тетрахидронаканабинолът е доказан да подпомага съня при пациенти претърпяващи химиотерапия. **Умора**- умората причинена от раковата болест може да накара пациента да се чувства сънлив през целия ден. Интересното в случая е, че канабисът явно помага на пациенти да се преборят с дневната умора, докато в същото време им помага да се наспят правилно през нощта. Този многослоен ефект върху съня може да зависи от сорта на билката и на баланса на канабиноиди, които тя съдържа. **Сексуална дисфункция** - сексуалната дисфункция е нормален, но малко разпространен факт за раково болни пациенти. Докато откритията по този въпрос не са толкова консистентни, канабисът има дълга история като афродизиак, датираща още от древна Индия - 3000 г. пр. Хр.

Запек- химикали открити в растението канабис могат да регулират храносмилателната система и в някои страни (където канабисът е разрешен), се предписва от доктор за широк спектър от проблеми с червата и стомаха. **Сърбеж** - докато реалните причини за сърбеж при пациенти варира, канабисът помага на някои да се справят с този неприятен симптом. **Рак** - може би, най-обещаващото свойство на растението канабис е унищожаването на раковите клетки. Предклинични изследвания от много години подкрепят способността на канабиса да унищожава раковите клетки и да ги спира от разпространение. Множество изследвания, проведени върху животински модели показват доказателства за анти-раковия ефект на билката. Тези изследвания са толкова много, че световни ракови организации - включително САЩ и Великобритания - са публикували множество ресурси в интернет страниците си, показващи ролята на канабиса и канабиноидите в борбата с рака [4].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Публикуваните многобройни изследвания, мнения и тенденции, предизвикват изключително сериозни въпроси. Информацията в интернет пространството е достъпна за всички, липсата на познания и достатъчно опит води до неправилното и интерпретиране и неразбиране, особено от децата. Те възприемат информацията избирателно, до толкова колкото са в състояние да я разберат, но я използват в тяхна защита и оправдание, за да употребяват марихуаната с усещането, че не извършват нищо нередно, незаконно и вредно.

Въпреки, че е твърде възможно лекарствата от канабиноиди да имат антинеопластични свойства, съществуващите в момента данни от отделни случаи на излекувани хора не са достатъчно доказателство за ефикасността им при отделни видове рак и големи групи от пациенти. Има много въпроси, на които трябва да се отговори по отношение на потенциала на канабиноидите като антиракови агенти. Необходимо е провеждането на изчерпателни клинични изследвания, за да се определи как канабиноидите могат да се използват за лечение на онкологично болни пациенти, извън приложението им като палиативно средство [3].

ЛИТЕРАТУРА

- [1] <http://www.stopdrug.info>
- [2] <http://orgchemistry.getika.com>
- [3] <http://medicalmarijuana.bg>
- [4] <http://www.konop.bg>
- [5] <http://drugportal.hit.bg>
- [6] <http://www.cancer.org>
- [7] <http://www.dnes.bg>

За контакти: Станимира Цветанова Ангелова ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи” Специалност „Медицинска сестра” тел:0878247007

Възпалителни заболявания на външни полови органи. Акушерски грижи.

автор: Никол Донева

научен ръководител: Доц. д-р Инаничка Сербезова

Inflammation disease of the female external reproduction organs: The external reproduction organs are located outside the pelvic cavity which makes their verification easier. Because of the location they are attacked from different types of viruses, bacteria, vermins and etc. Without healing they might lead to complications.

Key words: Inflammation, vulva, bacteria, viruses, diseases, etiology, symptoms, healing, attendance.

ВЪВЕДЕНИЕ

Външните полови органи се намират извън тазовата празнина. Към тях се причисляват големи и малки срамни устни, mons pubis, клитор, перинеум, входът на влагалището, хименалният пръстен и Бартолиновите жлези. Заболяванията на външните полови органи се наричат вулвити.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Поради разположението си вулвата често бива атакувана от разнообразни причинители на възпаление. Най-честите причинители на инфекциозни вулвити са дрождеподобни гъби, стафилококи, стрептококи, вируси и паразити. [2] В таблица 1 са представени някои от най-често срещаните инфекциозни вулвити и са предложени акушерските грижи.

Таблица 1

Име	Етиология	Клиника	Диагноза	Лечение	Грижи
Бактериална вагиноза /Gardnerella vaginalis/	Основният причинител е анаеробният микроорганизъм Gardnerella vaginalis. Той причинява намаляване на количеството и биологичния вид на лактобацилит е и стимулира масовия растеж на анаеробни микроорганизми [1].	Инкубационният период е от 5 до 10 дни. Пациентката съобщава за слаб до умерен вагинален флуор със специфична миризма, особено след полов контакт, наличие на зачервяване на вулвата, дизурия и диспареуния	Диагнозата се поставя на базата на снетата анамнеза, клиничното, микроскопско и микробиологично изследване.	Лечението се осъществява чрез медикаменти, които се борят с анаеробните микроорганизми. Пример: Flagyl, Clindamycin, Ampicillin, Tetracyclin и други.	-Подготовка на кабинета и инструментариума. -Снемане на анамнеза. -Попълване на документацията. -Извършване на проба за чувствителност към антибиотици. <u>При хоспитализация:</u> -Приложение на предписаните медикаменти. -Ежедневен двукратен тоалет на гениталиите. -Следене на общото състояние. -Грижа за здравето и комфорта на пациентката.

Име	Етиология	Клиника	Диагноза	Лечение	Грижи
Фурункулоса на вулвата /Furunculosis vulvae/	Най-честият причинител е <i>Staphylococcus aureus</i> . Микроорганизмите навлизат в космените фоликули и причиняват гноенно възпаление[2]	Пациентката съобщава за поява на ограничена болка с пулсиращ характер, поява и силна при допир. Според фазата на процеса се установяват единични или множествени зачервени и оточни полета. Възможно е наличието на некротични язвички [1].	Поставя се на основание на данните от анамнезата, общият и локалният статус на пациентката.	Осъществява се чрез превръзка с Ихтиол, който ускорява узряването на фурункула. При наличие на усложнения се назначават антибиотици. При неуспех на консервативните методи се преминава към инцизия на фурункула.	-Подготовка на кабинета и инструментариума. -Снемане на анамнеза. -Попълване на документацията. -Подготовка на необходимите пособия за превръзка. -Прилагане на превръзката по лекарско назначение. <u>При назначен антибиотик:</u> -Проба за чувствителност. <u>При инцизия:</u> - Асистиране на лекаря. - Тоалет на гениталиите. -Грижи за оперативното поле.
Остър бартолинит /Bartholinitis acuta/	Заболяването възниква в следствие на проникване на микроорганизми в тъканта на жлезите. Най-честите причинители са гонококи, стрептококи, генитални микоплазми и пиогенни микроби. [1]	Пациентката съобщава за болка, засилваща се при докосване; температура и втрисане. При огледа се констатира едностранно подуване в долната трета на лабиите. Кожата е зачервена, с повишена температура и оток [1].	Диагнозата се поставя от снетата анамнеза и гинекологичния преглед.	Терапията включва обезболяващи медикаменти в началните стадии на заболяването, антибиотици и хирургическо лечение с дрениране на възпалителния процес.	-Подготовка на кабинета и инструментариума. -Снемане на анамнеза. -Попълване на документацията. -Извършване на проба за чувствителност към антибиотици. -Асистиране на лекаря при хирургическата интервенция. -Ежедневен тоалет на гениталиите. -Полагане на грижи за оперативното поле. -Проследяване на състоянието.

Име	Етиология	Клиника	Диагноза	Лечение	Грижи
Генитален херпес /Vulvovaginitis herpeticus/	Причинява се от Herpes virus hominis I или II тип. II тип се среща по-често. Веднъж попаднал вирусът може да остане в латентна фаза без клинични прояви. При активиране вирусът атакува епителните клетки. Най-често ерупциите се появяват на шийката, вулвата, перинеума и вагината.	Забеляването започва с усещания за мравучкане, по-късно се появява болка, парене, вулварна дизурия, вагинално и уретрално течение. По вулвата и входа на влагалището се установяват херпетиформни везикули. Везикулите бързо се разкъсват и се оформят повърхностни язвички със сиво-белезникав секрет. Измененията персистират 4-15 дни, като постепенно лезиите се покриват с корусти, реепителизират и заравняват без белег. Общите симптоми включват температура, главоболие, треска и мигалгия [1].	Диагнозата се поставя въз основа на клиничната картина, тъканна култура от лезиите и чрез доказване на цитологични и хистологични изменения в клетъчен или тъканен материал от изменените пространства [1].	Лечението се извършва чрез приложение на антивирусни препарати като Acyclovir, Zovirax, Pandavir. Те подтискат ДНК синтезата на вируса [2].	-Подготовка на кабинета и инструментариума. -Снемане на анамнеза. -Попълване на документацията. -Подготовка на пособията за вземане на цитологична проба. -Подготовка на пособията за вземане на хистологична проба. -Асистиране на лекаря при манипулациите. -Етиктиране и изпращане на материала. -Извършване на проба за чувствителност към антибиотици. <u>При хоспитализация:</u> -Изпълняване на лекарските назначения. -Ежедневен тоалет на гениталиите. -Проследяване на общото състояние на пациентката. -Проследяване на състоянието на лезиите.

Име	Етиология	Клиника	Диагноза	Лечение	Грижи
Остри кондилими /Vulvitis condylomato sa/	Острите кондилими на вулвата, шийката и влагалището се причиняват от Human papilloma virus тип 6 и 11. Инкубационният период трае около 3 месеца [2].	Пациентката съобщава за брадавицовидни образувания по лабиите, входа на влагалището и перианално. Най-често са множествени. Пространството между папилите често се суперинфектира с бактериална флора и отделя неприятно миришещ секрет [2].	Диагнозата се поставя въз основа на клиничната картина и хистологично изследване на отстранените кондилими. Това се налага, защото макар и рядко е възможно кондилите да малигнизират [2].	Лечението на малките кондилими се осъществява с локално приложение на органични киселини. Намазванията се правят до некротизиране на кондилите. Големите кондилими се отстраняват хирургично [2].	-Подготовка на кабинета и инструментариума. -Снемане на анамнеза. -Попълване на документацията. -Подготовка на пособията за вземане на хистологична проба. -Етиктиране и изпращане на взетия материал. <u>При хирургично лечение:</u> - Асистиране на лекаря при манипулацията. -Ежедневен тоалет на гениталиите. -Следене на общото състояние на пациентката. -Следене на състоянието на оперативното поле.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вулвитите са често срещани, поради това, че повечето инфекциозни причинители се предават по сексуално трансмисивен път. Входна врата за инфекция могат да бъдат както нарушения на целостта на кожата, така и отслабена имунна система. Вулвитите често дават смущение и в общото състояние на пациентката, като водят до общ дискомфорт. Нелекувани могат да доведат до асцендиране на инфекцията и до поява на смущения в репродуктивните способности.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Димитров, А. и колектив, Гинекология:Учебник за студенти и специализанти , София- 2013 г. – 301 стр.
[2] Карагьозов, И. и колектив, Гинекология:Учебник за студенти по медицина, София- 1999г. - 421 стр.

За контакти: Никол Донева . E-mail : Nikol_doneva@abv.bg
Научен ръководител: Доц. д-р Иваницка Сербезова

Възникване и развитие на сестринството в България

автор: Севда Кязим Назим
научен ръководител: Деспина Георгиева

Being a nurse can be one of the most noble professions out there. It's based around giving everything you've got in giving aid to someone, giving him hope. If we have to trace the roots of this profession in Bulgarian traditions, then likely everyone will firstly think of grannies, who not only greet new life at it's earliest moments, but also aid the sick with potions and herbs. Their skills can be traced back to pagan beliefs and customs that survived throughout the ages.

Key words: Nurse , Noble profession , herbs , potions , pagan , grannies , aid

ВЪВЕДЕНИЕ

Историята на професионалното сестринство в България се свързва със създаването на първото сестринско училище по инициатива на Българското дружество „Червен кръст“ през 1894 година. За нуждите на обучението в него са привлечени руски милосърдни сестри от Крестовоздвиженското общество. Малко по-късно българското сестринско общество е наречено Светитроицко. През 1922 година в него преподават две американски милосърдни сестри, които допринасят за модернизирването на българското сестринско образование. Като цяло в периода до Втората световна война сестринската професия остава слабо позната и недостатъчно престижна в очите на българското общество, въпреки всеотдайността на представителките ѝ. Наред с професионалните сестри се обучават и самарянки, като обгрижващ персонал, както и сестри-помощнички за подобряване на здравното образование на населението. В периода след Втората световна война названието „милосърдна сестра“ се заменя с „медицинска сестра“, по примера на СССР. Сестринските кадри са с полувисше образование, но продължава и обучението на сестри самарянки. Забраната за частна сестринска и лекарска практика намалява мотивацията на медицинските кадри и дехуманизира професията. През този период съществува Казинен професионален съюз. След 1989 година и досега основните проблеми на сестринството продължават да бъдат – несъответствието в образователните степени и курса на обучението, недостатъчното заплащане, изчисляването на броя сестри спрямо лекарите, а не спрямо болните. Недооценена остава тази професия и обществото. Всичко това кара много български медицински сестри да търсят своята реализация далеч от България, макар работата на болногледачки, която изпълняват там да е далеч от професионалната им квалификация. За повишаването на тази квалификация е открита специалност „Здравни грижи“ към различните медицински факултети в страната. Българските сестри имат своя професионална организация, която се грижи за интересите им. Тя изготвя Национална стратегия на сестринството като предложение към Националната Здравна стратегия [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

За развитието на сестринството в България можем да говорим едва след Освобождението през 1878 година. Не трябва да подминаваме факта, че в близост до българските земи, в столицата на империята по време на Кримската война (1853-1856) работи Флорънс Найтингейл – „геният на сестринството“, а в Руско-турската освободителна война освен лекарите участват и 2000 руски милосърдни сестри, сред които е Юлия Вревская. При любознателността на възрожденския българин и неговото неизменно желание за информираност, разказите за тези жени със

сигурност са достигнали до него. Така може да се каже, че професията на милосърдната сестра става известна в българските земи още преди да се създаде модерната българска държава. В Княжесто България началото на сестринските грижи се поставят с името на Райна Попгеоргиева Футекова, известна като Райна Княгиня. Когато през 1877 година тя е освободена от турския затвор, в който попада след неуспеха на Априлското въстание, тя заминава за Русия, където постъпва в Държавния медицински институт Москва и година по-късно завършва акушерските курсове. След завръщането си в България работи като акушерка на дипломатическия корпус в страната. Също така дейността ѝ е свързана с благотворителни и просветителски грижи за бедните. Стремешт ѝ да се пребори със старите родилни обичаи, вредни за родилката и новороденото довеждат до организирането на „Школи за здраво възпитание“. От 1903, след откриването на „Майчин дом“, работи като акушерка и ръководи курсове за млади акушерки. Райна Попгеоргиева полага основите на първата акушерска професионална организация в България. Развитието на сестринството в България като професия започва в края на 19. и началото на 20 век. Инициатор на сестринското образование е Българското дружество „Червен кръст“. То популяризира идеята за подготовка на милосърдни сестри за гражданското здравеопазване и за осигуряването на войската в мирно и военно време. По инициатива на същото дружество през 1894 година се организира първият курс за милосърдни сестри в България. Неговата продължителност е десет месеца. Лекциите се изнасят в „Славянска беседа“, а практиката на сестрите се осъществява в Александровска болница. По време на стажа си сестрите получават минимална заплата от БДЧК. След стажа сестрите са назначавани на постоянна работа. Две от първите сестри, завършили курса от 1894 година - Евица Видич и Мария Блъскова - работят повече от тридесет години в Святиотроицката община на милосърдните сестри в София.

Въпреки всички положени грижи за сестринското образование в България констатацията през 30-те години на 20. век е нерадостна. Професията остава непопулярна, а обществото безразлично към нея. Не е осигурена заетостта им след дипломирането, липсва възможност за самоусъвършенстване. Остава надеждата от перспективата, както отбелязва К. Доков в сп. „Сестра“ от 1931 година, че сестринството ще извоюва позиции в организациите на здравните служби и ще играе много важна роля за икономическото развитие на страната, грижейки се за здравето и здравното образование на бъдещите поколения.

Държавната политика в областта на сестринското образование проличава през 1935 година, когато е сключено споразумение между Главна дирекция „Народно здраве“ и БДЧК за допълнителен прием на 30 ученички, като издръжката се поема изцяло от дирекцията. Поради показаната необходимост от обгрижващ персонал по време на войната от 1928 година дирекцията и БДЧК организират тримесечни курсове за болногледачки самарянки, с не по-ниско от прогимназиално образование. Нарасналото самочувствие на милосърдните сестри проличава от протестите им срещу искането на самарянките за признаване на сестринска правоспособност. Грижата на държавата за сестринското училище проличава от вниманието на Двореца. По традиция с благотворителна дейност се занимава царицата. През 30-те години на 20. век царица Йоанна оказва подкрепа, материална и благотворителна, на училището, присъства на годишните балове и лично връчва дипломите на завършилите.

Ситуацията по отношение на сестринското образование се променя след Втората световна война, с оглед на различната политическа обстановка. До 1946 година страната разполага вече с 4 училища за подготовка на сестри. По примера на съветската номенклатура названието „милосърдна сестра“ се заменя с „медицинска сестра“. Много автори виждат слабост в това, тъй като названието дехуманизира сестринските грижи и нарушава българската традиция.

БЧК продължава обучението на сестри самарянки за оказване на първа помощ при тежката земеделска работа. През 1949 година се създават сестрински колегиуми. През периода 1950-1970 година се повишават възможностите за професионална реализация, за квалификация и специализация на медицинските сестри. Появява се т.нар. „свърхпроизводство“ на кадри, което е предназначено за експортирането им в чужбина. Въпреки подобрената ситуация, професията остава все така нископлатена, което я дехуманизира и я прави нежелана, а това намалява качеството на сестринските грижи. Още един удар върху възможността за допълнителни доходи на средния и висш медицински кадър е забраната за упражняване на частна лекарска практика, въведена през 1972 година. За интересите на полувисшите кадри през тоталитарно време се грижи единствен казионен. Професионален съюз на здравните работници.

Нови изисквания към сестринската професия поставя и членството на България в ЕС. В резултат има нужда от хармонизация на здравното законодателство и разкриване на акушерски или сестрински домове за грижи. Никой не обслужва хората по домовете. Открита е специалност семейна сестра, но се приема, че тя работи при джипи като писарка с минимална заплата. Необходима е промяна на Закона за лечебните заведения, като домовете за грижи да влязат като тип лечебно-профилактично заведение. Съществува и проблемът за конкурсите за ръководни кадри, тъй като няма наредба за провеждането им. Законът регламентира само, че трябва да имат степен бакалавър по здравни грижи. Според европейските стандарти те трябва да са учили минимум 4600 часа. Обучението трябва да е минимум три години; половината от него да е практика, а половината от практиката, задължително с пациенти. В тези 4600 часа обучение се включват и подготовката за изпити, например, в продължение на месец. Това се включва като обучение осем часа дневно. В Закона за висше образование е прието, че за бакалавър се учи четири години. Съществува предложение проблемът да се реши по два прости начина: първи начин – приемът в Университетски медицински колежи да става след 10-ти клас на средното образование. Курсът на обучение е 4 години и получават бакалавърска образователна степен по здравни грижи. Вторият начин е следния: прием от 12 клас на средното образование с продължителност 3 години. В разрез с европейските изисквания при нас много се учи патология, а малко – нормалния човешки организъм, както е малко и стажът с пациенти. Сестрата трябва да познава желаната нормата и когато има отклонение от нея, тя не поставя диагноза – няма право на това – а вика лекаря [2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Голям проблем днес в България е липсата на сестри. При минимално съотношение две сестри на един лекар в България са едно към едно. В Англия са пет сестри на един лекар. Това е най-доброто съотношение – едно към четири, едно към пет. Съществуват и т.нар. nurse assistant – помощник-сестри, което на български значи болногледачи. Т.е., там няма санитарии. Тези помощник-сестри всъщност от десети клас учат две години – някъде и само една – как се оправя легло, как се къпе болен, как се прави клизма и т.н. – всички хигиенни навици. Стигаме до заплащането. Само в Лондон има 4000 български сестри. В Англия съществува ясна система за адаптиране на сестринското образование и тогава българските сестри могат да получават в пъти по-големи заплати дори от болногледачките в страната. Повечето от българските сестри обаче работят като болногледачки в домове за стари хора и в тях получават минималното за Англия заплащане, но този път в пъти повече, отколкото дори една хирургична сестра в България.

Необходимост от медицински сестри се усеща в цяла Европа. Съществува възможност след кандидатстване по определени европейски фондове, България да

спечели проект и програма, според която да обучава средни медицински кадри за ЕС. Неотменна необходимост е обаче да се регламентира какъв е делът на сестрата от това, което получава лекарят. Накрая ще отбележим, че медицинските сестри имат своя международен празник. Това е 12 май, рождения ден на Флоранс Найтингейл. Решението за него е взето през 1935, но като Международен ден на сестринството във всички страни започва да се чества от 1965 година, а от 1972г. във всички страни.



ЛИТЕРАТУРА

- [1] <http://medicina-bg.info/?p=941>
- [2] <http://bg.wikipedia.org/wiki/>
- [3] <http://himetop.wikidot.com/florence-nightingale-monument>

За контакти:

Севда Назим, Катедра "Обществено здраве и здравни грижи", Русенски университет
"Ангел Кънчев", тел.:0893845652 e-mail: sevda_15_06@abv.bg

Профилактика на рахит

автор: Севда Кязим Назим

научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева

Rickets is a disease which is characterized with a deficit of vitamin D leading to a demineralisation in bone structure. Vitamin D is formed in the skin of the suckling under the effect of ultraviolet waves coming from the sun. Breast milk, butter, egg yolk and liver provide only a small part of the daily nutrition for the sucklings. The lack of vitamin D is the reason for the deficit of sodium and phosphorus in growing bones. Bones are left soft and bend easily under the pressure of the body. Rickets takes it's effect on every organ in the child's body. Children with rickets suffer from infections of the breathing organs and pneumonia more frequently than normal children.

Key Words: Rickets , Vitamin D, Suckling, Bones , Children , Infection

ВЪВЕДЕНИЕ:

Рахитът е заболяване, предизвикано от дефицит на витамин Д, калций или фосфати. Той води до омекотява и отслабване на костите и се среща най-често при деца 6-24 месечна възраст. Независимо от типа на рахит, причината винаги е породена от недостиг на витамин Д, калций или фосфати. Трите най-чести вида са хранителен рахит, хипофосфатемичен рахит и бъбречен рахит.

- Хранителен рахит: Хранителният рахит, известен още като остеоомалация е състояние, причинено от недостиг на витамин D. Витамин D е мастно разтворим витамин, който е от съществено значение за нормалното формиране на костите и зъбите и е необходим за правилното усвояване на калция и фосфора от червата. Той се среща обикновено в много малки количества в някои храни като морските риби (съомга, сардина, херинга). Витамин D естествено се синтезира от клетките на кожата в резултат на излагане на слънчеви лъчи.
- Хипофосфатемичен рахит: Хипофосфатемичният рахит е причинен от ниски нива на фосфат. Костите стават болезнено меки и еластични. Засегнатият индивид е в състояние да поеме фосфат и калций, но фосфатът се губи с урината. Това не се дължи на недостиг на витамин D. Пациенти с хипофосфатемичен рахит обикновено имат видими симптоми от 1-годишна възраст. Лечението обикновено е чрез хранителни добавки на фосфат и калцитриол (активната форма на витамин D).
- Бъбречен рахит: Хората, страдащи от бъбречно заболяване, често имат намалена способност за регулиране на размера на електролити загубени с урината. Това включва калций и фосфат и поради това засегнатите хора развиват симптоми почти идентични с тежък хранителен рахит [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Признаците и симптомите на рахит включват:

- болки в костите или чувствителност
- зъбни деформации
- забавено формирането на зъбите
- намаляване на силата на мускулите
- забавяне на растежа
- нисък ръст
- редица скелетни деформации, включително необичайни форми на черепа, аномалии на гръдния кош , гръдната кост и таза
- гръбначни изкривявания.

Рахитът първоначално се диагностицира клинично с пълен физически преглед от медицинско лице. Основни характеристики са:

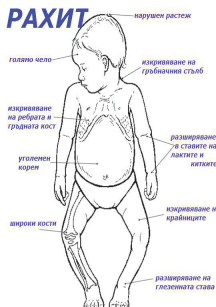
- необичайни форми на костите
- очевидни извивки на бедрена кост
- остеопения (кости, които не са толкова плътни, в резултат на намалена минерализация)
- възпаление на ребрата
- множество фрактури

Лечение: Първата стъпка е да се предотвратят усложненията от дефицита на калций и фосфор чрез поправяне на всякакви завишени нива с допълнително калций или фосфати, както и на витамин D. След като диагнозата на рахит се потвърди, е препоръчително да се приема витамин D като добавка, както и храна, богата на калций. Това е особено важно за децата на вегетариански диети. Лечението на някои костни аномалии зависи от тежестта на случая и може да се изисква оценката на ортопед.

Застрашени от рахит са: кърмачетата, които растат усилено и имат по-големи нужди от калциево-фосфорни соли и от витамин D, недоносените, които се раждат, преди да са си натрупали запас от соли и витамин D. Ако не се предприеме активна профилактика, недоносените по правило заболяват от рахит., децата, които са родени през второто полугодие и прекарват първите си месеци в стаята, изкуствено хранените кърмачета боледуват два пъти по-често от рахит.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Продължителните заболявания, свързани с намаление на апетита, диария, както и честите инфекции благоприятстват появата на рахита. Претрупването на бебето и на малкото дете с много пелени и дрехи пречи на движенията на детето, а оттам и за укрепването на костите [2]



ЛИТЕРАТУРА

[1] <http://bolestitute.com/>

[2] <http://problem.framar.bg/%D1%80%D0%B0%D1%85%D0%B8%D1%82>

[3] <http://books.google.bg/books>

За контакти:

Севда Назим, Катедра "Обществено здраве и здравни грижи", Русенски университет "Ангел Кънчев", тел.:0893845652 e-mail: sevda_15_06@abv.bg

Дисфункционални маточни кръвотечения – акушерски грижи

автор: Атидже Дурхан и Силвена Дънева
научен ръководител: Доц. д-р Иваничка Сербезова

The development of the endocrine and reproductive system of the female body can be divided into several periods - the period of childhood, adolescence, puberty, menopause and old age. Dysfunctional uterine bleeding is a result of disturbances in ovarian hormone production due to changes in cortico-hypothalamic-pituitary-ovarian axis by being excluded clotting disorders or cardiovascular system abnormalities early pregnancy, late pregnancy and puerperium, inflammatory changes in the small pelvis, benign and malignant tumors of the reproductive system. The bleeding might be ovulatory and anovulatory.

Key words: dysfunctional uterine bleeding, ovulatory, anovulatory, breakthrough bleeding, ovulatory polymenorrhoea, oligomenorrhoea, insufficiency of corpus luteum, persistence of corpus luteum, hypermenorrhoea, menorrhagia, metrorrhagia.

ВЪВЕДЕНИЕ

Развитието на ендокринно-половата система на женския организъм може да се раздели на няколко периода, а именно - период на детство, пубертет, полова зрялост, климактериум и старческа възраст. Преходът между отделните периоди е плавен и продължителен с години наред, като всеки от тях се характеризира със специфични, телесни и психогенни промени. През всеки от посочените периоди може да възникне неправилно генитално кървене, наречено дисфункционално маточно кръвотечение [3].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Дисфункционалните маточни кръвотечения се установяват с нарушения в нормалната хормонална продукция на яйчника, поради промени в кортико-хипоталамично-хипофизарно-овариалните взаимоотношения, като биват изключени заболяванията на кръвосъсирването или съдовата система, ранна бременност с аномалии, напреднала бременност и пuerпериум, възпалителни изменения в малкия таз, доброкачествени и злокачествени тумори на репродуктивните органи. За поставяне на точната диагноза са необходими редица изследвания – гинекологично туширане, колпоскопия, хистероскопия, хистологично изследване на ендометриума, базална температура, чернодробни проби, ASAT и ALAT, влагалищни цитонамазки, пролактин, изследване на тироидната функция, FSH и LH, а понякога лапароскопия и други методи. В литературните източници се намират различни класификации на дисфункционалните маточни кръвотечения, но в най-общ план се делят на две големи групи - овулаторни и ановулаторни. За да бъдат изведени акушерските групи ще се разгледат по-подробно най-често описваните дисфункционални маточни кръвотечения [2,3].

1. Интерменструално кръвотечение - това кръвотечение се дължи на спадане на естрогените по време на овулация, като причината за това е руптура на фоликула. Клиничната картина се изразява с това, че кръвотечението е слабо (оскъдно) в редки случаи силно, но никога колкото менструалното. Обикновено е на петна и трае около 1-2-3 дни. Диагнозата се поставя чрез вагинални цитонамазки и базална температура, които трябва да са нормални, но ако се направи ендометриална биопсия по време на кървенето, може да се открие ендометриум в късна пролиферативна фаза или в ранна секреторна.

2. Овулаторна полименорея - този процес представлява честа поява на менструално кървене, при което интервалът е скъсен на 18-21 дни, при което полименореята може да се прояви и като полихиперменорея. Освен това тя най-често се наблюдава в пубертетно - юношеските години в резултат на овариална свръх чувствителност, при която има скъсена пролиферативна фаза и нормална

секреторна фаза. Също така полименореята се наблюдава и в полова зрялост, чиято причина е овариална инсуфициенция вследствие на тежки заболявания, раждания, аборти и др. Полименореята в ранния климактериум се получава поради лутеинова недостатъчност, която води до стерилитет, тъй като кръвотечението започва преди оплоденото яйце да стигне до маточната кухина, а когато я достигне, не може да се нидира. Диагнозата се поставя чрез анамнеза, гинекологичен статус и специалните изследвания – хистероскопия, хистеросалпингография, пробен кюретаж и др.

3. Овулаторна олигоменорея - при този процес менструалния ритъм се колебае между 32 и 45 дни, като причините за това са синдром на Stein-Leventhal, овариална недостатъчност, нарушено съотношение между FSH и LH, хипотиреоидизъм, надбъбречни заболявания и хипоталамично-хипофизарна недостатъчност. Диагнозата се поставя на базата на анамнеза, гинекологичен статус и изследвания като температура, влагалищни цитонамазки, ендометриална биопсия, прогестерон в кръвния серум и др.

4. Инсуфициенция на Corpus luteum - този процес се манифестира с неправилни менструални маточни кръвотечения и стерилитет, като най-честите аномалии при този процес са поли и хиперменореята и рядко менорагията. Основните причини са нарушения в биосинтезата на овариалните стероиди, нелекуван хипотиреоидизъм, латентен диабет, намалена секреция на FSH и естрадиол, хиперпролактинемия и други различни заболявания на организма. Диагнозата се поставя трудно, за това е необходимо жената да се изследва в 2 последователни цикъла и методите за поставянето и са анамнеза, базална температура, влагалищни цитонамазки, ендометриална биопсия, изследване на естрогените, FSH, LH, прогестерон, пролактин и др.

5. Персистенция на Corpus luteum - този процес се наблюдава рядко и обикновено в основата му стоят нервно-психични заболявания. Етиологията все още не е ясна, но според Brown се дължи на рецидивирала секреция на LH по време на лутеиновата фаза. Клиничната картина се изразява с олиго и хиперменорея, менорагия, закъснение на менструацията с 8-10-15 дни и напрежение в гърдните жлези. Също така е възможно гадене, повръщане, леко увеличена и мековата матка, цервикалният канал пропуска пръст. Диагнозата се преустановява най-добре чрез кюретаж, а хиперсекрецията на прогестерона чрез хистологично изследване.

В таблица 1 се предлагат акушерските грижи за Овулаторни дисфункционални маточни кръвотечения [2,3].

Табл. 1
Овулаторни дисфункционални маточни кръвотечения

Видове	Акушерски грижи
Интерменструално кръвотечение	Грижите на акушерката се изразяват в това да обясни на пациентката по какъв начин да приема предписаните от лекаря медикаментозни средства. Най-често използваните медикаменти са: ➢ <u>vit. A</u> – акушерката обяснява на пациентката, че трябва да ги приема в доза 150 000 UI дневно – наведнъж, веднага след завършване на менструалното кръвотечение. Така се процедира в продължение на 3-6 последователни менструални цикли, като в дните на самото кръвотечение се прави почивка. ➢ <u>Други медикаменти</u>, които могат да се използват са поливитаминозни препарати и хранителни добавки съдържащи ДИВ ЯМС. ➢ Ако няма резултат от лечението, то тогава се мисли

	за възпалителен процес в малкия таз или нервно – психично заболяване и пациентката се насочва към специализирана медицинска помощ. ➤ <u>Вагинални цитонамазки, базална температура и ендометриална биопсия</u> – акушерката подготвя необходимите пособия за манипулациите, като същевременно с това взема и участие в тях и обеснява на пациентката начина на измерване на базалната температура.
<u>Овулаторна полименорея</u>	Грижите на акушерката се изразяват в това да обясни на пациентката по какъв начин да приема предписаните от лекаря медикаментозни средства, в зависимост от етиологията на съответния процес. Медикаментите, които се използват най-често са: ➤ <u>Естрогени</u> – естрадиол, естриол, като Етинилестрадиол, който се приема по 5 или 10 мг еднократно на 5 ден от цикъла. ➤ <u>Андрогени</u> – те се препоръчват при жени, които са раждали или не желаят да забременеят, и при жени, които се намират в климактериум. ➤ <u>ЧХГ</u> – то се прилага при жени, които не са раждали, при преждевременна инвулация на corpus luteum и недостатъчна продукция на прогестерон. Начина на приемане започва на 14 ден от цикъла и продължава 14 дни като се въвеждат по 500 UI. Едновременно с това се препоръчва Vit. C в дневна доза 200-500 мг и Vit. A по 100 000 UI дневно. ➤ <u>Прогестерон</u> – от 14-тия ден всеки ден по 10 mg. ➤ <u>Хистероскопия, хистеросалпингография, пробен кюретаж</u> - акушерката подготвя необходимите пособия за манипулациите и взема и участие в тях.
<u>Овулаторна олигоменорея</u>	Грижите на акушерката се изразяват в това да обясни на пациентката по какъв начин да приема предписаните от лекаря медикаментозни средства. Най-често използваните медикаменти са: ➤ <u>ЧХГ</u> – от 5 до 12 ден на цикъла по 1 ампула Пургон или неговите генерици, а на 13-14 и 15 ден от цикъла – 2000-2500 UI. ➤ <u>Пробен кюретаж</u> при жени в климактериум, като ролята на акушерката е да подготви необходимият инструментариум по хода на манипулацията в която асистира на лекаря. Инструментариума включва: пинсета, предна и задна валва, 2 двуъзбци, хистерометър, дилататори, акушерска кюрета, 2 контейнера с формалин, стерилни марли и корцанг. След това акушерката взема ID номер, етиkira и изпраща материала за хистологично изследване и следи за получаването на резултата. ➤ <u>Лабораторни изследвания</u> – акушерката взема кръв за изследване на хемопоказатилите.
<u>Инсуфициенция на Corpus luteum</u>	Грижите на акушерката се изразяват в това да обясни на пациентката по какъв начин да приема предписаните от лекаря медикаментозни средства. Най-често използваните

	медикаменти са: ➤ <u>Прогестерон</u> - от 16-тия ден на цикъла се инжектира през ден по 10-20 мг дневно до 27 ден на менструалния цикъл. ➤ <u>Синтетични прогестерони или 19-норстероиди</u> - от 15-тия до 24-тия ден на цикъла в продължение на 10 дни по 1 таблетка дневно Primolut Nor. ➤ <u>LH-RH</u> – в малки дози във втората половина на цикъла. ➤ <u>Гонадотропин</u> - еднократно в доза 2500-5000 мг. ➤ <u>Човешки менопаузен гонадотропин</u> – той се започва от 1-вия или 3-тия ден на цикъла по една ампула дневно до 12-тия ден, като към 14-тия ден се прибавя ЧХГ в доза 2500-5000 UI еднократно. ➤ <u>Climiphene citrate</u> – от 5-тия ден на цикъла в продължение на 5 дена се приемат по 50 мг дневно. ➤ <u>Базална температура, влагалищни цитонамазки, ендометриална биопсия, изследване на естрогените, FSH, LH, прогестерон, пролактин и др.</u> - акушерката подготвя необходимите пособия за манипулациите, взема и участие в тях и взема кръв за лабораторните изследвания.
<u>Персистенция на Corpus luteum</u>	Лечението започва с кюретаж, като акушерските грижи се изразяват с това да подготви необходимия инструментариум и да взема участие в манипулацията. Акушерката подготвя: пинсета, предна и задна валва, 2 двузъбци, хистерометър, дилататори, акушерска кюрета, 2 контейнера с формалин, стерилни марли и корцанг. След това акушерката взема ID номер, етикира и изпраща материала за хистологично изследване и следи за получаването на резултата. Медикаментите, които се използват са: ➤ <u>Естрогени</u> - вземат се по 5 мг през ден, а на 1-вия ден на кръвотечението-още 5 мг. ➤ <u>Андрогени</u> - 25 мг до обща доза 300-400 мг. ➤ <u>Фенестрация на яйчника двустранно при лапароскопия</u> – ако консервативното лечение не дава резултат, като ролята на акушерката е да подпомогне подготвянето на инструментариума и да взема участие в манипулацията. ➤ <u>Кюретаж</u> - акушерката подготвя необходимите пособия за манипулациите и взема и участие в тях.

6. Ановулаторна олигоменорея - този процес се появява през 45 дни, а понякога вместо олигоменорея е налице аменорея. Причините за това състояние са хиперпластичен персистиращ фоликул с повишена секреция на естрогени, с хиперплазия на ендометриума. Също така секрецията на естрогените може да е ниска или да се редуват стойностите. Диагнозата се поставя, чрез базалната температура, която се явява монофазна, влагалищни цитонамазки, радиоимунологично изследване на FSH и LH и изследване функцията на надбъбречните жлези.

7. Ановулаторна хиперменорея - този процес се характеризира с равномерно покачване и спадане на естрогените, при което никога не се наблюдава дисменорея. Освен това процесът много често се съчетава със заболявания на матката, миома, с ановулаторен хиперестрогенен цикъл. Причини за това състояние са

възпалителни промени в малкия таз и аднексите. Диагнозата се поставя на базата на базалната температура, ендометриална биопсия.

8. Ановулаторна менометрорагия – този процес се характеризира най-често с ановулаторна полименорея, чиито причини се изразяват най-често с нарушение във функцията на тиреоидеята (хипотиреоидизъм), както и хипоталамично-хипофизарните заболявания. Също така роля играят и надбъбречните заболявания, понякога и психичните заболявания, метаболитните нарушения, придружени от затлъстяване, както и хиповитаминозите. Клиничната картина се изразява с оскъдно и на петна кръвотечение, което продължава месеци, спира за известно време и започва отново. Понякога се редуват слабо кафеникаво кръвотечение със силно профузно и ярко червено кръвотечение, което бива с малки или големи съсиреци.

В таблица 2 се предлагат акушерските грижи за Ановулаторни дисфункционални маточни кръвотечения [2,3].

Табл. 2

Ановулаторни дисфункционални маточни кръвотечения

Видове	Акушерски грижи
<u>Ановулаторна олигоменорея</u>	Лечението и акушерските грижи се изразяват в това, че са строго индивидуални, като при жени, които са раждали и не желаят да забременяват се използват прогестини, за да се получат редовни цикли и да се овладее кръвотечението, а при жена, която е млада и няма раждане или желае да забременява се прилага предимно Clomiphene citrate в случаите с достатъчна естрогенна секреция. При хиперестрогенизъм се прилага човешки менопаузален и хормонен гонадотропин.
<u>Ановулаторна хиперменорея</u>	Акушерските грижи при това състояние се характеризират с това, че се използват прогестини за намаляване на кръвотечението, както и при жени, които желаят да забременяват се използва Clomiphene citrate- от 5-тия до 9-тия ден на цикъла по 50 мг дневно и ако няма резултат се повишава с 100 или 200 мг дневно.
<u>Ановулаторна менометрорагия</u>	При това състояние акушерските грижи се изразяват в това, че се провеждат предимно с прогестини, когато заболяването е придружено от хиперестрогенизъм. Ако не се намират други ендокринни заболявания, трябва да се лекува основното заболяване, т.е при хипотиреоидизъм – тироидни препарати, при хипофизарна недостатъчност – човешки гонадотропин и при нарушение в хипоталамично-хипофизарната система се прилага Clomiphene citrate или в комбинация с човешки хормонен гонадотропин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дисфункционалните маточни кръвотечения могат да се появят във всеки един от периодите на развитие на жената, като причините се търсят в нарушената регулация по оста хипоталамус-хипофиза-яйчник. Диагнозата се поставя едва след отхвърлянето на каквато и да е била органична причина и за това се предприемат комплекс от изследвания и прегледи. Подходът към всеки пациент е индивидуален и след установяването на типа кръвотечение се назначава съответната терапия. В зависимост от тежестта на увредата на общото състояние може да се проведе домашно или стационарно лечение. При едновременно и компетентно проведено лечение, съчетано с адекватно и строго индивидуализирано акушерска грижа, отношение и внимание се постигат добри резултати [1,2,3].

ЛИТЕРАТУРА

[1] Димитров, А., В. Златков. Гинекология 2013, 301 стр.

[2] Карагъзов, И. Гинекология. С., Мед. И Физк. 1997, 421 стр.

[3] Налбански, Б., А. Налбански. Учебник по акушерство и гинекология 2003, 274 стр.

За контакти:

Атидже Мустафа Дурхан, II курс „Акушерка“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, 0894372660, ati_dje@abv.bg

Силвена Тончева Дънева, II курс „Акушерка“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, 0898568449, sisiiveeto1992@abv.bg

Доц. Д-р Иваничка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Компетентностите на медицинската сестра в профилактиката на заболяванията

автор: Елица Емилова Иванова-Караджова
научен ръководител: гл. ас. Деспина Георгиева

Abstract: *The report considers the active and responsible role of the nurse in preserving the health of the population. Emphasis on prevention end competencies that the nurse has in order to protect society from illness and disease.*

Key words: *nurse, illness, competencies, prophylaxis.*

ВЪВЕДЕНИЕ

В днешно време значително се увеличават възможностите за социализация на обществото, за увеличаване на преките контакти, за усложняване на ежедневието и психологическото напрежение. Прибавяйки нарушения ритъм на храненето и недостатъчно качествената храна към увеличената скорост на събитията в живота, както и наличието на някои вредни навици като тютюнопушене, пианство и употреба на наркотични средства, ясно е защо все повече болести, физиологични и психични, стават ежедневен спътник на обществото. Именно тук е и мястото на медицинската сестра да се намеси в живота на хората, за да може максимално да ги предпази от невероятно големия брой заболявания и непрестанно да се грижи за тяхното физическо и психическо здраве. Отговорността на медицинската сестра се засилва не само защото днес се сблъскваме с някои болести от миналото като туберкулоза, детски паралич, чума и холера, но и с някои болести от новото време като СПИН, нови модификации на грипа, лупус, хашимото и редица други автоимунни заболявания, както и с все по-нарастващата употреба на наркотици.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Особено голяма грижа за медицинските специалисти, в това число и медицинските сестри, е подрастващото поколение, при което се наблюдават много случаи на наднорменото тегло с всички произхождащи от това промени във физиологията и психиката на децата, хипертонията, гръбначните изкривявания, обездвижването и намаляването на двигателната активност, алкохолизма и т.н.

От друга страна, в България и Европа, като цяло, все повече нараства броят на хората от третата възраст, т.е. европейското население стремглаво остарява, което също става значителна част от грижите на медицинските сестри.

В средната полоса стои трудоспособното население, което все още принципно работи и също на свой ред изисква вниманието на медицинския персонал. В този смисъл, медицинските сестри ежедневно трябва да се грижат за цялото семейство, като акцентът трябва да пада най-вече върху профилактиката и обучението на обществото как да се предпазва от множеството заболявания, които ги грозят [2].

На тази база се формират и компетенциите на медицинската сестра, които се изразяват в следното:

- Да предпазва, поддържа, възстановява и подобрява здравето на хората;
- Да установява здравните потребности и рисковите опасности за здравето на пациентите и семействата им;
- Да проследява антропометричните данни на всяка възрастова група, следейки промените и причинените от тях заболявания;

- Да осигурява медицински грижи за нуждаещите се;
- Да оказва болнична и извънболнична помощ на пациентите;
- Да има добро отношение към болните и да се отнася с разбиране и грижа към техните нужди;
- Да се съобразява с изискванията на професията, която упражнява;
- Да има готовност за екипна работа в лекуващия екип;
- Да спазва критериите за „спешност“ и „неотложност“ на възникналите здравни проблеми;
- Да обучава хората в превенция за болестните състояния;
- Да познава здравната литература и да прилага новостите в научните изследвания;
- Да притежава чуждоезикови умения, което да позволява ползването на чуждестранна научна литература с цел да бъде винаги в течение на най-новите научни открития по специалността;
- Да е запозната със законовите актове и нормативните документи в областта на здравеопазването;
- Да търси възможности за професионално самоусъвършенстване и продължаващо обучение;
- Да участва в научни екипни разработки [3] и т.н.

По отношение на профилактиката медицинската сестра също трябва да има определени задължения:

- Да следи здравето физическо, психологическо и емоционално развитие на пациентите и при установяване на промяна да стартира съответните изследвания на здравните параметри на болните;
- Редовно да се предизвикват профилактични прегледи на населението;
- При нужда да се прави изследване на храната и напитките, на битовата обстановка;
- Да организира и провежда различни дейности за предотвратяване възникването и ограничаването на заразни и паразитните заболявания;
- Да участва в промоцирането, профилактиката и рехабилитацията на травматизма. Това в особена сила се отнася до децата в училищата;
- Да организира и провежда програми за здравно образование и за профилактично поддържане на висока хигиена;
- Да провежда разяснителна работа за нуждата от здравословно хранене и физическа активност;
- Да разяснява опасностите от тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол и употребата на наркотични средства [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ролята на медицинската сестра по отношение на профилактиката през последните години все повече се увеличава. С приемане на Наредба 1 [3] автономността на медицинската сестра нараства, но това е свързано с поемане на професионална и юридическа отговорност. Промотивната и профилактичната грижа е част от самостоятелно извършваните дейности, а това изисква актуализиране и увеличаване информираността на медицинската сестра чрез непрекъснато обучение и повишаване нейната квалификация

ЛИТЕРАТУРА:

[1] Георгиев, П. Роля и задължения на медицинската сестра в профилактиката на заболявания в училищн възраст.

<http://www.referati.org/rolq-i-zadyljeniq-na-medicinskata-sestra-v-profilaktikata-na-zabolqvaniq-v-uchilishtn-vyzzrast-/69435/ref/p3>

[2] Лебикян, Е. и П. Василева, Компетенциите на медицинските сестри в променящото се съвременно общество, Научни трудове на Русенския университет – 2009, т. 48, серия 8.1., 150-151, <http://conf.uniruse.bg/bg/docs/cp09/8.1/8.1-32.pdf>

[3] Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните специалисти и здравни асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно

За контакти:

Елица Емилова Иванова-Караджова,
ФОЗЗГ, Катедра Здравни грижи, специалност Медицинска сестра.
тел: 0887 79 65 65

Автоимунното заболяване ЛУПУС ЕРИМАТОДЕС

автор: Елица Емилова Иванова-Караджова
научен ръководител: гл. ас. Диспина Георгиева

Abstract: *The statement shall examine the causes, symptoms and diagnosis of the lupus disease as one of the autoimmune diseases. Different kinds of lupus are described as well as projected treatment at the time.*

Key words: *autoimmune diseases, systemic lupus aritematodes, diagnosis, therapy (treatment) , corticosteroids, immunosuppressants.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Човешкият организъм е предразположен към заболявания, предизвикани от различни фактори. В повечето случаи той изработва антигени, чиято функция е да възстановят здравословното му равновесие. При определени условия обаче, антителата насочват усилията си за съпротивление и борба не срещу чуждите нарушители в тялото и за преодоляване инфекциите, причинени от вируси и бактерии, а срещу собствените тъкани. Това вече съставлява спецификата на автоимунните заболявания, които в последните години нарастват значително като количество на заболялите и като многовариантност на болестите.

Диагностицирането на автоимунните заболявания се базира на симптоми, физически белези и резултати от кръвни тестове. Когато става дума за ранна симптоматика, диагностицирането е трудно, защото симптомите на различните автоимунни заболявания могат да се насложат и да застрашат правилната диагноза. В дългосрочен план при заболяването се разрушават тъканите и се загубват някои функции на отделни органи. Развитието на автоимунните заболявания са дълготрайни и непредсказуеми, а понякога водят и до смърт. Тези болести обаче не са заразни и не носят рискове за контактуващите с болните с автоимунни заболявания. Една от много разпространените напоследък автоимунни болести е Системен лупус еритематодес [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Все още не са известни причините за това необичайно автоимунно заболяване лупус [2]. Дали отговорът на въпроса трябва да се търси в наследствените гени, вирусните инфекции, ултравиолетовата светлина и слънцето, психо-емоционалния стрес, някои силни антибиотици и лекарствени средства като пеницилини, цефалоспорици, бета-блокери, прокаинамид, хидралазин, туберкулостатици, златни соли, орални контрацептиви и други, които обуславят синтез на типични за лупус антитела, днес никой не може да отговори изчерпателно.

Често се говори за ролята на генетичните фактори, които увеличават възможността за развитие на автоимунни заболявания като лупус, ревматоиден артрит и др., заради откриването на подобни оплаквания сред родственици на пациенти с лупус. Независимо от това обаче учените смятат, че имунната система при лупус се влияе от външни фактори като вируси или ултравиолетова светлина.

В телевизионното предаване "На кафе" д-р Папазова [3] коментира факта, че при съвременния човек най-често в основата на всяко едно заболяване стоят проблеми със съединителната тъкан. Това е налице и при системен лупус еритематодес, тъй като при болните с такова заболяване в кръвта се произвеждат антитела, които атакуват тъканите на собственото си тяло, при което се получават рани и увреждания на кожата, сърцето, белите дробове, ставите и нервната

система. Симптомите на Системен лупус еритематодес като една от съединителнотъканните болести не са съвсем изяснени, тъй като се характеризира с възпалителна реакция на съединителната тъкан и нарушена регулация в имунната система. В тази връзка могат да се посочат като разпознаваеми симптоми: повишената уморямост, намалената концентрация, общата слабост, температурата, ставните болки, умерената скованост, както и леката мускулна умора, кожните обриви, главоболието, очните болки, гнездовото опадване на косата и т. н. Към клиничната картина може да се прибави още и високата температура, точковите петна върху дланите и стъпалата, пурпура, псориазис, при някои деца синдром на Рейно с последователна промяна цвета на кожата на пръстите, сърдечна недостатъчност, перикардит и т.н. Като се изхожда от патогенезата на заболяването и неговите проявления, при диагностицирането му може да се направи кожна биопсия, имунофлуоресцентни тестове, изследване на кръвта и урината. По този начин се откриват тъканно-специфични и тъканно-неспецифични антитела. Именно те участват в образуването на антиген – антитяло комплекси, които предизвикват възпалителната реакция в тъканта, където са се настанили.

Диагнозата на **системен лупус еритематодес** се базира на перерудообразен обрив симетрично по лицето, както и на лабораторните показатели по отношение на антителата [4]: антинуклеарните ANA. Те са изработени от организма по погрешка и са насочени срещу белтъчните молекули в собствения организъм. ANA антителата са много разновидности: dsDNA, RNP, SS-A/Ro, Sm, SS-B/La, Scl-70, CENT и Jo-1. Изследването и правилното им разчитане може да определи какво точно е аутоимунното заболяване.

Диференциалната диагноза трябва да се съобразява с някои други заболявания като хроничен артрит, гломерулонефрит, анемия, левкемия, ревматична болест, алергичен дерматит.

Установето е, че при жените болестта в кожната си форма се проявява два пъти по-често, отколкото при мъжете, а системната ѝ форма при жените е пет пъти по-често срещана в сравнение с другия пол.

Според начина на проявление на засегнатите от лупус органи се различават няколко вида лупус еритематодес [5]: остър или системен лупус, подостра форма и хронична (кожна) форма. Освен това се различават и:

- **Дискоиден лупус еритематодес.** Той е част от третата, кожната, форма и е една от най-леките форми, която не застрашава вътрешните органи за разлика от системния лупус. Представлява кръгли или овални кожни обриви по лицето и деколтето с розово-червен цвят, а в средата е оформена атрофична зона. Петната не предизвикват болка или сърбеж, но и не изчезват. Заболяването се влияе силно и се влошава при излагане на UV лъчи, затова е необходима фотозащитата с максимален фактор 50+ и допълнителна висока протекция срещу ултравиолетовите А лъчи. Трябва да се използва винаги преди излизане и на всеки 2 часа, ако пациентът още е на слънце. Препоръчват се дрехи с дълги ръкави, шапки и панталони.
- **Субакутен кожен лупус еритематодес.** Изразява се в ставни, по-силни или по-слаби, болки – постоянни, статични или при движение.
- **Еритемният лупус (вълчанка)** атакува кожата, ставите и вътрешните органи (бъбреци, сърце и други) и се провокира от слънчева светлина, медикаменти и др.
- **Системният лупус еритематодес** атакува почти всички органи на болния: съдове, кожа, подкожие, стави, бял дроб, мозък, сърце, кръвна тъкан и др. и

именно поради това заема основното място сред всичките разновидности на лупусната болест.

Основните прояви при лупусното заболяване са следните

- *Кожни промени* – прояви по кожата и видимите лигавици, както и по опорно-двигателния апарат. Тези зони са засегнати от болестта първи, под форма на „пеперудообразен еритем“, фоточувствителност, дискоидни, ануларни или папулосквамозни лезии, афтоза, алоpecia, васкулитни прояви, перфорация на мекото небце, паникулити и др.
- *Белодробни прояви* – плеврити, остър лупусен пневмонит, белодробна хипертония, белодробен дистрес синдром и др.
- *Сърдечно-съдови промени* - лупус кардит с или без сърдечна недостатъчност, васкулит, артериална хипертония, вродени сърдечни блокове.
- *Невролупус* - засягането на централната нервна система е една от важните локализации на лупусната болест. Проявленията са: главоболие, психоза, парализи, парези, сетивни нарушения, корова атрофия и др.
- *Стомашно-чревни прояви* – общо взето са редки.
- *Кръвни промени* – анемия, левкопения, лимфопения, тромбоцитопения.

Лечението [6] на лупусната болест е консервативно и комплексно, а често и много токсично. Основното в него се проявява в две насоки: хигиенно-диетичен режим и лекарствени средства. Много важно за болния е налагането на строга самодисциплина с оглед предпазване от допълнително активизиране на заболяването. В тази насока категорично се забранява на лупусно болните излагането на ултравиолетови лъчи, поставянето на каквито и да било ваксини, прием на женски полови хормони, антибиотици и други медикаменти, които провокират поява на лупусната болест. За отбелязване е, че бременността, абортът и раждането влошават болестните проявления. Терапията се осъществява с антималярии, имunosупресори и кортикостероиди – локално и перорално. При кортикостероидните препарати в началото на лечението се спазва атаката с високи дози, като постепенно се намалява до поддържаща доза, съчетано с имunosупресорни лекарства. Японски изследователи споделят в медицински списания положителните си резултати при лекуването на лупус с пчелно млечице.

Всички терапии предписват на пациентите режим на физическа и емоционална почивка, точно третиране на инфекциите, здравословна диета, защита от директна слънчева светлина, анулиране на известни алергени и други влошаващи фактори. На жените пациенти се препоръчва евентуалната бременност да бъде планирана в период на ремисия.

Принципно лечението на лупус и другите автоимунни заболявания се осъществява с ограничен брой лекарствени средства, които водят най-често до лекарствена ремисия на съответната болест.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

След настъпването на следлекарствена ремисия често се случват рецидиви със сърдечно-съдови усложнения и бъбречна недостатъчност, което може да предизвика достигане до диализа и бъбречна трансплантация. Изострянето на болестта обикновено настъпва през пролетта и лятото, когато слънчевият фактор играе голяма роля. Именно затова е необходимо през тези сезони, както и през цялата година да се използва слънцезащитен фактор 50+ и съответно дълги ръкави и панталони, както и шапки за допълнително предпазване от слънчевите лъчи.

Причините за смъртен изход при болестта най-често са сепсис, нефрит и лупус на централната нервна система. Изследванията показват, че опасността е по-голяма за мъже и деца, отколкото за жени. До скоро болните от лупус са живели по-малко от 5 години. Днес по-съвършените диагностика и лечение позволяват около 90 % от пациентите да оцеляват за период повече от десет години. Същевременно проучванията на болестта се задълбочават, което дава една по-оптимистична картина и бъдеще за болните от Системен лупус еритематодес.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] <http://bolenzdrav.com>
- [2] <http://bg.wikipedia.org/wiki>
- [4] <http://forum.all.bg/showflat.php/Cat/0/Number/>
- [5] <http://medpedia.framar.bg>
- [6] http://www.puls.bg/illnes/issue_210/

За контакти:

Елица Емилова Иванова-Караджова,
ФОЗЗГ, Катедра Здравни грижи, специалност Медицинска сестра.
тел: 0887 79 65 65

За някои митове и факти за психичните болести

автор: Елица Емилова Иванова-Караджова
научен ръководител: гл. ас. Деспина Георгиева

Abstract: *The report examines ancient myths and biblical legends reflecting on different mental disorders that are present nowadays. Mentioned as well are today's myths about some psychic disorders along with attempt to their debunking.*

Key words: *myth, legend, mental disorders.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Днес, в това динамично време, всеки човек в ежедневието си става свидетел на множество промени. Техническата революция сякаш се развива с огромна скорост и някак изпреварва развитието на ценностната система на човека. Независимо от това усилията на хората винаги са били насочени към запазването на мира и спокойствието в света, в дома и в собствената душа, и най-вече към поддържането на физическото и психическото здраве.

В тази връзка съществува богата научна и научно-популярна литература, която ни залива с голяма фактология за съществуващите опасности от инфекциозни заболявания и психически разстройства. Информацията е твърде голяма в специализираните издания и телевизионните предавания. Това, което прозира в тях, е представата за наличието не просто на болни пациенти, а на боледуваща обществена среда, която въздейства на хората по начин, който съдейства за увличаването на психиатричните заболявания.

Като цяло обаче, те не са проявление само на днешното време. За тях четем сведения и в различните митове и легенди, които са ни останали от античността.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Симптоми, синдроми и психични отклонения, отразени в митове и библейски легенди

Историческите митове и легендите всъщност са разкази за отдавна станали събития. Те носят сведения, които трудно могат да се хронологизират. Затова някои хора смятат, че информацията, която съдържат, не отговаря на историческата истина.

Все повече изследователи приемат обаче истинността на включената в митовите и легендите фактология. Тези древни разкази много често изглеждат наивни описания на събития с много по-голяма дълбочина. Причината се крие в победния език на хората от древността, което прави информацията недостатъчно пълна, неточно назоваваща събитията, а оттам и звучаща много наивно. Все пак, в повечето случаи днешните читатели и изследователи биха могли да съзрят и усетят първичната истина, криеща се зад елементарни и, понякога именно заради това, отвлечени описания. Тук ще разгледам само няколко древни разказа, в които описаните събития кореспондират с някои психични заболявания.

Митът за Нарцис. Според старогръцката митология [3] Нарцис бил красив младеж, в когото била влюбена нимфата Ехо, но младият мъж не й обръщал внимание. Богинята на справедливостта и правосъдието решила да го накаже заради лошото отношение към Ехо и направила така, че Нарцис да види отражението на лицето си в потока, при което той се влюбил в самия себе си. Често той се навеждал и съзерцавал лика си, а веднъж, запленил от видяното във водната

повърхност, толкова ниско се навел, че паднал и се удавил. Този мит поражда понятието „нарцисизъм“ със значението самовлюбване.

Свидетелства за лунатизъм. Подобни сведения се откриват в много исторически извори, но тук ще се споменат сведенията, откривани в Новия Завет [4]. Там се казва, че Иисус Христос лекувал множество болни, обладани от духове, лунатици, епилептици и парализирани (Матей 4:24), или такива, които по време на новолуние изпадали в бяс (Матей 17:15).

Самоубийства. Случаи на самоубийства може да се открият в Стария и Новия Завет [4]. Тук ще спомена само едно от тях, може би най-известното – самоубийството на Юда Искариот, известен като предателя на Иисус Христос (Матей 27:3-5). От разказа на евангелиста става ясно, че Юда, дълбоко разкаял се и съкрушен от стореното, връща тридесетте сребърника на старейшините в храма и след като го напуска, се обесва.

Описаните по-горе митове и легенди на практика дават бегли описания на съответните психични заболявания:

Нарцисизмът се възприема като личностно разстройство, „широко разпространен модел на величественост, нужда от възхищение и липса на емпатия”[5].

Симптоматиката на това заболяване е широка и включва:

- усещане за превъзходство, интелигентност, хубост, уникалност, персонална значимост;
- прояви на безпардонност, арогантност, емпатия, убеждение за това, че другите му завиждат и трябва да са му подчинени;
- очаквания за възхищение от неговата персона и от всичко, което прави, както и от сервилност на другите към него.

Лунатизмът се нарича от съвременната медицина сомнамбулизъм. Той също се приема за разстройство на съзнанието, характерно най-вече за детско-юношеската възраст, но се среща и при възрастни хора. Като цяло това отклонение представлява изпадане в транс в сънно състояние, при което се извършват редица автоматизирани действия по време на сън и заспалият се разхожда с отворени очи, но спящ. В будно състояние болният няма спомен за случилото се.

Самоубийството е акт, предприет напълно доброволно от човек, който решава поради определени причини да отнеме сам живота си. Според изследователите [2, 1] има редица фактори, съдействащи за предприемане на суицидално (самоубийствено) поведение: наследственост, климатични условия, сезони, период от денонощието, расата, икономическата криза, чувството за вина и безнадеждност и т.н. Всъщност самоубийството се приема като патологично състояние, резултат от психиатрична патология.

Най-честите средства за самоубийство при мъжете са обесване, самозастрелване или скачане от голяма височина. При жените предпочитаните методи са отравяне или прерязване на вените.

В повечето случаи именно психичните заболявания водят до самоубийства, като най-голяма тежест в това отношение имат депресивните заболявания и състояния, неврози и кризи на възрастта, алкохолизъм и наркомания и др.

Предразсъдъците и неверните представи за психичните заболявания

Като се изхожда от факта, че психичните заболявания са част от останалите болестни състояния, трябва да се подчертае, че грижите за психично болните трябва да бъдат идентични с тези към пациенти с каквито и да било заболявания и адекватни на съответните психични отклонения.

Грешна е представата, че хората трябва да странят от пациенти с психични разстройства. По този начин болните са дискриминирани и социалната им изолация в повечето случаи им действа още по-подтискащо. Понякога дори те са жертви на насилие от страна на останалата част от обществото.

Едно по-внимателно отношение на социума към психично болните, навременното им диагностициране и адекватното им лечение може до голяма степен да им помогне да преодоляват кризите и да бъдат постепенно социализирани.

Днес медицинските изследвания постепенно развенчават създадените „митове“ за психичните болести и доказват [1], че психичните разстройства:

- Не са заразни;
- Не са „плод“ на фантазията;
- Не са резултат от „неправилен“ живот;
- Не във всички случаи могат да се определят като наследствени;
- Не се дължат на слабохарактерност на индивида;
- Могат да се подобряват и да са лечими в повечето случаи;
- Не винаги психично болните са склонни да проявяват насилие и т.н.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изследванията и самият живот показват, че в човешките общности винаги има пациенти с психични разстройства, предизвикани от различни фактори. Познавайки добре битуващата „митология“ по въпроса, изяснявайки си симптоматиката на психичните заболявания и базирайки се на добро диагностициране и лечение, обществото и медицинската наука са в състояние да се справят с голяма част от основната проблематика на психичните разстройства и тяхното лечение.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Ангелова-Барболова, Н. Митове и факти за психичните болести, изд. „Хелт Консулт Русе“ ЕООД, 2013.
- [2] Дюркем, Е. Самоубийството, София, изд. «Женифер-Хикс», 1999 (цитиран по Ангелова-Барболова, Н., пос. съч.)
- [3] Кун, Н. Старогръцки легенди и митове, изд. «Плеяда», 2011.
- [4] Нов Завет, Евангелие на св. ап. Матей.
- [5] Справочник на диагностичните критерии. Издателство «Изток-Запад», София, 2009. (цитиран по Ангелова-Барболова, Н., пос. съч.)

За контакти:

Елица Емилова Иванова-Караджова,
ФОЗЗГ, Катедра Здравни грижи, специалност Медицинска сестра.
тел: 0887 79 65 65

Доброкачествени заболявания на яйчниците

автор: Деница Димитрова и Невяна Недева
научен ръководител: Доц. д-р Иваницка Сербезова

Ovarian are a pair of organ, who under certain adwers factors can form benign and malignant formations. Object of the present research are bengin formations. Conservative treatment is through hormone replacement preparations and in several cases, operational interference - laparotomies and laparoscopies. The outcome of the disease depends on adequate treatment and proper obstetric care.

Key words: ovary, benign entity cysts, laboratory and instrumental investigations, obstetric care

ВЪВЕДЕНИЕ

Целта на настоящата статия е да проучи литературните източници, свързани с доброкачествени тумори на яйчниците и да изведе необходимите акушерски грижи.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Под думата „тумор“ се разбира всяко увеличаване на размера на яйчника, независимо от произхода му - неоплазма, киста, ектопична бременност или възпалителен процес [1]. Съществуват различни класификации, но за нуждите на настоящото изследване се приема групирането им в две големи групи: непролиферативни яйчникови тумори и пролиферативни яйчникови тумори. За да бъдат по – ясно дефинирани необходимите акушерски грижи са изготвени две таблици. В таблица 1 са представени различните видове непролиферативни яйчникови тумори с кратка характеристика от съпровождащите ги симптоми, необходими изследвания и произхождащите от тях акушерски грижи. В таблица 2 са разгледани пролиферативните яйчникови тумори.

Таблица 1. Непролиферативни яйчникови тумори

Заболяване	Симптоми	Изследвания	Грижи и лечение
1. Поликистозен овариален синдром на яйчниците – Синдромът на поликистозните яйчници е комплекс от хормонални разстройства, които въздействат върху цялото тяло на жената и нейното здраве. [6] Представлява полиетиологично заболяване с участието на редица звена от невро – ендокринната система с краен израз – овариален хиперандрогенизъм. [1] Установява се у 5-10 % от жените в репродуктивна възраст и е една от водещите причини за стерилитет и безплодие. [6]	- Аменореи, Олигоменореи , Хиперменореи с метрорагии; - повишено окосмяване по андрогенно зависимите зони на тялото; - акне и себороична кожа ; - степенно затлъстяване, изразено с инсулинова резистентност ; - стерилитет; - повишена честота на спонтанните аборти; - риск от рак на ендометриума и сърдечно – съдови заболявания. [1] - Рядко тъпа болка ниско долу в корема към кръста [5] -Нарушен менструален цикъл и	Лабораторни изследвания: Повишено съотношение LH / FSH, намален или липсващ прогестерон, леко степенно повишаване на пролактина, повишен делта 4 - андростендион и естрон, намален SHBG, увеличен FT, нормални стойности на DHEA – S, тестът с GnRH показва силна реактивност на хипофизната жлеза, по – често повишен инсулин. Изследва се ПКК, биохимия (кръвна захар, холестерол, триглицериди, липидограма, инсулин гликиран хемоглобин /HbA1c/, пикочна	Медикаментозно лечение: състои се в стимулиране или блокиране на ХХЯ ос. фенестрация . [1] Задължението на акушерката в предоперативния период е : 1. Хоспитализация на пациентката. 2. Попълване на необходимата документация и снемане на акушерска анамнеза. 3. Оценка на двигателната активност на пациентката ,преценка за интелектуално развитие , състояние на охраненост. 4. Поставяне на абокат и вземане на кръв.
2. Кисти на жълтото тяло - Те могат да се образуват от периода на първата			

менструация до климакса при жената. Получават се и при наличие на бременност. Възникването им се дължи на дефекти на лимфната и кръвоносна система. Прием на медикаменти, особено на хормонални препарати, също може да доведе до образуване на кисти [5]. 3.Ендометриозни кисти – Те са разположени на външната повърхност на матката или върху други участъци на перитонеума. Могат да бъдат засегнати и двата яйчника. Възникват на мястото, където е станала овулацията [1].	кръвотеченията между менструалното кървене. - риск от разкъсване на кистата. кръвоизлив, съпроводен със силна болка в корема, гадене, повръщане, покачване на телесната температура. - По принцип асимптомно - Възможни са тазова болка, дисменорея и стерилитет [1] .	киселина, общ белтък, албумин, чернодробни ензими, урея, креатинин и др.) [6] Диагностицира се чрез УЗД. - ехографско изследване - ядрено-магнитен резонанс - компютърна томография. - туморни маркери (СА-125) [5] - Чрез палпация се установяват уголемени яйчници. - Ехография на тазовите органи [4] .	5. Проба за чувствителност към антибиотици, аналгетици и анестетици. Непосредствено преди операцията акушерката : 1. Тоалет и избръсване на корем и гениталии. 2. Очистителна клизма - 2 пъти. 3. Предупреждение на пациентката да не приема храна 6ч. преди операцията. 4. Задължително трябва да е с чиста нощница, без бельо. Следоперативни грижи: 1. Измерване на соматичните показатели 2. Записването им в реанимационен лист 3. Изпълняване на лекарските назначения ; [2] За контрол над овулацията и профилактика на кисти на жълтото тяло се провежда и лечение с контрацептив по лекарска преценка. Лечението е оперативно в случаите на кръвоизливи и силни болки – лапароскопия [5] Акушерските грижи са еднакви , както в горе посочения тип. Консервативно лечение – гестагени , антигонадотропни препарати и аналози на гонодотропния релизинг хормон. Оперативно лечение - електрокоагулация на повърхностните кисти, тотална хистеректомия с двустранна аднексектомия [4]. Акушерските грижи са еднакви , както в горе посочения тип.
---	---	---	---

Таблица 2. Проллиферативни яйчникови тумори

Заболявания	Симптоми	Изследвания	Грижи и лечение
1.Доброкачествен кистичен тератом – обикновено е кистозна структура, която при хистологично изследване съдържа клетки от трите зародишни слоя . Срещат се от ранно детство до постменопаузалните години [1]. 2.Фибром - представляват доброкачествени овариални тумори от мезенхимен произход. Въпреки, че представляват 4% от всички яйчникови тумори, те са най-често срещаните неопластични образувания на яйчниците. Могат да се наблюдават при пациенти от всички възрасти, но най-често при жени на средна възраст 52 години. [4]	- безсимптомно - рядко болка при натиск върху корема Усложнения: - руптура, инфекция, кървене и злокачествена дегенерация [1] . - асимптомни - възможни са тежест и напрежение - увеличаване коремната обиколка [1]. - гадене, повръщане [4] .	- хистологично изследване; - палпация - УЗД; - рентгеново изследване ; - лапаротомия ; [1] - анамнеза; - гинекологично изследване; - диагностична пелвиоскопия; - хистологично изследване [3];	Лечението е оперативно чрез кистектомия при максимално запазване на яйчниковата тъкан [1]. Предоперативните и следоперативните грижи са същите, както горе посочените . Лечението е оперативно , при което заедно с фибромата се отстранява яйчника. Предоперативните и следоперативните грижи са същите ,както горе посочените.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Доброкачествените заболявания на яйчниците в последните десетилетия са не малък процент сред жените в репродуктивна възраст. Влияние оказват нездравословния начин на живот, липсата на достъпна информация и нередовна посещаемост при специалист. Подходът към всеки пациент е индивидуален и след установяването на типа доброкачествено заболяване на яйчника се назначава съответната терапия. При навременно проведено лечение, съчетано с адекватни акушерски грижи и индивидуализирано внимание се постигат добри резултати.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Димитров, А., В. Златков, Гинекология, С., 2013г., стр.138 ; стр. 228 – 23 ;
- [2] Щерев, А., Лекции за студенти по гинекология в Русенски университет 2014г.;
- [3] Стоименов, Г., , Акушерство и Гинекология, 1982г., стр. 567 ;
- [4] <http://www.framar.bg> ;
- [5] <http://www.puls.bg> ;
- [6] <http://zachatie.org> ;

Деница Росенова Димитрова, II курс „Акушерка“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, 0886304796 , denitcaa@abv.bg

Невяна Петрова Недева, II курс „Акушерка“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, 0898870751 , nevqna_93@abv.bg

Иваничка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Необходимост от подобряване информираността на обществото за превенцията на атеросклерозата

автор: Галина Михайлова

научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева

Need to improve public awareness of the prevention of atherosclerosis: The aim of our study was to investigate the views of our respondents concerning their attitudes on the need to raise public awareness of the prevention of atherosclerosis. Inquiry method, analysis of literature and Internet sources were used. The study was conducted in March 2014. The majority of respondents agreed that it is necessary to raise awareness on the prevention of atherosclerosis. This requires a systematic approach, involving the participation of all stakeholders on the issue.

Key words: atherosclerosis, cardiovascular diseases, prevention

ВЪВЕДЕНИЕ

Сърдечно-съдовите заболявания са водеща причина за заболяемост и смъртност във световен мащаб. В основата на повечето от тях стои атеросклерозата [3].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Що е атеросклероза? Атеросклерозата /atherosclerosis- от ст.гр. ather-кашица и sclerosis- уплътнение/ е заболяване на извънорганните клонове на артериалната система- артерии от голям и среден калибър. То се изразява с множествени огнища на задебеляване в интимата, наречени атеросклеротични плаки, които постепенно увеличават дебелината си и стесняват съдовия просвет [1].

Острите, животозастрашаващи усложнения на атеросклерозата са: остър миокарден инфаркт и мозъчен инсулт. Те се дължат на разкъсване на плаката и пълно запушване на съда и последваща тромбоза. Поради липса на кръвоснабдяване учатъкът, който се захранва с кръв от засегнатия съд, загива [3]. Атеросклерозата засяга най-често аортата, коронарните артерии, артериите на мозъка, бъбреците, мезентериалните артерии и артериите на крайниците. А именно това оперделя клиничната изява на заболяването. Ако това е съд, захранващ сърцето, се развива остър миокарден инфаркт. Ако е съд, захранващ мозъка, се развива исхемичен мозъчен инсулт. Ако е съд, кръвоснабдяващ крайник се развива остра артериална непроходимост на съответния крайник [5].

Няколко са важните факти, които трябва да се знаят за атеросклеротичния процес.

На първо място, заболяването се развива подмолно от ранна възраст, има дълъг латентен период, в който може да няма никаква клинична симптоматика. Едва с напредването на процеса започва да се проявяват симптоми, дължащи се на нарушения баланс между нуждата от кислород и възможност за неговата доставка, поради стесняване просвета на съда [3].

Вероятността човек да се разболее от атеросклероза представлява „риск“ от тази болест. Такава вероятност съществува при всеки човек, но при някои от тях рискът е по-голям, отколкото при други. Няма една единствена причина за атеросклерозата. Факторите, увеличаващи риска или така наречените рискови фактори, могат да бъдат повлиявани или не могат да бъдат повлиявани.

Рисковите фактори, които не можем да променим са: фамилна обремененост, пол и възраст.

Рисковите фактори, които можем да променим са: високо ниво на холестерола в кръвта, високо кръвно налягане, наднормено тегло, липса на физическа активност,

тютюнопушене, прекомерна употреба на алкохол, психическо напрежение (стрес), диабет.

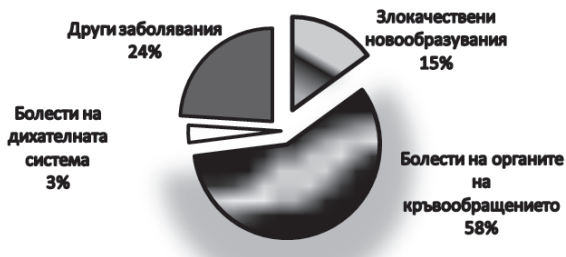
Дори човек да е наследил по-висока предразположеност към това заболяване, това не означава, че непременно ще се разболеет от него. Напротив, напълно възможно е да се предпази, ако предприеме мерки, с които да намали или елиминира действието на останалите рискови фактори.

Позиция на заболяването сред социално-значимите заболявания във света. Сърдечно-съдовите заболявания са първи по ред и причина за смъртност във света и са най-честата причина за преждевременна инвалидизация, тъй като една трета от болелите се нуждаят от обгрижване и личен асистент [6].

Именно това, както и цената на лечението, и отсъствието от работа, днес ги поставя на челна позиция сред социално-значимите заболявания.

Позиция на заболяването сред социално-значимите заболявания в България. Тенденциозно всяка година в България се наблюдава значително нарастване на броя на смъртността от сърдечно-съдови заболявания. По данни на Националния статистически институт от 2012г. в България смъртността сред болести на органите на кръвообращението са 58%, което е почти четири пъти повече от смъртността сред злокачествени новообразувания [5].

Тези данни авторът визуализира във фиг. 1



фиг.1 Смъртност по причини за 2012г./по [5]

А според данни на Евростад към края на 2012г. сме на първо място сред 28 европейски държави по смъртност сред сърдечно-съдови заболявания [7].

Методология на изследването. Целта на изследването е да се проучи мнението на респондентите, относно необходимостта от подобряване информираността на обществото за превенцията на атеросклерозата. Респондентите са 58, от които студенти първи курс, специалност „Медицинска сестра“ и от специалност „Акушерка“, както и пациенти от второ отделение по вътрешни болести, ендокринология и болести на обмяната на МБАЛ- Русе.

Етапи на изследването:

Подготвителен етап- съставяне на анкетна карта, съобразявайки се със изискванията за анкетопроучване и с целта на изследването; подбор на анкетираните, съобразно изходната концепция на изследването.

Същностен етап- провеждане на анкетното проучване.

Заключителен етап- анализ на отговорите в анкетата.

Използвана е анонимна, стандартизирана **анкетна карта** като основно средство в проучването [2].

Тя е композирана в следните части:

Познаване на рисковите фактори, водещи до атеросклероза./въпрос №1/

Източници на информация свързани с предпазването от сърдечно-съдови заболявания. /въпрос №2/

Необходимост от информационни кампании за запознаване с рисковите фактори и профилактиката на сърдечно-съдовите заболявания. /въпрос №3 и №4/

Участие в организирана информационна среща с медицински специалист по разглеждания проблем. /въпрос №5/

Адекватно познаване на сърдечно-съдовите заболявания и симптомите им(ранна интервенция). /въпрос №6 и №7/

Възрастов профил и ниво на образованост на анкетираните. /въпрос №8/

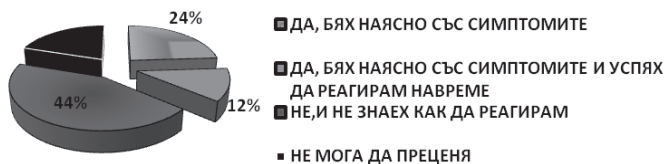
Резултати от проведената анкета и тяхното осъждане. Проучването показва, че само 33% от анкетираните са запознати с рисковите фактори, водещи до атеросклероза, 46% посочват, че не са запознати, а 12%, че са запознати частично.

(фиг.3)



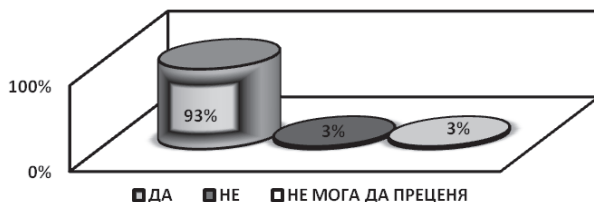
фиг.3 Отговор на въпроса „Запознати ли сте с рисковите фактори?“

Повечето от отговорилите с „Да“ са описали само един или два симптома, което също показва недостатъчна информираност по проблема. Ранната диагностика и интервенция зависи от адекватното познаване на нейните фактори и симптоми. На въпроса, свързан с това дали те или техен близък страда от сърдечно-съдови заболявания, от отговорилите положително само 24% са били наясно със симптомите, 12% са били наясно и са успели да реагират и 20% не могат да преценят. А почти половината- 44% са посочили, че не са запознати със симптомите и не са знаели как да реагират.



фиг.4 Отговор на въпроса „Бяхте ли запознати със симптомите и успяхте ли да реагирате навреме?“

Във връзка с резултата от предходния въпрос е зададен въпроса „Според Вас необходимо ли е подобряването на информираността на обществото относно превенцията на атеросклерозата?“ 93% отговориха положително, 3% отрицателно и 3%, които не могат да преценят.



фиг.5 Необходимо ли е подобряването на информираността на обществото относно превенцията на атеросклерозата?

В проучването най-често посочваният от анкетираните източник на информация, свързана с предпазването от сърдечно-съдови заболявания е: интернет- 30%, телевизия- 22%, от близки и познати- 19% и едва 18% получават информация от личния лекар, а 11% се информират от други източници(книги, специализирана литература, вестници, списания, от обучението си в университет и др.).



фиг.6 Източници на информация.

Извода е че, общопрактикуващите лекари трябва да предоставят информация с цел обучаване на своите пациенти относно атеросклерозата с особено внимание към рисковите групи.

Авторово интерпретиране е, че една информационна среща дава много повече възможности за обратна връзка между медицинските специалисти и пациентите. Така хората излизат от анонимността и поглеждат реално на проблема, с който биха се сблъскали в бъдеще. Разбира се, има много интернет сайтове и медицинска литература, от които хората биха могли да получат информация, но според нас, реалният контакт със специалист по проблема би имал по-добър ефект. Предвидимо е поставен въпроса „Бихте ли участвали в информационна среща с лекар специалист или медицинска сестра?“. 93% от анкетираните заявяват готовност за участие в информационна кампания, което е добър показател.



фиг.7 Отговор на въпроса „Бихте ли участвали в информационна среща?“

Възрастовият профил и степента на образование на нашите анкетирани ни показва, че в гимназиалния етап на обучение не се дава достатъчно информация относно

първичната профилактика на сърдечно-съдовите заболявания. А това би трябвало да е приоритет на държавната политика на страната.

Изводи от проведеното проучване.

1. Почти всички анкетирани(93%) са единодушни, че е необходимо повишаването на информираността на обществото относно превенцията на атеросклерозата.
2. Една трета от анкетираните получават информация относно превенцията на сърдечно-съдовите заболявания от интернет(30%) и едва 18% от личния лекар.
3. Близко половината от анкетираните(46%) не познават рисковите фактори, водещи до атеросклероза.
4. Информационните кампании трябва да са фокусирани върху запознаването с рисковите фактори и какви действия трябва да се предприемат при възникване на първите симптоми.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Непрестанното повишаващите се случаи на късно потърсили помощ пациенти с инфаркт на миокарда или с мозъчен инсулт, в резултат на атеросклерозата, както подмладяването на заболяването и забързаното ежедневие, доказват необходимостта от повишаване информираността на обществото относно първичната превенция на атеросклерозата. Това изисква системен подход, включващ участието на всички заинтересовани лица по проблема.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Рашев М., Ангаров Г., Белоев Й., Добрев Д., Зографски Б., Тинтерова З., Кунов А., Пелова Н., Станкушева Г., Атеросклероза, Медицина и физкултура, София 1974г.
- [2] Стефанова Т., Методика на обучението по природни и компютърни науки(избрани теми), Хелт Консулт Русе, първо издание.
- [3] Министерство на здравеопазването, www.mh.government.bg
- [4] Национален статистически институт, www.nsi.bg
- [5] Регионална здравна инспекция-Добрич, www.rzi-dobrich.org
- [6] Световна Здравна Организация, World Health Organization, www.who.int
- [7] Статистическа служба на Европейския съюз, Евростат, www.epp.eurostat.ac.europa.eu

За контакти:

Галина Христова Михайлова, фак.№ 139206, студент първи курс, специалност „Медицинска сесра“, Факултет “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.:0877411866, e-mail: g_mihailova@mail.bg
Научен ръководител: гл. ас. Деспина Георгиева

Формиране на половата култура у човека

автори: Галина Михайлова, Маруся Пенева
научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева

Sexuality manifests itself in different ways at different ages. One of the main prerequisites for the successful formation of sexuality culture is mutual trust between the educator and educated. Important role in this regard have the medical professionals. They provide knowledge and forming beliefs in building a sexual culture that is part of health education.

Key words: sexual culture, sexual morality, save sex, prevention

ВЪВЕДЕНИЕ

Още от древността сексуалната култура се приема като част от общата култура на обществото. С появата на християнството се слага началото на нов морален подход, което е една от многото причини за задържането на развитието на секс. култура в различните ѝ аспекти [2].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Днес съществуват много дефиниции за сексуална култура, но е безспорно, че тя включва социалното наследство, което съдържа натрупания човешки опит в дадена общност и предписва съответни нагласи и норми за поведение на нейните членове. Половото възпитание е неотменна част от сексуалната култура, но се разглежда и като компонент на теорията на възпитанието. То е гранична област между педагогиката и сексологията. В различни източници се дават различни определения за същността на половото възпитание, но вложеното фактическо съдържание в тях е почти едно и също. Например С. Попова, дефинира половото възпитание "като специфично социално-педагогическо взаимодействие, насочено към повишаване качеството на половите взаимоотношения и емоционалната удовлетвореност на личността от сексуалното общуване с партньора". Според нея "сексуалното възпитание е иманентна част на половото и негова конкретизация във възрастов план. Свързано е с целенасоченото предаване и активно усвояване на сексуални знания и опит, превръщането им във взаимна жизнена практика на субектите на взаимодействието" [7].

Можем да обобщим, че половото възпитание представлява целенасочен процес на въздействие, чрез който възпитаваните получават знания, изработват представи, убеждения, ценностни нагласи и се подготвят за осъществяване на пълноценен полов живот, на щастливо и удовлетворяващо партньорство и сътрудничество, на съзнателно и желано родителство и създаване на здраво и жизнеспособно поколение, т. е. изграждане на полов морал.

Основен фактор за половото възпитание се явява семейството. Сведения за своята полова принадлежност детето получава съвсем рано и то от своите родители и близки. Подходящото облекло и играчки, поведението, което се наблюдава вкъщи са много важни, за да се изградят правилни представи за полово поведение [6].

Според нас, семейството може да подготви децата си до толкова, до колкото самите родители са наясно за своята образователна и възпитателна дейност. Те трябва да притежават нужната информация, но и да умеят да придадат онази естественост, непринуденост, ненаатрапчивост и доверие в разговорите на тази "трудна тема" и взаимоотношенията, породени от тях. Разговорите ще бъдат ефективни, ако родителите изберат най подходящ стил на общуване с децата си

Обречен на провал е всеки разговор по темата, основан на авторитарния и директивен стил на поведение и общуване на родителите.

Половото възпитание, започнато вкъщи, продължава и в училище. Много важно е да няма разногласия между принципите на възпитание вкъщи и в училище.

В началното училище половото възпитание се реализира в часа на класа. Според Попова, много подходящи са: обсъждане на проблемни ситуации, разглеждане на художествена литература за деца, четене и коментар на детски писма. Знанията за устройството и функциите на половата система и най-важните хигиенни навици, свързани с нея, е най-уместно да се разглеждат в специален урок по природознание в блока за природата и човека, разглеждан в трети клас [6].

В прогимназиалния курс дискусиите по проблемите на взаимоотношенията между половете трябва да са по-обстойни, а и интересът към тях е по-голям. В обучението по здравно образование, в специализирания урок за половата система, учениците получават необходимия минимум от знания за устройството и функциите на половите органи, научават за противозачатъчните средства и предпазването от СПИН и другите венерически болести [6].

В гимназиалния курс половото възпитание да се осъществява в часа на класа, в извънкласните и извънучилищните организационни форми, като се използва комплекс от разнообразни методи. Предпочитат се дискусии, дебати, решаване на казуси, изготвяне на проекти и др. По този начин учениците могат да изразяват собствено мнение, да го защитават, да се срещат със медицински специалисти, участват в клубове, научни семинари [6].

Информацията, относно половото възпитание на момичетата и момчетата е необходимо да бъде поднесена по подходящ начин, съобразена с половите различия.

На първо място трябва своевременно да се даде информация за **полюциите** (мокри сънища). Обикновено на 13–14 години момчетата знаят, макар и повърхностно, какво е менструацията, но имат твърде смътна представа за полюцията [3].

Ако са неподготвени, това може да предизвика неприятни последици, затова на юношите трябва да се каже, че еротичните сънища и нощните полюции са нормално явление и не трябва да ги притесняват [4].

В този период пред момчетата може да възникнат различни **въпроси и страхове**, относно големината и формата на пениса и тестисите, окосмяването, сутрешната ерекция, честотата на мастурбациите и много други. Редно е да получат компетентни отговори от своите родители, възпитатели, медицински специалист или да намерят отговора в подходяща литература [5].

Хигиенните изисквания към мъжете са толкова строги, колкото и към жените, като още преди пубертета у момчето трябва да се създаде навик за ежедневно измиване на половите органи и смяна на бельото. Анатомичното устройство на мъжката полова система донякъде я предпазва от инфекции, но придобитите отрано навици ще допринесат много за поддържане на добра хигиена след започване на редовен полов живот.

Полово възпитание на момичетата трябва да започне с даването на **предварителна информация за менструацията**. Колкото и да е чудно, все още има момичета, за които първата менструация е била пълна изненада или поне слабо познато, и затова плашещо явление. Статистиката сочи, че в България средната възраст на момичетата при първа менструация е 12,5г. Затова на всяко момиче след 10-годишна възраст майката трябва да обясни какво е това менструация, как протича и какви **хигиенни навици** са задължителни в този момент. Например, че по време на мензис не бива да се къпе в басейн или вана. Превръзките се сменят не по рядко от 4–5 пъти в денонощие. Ако се използват влагалищни тампони (могат да се използват и от девствени момичета), те могат да престоят в организма не повече от 2 часа. Най-важното при половото възпитание

на девойката е да се **подготви за бъдещия семеен живот**. Това значи, че тя трябва да израства с чувство за най-висока отговорност на бъдеща майка.

Кога да започне половият живот? Това е въпрос на личен избор, който възнува както родителите, така и възпитателите, а най-много самите юноши и девойки. От медицинска гледна точка секс може да се прави след достигането на физическа и психическа зрялост, която за всеки е различна. Настъпва на около 16–18-годишна възраст.

Според нормативната уредба на нашата страна сексът и всякакви сексуални действия, например пиране, милване на половите органи, с лица под 14-годишна възраст се смята за престъпление от общ характер и се наказва с лишаване от свобода, независимо от това, дали детето е било съгласно с подобни действия или не [10].

Според младите хора, най-често момчетата, които имат силно сексуално желание, половият живот трябва да започне веднага, независимо от възрастта на партньорката. Ако и нейното желание за секс е силно, решението трябва да се вземе в спокойна обстановка като се избере вариант, който удовлетворява и двамата партньори. В хода на вече започналата любовна игра взаимното докосване предизвиква много силни желания, които понякога човек трудно овладява и е невъзможно да се спре. В такъв момент за противозачатъчни средства и предпазване от полово предавани болести не се мисли. Особено след използване на алкохол или психостимулативни средства едва ли се стига до най-правилните действия. Често някой младежи са склонни да прибегват до различни психостимулативни средства, чрез които се надяват по-успешно да се справят с психичните проблеми, да проявят по-голяма активност и др. Трябва изрично да се подчертае, че изписването на такива средства съвсем не е така безобидно, както понякога се смята и тяхната употреба трябва да става само в строго определени случаи, и то по лекарско предписание. Хубаво би било, ако е възможно да се въздържаме от прекомерната употреба на лекарства, особено в случаите, които бихме могли да се справим и без тях. Спазвайки изискванията за здравословен начин за живот, съществено може да се ограничи използването на постиженията на съвременната фармакология [1].

Когато говорим за сексуална култура не можем да не споменем и двата вредни навика – употребата на алкохол и тютюнопушенето. Тяхната употреба се отразява на развитието и функционирането на половата система на човека. Понякога младежите са склонни да прибегат до алкохола, за да преодолеят напрежението и несигурността, която изпитват при предстояща среща с момиче. Но в повечето случаи, вместо кураж, алкохолното опиянение предизвиква грубо и необмислено поведение, което най-малкото може да доведе до неуспех пред желаното момиче. Младежът може да не получи ерекция, тъй като алкохолът подтиска тази функция. Неговото въздействие подтиска естествените задръжки на човека, а това води до пренебрегване на опасността от полово предавани инфекции и използването на предпазни средства. Не по-малки поражения върху половата система оказва и **тютюнопушенето**. Известно е, че никотинът, съдържащ се в цигарения дим, предизвиква свиване на кръвоносните съдове, което може да доведе до неефективна ерекция. Измененията, които настъпват при редовните пушачи, често обуславят трайно отслабване на сексуалните възможности.

Алкохолът и цигарите са вредни за девойката и особено за бременната жена и младата майка [1].

Важна част от формирането на половото възпитание е информираността на подрастващите за полово предаваните болести.

Както при безразборни сексуални контакти, така и при нормални обстоятелства, партньорите могат да се заразят, ако единият е носител или заразен с болест, предавана по полов път.

Болестите предавани по полов път представляват сериозна опасност по две причини. Първо, те могат сериозно да влошат състоянието на човека, който е заразен с тях. Второ, превръщат същия човек в преносител, всеки път, когато той или тя имат полов акт. Тези болести се разпространяват чрез вагинален, анален и орален секс. Оралният секс не означава безопасен секс, напротив на разпространената представа. Микроорганизмите преминават от човек на човек чрез семенната течност, вагиналната слуз и кръвта.

Единственото средство, което предпазва от болести, предавани по полов път, макар не 100%, е презервативът. Той предотвратява навлизането на семенна течност във влагалището. Ако употребата му е правилна, сигурността възлиза на около 98%. Важно е кондомът да е в срок на годност и опаковката му да се отвори внимателно. Някои от причинителите на болестите могат да навлязат в тялото посредством малки рани в устата, гениталиите или ануса. Лигавиците са много податливи от кожата, така че ако някакъв секрет влезе в досег с тях, опасността от инфекция е много по-голяма. Друг начин на заразяване е по венозен път.

Някои по-чести полови инфекции са: негонококови уретрити, сифилис, СПИН, генитален херпес, хламидии, трихомоназа, гонорея(трипер), кандидоза, вирусен хепатит тип Б, полови брадавици, и други.

Повечето болести, предавани по полов път са излечими. Но, ако не се лекуват своевременно, някои от тях могат да доведат до продължителни здравословни проблеми, както при жените, така и при мъжете. Например, могат да повредят репродуктивните органи и при жената може да настъпи стерилитет. Могат да увредят органи, цели системи и евентуално да настъпи смърт. Някои полово предавани болести могат да се предадат от майката на бебето ѝ - по време на бременността или при раждане.

Много често техните симптоми са слабо изразени или изобщо липсват. Това означава, че човек може да е заразен, без да знае за това, и така да заразява всички свои сексуални партньори. Но, ако има съмнение, че е болен, веднага трябва да се обърне към лекар специалист, тъй като тези болести не минават от само себе си. [1].

Грижата за здравето е част от добрия сексуален живот. След започване на полов живот, медицинските специалисти препоръчват редовни профилактични прегледи, поне два пъти годишно [8].

Откриването на болните от венерични заболявания се осъществява по два начина: чрез профилактични прегледи, и пасивно- при обследване на населението в здравните заведения и при търсене на медицинска помощ от тях.

Активения способ, според системата за диспансеризация на населението у нас, се класифицира на:

а) масови профилактични прегледи - използват се преди всичко във връзка с изпълнение на програмата за борба със сифилиса;

б) целеви профилактични прегледи за откриване на сифилис сред бременните жени, при обследване членовете на семействата и контактните на болните за откриване на сифилис и гонококция;

в) периодични профилактични медицински прегледи на работещи в определени трудови условия (хранителни, детски, болнични и други заведения);

г) предварителни профилактични прегледи преди постъпване на работа, сключване на брак, на кръводарители, дарители на мляко и семенна течност.

Основната задача на профилактичните медицински прегледи на населението е масовото, активно обследване и откриване на контингентите, подлежащи на диспансерно наблюдение [9].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Формирането на полова култура у човека трябва да е приоритетна дейност в нашето общество. Една от главните предпоставки за успешното провеждане на

половото възпитание е постигане на взаимното доверие между възпитателя и възпитавания. Такъв тип отношения е необходимо да се изразждат, както в семейството, така и в образователните институции.

Навременната, обоснована на науката информация, поднесена по професионален начин определя изключителната роля на медицинските специалисти, които предоставят знания, формират убеждения и изграждат сексуалната култура, като важна част от здравното образование на подрастващите.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Бостанджиев. Р, Кабакчиева. Е, Раднев. П, В света на интимното, Просвета, София, 1991
- [2] Бояджиева. Р, Азбука за теб и за мен, Ръководство за учителя пети - осми клас
- [3] Долто. Ф. Тийнейджърите, Наука и изкуство, София, 1995
- [4] Макферсън. Ан, Малките откачалки питат - ИК Кръгзор, 2003 [5] Макферсън. Ан, Малките откачалки питат - ИК Кръгзор, 2003
- [5] Менен, П.Първа любов, Унискорп, 2003
- [6] Попова.С.Методи за осъществяване на полово възпитание при учениците от начална училищна възраст, ст. ,София, 2002
- [7] Попова.С. Теоретични основи на половото възпитание, 1994
- [8] Каляшина. П, Полово-предаваните болести - вечна тема табу за хората, статия, www.drkaliasheva.com
- [9] Национална здравно осигурителна каса, НАРЕДБА № 39 от 16.11.2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, www.nhif.bg
- [10] *НК на Република България, чл.151, ал.1*

За контакти:

Галина Христова Михайлова, фак.№ 139206, студент първи курс, специалност „Медицинска сесра“, Факултет “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.:0877411866, e-mail: g_mihailova@mail.bg

Маруся Георгиева Пенева, фак.№ 139230, студент първи курс, специалност „Медицинска сесра“, Факултет “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.:0894530677, e-mail: marusya.pe@gmail.com

Научен ръководител: гл. ас. Деспина Георгиева

Роля на профилактиката и комплексното лечение на най- често срещаните ортопедични заболявания в детско-юношеска възраст

автори: Светла Хвърчилкова, Маруся Георгиева
научен ръководител: гл. ас. Деспина Георгиева

Abstract: Spinal deformities are among the most common diseases in childhood - adolescence. For decades the etiology, pathogenesis and treatment have been discussed. Morphologic, histological and biomechanical studies have recently narrowed the range of unexplained moments. Sufficiently effective modern methods of surgical treatment have been developed throughout the last years.

Key words: Orthopedy, adolescence, prophylaxis, treatment

ВЪВЕДЕНИЕ

Известно е, че грижата за отглеждането на децата от праисторически времена и до днес се пада на майката, на родителите, на семейството. Родителите, особено майките, прекарват най-дълго време с растящите си деца, те имат най-добра възможност да ги наблюдават, да откриват някои изменения във формата или движенията на тялото, ставите, крайниците. Пред очите им те растат, прохождат, проговарят, развиват се, играят, учат, спортуват. Без да се подценява, значението на общопрактикуващите лекари, детските лекари, учители по спорт, възпитателите и т.н., може да се каже, че ролята на родителите е изключително важна за ранното откриване на заболяванията. В днешно време родителите напълно са информирани по отношение на различните видове заболявания. Необходимо е да имат известни познания по ортопедия, за да могат по-спокойно да възприемат появяващите се отклонения в развитието на децата си и съответно да търсят навреме съветите на специалиста - ортопед.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Наименованието "ортопедия" е използвано за първи път от френския лекар Никола Андри, който през 1741 г. издава своята книга "Ортопедията или изкуството да се предотвратят и коригират деформациите на тялото при децата". Книгата била предназначена за родители и гувернантки и имала много голям успех. Специалността ортопедия се състои от две части - ортопедия, която се занимава със заболяванията с костите и ставите и травматология, която лекува травмите на скелета. Думата ортопедия е съставена от две гръцки думи "ортос", което означава "прав" и "педео" - "дете". С това се подразбира че името "ортопедия" означава система от правила и съвети как децата да растат здрави, с хубава стойка, правилна походка и отлична подвижност[1]. Отделянето на специалността ортопедия и травматология от общата хирургия става постепенно през 18-тия и 19-тия век отначало във Франция, Швеция, Германия и Италия и по-късно претърпява мощно развитие, за да достигне своето високо съвременно равнище.

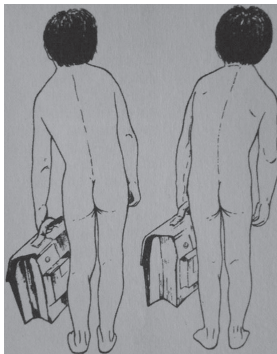
➤ "Добра" и "лоша" стойка

Във връзка с представените по-долу заболявания, важен момент е уточняване състоянията на **"Добра" и "лоша" стойка**. Най-общо казано, с понятията стойка или телодържание се разбира обичайната поза, която заемаме в пространството, когато стоим, седим или ходим, без допълнително налягане на мускулатурата на тялото. Стойката е тясно свързана с функцията на мускулите, тяхната сила, тонус и издръжливост. Всъщност мускулатурата държи тялото в изправено положение. Освен мускулите важна роля играят още самият скелет, ставните връзки, връзките между прешлените на гръбнака, нервната система и ставните органи - очите и ушите. Известно е например, че деца, които не виждат или не чуват добре, имат често неправилна или отпусната стойка. За добрата стойка има значение още

правилното функциониране на сърцето, белите дробове, кръвообращението. Не на последно място стойката зависи и от пола, интелигентността, характера и моментното настроение на индивида. **Под критерии за "добра" и "лоша" стойка** се разбира това, дали стойката на даден юноша или девойка прави "добро" или "лошо" естетическо впечатление на наблюдаващия. Стойката е важна, защото е предпоставка за добро самочувствие, за добро здравно състояние и добри физически възможности. Франц Шеде (1882-1976 г.), определя стойката "като израз на душевно - телесната цялост на личността и мярка за нейната сила". За неправилната стойка или порочно телодържание се говори тогава, когато отклоненията от "добрата стойка" станат привични за дадено дете или юноша. В такива случаи може да има определена причина за това, например наличие на системна вродена слабост на мускулната и съединителната тъкан. Известна роля тук играе и генетичната програма на индивида, а така също и възпитанието по време на растежа и развитието на детето и юношата. Неправилната стойка може да бъде и вторична, т.е. да се развие в стремежа на тялото да изправи налична деформация в друга негова част. Това се случва тогава, когато тазобедрената става не може напълно да се изпъне и за да застане юношата в напълно изправено положение, той трябва да подгъне коляното си от същата страна и да засили хлътналостта на поясната извивка. Отначало тази неправилна стойка може да се коригира, но по-късно съществува опасност да стане постоянна. Коригирането до "нормата" на неправилните стойки става чрез активно напъгане на съответната мускулатура. Истинско патологично отклонение в позицията и формата на тялото, например истинско гръбначно изкривяване, е налице тогава, когато при напъгане на мускулите не може да се възстанови "добрата стойка", т.е. тази деформация на тялото е вече "фиксирана" и има характерни структурни промени. Това поражда необходимостта родителите да водят децата си на редовни контролни прегледи и да проследяват тяхното физическо развитие[1].

Рискове за неправилното развитие на стойката. За промяната в стойката важна роля играе и средата, в която се намират подрастващите. Например в училището, в което сме записали своето дете, то променя своите навици. Дългото стоене на чина е една от причините за напрежението в мускулната система на тялото. При четене или писане детето се навежда напред, при което гръбната мускулатура се намира в състояние на леко напрежение, докато останалата мускулатура на тялото почива. Един от въпросите, които са обект на дискусии от страна на родителите е, дали децата да носят учебниците си в раница на гърба или в чанта в ръката. Общото становище, е че раницата на гърба е по-здравословна и подобрява стойката на детето.

За развитие на правилна стойка има и други фактори, на които невинаги се обръща достатъчно внимание:



- Важен фактор е леглото, в което подрастващите спят. Условието на, които трябва да отговаря са следните: Необходимо е да се използва матрак и в никакъв случай пружина, той трябва да бъде достатъчно твърд, така че да не се образува хлътване под тялото на спящото дете и юноша.

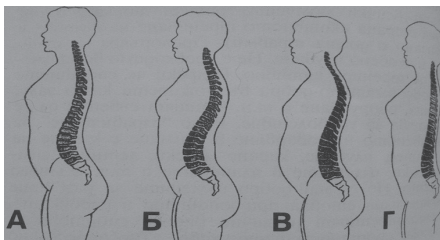
- Важна роля за гръбначните изкривявания имат и обувките. Прекалено тесните, плоски, с високи токове или без сводове обувки се отразяват много неблагоприятно на развитието на стойката.

- Облеклото трябва да бъде леко, достатъчно топло, но да не пречи на потоотделянето на кожата. Особено неподходящи са дрехи и обувки, които карат подрастващите да заемат принудителни позиции на тялото - ластични и плиткни панталони, къси и вталени блузи и сака, дълги и тежки пардесюта, обувки с много високи токове и т.н.

За съжаление юношите и девойките са податливи на "писъка на модата" и често носят неподходящи за правилното развитие на тялото дрехи и обувки.

➤ **Най- често срещани заболявания:**

Заболяването на Шойерман(юношеска кифоза)



Холгер Шойерман - 1877 - 1960 е датски рентгенолог, който пръв описва как при неправилно развитие на дисковете и прешлените на гръбначния стълб, целият гръбнак е извит напред с оформяне на гърбица. Т.е. причината не е в мускулите и връзките, а в самия скелет на гръбначния стълб. В други случаи причината за закръгления гръб може да бъде вродена, т.е. детето да се е родило с неправилно оформени прешлени. В по-редки случаи гръбначния стълб може да е засегнат от туберкулоза, кучешка тения или тумор, при които състояния също има гърбица. Закръглено - хлътналият и закръгленият гръб имат важно значение и не трябва да се подценяват при децата и юношите от страна на родителите. Те могат да смутят развитието на вътрешните органи в гръдния кош и коремната кухина, а понякога още в младежка възраст да доведат до оплаквания от страна на гръбнака - най-вече болки в гърба[1].

Сколиоза (странично изкривяване на гръбначния стълб)

Странични гръбначни изкривявания, които са патологични отклонения от нормата се наричат "сколиози". Те могат да бъдат различни по вид, по локализация, по време и причина за появяването им, по степен на изразеност. Освен страничното изкривяване за истинските сколиози е типично и завъртане на прешлените около оста на гръбнака, т.е. гръбнака е усукан. По този начин прешлените се деформират - откъм вдлъбнатата страна на кривата те са по-ниски, отколкото откъм изпъкналата страна. Ако изкривяването е в гръдния отдел, то тогава се деформира и гръдния кош, като се оформя т.н. ребрена гърбица. При поясните сколиози, плаващите 11-то и 12-то ребра заедно с мускулатурата се изместват назад, образувайки един типичен "мускулен вал" откъм изпъкналата страна на кривата. Съществуват сколиози, при които не се открива усукване на прешлените. Например, такова е страничното изкривяване на гръбнака при ишиас, ломбаго, дискова херния и др. болезнени състояния на гръбнака, с което пациентът си намира една щадяща позиция на

тялото. Сколитичното изкривяване може да се появи и при разлика в дължината на краката, изкривяване на таза и др. състояния. Тези сколиози могат да се излекуват щом като се премахне причината за появата им. Например, ако се изравни дължината на долните крайници, гръбнакът се изправя и тялото заема вертикалната си позиция. Такива сколиози се наричат функционални или симптоматични. Те не се истинските сколиози, които имат прогресивен характер и представляват сериозна заплаха за здравето на човека[1].

Оперативно лечение на сколиоза

За вземането на едно от най-важните решения от страна на родителите за оперативното лечение на сколиозата има най-вече видът на сколиозата, нейната големина и тенденцията за прогресивно увеличаване, което се установява на редовните контролни прегледи с рентгенови снимки. Когато се установи бързо прогресиране, което води до големина на кривата по-голяма от 40 градуса, обикновено се обсъжда с родителите необходимостта от оперативно лечение. Най-подходящата възраст за такава операция е периода между 12 и 14 години, за момичетата - по-рано, за момчетата малко по-късно. Целта на операцията за сколиоза е двояка - да коригира изкривяването до възможно най-благоприятна степен и да се възпрепятства неговото повторно появяване.

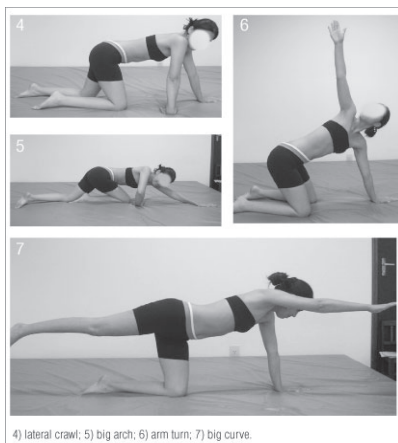
Трябва да се знае, че неоперираният сколиотичен гръбнак също се обездвижва с времето, но не в изправено, а в деформирано положение. Тук отново трябва да подчертаем, че при неоперирания големи сколиози постепенно се увреждат белите дробове и сърцето, което също трябва да се има предвид при обсъждане на индикациите за операция [1] .

➤ Спортна дейност при деца с кифоза и сколиоза

В продължение на десетелетия методите на Klapp с въведените от него пълзения и асиметрични упражнения се използват като основни принципи в двигателната терапия, тъй като осигуряват връщане на гръбначния стълб към хоризонтално положение и разтоварването му[2].

През 1964 г. А. Lariég определя задачите на кинезитерапията при лечението на гръбначните изкривявания като: общо укрепване на телесната мускулатура и подобряване на дихателните възможности; възстановяване на хоризонталната позиция на таза; коригиране на стойката; увеличаване на подвижността на гръбначния стълб.

При наличие на кривини до 20 градуса според W. Bunnell се прилага неоперативно лечение. Необходими са упражнения за мобилизация, корекция и укрепване на мускулите. При изкривяване от 20 до 40 градуса се прилагат освен изправителна гимнастика и различни видове корсети. Известно е, че съществена част от консервативното лечение заемат физическите упражнения. *Упражнения по Klapp*



4) lateral crawl; 5) big arch; 6) arm turn; 7) big curve.

Figure 3. Klapp exercises.

➤ **Лечението на деформациите, както и влиянието на кинезитерапията върху патологичните структури и процеси налагат следните задачи:**

- общо укрепване на телесната мускулатура и по-специално тази на корпуса;
- развитие на възприятията за собственото тяло, неговото положение и положение в пространството;
- възстановяване на неврофизиологичната регулация на движенията;
- подобряване на дихателните възможности на организма;
- възстановяване на хоризонталната позиция на таза;
- тренировка на илеолумбалните мускули;
- подготовка на гръбначния стълб за поемане на корекцията;
- развитие на постуралните рефлексни за осъвършенстване улесняващите PNF - техники на лечение;
- повишаване психо-емоционалния тонус;
- подобряване адаптационните възможности на организма за ефективно противопоставяне на външните фактори, влияещи върху задълбочаване на изкривяването;
- подготовка за професионално ориентиране на децата и подрастващите с гръбначни изкривявания [2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профилактиката и лечението на неправилното телодържание и сколиозите при деца и подрастващи се явява един от най-трудните раздели на съвременната ортопедия и педиатрия, въпреки многобройните проучвания по този въпрос. Незабележимо начало, обикновено бавното и болезнено развитие, със слабо изразени клинични симптоми, прави нарушаването на телодържането и страничните гръбначни изкривявания трудни за диагностика, късни за откриване и лечение. Пластичността на детския организъм, неговата ранимост, недостатъчната му съпротивляемост към различни неблагоприятни фактори от околната среда, съвкупност с анатомио-физиологичните особености на децата и подрастващите, поставят на още по-голямо изпитание ортопедията и кинезитерапевта при лечението на гръбначните изкривявания в детско-юношеската възраст [2].

Характерът на заболяванията, тяхното трудно откриване в ранен стадий и последиците от ненавременно и неправилно лечение налагат, необходимостта от комплексно наблюдение и грижи за децата и юношите. За да растат децата и юношите без гръбначни изкривявания е необходимо родителите да следят тяхното физическо развитие. При констатирането на появили се такива, е необходимо вземане на спешни мерки за тяхното своевременно лекуване, спазване на продължителните физиотерапевтични процедури и активно наблюдение от специалистите.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Танчев П., П. Матцен "ОРТОПЕДИЯ ЗА РОДИТЕЛИ"

[2] Баракова П. "Гръбначни изкривявания в детско-юношеска възраст"

За контакти:

Светла Хвърчилкова-ФОЗЗ, Катедра „Здравни грижи“ Специалност „Медицинска сестра“ тел: 0896671179

Маруся Георгиева-ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“ Специалност „Медицинска сестра“ тел: 0894530677

Медико-социални грижи и качеството на живот при пациенти, болни от заболяването Алцхаймер в Дневен център в Италия

автор: Маруся Георгиева, Светла Хвърчилкова
научен ръководител: гл. ас. Деспина Георгиева

Abstract: *The Alzheimer's disease is the most common form of dementia. It's an organic, mental disorder due to the progressive degeneration of the brain. Due to the characteristics of the disease, patients with the Alzheimer's disease require strenuous care. Day center for medical care provides comprehensive care aimed at decent life for patients.*

Key words: *Alzheimer's disease, strenuous care care, day center.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Болестта Алцхаймер е най-често срещаната форма на деменция в развитите страни. То е органично психическо растройство, дължащо се на прогресивна дегенерация на мозъка. Носи името на своя откривател немския психолог и невролог Алоис Алцхаймер (1864-1915). Все още причините за заболяването не са изяснени, но се поддържат различни теории: генетична наследственост, външни фактори, слаба имунна система, токсини, психични фактори (например ежедневен стрес), нездраволотно хранене. Основните симптоми са: прогресивно влошаване на когнитивните функции до степен, непозволяваща изпълнение на рутинните дейности, необяснима смяна на настроението, невъзможност за адекватна оценка, необходимост от повтаряне на въпроси, нарушение в говора, липса на персонална инициатива за ежедневна активност, нарушение в ориентирането, изявена деменция, трудност при разпознаване на лица, предмети, неспособност да борави с пари, плащане на сметки.

Според проучване на изследователи от Кеймбриджски университет голям риск се наблюдава в 192 държави, които са високо индустриализирани и имат големи урбанизирани райони. Именно в тези държави при които 3/4 от населението живее в големи градове - рискът от Болест на Алцхаймер (БА) е по-голям в сравнение с тези, които само 1/10 от населението живее в големите градове. Отхвърлят хипотезата, че прекалената хигиена има връзка с болестта. Но като превенция препоръчват: поддържане на двигателната активност, отказ от тютюнопушенето, контрол на холестерол, кръвно налягане и не на последно място здравословно и балансирано хранене [4].

Поради особеностите на болестта, болните със заболяването на Алцхаймер се нуждаят от непрекъснати комплексни грижи. В България специализираните медико-социални заведения са малко на брой и тяхния капацитет не е в състояние да обезпечи всички нуждаещи се. Проучвайки положителният опит на развитите европейски страни за полаганите грижи, подобряването на качеството на живот и достойното преживяване на болестта, се установява много активно включване на близките на пациентите, доброволци и опитен екип от професионалисти с различна насоченост.

ИЗЛОЖЕНИЕ

През 2011г. в списание "Alzheimer and Dementia" е публикувана първата ревизия на NINCDS-ADRDA за критериите за диагностициране на деменцията на БА (болестта на Алцхаймер). Те посочват три последователни стадия на заболяването:

Първи стадии - т.н. предклинически стадий може да продължи от 5 до 15 г. Установява се, че пациента има все още добра самостоятелност, но се влошава

загубата на памет и дезориентацията, трудно борави с пари и сметки. Често се диагностицира пациента в този стадий.

Втори стадий - все повече губи самостоятелността, не може да поддържа хигиената си и облича самостоятелно, може да произвеждат импулсивно държание, халюцинации, параноя.

Трети стадий - изцяло загуба на автономност, но до последно може да запазят вървенето и необходимост от ядене. Усложненията, които следват може да доведат до залежаване, счупване на кости (вследствие падане), бронхопневмонии, декубитуси. В този стадий не могат да комуникират и са напълно зависими от други хора. Има вероятност и от загуба на тегло, часовете за сън се увеличават, затруднено преглъщане, липса на контрол на пикочния мехур и черва.

Критериите за поставяне на диагнозата се изразяват чрез провеждане на няколко проби: за състоянието на паметта - броене, за ориентираност, за интелигентност (пациент с БА не е в състояние да води дори един обикновен разговор, а също и да създаде една обикновена рисунка), стандартни изследвания на кръв и урина с цел да се идентифицират други причини за проблема, сканиране на мозъка или магнитен резонанс (MRI), хистологично изследване получено от аутопсия или биопсичен материал.

Лечение и грижи за пациентите, страдащи от Болетта на Алцхаймер.

Поради неясната си патогенеза пълното излекуване за сега е невъзможно. Това е едно фатално заболяване и прогресирането е неизбежно. Може да настъпи тежка и необратима увреда на мозъка, може да обхване целия мозък. Лечението е симптоматично, то може само да забави, но не спира заболяването. Съвременната симптоматична медикаментозна терапия е основана на съществуващата до момента хипотеза, че БА се дължи на недостиг на ацетилхолин. Използват се с доказан ефект някои антихолинестеразни средства: Donepezil, Galantamine, Rivastigmine. От антихолинестеразните средства добър ефект може да се получи, ако се приемат в началото на заболяването, но както много други средства и те се съпровождат със странични ефекти. Основната цел на лечебната терапия е да бъде забавен процеса на заболяването, по този начин се осигурява по-добър начин на живот, тъй като се удължава периода на активност[3].

Организация на дейността на ДНЕВЕН ЦЕНТЪР ЗА ХОРА С АЛЦХАЙМЕР – GIUSSANO /ITALIA/

Дневният център за хора с Алцхаймер обслужва хора с деменция и специално болестта Алцхаймер, капацитета му е 20 души, работното му време е от 8 до 18 h от понеделник до събота. Неговата дейност е междинна – между старчески дом и обгрижване на стари хора в дома им. Постъпилите хора не се наричат "пациенти" нито "болни", а гости. Те се разделят на две групи: автономни (самоослужващи се на крака) и хора, които се придвижват с помощта на персонала.

След постъпването в центъра на всеки гост се изготвя индивидуален план съгласно степента на заболяването: определя се степента на автономност, степен на възможностите за комуникация и има ли съхранени навици за извършване на някаква дейност - опорно двигателна дейност; степен на съхранение на когнитивните възможности, и възможност за включване в игри, стимулиращи паметта; възможности и желание за включване в музикотерапия, арттерапия; терапия на заетост или трудотерапия - изработването на малки предмети.

Обслужващия екип, ангажиран с грижите се състои от : лекар, медицинска сестра, физиотерапевт, аниматор и санитарни оператори (OSS). Медико-социалните грижи са разделени на няколко групи и включват:

Ежедневни грижи за болните: предвижване, хранене, обличане, извършване на хигиена, оказване на помощ при извършване на физиологичните нужди.

Осигуряване и поддържане на социален живот: организиране на игри, разходки, посещение на спектакли, различни интелектуални занимание с цел да се забави развитието на деменцията. Целта на социалните занимания и дейности е пациентите да не се чувстват изолирани от обществото и да се чувстват удовлетворени от своя живот.

Провеждане на обучения на близките на болния, изразяващи се във формиране на умения за грижи за болния в часовете когато са заедно.

Осъществяване на дейности, стимулиращи интелекта включват: четене на книга, водене на разговори, които са интересни за цялата група, гледане на филм, разкази от собствения живот на болните.

Трудотерапията се изразява в: изработване на малки предмети от различни материали, декориране, оцветяване на рисунки.

Музикална дейност: използване на обикновени музикални инструменти, като болния да възпроизвежда тонове и ритъм, слушане на музика - музика от миналото време на болния, а също и класическа музика, пеене.

Готварство: веднъж в седмицата групата се стимулира да приготви по – обикновени рецепти от неговата култура, район определено ястие. По този начин се стимулира възможността за работа, общуване, стимул на паметта за автобиография, за своите корени, навици, обичаи и традиции.

Психомоторна дейност: извършва се с цел да се стимулира вниманието (слушане), възстановяване на спомените, подобряване на комуникацията, създаване на приятелство между болните и други. Два пъти в седмицата се играят игри в които се използват: топки, въжета, шалчета, музика, стимулираща спомени, които са почти забравени. Работи се не само с тялото, но и с мозъка (с психиката). Тези игри се извършват в кръг, където всеки индивид може да бъде видян от всички и той може да наблюдава всички. Целта не е постигане на перфекционизъм, а движението на тялото и осъществяване на по-добра комуникация.

Основни принципи на работа при изпълнение на дейностите:

- Достъпност на здравните грижи - всеки болен има право да получи здравни грижи със запазване на достойнството и уважението към личността му;
- осигуряване на висококачествени грижи;
- спазване на принципите на конфиденциалност;
- осигуряване на грижи без дискриминация спрямо пол, раса, език, религия, и социално – икономическо състояние.

Организация на работа в дневния център:

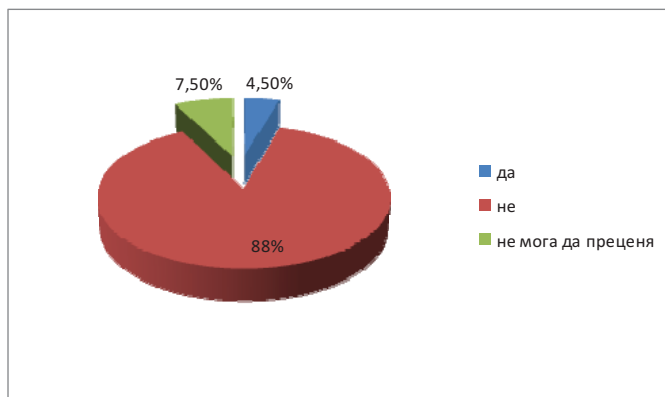
- от 8-9ч.- приемане на болните и закуска;
- 9ч. - лека гимнастика;
- 10ч. - частичен тоалет и игра на карти;
- 11,30ч.-подреждане на масите за обяд, преподреждане на помещението за почивка и музика;
- 12ч. – обяд;
- 13ч. - подреждане на столовата;
- 14 ч.- почивка;

- 15ч. - музика, ръчен труд, игри, разходки;
- 16,30ч. -следобедна закуска, пеене;
- 18ч. - прибиране в къщи.

Предложеното от кухнята меню е лятно и зимно, като болните имат възможност да избират между 3 първи, 3 втори и 3 десерта. Персонала е задължен да изготвя разнообразно меню за всеки болен за цялата седмица. Освен това според заболяването те получават и вода, натурални сокове и вино. Лекарят изготвя менюто само за болни с усложнения или с други заболявания.

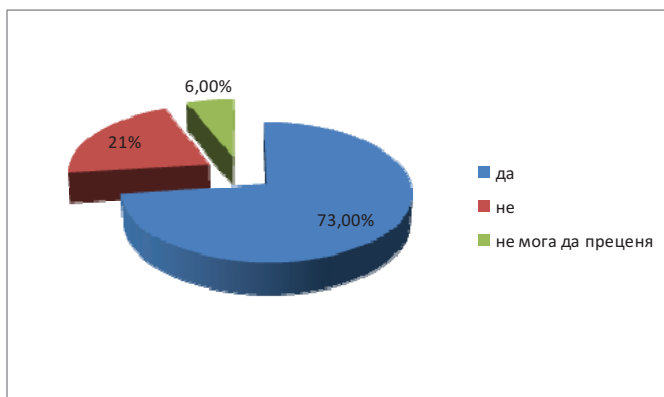
Други услуги които могат да ползват: фризьор и бръснар, педикюрист, транспорт за придвижване до центъра. Тези услуги се извършват по заявка и се заплащат от болния. Като част от персонала са и т.н. доброволци. Те са хора, които под ръководството на управителя на центъра подпомагат персонала за обгрижване на болните. Центъра е разположен в двор с паркова част около сградата, които дават възможност за отдих и разходки на чист въздух. А в двора има малка църква, която дава възможност на всеки който изповядва католическа религия да я посещават.

В България липсват подобни центрове. Във връзка с необходимостта от тях и осведоменост на населението за БА е проведено проучване сред 67 души на различна възраст и социален статус в периода март – април 2014 г. 53,8% от анкетираните са над 40 год, а 43,2 % са работещи. Голяма част от тях – 88% - са запознати с проявите на заболяването и повечето от тях смятат, че медико-социалните грижи за тази група болни е недостатъчна. (фиг. 1)



Фигура 1. Мислите ли, че медико- социалната грижа за болни от Алцхаймер е достатъчна?

От проучването става ясно, че само 21% от изследваните лица имат информация каква е дейността на дневен център за болни от Алцхаймер, а 79% не са информирани. От резултатите става ясно, че липсва достатъчно информация за възможностите за обгрижване на такива пациенти в Р България, биха се възползвали от услугите на подобно медико-социално заведение.



Фигура 2. Ако в града има Дневен център, бихте ли се възползвали от предлаганата услуга и не прекъсвате трудова си заетост, за да се грижите за Ваш близък с Алцхаймер?

В описания дневен център в Италия, както и в повечето европейски страни доброволчеството е широко застъпено. За съжаление нагласите в България за полагане на доброволчески труд не са позитивни. Това се доказва и от проведената анкета, в която 64% от анкетираните не биха се включили с доброволен труд в грижата за болни от Алцхаймер дори почасово.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проучване на специалисти от университета в Южен Уелс показва, че храни с високо съдържание на мазнини и въглехидрати в храната имат пагубен ефект върху метаболизма на организма. Освен това има доказана връзка между начина на хранене и болести като БА, аутизъм и депресия. Получават се трайни мозъчни увреждания. Храни богати на омега-3 мастна киселина предпазват мозъка и намаляват риска от болестта на Алцхаймер. Средиземноморската диета може да намали риска от БА. Яденето на мазни риби като сьомга, херинга веднъж седмично, може да забави когнитивния спад с 10 %. Препоръчват се храни богати на вит. В комплекс, вит.Е, желязо, магнезий. При недостиг може да се достигне до проблеми с паметта. Доказано е, че недостига на селен и цинк води до деменция [5].

Основен акцент следва да се постави на профилактика на заболяването и информираност на обществото за необходимост от разкриване на дневни центрове.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Бутенко, В., Енергийни за цял живот
- [2] Сиймън, Д, Дъглас Т. Кенрик, Психология
- [3] www.medinfo.bg.com
- [4] www.novjivot.info
- [5] www.reporter.bg.com

За контакти:

Маруся Георгиева-ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“ Специалност „Медицинска сестра“ тел: 0894530677

Светла Хвърчилкова Катедра „Здравни грижи“ Специалност „Медицинска сестра“ тел: 0896671179

HPV. Профилактика, превенция и диагностика

автор: Евгения Йорданова

научен ръководител: Доц. д-р Иваницка Сербезова

Human Papilloma Virus: HPV is one of the most widespread virus among sexually active men and women. The majority of HPV infections are transient and asymptomatic and do not cause clinical problems; 70% of new HPV infections resolve in a year, and approximately 90% - 2 years. Clinical consequences of HPV infection include cervical cancer, precancerous cervical conditions, other cancers, anal and genital warts and recurrent respiratory papillomatosis.

Key words: Human Papilloma Virus, risk factors, cervical cancer, Digene test.

ВЪВЕДЕНИЕ

Сексуално – трансмисивните заболявания имат голямо медико – социално значение, тъй като засягат огромни контингенти от предимно млади хора в репродуктивна възраст. Някои от тези заболявания водят до инфертилитет, стерилитет, увреждат вътреутробния плод или новороденото дете [2].

HPV инфекциите заемат трето място по честота и развитието им продължава пандемично.

Таб. 1 Най – честите венерически и сексуално – трансмисивни инфекции според тяхната честота

Уро - генитална трихомоноза
Хламидиоза
HPV инфекции
Гонорея
Генитален херпес
Луес
Хепатит В
СПИН

ИЗЛОЖЕНИЕ

HPV или Човешки папиломни вируси, са необвити, двойно- верижни ДНК вируси от семейството Papillomaviridae. Отделните HPV са класифицирани по типове с номера според реда на откриването им. Всички HPV имат кръгова ДНК заградена от обвивка, съставена от белтъци. Папиломните вируси предизвикват инфекция в базалните слоеве на епитела. След инфекция епителните клетки, които нормално не се делят, остават активни. Установени са около 100 типа HPV, над 40 от които инфектират гениталната област. Гениталните HPV типове се разделят според епидемиологичната им връзка с рака на маточната шийка. Инфекции с нискорискови типове могат да причинят доброкачествени или ниско-степенни цервикални клетъчни промени. Високорисковите типове HPV действат като канцерогенни в развитието на цервикалния и други видове рак. HPV инфекциите са силно защитени от имунния отговор на гостоприемника им, тъй като са ограничени в епитела.

Начини на предаване. Гениталната HPV инфекция се предава основно при генитален контакт, обикновено чрез полов акт. Във всички проучвания за разпространение и заболяемост на HPV най- състоятелен предвестник за инфекция е степента на сексуалната активност, измерена най- вече с броя на сексуалните партньори. Клинично проучване показва, че 14.3 % от жените на възраст 18- 25 години с един сексуален партньор през живота си, 22.3 % - с двама и 31.5 % с повече от трима сексуални партньора, имат HPV инфекция. Предаването на HPV чрез други видове генитален контакт без са по- слабо разпространени. Допълнителни рискови фактори за жените включват сексуалното поведение на партньора и имунния статус. По-рядко гениталната HPV инфекция може да се предава по несексуален път. Несексуални пътища на предаване на гениталната HPV инфекция включват предаване от майка на новородено. Мнозинството HPV инфекции са преходни и безсимптомни и не причиняват клинични проблеми; 70 % от новите HPV инфекции преминават за една година, а приблизително 90 % - за 2 години. Средната продължителност на новите инфекции е 8 месеца. Продължителната инфекция с високорискови типове HPV е най- важният рисков фактор за цервикалните предракови състояния и инвазивния цервикален карцином. HPV 16 е по-онкогенен от другите високорискови HPV типове. Времето между началната HPV инфекция и развитието на цервикален рак е обикновено десетилетия.

Рискови фактори. По податливи към развитие на инфекция с HPV са:

- adolescentна бременност
- промискуитет
- боледуващите от полово-предавани болести

Факторите, от които зависи развитието на инфекцията са:

- тютюнопушенето
- наркотици
- отслабена имунна система (особено при жени над 30 годишна възраст)
- лоша интимна хигиена
- стрес

При мъжете рискът от поява на анален рак е по-висок при сексуално активните, хомосексуални и бисексуални мъже. Мъжете с ХИВ също са податливи на този вид рак.

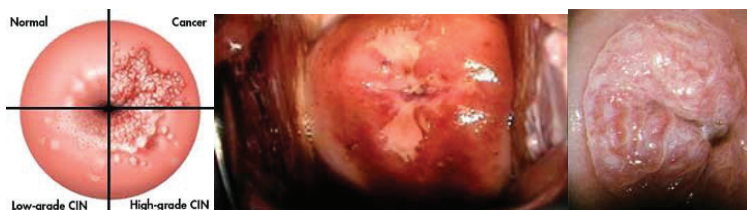
Какво причинява? Инфекции с нискорискови типове (например тип 6 и 11) могат да причинят доброкачествени или ниско-степенни цервикални клетъчни промени, генитални кондиломи. Високорисковите типове HPV действат като канцерогенни в развитието на цервикалния и други видове рак. Високорисковите типове HPV, включващи тип 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 69, 73 и 82, могат да предизвикат нискостепенни и високостепенни цервикални клетъчни промени [3]. Високорискови HPV типове се откриват при 99 % от цервикалните карциноми, около 70 % от цервикалните карциноми по света се причиняват от типове 16 и 18. Инфекцията с високорискови типове HPV се счита за необходима, но недостатъчна за развитието на цервикален рак, тъй като много жени с такава инфекция не развиват рак. Клиничните последици на HPV инфекцията включват цервикален рак, цервикални предракови състояния, други видове карциноми, анални и генитални кондиломи и рецидивираща респираторна папиломатоза. При мъжете в много редки случаи може да се развие рак на ануса или на пениса. Обикновено при тях се наблюдават кондиломи. Мъжете са преносители на инфекцията.

Цервикален карцином (рак на маточната шийка).

Цервикалният рак е едно от най – разпространените злокачествени новообразувания. Понастоящем многобройните експериментални и клинични изследвания посочват водещата роля на човешкия папиломен вирус в етиологията и

патогенезата на цервикалният рак. СЗО съобщава, че от регистрираните ежегодно в световен мащаб нови 500 000 пациентки с рак на маточната шийка, съчетанието с папиломен вирус се открива в повече от 200 000 случая [1].

HPV е необходима, но недостатъчна причина за всички цервикални карциноми. Въпреки че обикновено HPV инфекцията е безсимптомна. На фиг. 1 е изобразена нормалната тъкан на маточната шийка, като резултат на цервикална инфекция са тъкани промени, класифицирани като цервикални интраепителиални неоплазии (CIN) 1, 2 и 3 степен на базата на увеличаваща се степен на аномалност в цервикалния епител. Цитологичните абнормни промени, установени с ПаП тест (цитонамазка).



Фиг. 1 Цервикален карцином

Анален карцином. Ракът на ануса е злокачествено новообразувание, произхождащо от тъканите на ануса. Различават се три вида рак на ануса:

- Над вътрешната граница (Linea dentata) често се срещат т.нар базалоидни карциноми
- В аналния канал - плоскоклетъчни карциноми
- На границата с външната кожа - плоскоклетъчни карциномиили базалноклетъчни карциноми.

Заразяването с човешки папиломен вирус може да доведе до образуването на анални брадавици. Това на свой ред е възможно да причини появата на нови туморни образувания в рамките на епителната тъкан, които да се превърнат в плоскоклетъчен карцином. HPV се свързва с около 90 % от аналните карциноми. Жени с висок риск за анален карцином са тези с високостепенни цервикални лезии, цервикални и вулварни карциноми. Мъже, имащи сексуални контакти с мъже и с хора с HIV инфекция, са също с повишен риск за анален карцином.

Генитални кондилиом (брадавици). Гениталните брадавици са силно заразна полово предавана болест, причинявана от някои типове на Човешки папиломен вирус. Разпространява се чрез кожен контакт по време на орален, генитален или анален секс с инфектиран партньор. Брадавиците са най-лесния за разпознаване симптом на генитална инфекция с HPV. Те могат да бъдат причинени от типовете 6, 11, 30, 42, 43, 44, 45, 51, 51 и 54 на HPV. Всички кондилиом се причиняват от HPV, като около 90 % се свързват с HPV 6 и 11 тип. Средното време за развиване на нови аногенитални кондилиом около 2-3 месеца.

Профилактика. Профилактиката днес бива първична, вторична и третична.

Първична наричаме профилактиката на дадено заболяване, която предполага да се предотврати неговото възникване. Ваксините са пример за този тип профилактика, тъй като те предпазват от поява на болестта.

Вторична е профилактиката, при която се взимат мерки за ранно откриване на заболяването, които да послужат за ограничаване на по-нататъшното му развитие. Взимането на цитонамазка и ходенето на профилактични прегледи с цел да се открият увредени клетки – индикация за развитие на заболяване е пример за вторична профилактика.

Третичната профилактика цели предотвратяване на усложненията. Пример за това е оперативната намеса при наличие на рак на маточната шийка, предприета с цел да се ограничи разпространението на карцинома и да се предотврати по-сериозно усложнение или дори смърт.

Превенция и диагностика. HPV безусловно спадат към болестните причинители, предавани по полов път. Това означава, че всички методи и средства за предпазване от полово-предавани инфекции са приложими и за предпазване от HPV. Такива методи и средства са:

- половото въздържание
- моногамното сексуално поведение (от страна и на двамата партньори)
- редовното използване на презервативи

Мнозинството от заболяелите и смъртни случаи с рак на маточната шийка могат да бъдат предотвратени чрез откриване на предракови промени в шийката чрез цитология, използвайки ПАП теста (цитонамазка). Клетъчните абнормни промени, установени с ПАП тест обаче, могат да бъдат неясни и двусмислени. Затова се използват и ДНК тестове. Единственият такъв тест с клинична значимост е HPV HC2 Test – Hybride Capture Test (High Risk, Low Risk) на компанията Digene. Единствено той от всички тестове на пазара, комбиниран с ПАП теста. Тестът е единствен по рода си, сертифициран и е одобрен от Американската Агенция за лекарствата и храните. Американско дружество по цитопатология и Американски колеж по акушерство и гинекология също препоръчват използването на HC2 Test като допълнение към редовния ПАП скрининг при жени на и над 30 години [4].

От 2006 година съществува ваксина срещу тези вируси. Тя е модерен продукт, който ефективно предпазва срещу най-разпространените типове HPV. При някои ваксини това са само високорисковите типове (16 и 18), при други са включени и нискорискови типове (напр. 6 и 11). Ваксината е предназначена основно за момичета на възраст между 9 и 15 години, преди започване на първите полови контакти. Ваксинацията се извършва чрез мускулно инжектиране по определена схема. Тя създава траен и устойчив имунитет срещу типовете вирус, за които е предвидена. Ваксинацията е само предпазна мярка. Тя не лекува нито рак на маточната шийка, нито предракови изменения, нито остри кондиломи.

До средата на 2012г. - 22 държави от ЕС прилагат национални програми за имунизирание срещу HPV. България е 23-тата страна, която от октомври месец 2012 година вече има действаща национална програма за безплатното ваксиниране на 12 годишните момичета. Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка в България 2012 – 2016 г. е първично насочена и фокусирана върху профилактиката на развитието на рак на маточната шийка чрез имунизация на момичета с ваксина, насочена срещу високорискови типове човешки папиломен вирус, които се асоциират с развитие на предрак и рак на шийката на матката. Програмата цели защита на момичетата от инфектиране с онкогенните типове на човешки папиломен вирус. HPV HC2 Test може да се използва и за проверка преди поставянето на ваксината.

Акушерски грижи. Акушерката има водеща роля за ранното откриване, диагностика, навременното и успешно лечение. Работа и е свързана най – често с обучението на населението за:

- полово предаваните инфекции
- водене на безопасен полов живот
- половата хигиена
- ползата от редовни профилактични прегледи

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

HPV инфекциите не се лекуват. Лечението е насочено към тъканните нарушения, причинени от HPV. Терапевтичните възможности за гениталните брадавици, цервикалните, вагинални и вулварни предракови състояния включват различни локални подходи за отстраняване на увредената. Гениталните кондилиоми се третират и с медикаменти. На базата на ограничените съществуващи данни наличните терапевтични методи за HPV- асоциираните нарушения могат да намалят, но няма да елиминират инфекциозността.

Познаването на проблема и използването на предпазни средства ще доведе до намаляване на разпространението.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Димитров, А., В. Златков, Гинекология. Злокачествени тумори на женските полови органи, Медицински издателство „АРСО“ 2013, стр. 250 - 254
- [2] Карагьозов И., Н. Доган, Гинекология. Сексуално – трансмисивни заболявания, Медицина и физкултура 2005, стр. 213 – 214
- [3] Сенкова Р., HPV диагностика в комплексната оценка и превенция на предраковите и ракови заболявания на маточната шийка //MEDINFO Брой 02/2013, стр 1 – 2
- [4] <http://www.hpv-bg.com/prevencia.htm#>

За контакти:

Евгения Йорданова, Факултет обществено здраве и здравни грижи, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0883 68 35 39, e-mail: jenq_yordanova@abv.bg

Психоактивни вещества и зависимостта към тях

автори: Равие Шабан, Жюлвер Низами
научен ръководител: гл.ас. Кристина Захаријева

All psychoactive substances are from natural or artificial origin. They are natural or synthetic affecting the psyche. They lead to a change in the structure or function of the body, changing perception and consciousness. A drug is a substance which may have medicinal, intoxicating, performance enhancing or other effects when taken or put into a human body

Keywords: psychoactive substances, drugs, psyche, opioids, depressants

ВЪВЕДЕНИЕ

Зависимост към психоактивни вещества - физическа и психическа

Зависимостта от ПАВ е процес, който се развива постепенно и преминава през няколко етапа. Обикновено започва с експериментиране в младежка възраст и преминава в следващата фаза на активното търсене. Тези хора смятат, че напълно контролират процесите и могат да спрат, когато поискат, но в повечето случаи употребата на ПАВ продължава и активното търсене на веществата също се задълбочава. Употребата им постепенно измества другите жизнени интереси и ценности. Зависимостта бива физическа и психическа:

❖ физическа - когато има абстинентен синдром (група симптоми, появяващи се при рязкото спиране на употребата на веществото - треперене, изпотяване, безсъние, мускулни и ставни болки).

❖ психическа - когато човек непрекъснато мисли само за едно и също нещо и не може да приеме друг вид информация; ангажирани са изцяло всички мозъчни процеси - паметта, интелекта, волята [2].

Употребата на психоактивни вещества е стара колкото и човечеството. Психоактивните растения (най-вече с халюциногенно действие) са били издигани в религиозен култ от почти всички древни цивилизации. В групови ритуали употребата им целяла постигане на колективен транс. Други психоактивни вещества са използвани и с лечебни цели, за проникване в съзнанието на болни хора с цел лекуване. Психоактивни вещества (ПАВ) са различни химически вещества, които след като попаднат в организма по различни начини предизвикват промени в настроението, равнището на възприятията и/или други мозъчни функции, чрез директно въздействие върху определени мозъчни структури.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Към групата на психоактивни вещества, злоупотребата, с които води до психични и поведенчески разстройства се отнасят:

1. Алкохол. В повечето култури по света алкохолът, кофеинът и никотинът са най-често употребяваните легални психоактивни вещества, а алкохолът е веществото, предизвикващо най-много проблеми. Той въздейства практически върху всички органи и системи. Алкохолът се абсорбира от стомаха, навлиза в кръвта и достига до всички органи и системи. потиска функционирането на централната нервна система, уврежда черния дроб, който играе много важна роля за растежа и развитието на човешкия организъм. При увреждане на черния дроб отслабва имунитета, което прави организма уязвим към различни инфекции и при редовна употреба води до трайни увреди. Алкохолът повишава и вероятността за развитие на ракови заболявания. Дългогодишната употреба на алкохол води до тежка физическа и психическа зависимост, като психическата зависимост се получава

много по-бързо. Има еуфоризиращо, релаксиращо и успокояващо действие. Синдром на зависимост към алкохола – има два вида зависимост психична и физическа. Психичната се разкрива в непреодолимо влечение за доставяне на алкохол с цел отстраняване на неприятните усети и създаване на наслада. Физическа зависимост се откроява преди всичко с абстинентни прояви: треперене, потене, вътрешно неспокойство, учестен пулс, нервност и повишен толеранс. Те настъпват с изчезването на алкохола. В тежките случаи може да се стигне до абстинентен делир.

2.Опиоидни. Към тях се отнася опиума(продукт на опиевия мак), естествени деривати на опиума-морфин и кодеин , синтетични опиоиди-фентанил, хидроморфон и метадон.

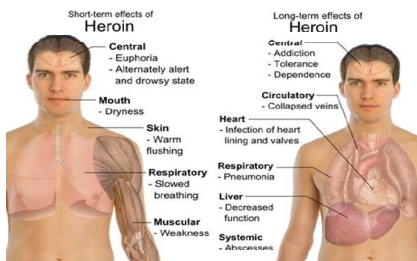
Метадонът се използва за субституиращо лечение при пациенти с опиоидна зависимост. При зависими лица той не предизвиква еуфория и ефектите, характерни за другите опиати. Ако се употребяват от хора, които нямат зависимост към опиати могат да се появят чувство за тежест в краиниците, усещане за топлина в тялото, изпотяване, замаяност, затруднена концентрация, понижена енергичност и др.



Хероинът се разглежда като полусинтетичен препарат. То е 3-4 пъти по-мощен от морфина, силно разтворим е и преминава кръвно-мозъчната бариера по-бързо от морфина и др. опиоиди. Прояви на опиоидния абстинентен синдром са:

❖ соматични- ринорея, сълзотечение, зачервяване или побеляване на лицето, тахикардия, мидриаза, гадене, диария, повръщане, ставни и мускулни болки

❖ невропсихични - тревожност, раздразнителност, безсъние, непреодолимо компулсивно желание за употреба и търсещо droga поведение



3. Психостимуланти – към стимулантите се отнасят такива вещества като кокаин, ефедрин и неговите производни ефедрон, както и амфетамин и метаамфетамините. Обикновено са под формата на сив, бял или мръсно-бял прах, а понякога на таблетки и ампули. Продаваните на черния пазар амфетамини обикновено са с неясен произход и нискокачествени.

Начин на приемане: Могат да бъдат смъркани, поглъщани, пушени или инжектирани. Продължителността на действието им е около 6 часа.

Умерени дози амфетини (както и употребата на други видове стимуланти) предизвикват кратък период на еуфория, енергичност, бодрост, самоувереност, прилив на сила, бързина и точност на ума, висока инициативност, приповдигнато настроение. Амфетамините стимулират НС и повишават кръвното налягане и честотата на пулса, и повишават сексуалното желание.

4. Канабиониди – към тази група се отнася канабисът, който се добива от индийския коноп (*Cannabis Sativa*) и съдържа много психоактивни химични субстанции. Канабисът най-често се пуши чист или след смесване с тютюн в ръчно свита цигара, лула или наргиле. Тогава действието му продължава 2-4 часа. Може да се приема като чай, да се добавя в храната или да се смърка. Тогава действието му продължава 4-12 часа. Предизвиква еуфория, обща възбуда, повишено настроение.

Марихуаната се получава от изсушените листа и цветове на растението индийски коноп и се пуши като цигари-самостоятелно или с смесена с тютюн. Хашишът се извлича от смолата на растението индийски коноп и се употребява чрез пишене.



5. Депресанти – това за лекарствени препарати разрешени за употреба. Към тези вещества се отнасят барбитуратите (фенобарбитал, барбитамил, нембутол, паркопан), транквилизаторите, а също и бензодиазепановите производни. Признаци за употреба са повишена сънливост, нарушена координация, емоционална затормозеност, двойно виждане, неотчетлив говор, свити зеници. Барбитуратите и бензодиазепините са синтетични лекарствени средства, които се предписват при напрежение, тревожност, страх, безпокойство. Пoglъщат се като таблетки и капсули.

При абстиненция се среща сърцебиене, повишени кр. налягане, безсъние, тремор, зрителни, слухови и сетивни халюцинации и епилептични припадъци.

6. Халюциногени – това са естествени синтетични вещества, които освен халюцинации предизвикват и загуба на контакт с реалността. Тези вещества са известни от древни времена като кактусът пейот и гъбата псилоцибе.



Лизергиновата киселина ЛСД е синтетично вещество, което не предизвиква физическа зависимост, но психическата зависимост е много силна.

Употребата на халюциногените е много опасна. Те са високо рискови, тъй като един път употребил, човек не може да върне времето назад, а последиците могат да бъдат непредвидими - човек може да се окаже на непознато място, да стане жертва на насилие или сексуално посегателство, може да скочи от някъде, защото вярва, че може да лети.

Употребяващите се откъсват от реалния свят и имат проблеми с общуването. Изпадат в тежка депресия, тревога, възможно е отключване на шизофрения, намерения за самоубийство.

Гъбите могат да се ядат, да се посипят към храната и имат подобни ефекти както гореописаните. Също много опасни, поради възможност за отравяне при прекомерна доза.

Халюциногените се употребяват основно перорално, чрез смъркане или венозно. Толерансът се развива бързо и става пълен след ежедневна употреба след 4-5 дни.

7.Тютюн-съдържа никотин, който има кратка продължителност на действието си и има психостимулиращ ефект. Острата интоксикация се проявява с лабилно настроение, тахикардия, изпотяване, гадене и повръщане. Обикновено се причислява към стимулантите. Той въздейства върху мозъка, около 8 секунди след като попадне в организма. При първите опити за пушене, човек често се чувства замаян, отпаднал и е възможно гадене и повръщане. Никотинът ускорява сърдечния ритъм и повишава артериалното налягане.

Усложненията от употребата на никотин са многобройни-белодробни инфекции, карцином на белите дробове(вкл. и при пасивно пушене), рак на устната кухина и гърлото, язва на стомаха и дванадесетопръстника. При пушещите жени по – често се среща преждевременно раждане, ниско телесно тегло на новороденото, рискът от спонтанни аборти е по – голям.

8.Летливи разтворители – инхалаторните средства използвани като наркотици са бензинът, ацетонът и лепилата. Те се приемат чрез вдишване, относително евтини са, продават се легално т.е лесно достъпни са [1].

Превенцията на злоупотреба с психоактивни вещества включва:

- ❖ Регулация на производството и пазара
- ❖ Регулация и рационална употреба на психоактивните вещества
- ❖ Образователни подходи за превенция

Бяха анкетирани студенти от ФОЗЗГ от РУ, относно техните познания за психоактивните вещества и тяхното действие.



Диаграма№1.Резултати от собствени проучвания за употребата на ПАВ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резултатите от проучванията показват, че младите хора имат нужда от информация за ПАВ-видове и действие. Участието на медицинските специалисти в превенцията на зависимостите е провеждането на допълнителни семинари и обучителни програми сред студентите. Зависимостта към психоактивни вещества се развива постепенно. Продължителната злоупотреба води до неадекватно поведение и десоциализация на личността. Употребата им е извън съзнателния контрол и тези хора се нуждаят от строго структурирана терапия.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Ангелова Н., Крушкова С., Психопатология и диагностика в психиатрията и клиничната психология, 1989г.

[2] referati.org

За контакти:

Жюлвер Билял Низами - студентка от II курс, специалност медицинска сестра, ФОЗЗГ, РУ“Ангел Кънчев“, е-mail: juju_11@abv.bg

Равие Мехмед Шабан - студентка от II курс, специалност медицинска сестра, ФОЗЗГ, РУ“Ангел Кънчев“, е-mail: rawu@abv.bg

Кристина Захариева – гл.асистент, катедра Здравни грижи, ФОЗЗГ, РУ“Ангел Кънчев“

Стрес и дистрес. Профилактика на психосоматичните заболявания

автор: Татьяна Балчева

научен ръководител: гл.ас. Деспина. Георгиева

Stress and distress. Prevention of psychosomatic diseases: *Stress is a normal physical response to events that make you feel threatened or upset your balance in some way. It's the body's way of rising to a challenge and preparing to meet a tough situation with focus, strength, stamina, and heightened alertness. There are many ideas and ways for handling stress without causing more strain and hassle.*

Key words: stress, distress, prophylaxis, healthcare.

ВЪВЕДЕНИЕ

Съвременното динамично общество създава стрес за всички хора. Шумът, замърсеният въздух, големият трафик по пътищата, престъпността и прекомерното натоварване все повече променят всекидневието на хората. Но понякога се случват събития, които предизвикват особено голям стрес, като смърт на близък или природно бедствие. Въздействието на такъв стрес може да доведе до емоционални смущения като тревожност или депресия, а също така да причини соматични заболявания.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Стрес в психологията е състояние на силно нервно напрежение, предизвикано от отрицателно физическо или емоционално въздействие, като най-вече това се отнася до високите нива на стрес, които могат да имат негативен ефект върху физиката, емоциите и умствената концентрация, докато по-ниските нива могат да бъдат фактори на адаптация и справяне. Стресът се определя като неспецифична реакция на тялото на всяко поставено пред него изискване за преустройство или приспособяване, осъществяваща се по стереотипен начин на базата на идентични биохимични промени. Той не е болестно състояние. Стресът е физиологичен и психологичен процес, чрез който индивидът реагира на събития или ситуации, които предявяват повишени изисквания и оказват натиск върху него [4].

Съществува негативен и позитивен стрес:

- **Негативният стрес** (дистрес, вреден стрес) включва всички видове дразнители, които могат да бъдат оценени като неприятни, нарушаващи спокойствието и дори живота на човека. Повечето фактори на стреса (стресори) са такива. Предизвикващите дистрес фактори могат да се разделят най-общо в три големи групи: екологична система, обществени бедствия; социално-икономически фактори на стрес; лични инциденти.

- **Положителният стрес** (еустрес) може да се провокира от общуване (минало, моментно или предстоящо), от извършване на дейност под натиска на поставен краен срок, от очакване или предприемане на екстремно изживяване и други. Това е напрежението, което ни тонизира и ни помага да посрещнем и преодолеем неприятните ситуации.

Според теорията на Ханс Селие, канадски ендокринолог, стресовата реакция се означава като общ адаптационен синдром и протича в три фази:

1. Фаза на тревога — соматичен израз на активацията на защитните сили.
2. Фаза на съпротива.
3. Фаза на изтощение — при дълго действие на стресогенния агент.

Симптомите на стреса се изразяват в: повишаване нивото на стресогените хормони в човешкия организъм, а това води до сърцебиене; учестено, повърхностно дишане; увеличаване или намаляване на телесното тегло; плачливост; изпотяване; главоболие; често повтарящи се инфекции; проблеми с концентрацията; треперене;

сухота в устата; раздразнителност; лошо храносмилане; проблеми със съня. Като най-чести причини за стрес се посочват: загуба на близък човек, лоши взаимоотношения с околните, парични затруднения, безработица, лоша организация на времето, недостатъчна почивка, скука, здравословни проблеми.

Доказана е връзката между стрес - соматичните заболявания. При стрес някои хормони се повишават, а когато обстановката се нормализира, нивата им спадат и организъмът се отпуска. Но ако той продължава дълго и се появява често се превръща в дистрес, при който хормоналните стойности остават повишени.

Изследванията показват, че 75% от заболяванията са предизвикани от стрес. Към тях спадат високо кръвно налягане, сърдечни пристъпи, инсулт, депресия, тревожни разстройства, синдром на хроничната умора, синдром на раздразненото дебело черво и други храносмилателни разстройства, затлъстяване, мигрена и дихателни проблеми, исхемична болест на сърцето, рак, мозъчно-съдова болест, диабет, есенциална хипертония, артериосклероза, стомашна язва, различни видове гастрити, отслабване на имунната система. Хроничният стрес играе роля и за възникването и поддържането на различни психични разстройства, като депресии и тревожни разстройства (обсесивно-компулсивно разстройство, генерализирана тревожност, посттравматично стресово разстройство).

Постоянният стрес пораждава имунната система и прави организма по-податлив на инфекции, рак и авто-имунни заболявания като ревматоиден артрит, лупус, заболяване на щитовидната жлеза и някои видове анемия. Той е причина и за проблеми със зачеването (стерилитет). Пушенето, преяждането и други вредни навици често са свързани със стреса.

Хроничното превъзбуждане, което е следствие от постоянен стрес може да доведе до Исхемичната болест на сърцето (ИБС). Тази болест е основна причина за инвалидизация и смъртност у нас. Исхемичната болест на сърцето се характеризира със стесняване или запушване на кръвоносните съдове, които снабдяват мускулите на сърцето. В тях се натрупва плътното мастно вещество, нарично още плака. По този начин се блокира постъпването на хранителни вещества и кислород в сърцето. Това предизвиква болка, наричана стенокардия (гръдна жаба), която се разпростира по целия гръден кош и ръката. Пълното прекратяване на достъпа на кислорода към сърцето предизвиква инфаркт на миокарда (сърдечен удар).

Есенциалната хипертония е една от основните психосоматични болести. Приблизително 20% от възрастните хора страдат от хипертония. Стресът е един от основните фактори на хипертония. Установено е, че жителите на страните в преход страдат по-често от високо артериално налягане. За това допринасят социалните стресове и конфликти

Данните от редица изследвания на психоневроимунологията показват, че стресът оказва влияние на способността на имунната система да пази организма, потискайки отделянето на антитела от организма (Taylor, 1999).

Онкологични заболявания са включени последни в групата на психосоматичните заболявания. Авторитетни научни изследвания през последните години установяват връзката между онкологичните заболявания и психологичните фактори (стреса). Стресът и стресогенни събития съвпадат с началото на раковите заболявания. Раковите заболявания и по-специално ракът на гърдата се разглеждат като заболявания, свързани със стреса. Стресовите събития могат да намалят телесната съпротива и да увеличат възможността за поява на злокачествени образувания. Загубата на близък или любим е мощен фактор за възникване на рака. Самотата е друг много рисков фактор за рака. Разпадането на социални връзки се проявява като екстремен стрес.

Профилактика на стреса и негативните му последици.

Невинаги е възможно да се предотвратят събитията, които причиняват стрес, но можете да промените начините на реакция и прилагане на различни стратегии за

справяне със стреса. Реакциите и възприемането на стресогенните събития са строго индивидуални и зависят от редица фактори като: поредност на детето в семейството, единствено дете, големият брой деца в семейството, прилаганият родителски стил на възпитание, доказано е, че авторитарния директивен стил има най-големи негативни последици върху личността, финансова обезпеченост, удовлетвореност от професията, възраст, пол, образование, житейски опит, личностни характеристики и особености на характера, степен на реалност на поставените цели, здравословно състояние.

Общите мерки за справяне със стреса се свеждат до прилагане на няколко последователни стъпки от действия:

- Първата стъпка за справяне със стреса е установяване на причината за стреса и намаляване на стресовите ситуации.

- Втората стъпка се изразява в предприемане на нужните житейски, професионални и лични промени.

- Третата стъпка за преодоляване на стреса е използването на стратегии, които помагат за овладяване на напрежението.

Хранителен режим: по време на стрес организмът изразходва хранителните вещества много по-бързо от обикновено. Това може да доведе до недостига им и съответно до отслабване на имунната система, ако не се компенсирате загубата чрез храненето или посредством добавки като витамини А, В, С и Е, флавоноиди, калций, магнезий, селен и незаменими мастни киселини. В моменти на преживяване на силен стрес алкохол и кофеин не се препоръчват. Антистресови храни – плодове и зеленчуци. Препоръчват се банани, бадеми, плодове чайве.

Техники за справяне със стреса

Повечето начини за отпускане включват:

- Редовни почивки по време на работа.
- Гледане на комедии.
- Пътуване по време на отпуск.
- Контакт с домашни любимци.
- Занимания с любими дейности.
- Разговори с приятели.
- Изпълнение на \ дихателни упражнения
- Вземане на топла ароматизирана вана.
- Водене на дневник [1].

Баланс на желанията и възможностите

Може да е необходимо:

- Да приемете, че сте в състояние да промените само собственото си поведение, но не и това на околните.
- Да се примирите, че не е възможно да имате всичко, което пожелаете.
- Да осъзнаете най-главните си цели.
- Да преосмислите категориите „желателно“, „необходимо“ и „задължително“, които използвате.
- Да прощавате на себе си и на другите.
- Да се опитате да приемате стресовите ситуации като възможности да научите нещо ново.
- Да се научите да отказвате.
- Да не се стремите към съвършенство.
- Да отпъждате отрицателните мисли.
- Да не преувеличавате или омаловажавате проблемите.
- Да приемате неизбежното [1].

Организация на времето

За да почувствате, че до голяма степен контролирате живота си, се научете да се възползвате пълноценно от времето. За целта:

- Определете приоритетните си задачи.
- Поставяйте си реалистични срокове за изпълнението им.
- Занимавайте се с важните или с трудните задачи, когато се чувствате най-бодри.
- Предвиждайте стресовите периоди и предварително се подгответе за тях.
- Всекидневно отделяйте време за себе си.
- Не поемайте твърде много ангажменти.
- Прехвърляйте част от задачите си на други хора.
- Занимавайте се само с по една задача наведнъж [1]

Взаимоотношения с околните

Околните могат да облекчат стреса, но и да го породят. За целта опитайте:

- Да поддържате връзките си с хората около вас.
- Да подобрите уменията си за общуване.
- Да разпознавате чувствата на околните и да ги разграничавате от своите собствени.
- Да се справяте с проблемите във взаимоотношенията си с другите.
- Да поддържате контактите с приятели.
- Да поощрявате и подкрепяте хората около себе си.
- Не се стеснявайте да молите за помощ свои близки, приятели или специалисти [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стресът е неразделна част от нашето ежедневие. Често работим прекалено много, притесняваме се за много неща, постоянно се сблъскваме с най-различни ситуации и непрекъснато е необходимо да вземаме решения, всяко от които е до някаква степен стресиращо. Стресът на практика не може да бъде избегнат и при определени обстоятелства може да доведе до нарушения в телесното и психичното ни състояние. Здравословният начин на живот и редовната физическа активност имат протективен ефект по отношение на стреса и намаляват риска от сърдечни болести и негативните последици от него.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Пашкулев Д., Победете стреса, депресията, неврозите, Хомо футурус, 2000
- [2] Савова З., Превенция на стрес и професионално изчерпване, Симолини, 2012
- [3] Саймънтън О., Саймънтън С., Крайтън Д., Личност, болест, стрес и здраве, Сиела, 2012
- [4] Селие Х., Стрес без дистрес, Наука и изкуство, 1982
- [5] Уилкинсън Г., Стрес - Какво трябва да знаем за него, СофтПрес, 2007

За контакти:

Татяна Красиминова Балчева, Русенски университет "Ангел Кънчев", специалност Медицинска сестра, I курс, e-mail: balchevi@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Фитолечение при хипертония

автор: Татяна Балчева

научен ръководител: гл. ас. Деспина Георгиева

Phytotherapy in hypertension: Hypertension (HTN) or high blood pressure, sometimes called arterial hypertension, is a chronic medical condition in which the blood pressure in the arteries is elevated. Blood pressure is summarised by two measurements, systolic and diastolic, which depend on whether the heart muscle is contracting (systole) or relaxed between beats (diastole). Herbs have a good influence on blood pressure and improve the condition of illness.

Key words: phytoteraphy, hypertension.

ВЪВЕДЕНИЕ

Растенията са използвани от най-дълбока древност като средство за храна. лечение. облекло и украса. Тези от тях, които съдържат фармакологично активни вещества и оказват едно или друго въздействие върху живия организъм, са наречени лечебни растения. Народът ги назовава със старобългарската дума биле или билка [5]. Наименованието "фитотерапия" произлиза от "phyton" - растение и "therapy" - лечение (от гръцки език). Тя представлява алтернативен метод на лечение, базиран на лечебните свойства на билките, които се приемат с добра поносимост и без сериозни странични ефекти, а в същото време са високоефективни. В световен мащаб са познати около 500 000 растителни вида, но само около 5% от тях са проучени като фармакологично активни вещества. Това показва само едно - съществува огромен резерв от все още непроучени видове и възможности за откриване на нови лечебни растения. Древноримският лекар Клавдий Гален за първи път предлага с лечебна цел да се използва не самото растение, а извлек от негови определени части. Авицена от своя страна предлага за медицински цели употребата на повече от 900 средства, голяма част от които са лечебни растения. Векове по-късно траки, славяни и прабългари, следвайки своите древни традиции, отделят голямо внимание на процесите на изучаване и въздействие на растенията върху човешкия организъм. Фитотерапията постепенно се превръща в едно от най-важните направления на народната медицина.

Зелената революция (The green revolution) в областта на фитотерапията е била стартирана от Световната Здравна Организация, специализираната агенция на ООН, която функционира като координиращ орган на международното здравеопазване. **През 1977 г. СЗО приема революция за разширяване на изследванията в областта на народната медицина, за провеждане на обширни експериментални и клинични проучвания и за проверка на опита на народната медицина, по-точно на опита, получен от използването на лечебни растения.**

Във фитотерапията билковите препарати са подбрани така, че да засилят или стимулират нормалните функции на тялото. Природните лекарства съдържат редица полезни вещества (напр. витамини, фитонциди и др.) Поради тази причина те често оказват по няколко паралелни терапевтични ефекта върху човешкия организъм.

Фитотерапията прилага растенията в свежа или изсушена форма, или под формата на мехлеми, лапи, настойки, отвари, прахове, сиропи, като за извличането от растителната суровина на лекарствено-активните вещества се правят водни, спиртни, спиртно-водни, спиртно-етерни, маслени, глицеринови и други извлекци. В България съществува голямо богатство и разнообразие от растителни видове, приблизително около 3 600 на брой. От тях се употребяват около 650 лечебни растения, като 300 вида се събират ежегодно.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Заболяванията на сърдечно-съдовата система (високо артериално налягане, ниско артериално налягане, сърдечна недостатъчност, атеросклероза и др.) са едни от най-разпространените в целия свят, а поради сериозните си усложнения и последици заемат тревожното първо място като причина за смъртността на хората. Това поставя като първа и неотменима необходимост изискването тяхното лечение да става под строг, квалифициран медицински контрол. Самолечението в тези случаи може да има непоправими последици. Използването на растения за лечението на сърдечно-съдовите заболявания има своята дълга история и голямо значение. Именно от растителни източници са били получени едни от най-активните средства за лечение на сърдечно-съдовите заболявания: сърдечно усилващите гликозиди от червения напръстник (*Digitalis purpurea* L.), от вълнестия напръстник (*Digitalis lanata* Ehrh.) и други растителни видове – за лечение на сърдечната недостатъчност, алкалоидът резерпин от индийския храст *Rauwolfia serpentina* (L.) Benth., за лечение на хипертония и други [5].

Голям е списъкът от лечебни растения, на които се приписва благоприятно действие при хипертонична болест. Лечебните растения могат да доведат до снижаване на високото артериално налягане по различни пътища и механизми. Голям брой билки притежават изразено успокояващо действие върху ЦНС и по този начин оказват благоприятен ефект, особено при леки, начални форми на хипертония, при хипертония, дължаща се на нервно напрежение, отрицателни емоции и други. Други хипотензивно действащи растения съдържат активни вещества, които отпускат гладката мускулатура на кръвоносните съдове и действат съдоразширяващо. Редица билки с диуретично действие имат способността да снижават повишеното артериално налягане. При много растения активно действащите вещества все още не са установени [3].

Високото артериално налягане е сериозно заболяване и затова се препоръчва неговото лечение да става под лекарски надзор, като се имат предвид стадият и тежестта на заболяването. За лечение на постоянната хипертония, на напреднали и по-тежки форми съвременната медицина разполага с ефикасни средства. При тези случаи билките могат да имат само допълващо, помощно значение.

Билки, използвани при хипертония

Глог

(*Crataegus Monogyna* L)

Описание: Разклонено дърво или храст, висок до 5 м. Цветовете са бели, събрани в щитовидни съцветия. Цветът е правилен, с по 5 чашелистчета и 5 венчелистчета. Плодът е червен, топчест, месест с една костилка. Цъфти през пролетта. Разпространение: Расте из горите и храсталациите на цялата страна до 1500 м надморска височина. Употребяема част: Използват се листата с цветовете или само цветовете, или плодовете.



Лечебно действие: Заболявания на сърдечно-съдовата система. Засилва енергията на сърдечните съкращения. Успокоява сърцето. Действа разширяващо върху кръвоносните съдове и подобрява кръвоснабдяването на сърцето и на мозъка. Умерено снижава повишеното артериално налягане. Има свойството да успокоява централната нервна система. Понижава съдържанието на холестерол в кръвта. Препоръчва се при: леки форми на хипертония, сърдечни неврози, гръдна жаба, атеросклероза, при безсъние, нервна възбуда, задух, болести на щитовидната жлеза, виене на свят, увеличение на простатата [3].

Бял хмел*(Viscum album L.)*

Описание: Вечнозелено, полупаразитно, двудомно храстче. Прикрепва се най-често върху клоните на иглолистните дървета и по тополите. Развива вилужно разклонено стъбло и срещуположни, седящи, целокрайни листа, продълговати, кожести с тъмнозелен цвят. Цветовете са малки, жълтозелени, събрани на групички. **Разпространение:** Паразитира върху широколистни и иглолистни дървета главно в Източна България. **Употребяема част:** Използват се стръковете и листата.



Дрогата притежава слаба своеобразна миризма и горчив вкус.

Лечебно действие: Сnižава повишеното артериално налягане, което се свързва със способността му да разширява кръвоносните съдове и да премахва съдовите спазми. Смята се, че този ефект се дължи на съдържащия се в белия имел вискотоксин. Неговото успокояващо действие спомага за забавяне на сърдечния ритъм, подобряване на сърдечната дейност, тонизират миокарда. Намира приложение като противогърчово средство при епилепсия, заболявания на нервната система, главоболие, невралгии, при атеросклероза, артроза, хронични заболявания на ставите. Съществуват цял ред интересни научни разработки, посветени на противораковата активност на белия имел [4].

Невен*(Calendula Officinalis L.)*

Описание: Едногодишно светлозелено тревисто растение. Стъблото е 30-50 см високо, изправено. Листата са последователни. Плодовете са твърде разнообразни по форма и размери плодосемки, най-често сърповидно или дъговидно извити. Цъфти от юни до късна есен. **Разпространение:** Произхожда от Средиземноморската област. Отглежда се като декоративно растение. **Употребяема част:** За лечебна цел се използват цветните кошнички. **Лечебно действие:** Доказано противомикробно действие. Билката подпомага зарастването на рани и образуването на нова тъкан.



Действа противовъзпалително, нервоуспокоително и противомикробно, понижава кръвното налягане и успокоява сърдечния ритъм [4].

Горска ягода*(Fragaria vesca)*

Описание: Многогодишно тревисто растение, високо 30 сантиметра, с дълго пълзящи стъбла. Листата са предимно тройни с дълги дръжки. Отделните листчета са яйцевидни и назъбени. Цветовете са бели, събрани в съцветия. Цъфти към края на пролетта и началото на лятото - от май до август. Осем средно големи ягоди покриват дневната нужда от витамин С и са само 55 калории. **Разпространение:** Расте по поляни, из храсталаци и гори в цялата страна, дори и над 1000 метра надморска височина. **Употребяема част:** Използват се плодовете и листата. **Лечебно действие:** Разширява кръвоносните съдове, снижава артериалното налягане, забавя сърдечния ритъм и усилва



съкратителната способност на сърцето [5].

Коприва*(Urtica Dioica)*

Описание: Копривата е многогодишно тревисто коренищно растение. Стъблата са четиристранни, неразклонени, дълги до 2 м, покрити с дълги парливи власинки. Листата са дълги до 17 см и широки до 8 см. Цъфти от юни до явгуст, а семената узряват през юли-септември. Употребяема част: Събират се листата – folia Urticae dioicae, корените – radix Urticae dioicae, стръковете – herba Urticae dioicae и семената – semen Urticae dioicae.

Разпространение: Въпреки, че това растение е силно

разпространено в цялата страна като диворастящо, неговото култивиране е целесъобразно поради ред причини. Копривата се отглежда лесно, като за целта се използват нископродуктивни земи, на които не става нищо друго. Лечебно действие: Листата притежават кръвоспиращо, диуретично, противоревматично действие; влияят благотворно върху обмяната на веществата, намаляват кръвната захар. В българската народна медицина копривата се използва при ревматизъм, ускорено сърцебиене, виене на свят, главоболие, епилепсия, хистерия, кашлица, задух, водянка, жълтеница, при копривна треска, захарен диабет[3].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В помощ на съвременното медикаментозно и диетично лечение на сърдечно-съдовите заболявания и при строго спазване на изискванията, които се предявяват към тази група болни, за режим на труд и бит, могат да се имат предвид и някои средства на фитотерапията. Целта на лечението при артериална хипертония е трайно артериалното налягане до достигане нормални или близки до нормалните стойности. Заобикалящата ни природа е извор на естествени продукти, които благоприятстват понижението на кръвното налягане.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Гавраилова Д, Ръководство по вътрешни болести със сестрински грижи, ЕКС-ПРЕС, 2012г.

[2] Димов Д., Спешни състояние при заболявания на сърдечно-съдовата система, Медицина и физкултура 1987г.

[3] Канисков В, Съкровищница на българската народна медицина - том 2: Съвременна фитотерапия – справочник, Изток-запад, 2013г.

[4] Малеев А., Кузманов Б., Петков В., Влахов В., Мицов В., Фурнаджиев Г., Желязков Д., Минков Е., Петкова Е., Крушков И., Огнянов И., Метев М., Нинова П., Манолов П., Чуролинов П., Ахтарджиев Х., Съвременна фитотерапия, Медицина и физкултура 1982г., (стр.83-123)

[5] Станева Д., Панова Д., Райнова Л., Асенов И., Билките във всеки дом, Медицина и физкултура, 1982г., (стр.130-137)

За контакти:

Татяна Красиминова Балчева, Русенски университет “Ангел Кънчев”, специалност Медицинска сестра, I курс, e-mail: balchevi@abv.bg

Доброкачествен тумор на матката - Миома на матката. Акушерски грижи

автор: Невшен Тюрк и Хюлия Мухсин
научен ръководител: Доц. д-р Деспина Георгиева

Myoma is a benign neoplasm of myometrium most often in the area of her body. Most often occurs between of 30 - 50 years. Myomas consist of smooth muscle fibers, and coupling tissue. Myomas have an elastic consistency often develop in the body of the uterus. Myomas nodes begin to develop always in the uterine environment.

Key words: myoma, myometrium, obstetric care research, illness, education, midwives

ВЪВЕДЕНИЕ

Целта на настоящата статия е да проучи литературни източници, свързани с доброкачествени заболявания на матката - миома на матката и да изведе необходимите акушерски грижи.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Миомата е доброкачествена неоплазма на миометриума, най-често в областта на нейното тяло. Има различни наименования на миомата като - лейомиома, лейофибром, фибром. Наименованието има връзка със строежа на миомата. Когато превалят мускулните влакна тя е по мека и се нарича лейомиома, а когато съдържа повече съединително тъканни влакна е по-твърда и обикновено се нарича фиброма. Среща се най-често в възрастта между 30 - 50 годишна възраст [1].

Патоанатомично миомите представляват единични или множествени, сферични, твърди, неправилно лобулирани тумори. Нямат собствена капсула, но от притискането на миометриума се получава псевдокапсула, която позволява лесното им излющване. Отначало миоматозните възелчета са винаги закръглени, но с нарастването си в резултат на механични въздействия от околността придобиват различни форми. Те се срещат или като единичен възел, или много по-често като множество възли с най-различна големина. Миомите се състоят от гладки мускулни влакна и съединителна тъкан (затова фибромиоми). Миомите имат твърдо-еластична консистенция миоматозните възли претърпяват най-различни вторични доброкачествени промени, които се дължат главно на несъвършеното кръвоснабдяване и хранене на тумора [2].

Според тенденцията на нарастването се развиват три вида миоми. Когато възелът се появи близо до мукозата и се разраства към маточната кухина, той се нарича субмукозен миом; когато миомът разрасне в маточната стена, се нарича интрамурален (интерстициален) миом; а когато възелат е близо до повърхността на матката и нараства към коремната кухина - субсерозен миом [1].

Таблица1: Представя накратко общи данни за заболяването, неговите основни симптоми, необходимите за него изследвания въз основа на което се описват акушерските грижи.

Таблица 1

Доброкачествен тумор на матката (миома на матката)		
Симптоми	Необх.изследвания	Акушерски грижи
1. Хиперменорея – обилно кървене с наличие на съсиреци, обикновено продължава повече от 10 дни. 2. Полименорея – повишват се и честотата, и количеството на менструалната кръв. 3. Ациклични кръвотечения – не са типични но могат да се явяват, особено при субмукозни миоми. 4. Менструирането е продължително, менопаузата настъпва късно [2]. 5. Болки обикновено няма но се явяват понякога в периода на овулацията или предменструално. Освен това съществуващите болки се засилват през време на менструация поради настъпилата хиперемия в матката. При субмукозните миоми болките са редовен симптом. Те имат коликообразен характер. Дължат се на стремежа на матката чрез засилени контракции да изгони лежащата в маточната кухина миома. Болките могат да настъпят и при торзия на субсерозен миоматозен възел. Явяват се внезапно и са много остри, като се придружават с явления на колапс. [2] 6. Флуор. По- често се среща при интрамуралните и цервикалните миоми. 7. Смушения от притискане. В зависимост от големината и разположение си миомите могат да притискат пикочния мехур и да предизвикат полакиирия, често се развива възпаление на пикочния мехур, което може да бъде много опасно. Притискането на ректума	ПКК – Хемоглобин, хематокрит, Фактори на кръвосъсирването - време на кървене - време на съсирване - фибриноген - протромбиново време Гинекологичен преглед УЗД Хистероскопия Микробиологично изследване Изследване на хемоглобин, еритроцити, желязо	Задачите на акушерката са в зависимост от определеното лечение. При консервативно лечение задачите се свеждат до: борба с острата кръвозагуба –осигуряване на кръв за преливане; - хормонотерапия – прилагане и следене за състоянието, ако е инжекционна; При обилни кръвотечения се прилагат утеротоници, утерокинетичи, калций, витамини (С, К), кръвоспиращи (Desinon) Лечение с тестостерон, прогестерон, (Primolut Non –Orgametril, Dophaston) контрацептивни, комбинира се с витамини (В₁, А) [3]. Корекция на хемостазата на пациентката при необходимост. Наблюдение на общото състояние на жената. Обезболяващи лекарства- Спазмалгон, Но-шпа, Бускулизин, Папаверин За намаляване на тазовата хиперемията мехур с лед на корема Добра хигиена на половите органи, тоалет след всяко ходене по малка или голяма нужда. Осигуряване на редовна микция (медикаментозно или чрез катетеризиране на жената) и следене на количеството отделена урина. Осигуряване на редовна дефекация (медикаментозно-лаксативни средства за преодоляване на запек или чрез клизма). Осигуряване на венозен източник Взема кръв за хемокултура, фактори на кръвосъсирването и кръв за кр.група, ако няма такава. Измерване на базална температура- за доказване на станала овулация. Цели премахване на основното заболяване,

причинява задържане на дефикацията и хроничен запек. Твърде характерна последица от притискането, което изпълнилата малкия таз миома причинява върху вътрешната повърхност на ossacrum, богата на болкови рецептори, е болката в кръста [1]. 8. Анемия – твърде характерен симптом, дължащ се на честите и продължителни или обилни менструации. Анемизирането е постепенно, не рядко се стига до голямо намаляване на хемоглобина и на еритроцитите [2]. 9. Стерилитет – дължи се на интермитентна овулация, повишена маточна и тубарна контрактилност, интерференция на спермалния транспорт с маточното кръвотечение [1]. 10. Некроза - Наблюдава се при: - торзия на педикулизирана миома, която затруднява или напълно спира притока на кръв (анемична некроза); - големи миоми поради недостатъчност на кръвоснабдяването; - съчетаване на миомата с бременност поради смутено кръвоснабдяване и по-бърз растеж на миомата [3].	Изследване на Левкоцитите, СУЕ Гинекологичен преглед УЗД Лапароскопия Оперативно лечение по спешност се предприема при торзия на педикулизиран миом и чревна непроходимост. Спешни са случаите с некроза и остър корем. Миомектомията, която е контраиндицирана при бременност, се прави спешно при торзия на възли или некроза, които могат да “отключват” раждането и да предизвикват фетална смърт. Плановите операции са индицирани при несикурна диагноза, обемисти тумори (над 12-14 гест.седм), цервикални миоми (3-4 см в диаметър), миоми причиняващи притискане на съседни органи, субмукозни миоми, неповлияващи се кръвотечения персистиращи 3 месеца, бързо растящи формации, стерилитет, повтарящи се аборти и при миоми с вторични симптоми след менопаузата. Операциите могат да бъдат консервативни – излющване на миомни възли (абдоминална миомектомия, при израждащи се възли – вагинална миомектомия) и създаващи възможност за забременяване и раждане, радикални, където метод на избор е тоталната хистеректомия, като непроменените яйчници се запазват по преценка при менструиращи жени между 45 и 48 години [2].	причината за безплодието. Затова е необходим подробен преглед от лекар-гинеколог, който ще определи и самото лечение. Предоперативна подготовка. При оперативно лечение задачите на акушерката се свеждат до обясняване на пациентката за предстоящата манипулация подготовка на пациентката за операция, и превеждането ѝ в операционната зала. Алгоритъм за следоперативни грижи при оперирана пациентка: След извеждане от операционната зала пациентката се настанява в залата за реанимация. Пациентката се поставя легнала по гръб с обърната настрани глава, без възглавница, за да не аспирира стомашно - чревно съдържиимо. До главата се поставя бъбрековидно легенче. Извършва се наблюдение на външния вид и видимите лигавици. Напояват се устните с марличка, без да се приемат течности в първите часове след операцията. Следи се вливането на инфузионни разтвори. Следят се основните жизнени показатели с апаратура – пулс, дишане, кръвно налягане. Следят се останалите физиологични показатели – температура, уриниране, дефикация, метеоризъм. Следи се оперативната рана и при нужда се сменя превръзката. Следи се за ранното раздвижване на пациентката. Обикновено на седмия ден се махат конците, ако няма усложнения. Води се борба с болката чрез поставяне на обезболяващи средства. Извършват се вливания през първите часове след операцията. Провежда се хранителен режим за оперирани пациенти като обикновено на петия ден те преминават на обща храна. Осигурява се спокоен сън като при нужда се дават сънотворни средства [2].
---	---	---

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Честотата на доброкачествените тумори на матката е съществена и за благоприятния изход от заболяването значение имат акушерските грижи. Проследяването на миомата през 6 месеца профилактично, навременното откриване на развиващия се тумор, както и разпознаване на симптомите, насочването към акушеро-гинекологична помощ и полагането на грижи в допълнение на приложеното лечение допринасят за благоприятен изход от заболяването.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Димитров.А, В.Златков, Гинекология, Доброкачествени тумори на матката, София 2013, стр. 225-228
- [2] Щъркалев И., Гинекология-Учебник за студенти-медици, Тумори на женски полови органи, София 1971, стр. 180-192
- [3] <http://bg.wikipedia.org/wiki>

За контакти

Невшен Тюрк, 2 курс Акушерка, „Факултет ОЗЗГ“ РУ”Ангел Кънчев“-гр. Русе
тел.0898805566 емайл: nevsen1234@abv.bg
Хюлия Мухсин, 2 курс Акушерка, „Факултет ОЗЗГ“ РУ”Ангел Кънчев“-гр. Русе
тел.0899121098 емайл: hulia93@abv.bg
Доц. д-р И.Сербезова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Катедра „Обществено здраве и здравни грижи“ емайл: vania_serbezova@abv.bg

За или против прилагането на ваксината Cervarix

автор: Сибел Якуб Лятиф

научен ръководител: гл.ас. Деспина Георгиева

Cervarix is a vaccine for use against cervical cancer, which is caused by Human Papilloma Virus. Cervarix only protect against HPV 16 and 18, which are claimed to be the most dangerous. There are over 100 types of HPV, over 15 of which have been shown to be able to cause cancer of the cervix.

It is important to raise health awareness in our society. The majority of people do not do enough research before taking the performance of vaccination. Uninformed and low health literacy leads to the discovery of a large number of oncological diseases too late.

ВЪВЕДЕНИЕ

Ваксините, независимо какви са те, винаги са били обект на широко обсъждане и редица противоречиви мнения, често подкрепени с примери за смъртни случаи и тежки заболявания от една страна, и убеждаване в тяхната безопасност и надеждност от друга. Историята познава както недоверието на широката общественост, така и приноса на ваксинацията, свързан с превенцията от редица заболявания. Най-пресният казус с такъв оттенък към днешна дата стана ваксината срещу рака на маточната шийка. В крайна сметка Министерство на здравеопазването реши, че този тип имунизация ще бъде включен в имунизационния календар като препоръчителен, а Здравната каса пое финансирането за превенцията на родените през 2000 година момичета.

Министерският съвет одобри Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка, за която се говореше още в края на 2011 година. Нейната основна цел е семействата на 75% от 12-годишните момичета да бъдат убедени, че трябва да ги ваксинират безплатно, за да бъдат предпазени от тежкото заболяване. Целта на информационните кампании в училищата, сред лекарите, учениците и родителите е да се обясни важността и значението на интервенцията.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Ракът на шийката на матката (РШМ) в световен мащаб е второто по честота заболяване сред жените на възраст между 20 – 45 години. По своята същност, РМШ представлява неконтролируемо делене на увредени клетки в областта на маточната шийка. Маточната шийка е покрита с два вида епител - многослоен плосък епител и цилиндричен епител. Според това от кой вид епител произхожда, РМШ бива плоскоклетъчен карцином (засягащ плоския епител) и аденокарцином (развиващ се в канала на шийката на матката). Основният причинител на заболяването в 95-99,7% от случаите е човешкият папиломен вирус (ЧПВ).

Церварикс е ваксина, която се използва срещу рака на маточната шийка, който се причинява от Човешки папиломен вирус (Human papilloma virus). Знае се че вируса е най-изменчивия елемент който мутира непрекъснато. Също така трябва да се отбележи че Церварикс предпазва само от ЧПВ 16 и 18, за които се твърди че са най-опасните. Известни са над 100 типа ЧПВ, за 15 от които е доказано, че могат да причинят рак на шийката на матката. Много от заразените с човешкия папиломен вирус дори не знаят, че са преносители, тъй като няма ясно изразена симптоматика. В голям процент от случаите появата на симптоми е признак за вече напреднало заболяване. По този начин партньорите си предават вируса, тъй като е полово предавано заболяване, без да знаят за това[2].

Възможно е сексуално активната жена да бъде заразена, но да не се появи заболяване, тъй като вирусът за да се възпроизвежда трябва да е в жива клетка,

понеже не притежават собствен клетъчен апарат за възпроизвеждане. При заразяване с този вирус, той се прикрепя и прониква в клетките на горния слой на шийката на матката т.е. в серозния слой. Този слой се излющва периодично.

Възможно е организма да изгради имунитет срещу човешкия папиломен вирус.

Важно е да се повиши здравната култура на нашето общество, което не може да преценява и да взема правилните решения, друг важен проблем е , че отговорността на българина за собственото си здраве е много ниска, не приема здравето си на сериозно. Особеностите на възприемането на информацията се изразява в погрешната интерпретация на рекламите, смята се, че „Щом се рекламира, означава, че продуктът е хубав.“

По голямата част от хората не правят достатъчно проучвания преди да предприеме извършването на ваксинирането. Неинформираността и ниската здравна култура води до откриване на голяма част от онкологичните заболявания твърде късно. Важна за онкологичните заболявания е профилактиката , себеизследването и себенаблюдението.

Профилактиката на рака на маточната шийка се извършва чрез лабораторни и инструментални методи за изследване. Жена имаща активен полов живот трябва ежегодно да си прави цитонамаски. Цитонамаската дава информация и насока за наличието на дисплазия или не. Инструментален метод е огледа на шийката на матката чрез колпоскоп. Чрез него става директен оглед и възможност за вземане на биопсия, ако има дисплазия за да се разбере прослойно колко надълбоко е проникнал рака и в кой клиничен стадий се намира пациентката. Колкото по рано се диагностицира и започне адекватно лечение, толкова е по-голям процента за пълното излекуване.

Жените трябва да са запознати с основните признаци за наличие на рак на шийката на матката. Преканцерозите и ранните стадии на РШМ обикновено не са придружени с клинични симптоми. Заболяването се проявява едва в напреднал стадий, когато шансовете за успешно лечение са значително по-ниски. Ето тук важно значение имат профилактичните цитонамаски.

Основните признаци на напреднал стадий на рак на шийката на матката са следните:

- Кървене извън менструалния период, по време на гинекологичен преглед или полов акт;
- Кървене след настъпване на климактериума;
- Болки по време на полов акт;
- Болки в таза;
- Отслабване на организма[3]

В листовката на ваксината Cervarix е поместена следната информация :

„Типовете човешки папиломен вирус (HPV), съдържащи се във ваксината (HPV типове 16 и 18) са отговорни за приблизително 70% от случаите на рак на шийката на матката и 70% от HPV-свързаните предракови лезии на вулвата и влагалището. Други HPV типове също могат да причинят рак на шийката на матката. Cervarix не предпазва срещу всички HPV типове. Cervarix не защитава от всички типове на човешкия папиломен вирус. Cervarix не предпазва от други заболявания, които не са причинени от човешкия папиломен вирус[1]. Тези думи са повторени многократно в листовката за информация за Cervarix. Тук трябва да си отговорите на въпроса :

„ За или против ваксинирането с Cervarix”

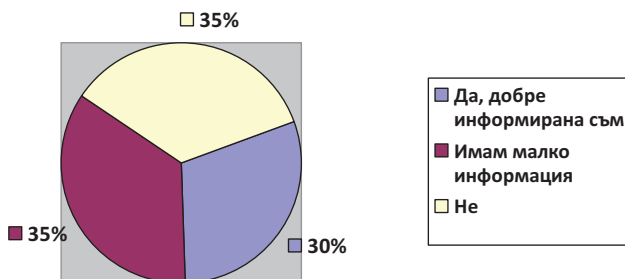
Има достатъчно данни за много случаи на тежки усложнения след поставяне на ваксината, изразяващи се във:

- възпаление на централната нервна система;
- 50 смъртни случая във чужбина;

- няколко случая, при които е настъпил летален изход 2 минути след инжектирането на ваксината на 14 и 21 годишни момичета.

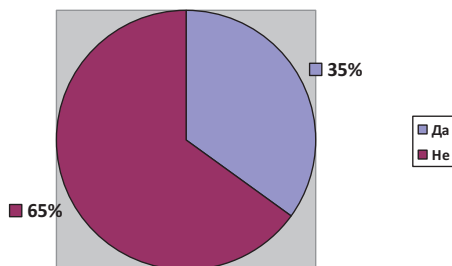
Тези данни са от нерегламентирани източници, но в същото време не се открива информация, опровергаваща изнесените данни.

Във връзка с изследване нивото на информираност за ваксината Cervarix, беше проведено анкетно проучване със 50 жени от три различни възрастови групи: от 20 до 25; от 30 до 35; от 35 до 45;



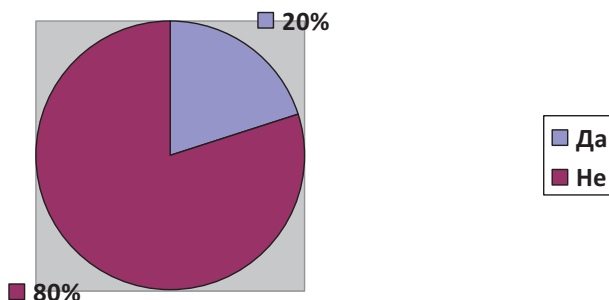
фиг.1 Запознати ли сте с ваксината Церварикс

От диаграмата е видно, че само 30 % от анкетираните жени са добре информирани и съответно могат да вземат обосновани решения за или против прилагането на ваксината са.



фиг. 2 Бихте ли ваксинирали дъщеря си с Церварикс?

Категоричен отрицателен отговор за прилагане на ваксината на дъщерите си са дали 65% от анкетираните жени. Въпреки рекламната кампания по телевизията и други информационни източници, хората не са убедени в ползата от ваксината.



Фиг. 3 Запознати ли сте със страничните ефекти?

При анализиране на данните се установи, че със страничните ефекти от ваксината са запознати само 20% от анкетираните жени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трудно е да се реши дали ваксината Cervarix доказано предпазва от рака на маточната шийка. В днешното информационно наситено време, всеки решава какво да прави със себе си и собственото си здраве, но едно от основните задължения на медицинския специалист е да предоставя информация, както за предимствата, така и възможните негативни последици от ваксинирането с Церварикс. Тази обективна информация е необходима, за да се вземе информирано решение за тази цел особено важно е осъществяване на комуникацията между пациентите и медицинските специалисти. Когато тази комуникация е нарушена основният информационен източник е интернет, където могат да се открият много и различни гледни точки, но не винаги информацията е коректно отразена и достоверна. На базата на предоставената актуална и обоснована на научните постижения информация от медицинския специалист, всеки родител може да вземе решение за или против прилагането на ваксината Cervarix.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] <http://apteka.framar.bg/30013747/>
- [2] <http://cpd-kozloduy.org/2012/11/>

Стерилитет

автори: Камелия Василева и Радостина Мариянова
научен ръководител: Доц. д-р Иваницка Сербезова

Summary: *Age, lifestyle and medicinal problems may cause human infertility (or sterility), which is often defined as inability to conceive (fertilisation of sperm and egg) after 1 year of unsuccessful tries by regular unprotected sexual intercourse. After failing to conceive for 12 months, the couple should seek medical attention by a specialist in order to be given the appropriate treatment. Treating infertility is complex and involves specialist doctors - gynecologists, endocrinologists, urologists and midwives etc.*

Key words: *sterility, infertility, fertilisation, sexual intercourse, treatment and obstetric care.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Един от основните инстинкти на човека е този за продължение на вида. От древността до наши дни хората се вълнуват, когато раждането на децата се забави. Безплодието (лат. Sterilitas) е състояние, при което не настъпва бременност, въпреки редовен полов живот. При нормална здрава двойка шансът за забременяване е 20% – 25% за месец. Така 50% от жените ще бъдат бременни до третия месец, а 75% - до 6-я месец. Обикновено се изчаква до е1 година, но ако жената е над 35 години и явно има заболяване на един от партньорите, изследванията и лечението трябва да се започнат по-рано. Борбата със безплодието се затруднява от нарастващата честота на болестите, предавани по полов път, отлагане на раждането за възраст, в която забременяването е по-трудно и плодовитостта – по - ниска. Етиологичното въздействие на околната среда нараства и е непознат и недостатъчно добре проучен фактор в това направление [1]. Целта на настоящия доклад е да проучи литературни източници, свързани със стерилитета и да изведе необходимите акушерски грижи.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Честотата на стерилитета при мъжа и жената е приблизително от 11% до 17%. При жените различаваме първичен и вторичен стерилитет. Първичен стерилитет (Sterilitas primaria) е този, при които не имало предхождащи бременности. За вторичен стерилитет (Sterilitas secundaria) се говори, когато жената е имала предшестваш аборт, раждане или извънматочна бременност. За да осъществи оплождането на яйцеклетката, нейната имплантация и развитието на ембриона е необходимо всички структури да са анатомично и физиологично нормални и да функционират в синхрон. При нормален полов живот сперматозоидите се депонират в задния влагалищен свод, от където преминават през цервикалния канал и където цервикалната слуз е първият „ключ“, който те трябва да отключат. От там те преминават в маточната кухина и към маточните тръби. Там става срещата между сперматозоида и яйцеклетката. За да я има яйцеклетката, трябва да е настъпила овулация в яйчника, фибриларния апарат на тръбата да я хване и вече оплодена да я (транспортира) в матката. Маточният ендометриум е подготвен от хормоните на яйчника – естроген и прогестерон и очаква оплодената яйцеклетка. При нормален цикъл от 28 дни това се случва на 13 – 14-я ден. Нарушението на естествените механизми на всеки един от етапите на оплождането може да стане причина за стерилитет. Най – честите причини за стерилитет при жената имат следната относителна честота:

- нарушена функция на яйчниците 35- 40% ;
- заболявания на маточните тръби 30% ;
- заболявания на маточното тяло 7% ;
- заболявания на маточната шийка 5-10% ;
- заболявания на влагалището 5-10% ;
- психични фактори 1% [1].

Таблица № 1 представя на кратко общи данни, клинични симптоми, нужни изследвания и в алгоритмичен вид необходимите акушерски грижи при стерилитет у жената.

Таблица 1

Класификация на видовете стерилитет			
Заболявания	Клинични симптоми	Необходими изследвания	Акушерски грижи
Ендокринен стерилитет -характеризира се с липсата на непълноценна зряла яйцеклетка или намалена функция на жълтото тяло. Производството на недостатъчно количество женски хормони – естроген и прогестерон, води до неправилна трансформация на ендометриума. Изменя функцията на маточните тръби, нарушава механизма на прикрепяне на плода към матката [3].	- стерилитет; - отражения могат да се локализируют в хипоталамуса, хипофизата или яйчниците; - хипотиреоидизъм , хиперкортицизъм; - заболявания на други органи и системи (сърдечни, бъбречни, чернодробни)[5]; - секрция от гърдите; - главоболие; - проблеми с очите; - отслабване; - сърцебиене; - увеличено окосмяване [1].	1. Изследване на изходни хормони (LH, FSH, Ploractin, Esrtadiol) . 2. Допълнителни изследвания на яйчниковия резерв. 3. Пълна кръвна картина и СУЕ (скорост на утаяване на еритроцитите). 4.Микробиологично изследване на влагалищен секрет. 5.Микробиологично изследване на еякулат. 6. Изследване за СПИН, Васерман , Хепатит В и С. 7. Ултразвуков преглед за оценка на гинекологичния статус [2].	1. Попълване на необходимата документация и снемане на акушерска анамнеза. 2. Измерване на пулс, и кръвно налягане. 3. Извършване на лекарските назначения. 4. Взимане на влагалищен секрет, етиктиране и изпращане за микробиологично изследване. 5. Изследване на еякулат от партньора и изпращане за микробиологично изследване. 6. Подготовка на пациентката за ултразвуков преглед. 7. Психо - профилатична подготовка на пациентката. 8. Обяснение на пациентката за съответната предстояща манипулация. 9. Подготовка на необходимите пособия за манипулацията и асистиране на лекаря. 10. Измерване на пулс, температура и кръвно налягане. 11. Активно наблюдение на пациентката след манипулацията. 17. Разнообразна и богата на витамини храна. 18. Контрол на ежедневното измерване и регистриране на базална температура.
Тубарен стерилитет - характеризира се с промени в структурата на маточните тръби, инфекции след аборт, инфекции след апендицит, довеждащи до запушване на маточните тръби,	- инфекции; - стерилитет; - сраствания към съседни органи [1].	1.Изследване на изходни хормони (LH, FSH, Ploractin, Esrtadiol). 2. Допълнителни изследвания на яйчниковия резерв. 3. Пълна кръвна картина и СУЕ.	1. Хоспитализация на пациентката (при необходимост). 2. Попълване на необходимата документация и снемане на акушерска анамнеза. 3. Измерване на пулс, температура и кръвно

нарушена перисталтика на тръбите, прекарани операции в областта на малкия таз и нарушена хормонална верига [1].		4.Микробиологично изследване на влагалищен секрет. 5.Микробиологично изследване на еякулат. 6. Изследване за СПИН, Васерман , Хепатит В и С. 7.Ултразвуков преглед за оценка на гинекологичния статус [2].	налягане. 4. Поставяне на абокат и вземане на кръв за изследвания. 5. Постелен режим. 6. Тоалет на гениталиите. 7. Извършване на лекарските назначения, които включват широкоспектърни антибиотици, витамини. 8. Скарификационна проба. 9. Взимане на влагалищен секрет, етиктиране и изпращане за микробиологично изследване. 10. Подготовка на пациентката за ултразвуков преглед. 11. Подготовка на апаратура, инструменти и материали. 12. Психо- профилактична подготовка на пациентката. 13. Измерване на пулс, температура и кръвно налягане. 14. Активно наблюдение на пациентката след манипулацията.
Заболявания на маточното тяло – невъзможност за придвижване на яйцеклетката поради аномалии на маточното тяло.	- хипопластична или инфантилна матка; - възпаления на лигавицата; - срствания след абразию, миоми, полипи; - ендометриоза [1].	1. Изследване на изходните хормони Е2 и LH. 2. Пълна кръвна картина и СУЕ (скорост на утаяване на еритроцитите). 3.Микробиологично изследване на еякулат. 4. Изследване за СПИН, Васерман, Хепатит В и С. 5. Ултразвуков преглед за оценка на гинекологичния статус [2].	1. Приемане на пациентката в АГ кабинет. 2. Попълване на необходимата документация и снемане на акушерска анамнеза. 3. Вземане на кръв за изследвания. 4. Подготовка на пациентката за предстоящата вътрематочна инсеминация. 5. Извършване на лекарските назначения. 6. Подготовка на необходимите пособия за манипулацията. 7. Обработка на спермата: състои се в обработка по различни методи и със специални среди, селектиране на най – подвижните и качествени сперматозоиди, обработени. 8. Настаняване на пациентката на гинекологичен стол. 9. Поставяне на спекулум и извършване на тоалет. 10. Поставяне на специален стерилен флексибилен катетър чрез който обработените сперматозоиди се инжектират в кухината на матката. 11. Уведомява се пациентката,

			че трябва да остане в легнало положение около 30 – 40 мин. след това. 12. Наблюдение състоянието на пациентката след манипулацията [5].
--	--	--	--

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Това са част от вероятните причини, които може да доведат до стерилитет при жената. Възможно е да има повече от една, защото някои причинители на стерилитет са в следствие от други смущения. Лечението на безплодие включва редица изследвания след като бъдат посетени: гинеколог, уролог, ендокринолог, психолог и други специалисти. Съществена роля за благоприятното протичане на времето до забременяване и раждане имат качествените акушерски грижи

ЛИТЕРАТУРА

[1] Димитров, А., В. Златанов, „Гинекология“, учебник за студенти и специализанти, Изд. АРСО, София 2013 г., стр. 181 – 187

[2] www.ivf-bg.com

[3] www.ma-ma.ru

[4] www.wikipedia.org

[5] www.zachatie.org

За контакти:

Камелия Друмева Василева, II курс “Акушерка”, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“- гр. Русе, тел: 0894413066, kamencee@abv.bg

Радостина Белчева Мариянова, II курс “Акушерка”, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“- гр. Русе, тел: 0883425517, ponobka@abv.bg

Доц. д-р Иваничка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев“- гр. Русе, тел: 0888731063, vania_serbezova@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Ендометриални полипи – етиология, клиника, диагноза, лечение и акушерски грижи

автори: Аксел Сами, Неше Мехмед
научен ръководител: Доц. д-р Иваницка Сербезова

Summary: Endometrial polyps are benign tumors of the uterine lining, which is characterized by a specific etiology, symptoms, diagnosis and treatment. Important for the pathogenesis of polyps, are changing ratios of sex hormones. Later these polyps may cause infertility. That is why they're subject of a thorough examination and appropriate treatment.

Key words: polyps, endometrium, uterine bleeding, echography, hysteroscopy, treatment, curettage, obstetric care

ВЪВЕДЕНИЕ

Целта на настоящия доклад е да проучи литературни източници, свързани с полипи на половите органи и да изведе необходимите акушерски грижи.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Ендометриумът представлява лигавицата на матката. Той има сложна структура, свързана с неговата функция. В хода на менструалния цикъл, в зависимост от промените в половите хормони, той пролиферира – увеличава обема си, подготвяйки се за имплантацията на оплодената яйцеклетка и след това отпада при липсата на такава – настъпва десквамация. Голямо значение в патогенезата на заболяванията, свързани с ендометриума, се отдава именно на промените в съотношението на половите хормони.

Полипът на тялото на матката представлява доброкачествено туморно образуване на ендометриума. Размерът на полипите варира от няколко милиметра до десетки сантиметри. Те са гладки, червеникави или кафеникави, сферични или цилиндрични структури на широка основа или на краче (фиг.1)[3]. Хистологично са изградени от васкулизирана фиброзна строма, жлезист епител с или без хиперплазия на ендометриума[1]. Могат да бъдат единични или множествени[3]. Понякога даже могат да пролабират през цервикалния канал във влагалището.

Видове полипи:

- ендометриален полип (*Polypus mucosus endometrii*);
- субмукозен или израждащ се миомен възел (*nodulus myomatosus submucosus s. nascentis*);
- истмико-цервикален полип (*Polypus isthmico-cervicalis*);
- плечентарен полип [1].

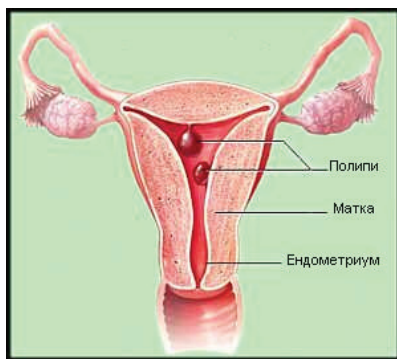
Ендометриален полип

Етиологията за развитието на полип на тялото на матката не е докрай изяснена. Смята се, че сериозен принос в това има превалиращото ниво на естрогените и относително по-ниското ниво на прогестерона. Има известна предразположеност при жени:

- с наднормено тегло (поради „естрогенизация“ ефект на мастната тъкан)
- с хормонален дисбаланс;
- с артериална хипертония;
- приемащи тамоксифен и други[3].

Ендометриалните полипи се образуват на места с по-изразени пролиферативни промени[4].

С най-висока честота са във възраст между 40 и 50г. възраст[4].



Фиг.1. Ендометриален полип

Клинична картина

Повечето формации са малки по размери и не предизвикват оплаквания, откриват се случайно. При наличие на симптоми, те се изразяват в по-обилно кървене по време на менструация, кървене между отделните менструации, оскъдно такова с кафеникав цвят няколко дни след нормален мензис, кървене след менопауза, кървене след полов акт, фебрилитет, гноевиден флуор, спастична болка, вследствие настъпили възпалителни изменения, спонтанна торзия и последваща некроза[1,4].

Полипите могат да бъдат причина за безплодие или спонтанен аборт от чисто механично естество[4].

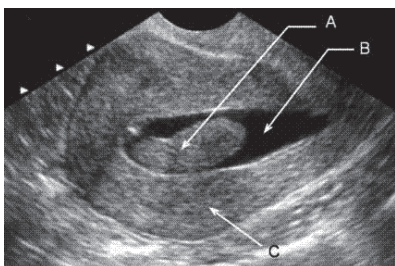
Диагноза и необходими изследвания

Диагностицирането на полипите най-често става при ехография на малък таз. Рядко, както споменахме, при големи размери и пролабиране през шийката полипът може да се види при оглед на влагалището. Цервикалната лигавица има други характеристики, различни от тези на ендометриума, но и от нея е възможно да изхождат полипи[4].

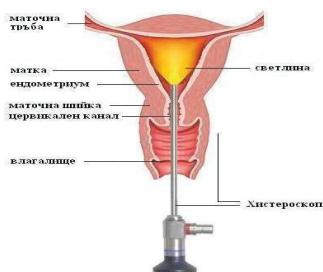
Ехографски полипите се визуализират като добре отграничени формации, с хиперехогенна структура, разположени в маточната кухина(фиг.2). Трансвагиналният достъп е по-информативен. При възможност се практикува и друг вид ехография, съчетана с изпълване на кухината със стерил разтвор[4].

Хистероскопията има още по-висока диагностична стойност, особено при по-малки размери(фиг.3). Тя позволява и взимането на материал за хистологично изследване и на практика лечебна стойност при отстраняването на самия полип[4].

При невъзможност за хистероскопия, се провежда кюретаж. След последователна дилатация на канала на шийката на матката, в условията на краткотрайна венозна анестезия, в маточната кухина се въвежда кюрета. С нея на практика се „остъргва“ лигавицата последователно и с това се отстранява и полипът. При хистероскопия вероятността да бъде пропуснат е по-ниска, отколкото „на сляпо“ [4].



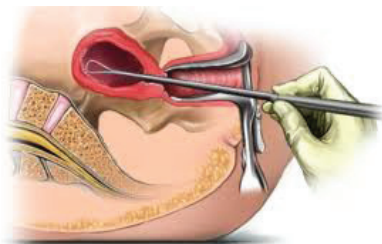
Фиг.2. Ехографски изглед на ендом. полип



Фиг.3. Хистероскопия

Лечение

Диагностицираните полипи, независимо дали са с или без клинична симптоматика, изискват да бъдат отстранени и хистологично изследвани[1]. При по-тежки кръвоизливи или проблеми с фертилността, полипът се кюретира(фиг.4) [2]. По принцип ендометриалният полип, когато е на краче, се екстирпира с кюрета и абортцанг. Понастоящем хистероскопската ексцизия е метод на избор особено в случаите при полипи на широка основа[1]. Ако хистологичното изследване покаже наличие на малигнени (злокачествени) клетки, се предприема хистеректомия (премахване на матката) [2].



Фиг.4. Кюретаж на маточната кухина

Прогноза

Малигненият потенциал е с честота 10-15% при случаи на кървене в постменопаузалния период, поради което жените подлежат на периодично наблюдение[1].

Плацентарен полип

Етиология:

Образува се от задържана плацентарна тъкан, която при по-продължителен престой в маточната кухина, се уплътнява (фиброзира) и организира съсирек[2].

Клинична картина:

Появяват се неправилни и обилни маточни кръвотечения. Маточната стена около това място не се контрахира добре, изтънена е и инфектирана[2]. Изтичащата кръв, както и самият полип са много добра среда за развитие на патогенни микроорганизми(ендометрит) [2]. Телесната температура е повишена.

Диагноза: Ултразвуковото изследване може да верифицира съмненията за плацентарен полип, след вагинално изследване.

Лечение: Мануална екстракция – неуспешна в повечето случаи. Почти винаги се налага инструментална ревизия с голяма кюрета, при което заедно с екстракцията на полипа се нарушава целостта на ендометриума и се улеснява проникването на инфекция в дълбочина. Опасността от пробив на матката при инструментална ревизия на задържана плацентарна част е много голяма. Изкюретираната тъкан се изпраща за хистологично изследване. Пълното почистване на савит на матката от останали плацентарни части и кръвни съсиреци, подобрява маточния тонус, ускорява затварянето на цервикалния канал и понижава опасността от разпространяване на вътрематочна инфекция.

Родилката остава под активно наблюдение в продължение на 10-12 часа от страна на акушерката. Прилагат се контрахиращи матката средства – Окситоцин и Метергин. Прилага се също антибиотична профилактика на инфекциите [2].

В табл.1 и табл.2 се предлагат специалните акушерски грижи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ненавременното констатиране и нелекуване на тези ендометриални тумори е свързано с усложняване на състоянието на болната по-късно – проблеми със зачеването, карцином на матката и др. Много често при онкологичните заболявания на репродуктивната система, появата на оплаквания от страна на пациентите за съжаление е знак за напредналост на състоянието. Затова на пациентките се препоръчва периодични прегледи при специалист акушер-гинеколог, не само при наличие на оплаквания. Съществена роля за благоприятния изход от заболяването имат качествените и навременните акушерски грижи.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Димитров, А., В. Златков, „Гинекология“, Учебник за студенти и специализанти, Изд. APCO, София 2013г., стр. 242-243

[2] Хаджиев, Ал., И. Карагъзов, „Акушерство за студенти по медицина“, Изд. Медицина и физкултура, София 1995г., стр. 361-363

[3]www.medpedia.framar.bg

[4] www.puls.bg

Снимков материал: www.google.bg

За контакти:

Аксел Сами, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност

Акушерка, II-ри курс, e-mail: aksi_sami@abv.bg

Неше Мехмед, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност

Акушерка, II-ри курс, e-mail: flirt_4et@abv.bg

Доц. Иваничка Сербезова, Катедра “Здравни грижи“, Русенски

университет “Ангел Кънчев“, e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Контрацепция. Видове контрацептиви. Роля и задача на акушерката при приложението на контрацептиви.

автор: Пламена Илчева

научен ръководител: Доц. д-р Иваницка Сербезова

In this report discusses the basic methods of protection from unwanted pregnancy. Outlining the benefits and the drawbacks in order to support the education of the students with degree midwife.

Key words: Contraception; sex; control; education; midwife; obstetric care.

ВЪВЕДЕНИЕ

Целта на настоящия доклад е да проучи възможностите за предпазване от нежелана бременност, да очертае основните предимства и недостатъци на различните методи и с това да подпомогне бъдещите акушерки в обучението им по проблема Контрацепция.

Методът е проучване на литературни източници.

Контрацепцията, наричана още контрол на плодовитостта, е понятие, което назовава различните методи за предпазване от нежелана бременност. Този проблем е възникнал още през древността. Всеки един контрацептивен метод действа по различен начин, но основната им цел е да попречат на сперматозоидите да достигнат и оплодят узрялата яйцеклетка или да попречат на вече оплодената яйцеклетка да се закрепят за маточната стена. Някои от контрацептивите, като презервативите, освен за предпазване от нежелана бременност, се използват и за предпазване от болести предавани по полов път.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Според проучените литературни източници видовете контрацептиви се разделят на: хормонални, вътрематочни средства, бариерни методи, периодично въздържание, стерилизация, спешна контрацепция.

Под хормонална контрацепция се разбират противозачатъчните таблетки, които действат, като потискат овулацията, съставят цервикалния секрет, предизвикват атрофия на ендометриума, понижават мотилитета на фалопиевите тръби, което затруднява придвижването на сперматозоидите и имплантирането на оплодената яйцеклетка в лигавицата на матката. Приемат се само след лекарско назначение.[1][2][4]

Като *предимства* се описват: висока ефективност до почти 100%, намаляват менструалните болки, благоприятно повлияват акнето, намаляват риска от рак на яйчниците и матката.

Недостатъците са следните: странични ефекти – гадене, повръщане, главоболие; опасност от тромбози – при пушачки; не предпазват от полово-предавани инфекции; повишават апетита[3].

Препоръчвани са вътрематочните средства – спирали. Те представляват малък т-образен предмет, изработен от пласмаса и мед, платина, сребро или злато, с две тънки и меки корди накрая. Най-съвременните спирали съдържат и хормони – за допълнителна безопасност. Действието и е в продължение на 3 или 5 години. Тя може да бъде извадена и преди това ако жената иска да забременее. Препоръчват се на жени, които вече са имали една или няколко бременности. Спиралата спира придвижването на сперматозоидите към яйцеклетката. Затруднява нидацията на оплодената яйцеклетка в ендометриума. Ефектът се дължи на действието на металните йони, които се съдържат в спираловидната нишка.[1]

Предимствата : имат 97-99% ефект; не смущават половият акт; необходими са чести гинекологични прегледи, което води до откриването на възпаления, преанцерози и др.

Недостатъци: обилно и продължително менструално кървене; възпаления на вътрешните полови органи; не предпазват от полово-предавани инфекции.

Бариерните методи – презервативи и диафрагми са силно разпространени. Мъжкят презерватив се изработва от латекс. Поставя се на мъжкия еректирал полов член, като по този начин се предотвратява навлизането на сперматозоидите в маточната кухина. Освен, че предпазва от нежелана бременност, той осигурява защита срещу ППИ, включително и СПИН.

Женският презерватив представлява торбичка, направена от финна, синтетична материя, затворена в единия край. В двата си края има меки пръстени. Пръстенът на затворения край покрива шийката на матката, а другият се намира извън влагалището, като покрива срамните устни [1,4]. Едно от *предимствата* е че предпазват от полово-предавани инфекции и СПИН; използват се без лекарска консултация; лесни за използване и удобни за неовладяно семеизпразване. *Недостатъците* са, че може да се скъса по време на полов акт и намалява чувствителността.

Диафрагмата е мек купол, изработен от тънка гума, на която долният и ръб е задебелен и гъвкав. Тя се поставя върху маточната шийка, като за предпочитане е да се използва в комбинация със спермициди. Диафрагмите имат различна форма и размер. [1,4]

Като *предимства* се описват: предпазва от рак на шийката на матката; поставя се във време удобно за жената и не носи рискове за здравето. *Недостатъците* са: трудни за употреба; при промяна на теглото е нужна промяна на размера; може да доведе до раздразняване на влагалището и е необходим спермицид.

Най-честият метод е периодичното въздържание – прекъснат полов акт. Използва се при двойките, които си имат доверие.. Естествен метод на контрацепция, при който мъжкят полов член се изкарва от влагалището преди настъпване на еякулацията. Този метод не е високо ефективен поради невъзможността на някои мъже за контрол на еякулацията. Има до 70% ефективност [1,4].

Предимство е, че е безплатен; няма странични ефекти и „не може да бъде забравен“.

Като *недостатък* се отбелязва: малко ефективен; зависи изцяло от мъжа и не предпазва от полово-предавани инфекции и СПИН.

Не толкова често срещан метод е стерилизацията – женска и мъжка. Женската стерилизация представлява прекъсване/вързване на маточните тръби. Веднъж извършена решава окончателно проблема с нежеланата бременност. Най-новият метод е поставянето на малко устройство във фалопиевите тръби, което е механична бариера и не позволява достигането на яйцеклетката от сперматозоидите.[1][4]

Мъжката стерилизация представлява прекъсване/вързване на семепроводите. След тази процедура е възможно да се върне проходимостта на семепроводите, но често сперматозоидите губят способността за оплождане по естествен начин [1,4]. *Предимство* е, че се постига с еднократна процедура; сравнително безопасен метод и има 100% ефективност. Оперативната намеса е голям *недостатък*, също и загубата на детеродната способност.

Спешната контрацепция се използва след полов акт. Това са хормонални препарати, до които се прибегва след необезопасен секс, неправилна употреба или проблем с контрацептивите и когато жена е била жертва на сексуално насилие. Таблетките спират отделянето на яйцеклетката, възпрепятстват оплождането на вече отделената яйцеклетка и пречат за закрепянето и в маточната кухина. Ефективни са ако се вземат до 72 часа след половия акт. *Предимство*:

съвременните методи на спешна контрацепция се прилагат сравнително лесно и се използват от голям брой жени. Недостатък им е, че променят менструалния цикъл [4,5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Опазването на репродуктивното здраве на жената е сложна задача, изискваща от бъдещите акушерки знания, усилия и компетентност. За да се постигне успех е необходимо да се вземат под внимание редица фактори – икономически, социални, културни, религиозни. Правилното позициониране и използване на контрацептивните методи може да предотврати голям брой нежелани бременности и аборти, както и медицинските и социални последиствия, свързани с тях. Доброто познаване на различните варианти от акушерката е задължително условие за утвърждаването на позициите ѝ в съвременната акушерска практика.

Литература:

- [1] Василев, Д. – Съвременна Контрацепция, София, 1979
- [2] Василев Н., Начева А., Атанасова В.// Медицината днес, Орални контрацептиви брой 1, февруари 2008
- [3] Shulman , LP. The state of hormonal contraception today: benefits and risks of hormonal contraceptives: combined estrogen and progestin contraceptives.. // *American journal of obstetrics and gynecology* 205 (4 Suppl). 2011 Oct. c. S9-13
- [4] <http://www.riokoz-vt.com/kc.htm>
- [5] <http://escapelle.bg/bg/what-is-emergency-contraception/information-on-emergency-contraception>

За контакти: Пламена Илчева, тел:0883 33 82 03, e-mail ak.ilcheva@abv.bg

Научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, iserbezova@uni-ruse.bg

Начало на акушерското образование в България – литературен обзор

автор: Йоана Луканова

научен ръководител: Доц. д-р Иваницка Сербезова

Summary: The report examines the initial steps of midwifery education in Bulgaria in the second half of the nineteenth to mid-twentieth century and the difficulties in passing the first doctors and midwives

Key words: obstetric education, *beginning science*, *midwives*, *development*, *training*, *doctors*

ВЪВЕДЕНИЕ

Историята на всяка наука вълнува както студенти, така и преподаватели, посвещаващи живота и времето си на нея. Това в пълна степен важи за професията, свързана с появата на нов живот - акушерската. Раждането и днес е „чудо“, предизвикващо вълнение, интерес, възхищение и преклонение. От дълбока древност до това тайнство са се докосвали само избрани. Това ни принуждава да погледнем на началото на акушерското образование с още по-голям интерес.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Историята на акушерството е силно свързана с историята на цивилизацията. В днешно време се смята за професия, връстница на медицината – достойна, полезна и отговорна. В древността се е извършвала от жени с акушерска практика - самоуки акушерки. Тяхната дейност е била насочена единствено към акта на раждане, като е липсвал какъвто и да било медицински контрол [2]. Лекарите са били само теоретици [3].

Първата докторска дисертация в областта на акушерството в България е защитена блестящо от д-р Петър Берон (1800-1871 година). Той се издига при много трудни условия от неграмотно ратайче до върховете на европейската наука, като става широко известен учен-енциклопедист. Дисертацията му е отпечатана на латински език с няколко чертежа и две таблици с измерения върху главата на новородено дете.

У нас до Освобождението не съществува научна родилна и гинекологична дейност. Тя векове наред се извършва от така наречените „баби“, които владеели различни практически умения за оказване на акушерска помощ. В медицинско списание от 1894 година се намира статия, която описва критичното отношение на лекарското съсловие към бабите. В нея се прави опит да се аргументира нуждата от образование – „злото ще се премахне само с просвещение“ [5, стр 50]. Познанията за раждането, за корекции с външни прийоми на неправилно положение на плода, за обезболяване и успокояване на родилния процес, са се предавали от майка на дъщеря или от учителка на ученичка [2].

Развитието на акушерството и гинекологията в България започва в периода на Възраждането. Тогава все още не е позволено на мъже да гледат женски полови органи, като половите органи на жените са покривани с чаршаф и палпирани от лекаря при нужда.

Първата дипломирана акушерка е Райна Попгеоргиева Футекова, позната на българския народ като Райна Княгиня. През 1876 година тя заминава за Русия, където учи в Държавния Медицински Институт в град Москва. През 1879 година се завръща в България. След загубата на съпруга си, работи като акушерка в София. Определена е за акушерка на дипломатическия корпус [1, с. 194].

Приносът на Райна Княгиня е описан от М. Апостолов и П. Атанасова през 1998 година [1]:

- Обслужва като акушерка най-бедните квартали и води борба с родилните обичаи, които са смятани за вредни за родилката и новороденото;
- Организира „Школи за здравно възпитание” в софийските квартали;
- Работи като акушерка и едновременно с това води курсове за млади акушерки след откриване на Майчин дом (1903 година);
- Полага основите на първата акушерска организация в България.

Като втора дипломирана и практикуваща българска акушерка се смята Христина Хранова (1851-1921), родена в село Клисурса, Самоковско. След Освобождението тя е изпратена да следва в Акушерския институт при Императорския университет „Свети Владимир” в Киев, където завършва през 1881 година с отличие и се завръща в България да работи в Силистра, Лом, София и Варна [3].

През 1901 година е създадено по професионална линия Дружество „Акушерка” с подчертани прогресивни тенденции [8].

В началото на XX век (1903 година) в България са работили 131 дипломирани акушерки, като 77 от тях са завършили в чужбина.

В този период акушерската помощ се извършва основно по домовете, като голяма част от бременните и раждащите жени продължават да търсят помощта на т. нар. баби [3].

Първата стационарна акушеро-гинекологична помощ в България е открита към Александровска болница в София. През 1893 година там се разкрива акушеро-гинекологично отделение с 25 легла с началник доктор Никола Утенберг. Въпреки скромното оборудване заедно със създаденото от доктор Димитър Стаматов (1871-1943) акушерско училище, отделението има важна роля за развитието на акушерската помощ в България [3, 9]. Училището отваря врати през 1896 година с 15 курсистки, като през 1897 година акушеро-гинекологичното отделение в Александровска болница става негова база. В последствие училището е закрито.

Доктор Методи Славчев е значимо име за акушерството и акушерското образование. Управител е на болница „Майчин дом”, която се смята за първата самостоятелна акушеро-гинекологична болница в България. Същата е разкрита от доктор Димитър Стаматов през 1903 година [3, 9], който в последствие заслужено става професор. Името на проф. Стаматов се свързва тясно със строгата асептика и антисептика, с установен клиничен ред при опазване принципите на разумен консерватизъм в поведението. Изработеният от него Правилник за вътрешния ред представлява доразвиване на установените от д-р Славчев норми и стои в основата на дейността на Майчин дом повече от 50 години. Директори на Майчин дом след проф. Стаматов са проф. Иван Иванов (1894-1952) и проф. Г. Бояджиев.

През 1909 година управлението поема д-р Славчев. Влиянието на Майчин дом се засилва, когато е открит Медицински факултет към Софийски университет.

Под ръководството на доктор Славчев със специален правилник, публикуван в Държавен вестник през 1909 година, се открива ново акушерско училище. Първоначално образованието е едногодишно. От 1920 година то става двугодишно, като се въвежда и образователен ценз на кандидатките. Изисква се завършено гимназиално образование [3, 9]. През 1910 година поради оплаквания от управителя - лекар на Майчин дом и акушерки се предлага въвеждане на **3-4 месечно стажуване към акушерското отделение на Майчин дом** и полагане на колоквиум от акушерките, завършили образованието си извън страната. По това време обучението на акушерки в Прага, Загреб е било в рамките на 4 до 6 месеца, значително по-малко от това в България [7].

В този период за база по Акушерство и Гинекология към университета е определен Майчин дом. Директор на катедрата по Акушерство и Гинекология е руският учен и член на руската академия на науките проф. Георгий Ермолаевич Рейн (1854-1942), който е дългогодишен директор на Киевската клиника по

акушерство и гинекология и успешно пренася руския опит в България. Проф. Рейн ръководи клиниката от 1920 година до 1926 година.

През 1922 година се откриват акушерски курсове към всички първостепенни болници в страната, като с това се прави опит повече жени да получат специализирана акушеро-гинекологична помощ [6].

За бременната жена вече е модерно да ражда в болница, като първоначално на тази привилегия се радвали по-заможните жени в градовете. Средната и висшата класа поставят началото на медицината в родилния процес и дават тласък на това начало. За съжаление не стоят така нещата в селата. Дълго време раждането по домовете за селата е стандартна практика.

За нивото на акушеро-гинекологичната помощ през 19 и началото на 20 век в България се намират данни в научни периодични медицински издания – Списание 68, летопис на лекарския съюз в България, том 35 [6]. Сериозен материал, свидетелстващ за полагане основите на научното Акушерство и Гинекология в Европа и България, се установява в речта на д-р Методи Славчев пред медицинската общност в София на 21.12.1941 година. За целите на настоящото изследване речта е с богато информационно съдържание, поради което се преразказва съществена част от нея. В речта на д-р Славчев се говори за развитието на акушерството в България от края на XIX век до 1940 година на XX век. Той е жив свидетел на развитието на тази наука и на прогреса ѝ. Цитират се, както успехите, така и трудностите, през които са преминавали пионерите на акушерската професия в България. Той следва медицина в Московския университет от 1886 до 1891 година, през което време все още в Русия не се говори за гинекология и няма специализирани стационари за гинекологично болни. Началото на научното акушерство в Москва е поставено от завърналия се от чужбина д-р Снегирев, който в своята вътрешна клиника обособява 2 стаи с по 4 легла за гинекологично болни. Едва в последната година от следването на д-р Славчев е създадена катедра по акушерство и се открива нова клиника. През 1893 година д-р Славчев специализира в Париж и установява, че в цяла Франция гинекологията е застъпена в хирургични клиники, но само в Париж не много преди неговото пристигане там, е създадена специална катедра по гинекология и е открита гинекологична клиника под ръководството на prof. Pozii. Във времето на произнасяне на речта на д-р Славчев (1941 година) той вече отчита, че през 90-те години на XIX век във Франция са извършвани ненужни операции, свързвани с отстраняване на яйчниците „много млади жени са кастрирани без строго научни индикации“ [4]. Той отчита, че по това време във Франция благодарение на усъвършенстването на начина на стерилизация на инструментите и превързочния материал, операцията цезарово сечение трайно се налага в много случаи при патологични раждания. След завръщането си от специализация д-р Славчев е назначен като ординатор в хирургичното отделение на Варненската държавна болница. Тогава той „заварва“ единственото стерилизационно отделение със „самовар“, който по време на операция се внася в „операционната стая“ и с кипяща карболова киселина се запарват инструментите. За гинекологично лекувани по това време в болницата изобщо не се говори. Акушерската практика по отношение на патологични раждания е слабо застъпена: „форцепс, краниотомия и верзю“ са единствените прийоми, а разкъсванията на перинеума не се зашиват. В града има единствен лекар-акушер, който преди раждането си е миел ръцете със сапун и вода в леген. Единствената акушерка в напреднала възраст в града е завършила акушерско училище в Одеса и според д-р Славчев нейните познания за асептика и антисептика са на нивото на „бабите“. По това време за улеснение на раждането перинеум и влагалище се мажат с дървено масло, за изгонване на плацентата се прилага „дърпане на пъпна връв“, дава се на „родилката празно стъкло да го надува“ или „се предизвиква повръщане с вкарване на косите до гърлото“. За самото раждане се избираше най-затънтената

„стаичка“, тъй като съществувало поверие, че раждането протича толкова по-леко, колкото повече се държи в тайна. Д-р Славчев свидетелства, че при такова невежо отношение към най-важния акт в живота на жената, случаите от инфекция са чести и смъртността между родилките - голяма. Много от усложненията в послеродовия период водят до „намалена работоспособност вследствие възпаление, спадания на матката и други повреди“. След среща с окръжния лекар е свикана друга такава на всички акуширащи баби в града и са проведени няколко беседи, за да бъдат убедени в ползата от чистотата на раждането, да им се посочи опасността от вътрешното изследване на родилката, както и да се приучат да мият ръцете си с четка, да ги дезинфекцират със спирт и да им се дадат подходящи съвет и препоръки. Д-р Славчев получава 2 стаи в хирургичното отделение във Варненската болница с по 5 легла за гинекологично болни. Така е поставено началото на бъдещото акушеро-гинекологично отделение във Варненската болница. Според него в същото състояние е нивото на акушерството и гинекологията и в другите градове на страната, с изключение на София. Първият гинеколог в България е госпожица д-р Уntenберг. Нуждата и развитието на медицинското образование налагат откриването на акушеро-гинекологични отделения при първостепенните болници в София, Пловдив, Варна, Русе, Стара Загора, Враца, Плевен, Видин и Хасково [4].

Надеждата на д-р Славчев и на неговия брой лекари акушер-гинеколози, че няма да мине много време и в страната ще се създаде мрежа от родилни домове, е оправдана и това с пълни темпове се извършва през петото десетилетие на XX век. На практика те избавят „нашата селянка“ от ужасните условия, при които до тогава тя е принудена да ражда.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Началото на научното акушерство в България е поставено сравнително късно на фона на бурно развиващата се медицина в Европа. Акушерската наука прониква в страната ни в резултат дейността на лекари, обучавали се в чужбина. Не лек път са извървели акушерките от началото на миналия век до неговото четвърто десетилетие. Тогава в страната се създава първото Министерство на Народното здраве, осъществява се централизиране на здравеопазната дейност и започва бързо развитие на акушерското образование. Развитието на акушерската наука налага непрекъснато обучение на акушерките, за да са в състояние да откликнат на нарастващите изисквания на жените, нуждаещи се от акушерски грижи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Апостолов, М., История на медицината и социалното дело, со Jusautor , София, 1994, стр. 191
2. Апостолов, М., П. Иванова, Христоматия по история на медицината, со Jusautor, София, 1995, стр. 251
3. Желева, Е., Сестрински и акушерски грижи, философски аспекти, ЕКС-ПРЕС, Габрово, 2013, стр. 299
4. Славчев, М., Развитие на акушерството в България през последните 50 години, Централна медицинска библиотека, // Летописи на българския лекарски съюз, Юбилейна реч на д-р Методи Славчев пред медицинската общност, януари и февруари, година XXXV, книга 1 и 2, София, 1942, стр. 8-15
5. Централна медицинска библиотека, // Медицина, месечно научно медицинско списание, год.1, книжка III, февруари – март, Заседание на Ловчанска медицинска коллегия, Ловеч, 1894, стр. 48-58

6. Централна медицинска библиотека, // 102, МС и АК, година VI, януари-февруари, брой 1, Министерство на народното здраве, Денят на акушерката, Здравиздат, София, 1950, стр. 91
7. Централна медицинска библиотека, Известия на Дирекцията за опазване общественото здраве, Ежемесечен бюлетин, Официално издание, том 9, книжка 1-11, Придворна печатница, София, 1911, стр 604
8. Хаджиев, Ал., Карагъзов, И., Акушерство, Медицина и физкултура, София, 2005, стр. 426
9. <http://www.nursing-bg.com/pa.html>, Стоянова, М, МБАЛ „Токуда-София”, стр. 1-4

За контакти:

Йоана Луканова – асистент, катедра Здравни грижи, факултет – Обществено здраве и здравни грижи – РУ „Ангел Кънчев”
е-mail: ylukanova@uni-ruse.bg
Доц. д-р И. Сербезова – vania_serbezova@abv.bg

Специални акушерски грижи при жени с възпалителни заболявания на влагалището и на маточната шийка

автори: Любена Димитрова и Сияна Чорбаджиева
научен ръководител: Доц.д-р Иваницка Сербезова

Inflammatory diseases of the vagina and the cervix manifest with certain symptoms. The basis which should attract our attention lies on the general and local status, medical history, instrumental and laboratory tests and ultrasonography. It is necessary to be diagnosed correctly and appropriate treatment to be taken for fast and efficient recovery of the patient.

Key words: diseases, vagina, cervix, symptoms, treatment, attention

ВЪВЕДЕНИЕ

Възпалителните заболявания на женските гениталии, представляват 50-60% от всички заболявания на женските полови органи. Тяхното значение се определя от различните функционални и органични последствия, които могат да доведат до поражение на детеродните органи на жената [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

В организма на жената при нормални условия, са на лице различни защитни механизми срещу възпалителни заболявания. Най-общо те могат да бъдат разглеждани като: соматични и биологични.

Анатомични механизми на защита: Долните отдели на гениталиите намаляват достъпа на екзогенни причинители на инфекции, чрез затваряне на входа на влагалището от големи и малки срамни лабии, минимизиране формата на влагалището „цепка“ под формата на буква „Н“ и чрез формата на цервикалния канал, имащ две физиологични стеснения.

Биологични процеси на самоочистване: Те са свързани с промяната рН на средата, която се редува от алкална (*vintroutusvaginae*), през кисела (във влагалището) и отново алкална в цервикалния канал, в следствие секрецията на жлезите [1].

Възпалителните заболявания на женските гениталии се причиняват от много етиологични агенти: коки, трихомонасгениталис, гъбичкови инфекции, хламидийни инфекции, трипер, сифилис, туберкулоза и вирусни причинители.

Някои възпалителни заболявания, водят до усложнения: запушване на тръби, стерилитет, извън маточна бременност, а HPV водят до рак на маточната шийка. Абортите и тяхната голяма честота, водят до тежки последствия в женския организъм и много често до безплодие и повтарящи се спонтанни аборти.[3]

Локалната симптоматика се свързва с петте основни признака на местния възпалителен процес: оток, зачервяване, повишена локална температура, болка и нарушена функция [1]. Освен данните от анамнезата, общия и гинекологичния преглед в практиката се използват различни лабораторни, инструментални и апаратни методи за диагностика. Тези методи дават точна и ясна картина на протичащия възпалителен процес. Лечението на възпалителните заболявания на женските полови органи изисква комплексен подход, който включва използване на етиологични, патогенетични, симптоматични лечебни средства или хирургични методи адекватни акушерски грижи [1].

Възпалителни процеси на влагалището – колпити

Трихомонален – предава се основно по полов път и се причинява от паразита *Trichomonasvaginalis*. До 25% от жените носителки са безсимптомни.

Кандидомикотичен – причинява се от дрождоподобни гъби от род *Candida*. Предразполагащи фактори могат да бъдат: бременност, диабет,антибиотично

лечение, кортикостероидно лечение, употреба на контрацептиви, придружаващи инфекции и др.

Бактериален – причинява се от микроорганизъм *Gardnerellavaginalis*, който нормално се среща в респираторния тракт и влагалищната флора.

Сенилен – причинява се от неспецифична флора. Среща се при отсъствие на естрогенно въздействие върху влагалищната мукоза, което предизвиква нейната атрофия и обединение на гликоген с изчезване на нормалната влагалищна флора [2].

Вирусен –HPV е ДНК – вирус, който атакува епителните клетки на кожата и лигавицата на човешкото тяло, водят до рак на маточната шийка, вулвата, влагалището и ануса [4].

В таблица 1 са изведени акушерските грижи за различните видове колпити.

Таблица 1
Полагане на акушерски грижи за различните видове колпити

Вид на възпалението	Клинична симптоматика	Лечение	Специални акушерски грижи
Трихомонален колпит	Течение-обилно, пенесто, жълтозелено, гноевидно с неприятна миризма; дизурия; тазов дискомфорт	Метронидазолови препарати Flagyl, Trichomonacid Системно лечение	Информирано съгласие; Психопрофилактична подготовка; Обясняване на пациентката за предстоящите и манипулации; Поставяне на пациентката в съответното положение за гинекологичен преглед; Подготовка на необходимите пособия (стерилни инструменти, ръкавици и др.) необходими за спазване на правилата за асептика и антисептика; Разяснение за правилното прилагане на лекарствените медикаменти; Хигиенен режим на гениталиите; Спазване приложението на изписаните медикаменти; Влагалищни промивки.
Кандидомикотичен колпит	Умерен до силен генитален сърбеж; специфична флуора; дизурия; оточилаби; повишена генитална секреция; болезнено въвеждане на спекулум; зачервяване.	Антимикотици; Nystatin; Miconazole; Clotrimazole-кремове, песари, лосиони.	Информирано съгласие; Поставяне в съответното положение за гинекологичен преглед; Подготовка на пособия (стерилни ръкавици, инструменти и др.); Психологическа подготовка на пациентката; Препоръки за добра лична и полова хигиена; Стриктно и правилно приложение на съответните медикаменти; Влагалищни промивки.

Бактериален колпит	Слаба до умерена вагинална флуора; миризма (развалена риба); зачервявания; дизурия; сърбеж; сивкаво вагинално съдържимо (при преглед).	Метронидазолови препарати Flagyl, Trichomonacid Системно лечение	Информирано съгласие; Подготовка на пациентката за гинекологичен преглед; Подготовка на стерилни инструменти и ръкавици; Препоръки за спазване на добра лична и полова хигиена; Уточняване на правилно и стриктно използване на изписаните лекарствени средства.
Сенилен колпит	Обилно гноевидно влагалищно течение; петнисто зачервени влагалищни стени.	Локално Marbadal – Cyrene; Ostriol (Ovestin).	Информирано съгласие; Обясняване на пациентката за предстоящите и манипулации; Подготовка за гинекологичен преглед и колпоскопско изследване; Стерилни инструменти и ръкавици и материали, необходими за спазването на асептика и антисептика; Хигиенен режим; Правилно приложение на медикаментозната терапия; Естроген съдържащи кремове и унгвенти.
Вирусен колпит	Обриви- малки с телесен цвят, леко надигнати до червени; Може да има леко кървене; парене; сърбеж.	Имуномодулиращи и противовъзпалителни средства - Aciclovir	Подготовка за гинекологичен преглед, както и всичко необходимо за лабораторните изследвания; Изпращане на материалите до съответната лаборатория; Хигиенен режим; Спазване на медикаментозната терапия.

Възпалителни процеси на маточната шийка – цервицити.

Маточната шийка е изградена от екзоцервикс и ендоцервикс. Ендоцервиксът или вътрешността на канала е „постлан“ с епител, различен от този на екзоцервикса.

Границата между двата вида епител се нарича зона на трансформация и именно тази област е „обект“ на предракови и ракови изменения [5].

Най-честите инфекциозни причинители на цервицита са: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, HSV, HPV и др. Локалните усложнения са свързани с разпространението на заболяването и появата на симптомите на вулвит, бартолинит, вагинит, ендометрит, салпингит или тазова възпалителна болест [1].

Колпоскопия – колпоскопското изследване е ендоскопски метод за оглед на епитела на органите на долния генитален тракт – маточна шийка, влагалище, вулва, перинеум, анус.

Цитодиагностика – тя подпомага работата на гинеколога в две направления: за хормонална диагноза и за откриване на туморни клетки [1].

Представители на цервицита са: Гонорея (*Neisseria gonorrhoe*), Хламидия (*Chlamydia trachomatis*), HPV, Herpes genitalis. Прилагат се разнообразни локални медикаменти или хирургични методи. Медикаментозното включва антисептици, имуномодулатори, антихистамини и др [1].

В таблица 2 са изведени акушерски грижи за съответните видове цервиц

Таблица 2

Полагане на акушерски грижи за различните видове цервицити

Вид	Характеристика	Клинична симптоматика	Специални акушерски грижи
Екзоцервицит	Възпалението на екзоцервикса, съпътстващо с участието на кандидомикотичен, трихомонален, бактериален или вирусен колпит.	Както при съответния колпит.	Подготовка за гинекологичен преглед; Осигуряване на стерилни материали и инструменти; Психическа подготовка на пациентката;
Ендоцервицит	Възпалението на ендоцервикалната лигавица най-често се причинява от гонококи, хламидии, стрептококи, чревни анаероби.	Цервикалната слуз е обилна и примесена с гноевидни нишки или даже е чисто гнойна.	Подготовка за преглед; Осигуряване на стерилни материали и инструменти; Препоръки за хигиенния режим; Указания за правилното приложение на лечението; Следене на процеса на възстановяване на пациентката.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Възпалителните заболявания на женските полови органи са предпоставка за сериозни нарушения в организма на жената, съпроводени с неприятни чувства и дискомфорт. Те могат да бъдат сериозна причина за спонтанни аборти, както и за някои болести свързани с по-нататъшното репродуктивно развитие. Необходими са адекватни действия и акушерски грижи, които могат да бъдат ефективно приложени от специализиран екип лекар акушер – гинеколог и акушерка.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Димитров, А., В. Златков. Гинекология, МИ „APCO“, София 2013 г. стр. 46-57, 93-108;
 [2] <http://www.loramed.com;>
 [3] <http://www.medinfo-bg.com;>
 [4] <http://bg.wikipedia.org;>
 [5] <http://www.zdravenchas.org>.

За контакти:

Любена Аврамова Димитрова, II курс „Акушерка“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, 0897833204, www.benity_00@abv.bg

Сияна Валентинова Чорбаджиева, II курс „Акушерка“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, 0896132757, www.signa4@abv.bg

Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев“ –гр. Русе, www.iserbezova@uni-ruse.bg

Хипертонията по време на бременност - нуждата от информираност в условията на съвременния начин на живот

автор: Теодора Емилянова Димитрова
научен ръководител: ас. Кина Велчева

High Blood Pressure (HBP) in Pregnancy: Blood pressure of the pregnant women is considered high when the reading are greater than 140mmHg systolic or 90mmHg diastolic. Hypertension could be dangerous for pregnant women and the fetus. Women with pre-existing, or chronic, HBP are more likely to have certain complications during the those with normal blood pressure. Other women develop hypertension while they are pregnant (gestational hypertension). The effects of high blood pressure range from mild to severe. High blood pressure can harm the mother's kidneys and other organs, and it can cause low birth weight and early delivery. [6]

Key words: High Blood Pressure, Pregnancy, Complications;

ВЪВЕДЕНИЕ:

Артериалната хипертония (Morbus hypertonicus) е кардиоваскуларен синдром, който се характеризира с трайно повишаване стойностите на артериалното налягане, т.е. >139mmHg за систолично и >89mmHg за диастолично. Това заболяване може да бъде съпроводено с множество функционални и структурни промени в прицелните системи и органи. Например: инфаркт на миокарда, инсулт, сърдечна недостатъчност, хронично бъбречно заболяване и т.н..[1]

Хипертонията бива:

- Първична (есенциална) хипертония- това е най-често срещаната хипертония сред съвременното общество (90-96%). За нея е характерно, че артериалното налягане се покачва вследствие напредването на възрастта, генетичната предразположеност или фактори на средата (начин на живот, затлъстяване, тютюнопушене, употреба на алкохол или наркотици и други);
- Вторична (симптоматична) хипертония- 5-10% от случаите на хипертония. За нея е характерно, че е вследствие от начално увреждане на болестен процес на органи и системи участващи в регулирането на АН, в резултат на което настъпва вторична промяна в АН, като артериалната хипертония е част от симптомите на съответното заболяване или синдром.[2]

ИЗЛОЖЕНИЕ

1.Хипертония при бременни:

Хипертонията е най-честото съпътстващо заболяване по време на бременността, което се среща при около 10% от бременните.[3] Хипертонията при бременните се разделя главно на - хронична хипертония (съществуваща) и индуцирана от бременността хипертония (гестационна).

За разлика от стандартната класификация на стадии , при бременните, хипертонията се определя като лека (140-150/90-109 mmHg) и тежка (>160/110 mmHg).[3] Леките и умерените форми на хипертония обикновено не водят до дългосрочни усложнения, затова терапията на хипертонията е фокусирана основно върху тежките ѝ форми. Основната цел на лечението е да се профилактира тежката хипертония, сърдечно-съдовите усложнения, да се увеличи гестационната възраст на плода и да се намали периодът на експозиция на антихипертензивни медикаменти[3] (Това са лекарствени средства, понижаващи артериалното налягане , посредством понижаване тонуса на симпатикoadреналната нервна система).

2.Динамика на АН по време на бремнност:

Нормално, от първата седмица на бременността до края на първите три месеца, се наблюдава постоянно спадане на стойностите на АН, поради намаления съдов

тонус. САН спада с 10-15 mmHg, докато диастоличното – с 5-15mmHg. В края на първите три месеца от бременността кръвното налягане достига своя минимум и остава такова почти до края на шестия месец. АН не се променя, т.е. става стабилно. От края на шестия до края на деветия месец АН постоянно расте и към термина достига нормалните си стойности от преди бременността. При някои жени АН след раждането си остава с 10-15 mmHg по-високо. Тази динамика на артериалното налягане е характерно не само за здравите жени, а също така и за страдащите от различна форма и стадий артериална хипертония.

3. Видове хипертония свързани с бременността:

➤ Хронична хипертония

- Стойностите на АН са $>140/90$ mmHg след третия месец след раждането;
- Установена е преди забременяването или преди 20 г.с.;
- Среща се при около 3% от жените;
- Най-често се развива при жени в по-напреднала възраст или със затлъстяване;
- Обикновено е излишно медикаментозното лечение, въпреки че има риск от суперпонирана пре-екламписия;
- Бива: есенциална хипертония при липса на друга етиологична причина или вторична хипертония, при наличие на съпътстващо заболяване;

➤ Гестационна хипертония

- Стойностите на АН са $>140/90$ mmHg;
- Диагностицирана е за първи път след 20 г. с. при отсъствие на протеинурия (наличие на >300 mg белтък в урината за 24 часа);
- При около 6% от жените, обикновено не е свързана с усложнения в по-късните етапи от бременността и отзвучава след около 3 месеца след раждането;
- При 15-45% от жените с гестационна хипертония има риск от развитие на пре-екламписия още през първата седмица след раждането; Най-често пре-екламписията при тези жени се наблюдава при ранно повишение на АН, предходен спонтанен аборт, хипертония при предходна бременност;
- Друг процент от жените могат да останат с повишени стойности на АН и след раждането, вследствие от хронична хипертония, която не се е проявила в ранните етапи на бременността;
- Антихипертензивната терапия има за цел да намали риска от тежка хипертония;

4. Усложнения при бременните вследствие от артериалната хипертония: - Най-често срещаните компликации по време на бременност са:

- Пре-екламписия – синдром, който се установява с новопоявила се хипертония ($>140/90$ mmHg) след 20 г. с., която е свързана с протеинурия. Заболяването се среща при около 2-8% от бременните и най-вероятно се дължи на нарушения в кръвоносните съдове в плацентата, което води до намален кръвоток и освобождаване на фактори, които предизвикват промени в ендотела в различни органи.[3] Други съпровождащи компликации са: мозъчна симптоматика (главоболие, оток, гърчове) и чернодробна дисфункция (хемолиза, повишени чернодробни ензими и тромбоцитопения – HELLP синдром). Пре-екламписията е причина приблизително за 16% от смъртните случаи на майки по време на бременност по света. Пре-екламписията също така удвоява риска от смърт и на плода. При пре-екламписията обикновено няма симптоми и състоянието се открива при рутинен преглед. При поява на симптоми те най-често са главоболие, зрително смущение (често

„проблясващи светлини“, повръщане, епигастриална болка и едем (отичане). Лечението е в зависимост от етапа на пре-екламписията.[5]

Първична превенция:

- промяна в начина на живот като се балансира между почивка и физическа активност;
- диета – повишен енергиен прием, протеинови добавки, ограничаване на приема на сол, хранителна добавка с намалено съдържание на калций (намалява риска от пре-екламписия, тежка гестационна хипертония, екламписия и преждевременно раждане преди 32г.с.);
- прием на антиоксиданти – Vit. С и Е (намалява риска от пре-екламписия, но увеличава риска от преждевременно раждане);
- медикаментозно лечение – ниски дози Aspirin (намалява относителният риск за пре-екламписия, мъртво раждане и неонатална смърт) и Nerafin (при бременни с бъбречни заболявания);

Вторична превенция на пре-екламписията:

- Антихипертензивни медикаменти – прилагат се при лека и умерена хипертония по време на бременността;
- Хоспитализация на бременните – при тежка хипертония и пре-екламписия се прави избор на антихипертензивна терапия, при която оптималното време за раждане е 32-34г. с.. Антихипертензивните медикаменти са абсолютно показани при стойности на артериалното налягане $>170/110\text{mmHg}$ [4];

➤ Еклампсия – усложнение на пре-екламписията, поради силно повишаване на АН и телото на бременната. Други възможни причини могат да са: съдови заболявания, неврологични състояния, генетична предразположеност и особености в храненето. Компликациите при това заболяване са гърчове или конвулсии, мускулни болки, силна раздразнителност, загуба на съзнание, нарушение или загуба на зрението, подуване на мозъка, бъбречна недостатъчност, белодробен едем, дисеминирана вътресъдова коагулация (нарушение в съсирването на кръвта) и други. Рискът от екламписия е по-висок при бременни под 18 и над 35 годишна възраст, с първа бременност, диабет, бъбречни заболявания или хипертензия, множествена бременност[5].

Терапията на екламписията цели продължаването на бременността до 32-34 г. с., тъй като раждането в най-голяма степен тушира риска от пре-екламписия и екламписия. Лечението включва - антиконвулсативни медикаменти, контролиращи гърчовете; магнезиеви препарати успокояващи маточната лигавица и понижаващи кръвното налягане; антихипертензивни медикаменти;

За най-голяма сигурност от развитие на екламписия на бременните се препоръчват редовни посещения в ЖК и при откритие на пре-екламписия да се проведе лечение.

➤ Суперпонирана пре-екламписия – засяга около 25% от бременните с хронична хипертония. Терапията е същата както при пре-екламписията с тази разлика, че могат да се включат и комбинирана терапия за превенция на тежката хипертония[3].

Хипертонията в днешно време е едно от най-често срещаните заболявания, както при мъжете така и при жените, което води след себе си редица усложнения, както от една страна трайно повишаване стойностите на кръвното налягане, така и от друга страна нарушение на функциите на прицелните органи – сърце, мозък, бъбреци, периферните кръвоносни съдове, ретината и други.

АХ е ключ към отключването на много други заболявания у човека. За жалост тази болест е и често срещана и у бременните. На фона на бошуващите хормони в жената по време на бременността, хипертонията може да доведе до много тежки компликации а дори и до летален край. Именно затова е от изключително значение бременните да посещават ЖК и при наличие на хипертония, лекарят да назначи

лечение или консултация със специалист. Нелекуването на високото кръвно може да доведе до влошаване на хипертонията(хипертонични кризи, прееклампсия, еклампсия), таргетно органно увреждане (бъбречна недостатъчност, гърчове), рестрикция на плода, преждевременно раждане, спонтанен аборт, неонатална смърт и други.

5.Превенции на хипертонията:

- Редовни профилактични прегледи и консултации в ЖК;
- Създаване на спокойна домашна и работна обстановка;
- Активно движение;
- Здравословен начин на живот, включващ ограничаване на тютюнопушенето, алкохола, мазни храни и други;
- Избягване на високо стресови ситуации;
- Избягване на замърсени среди и други;
- Информираност и заинтересованост от страна на обществото, в това число и бременните, относно превенциите, проблемите и методите на лечение на хипертонията;

ПРОУЧВАНЕ

Проучване сред жените относно информираността им за хипертонията и хипертонията при бременност

В следствие на покачения брой пациенти с хипертонични заболявания и честа хоспитализация на бременни с диагноза Morbus hypertonicus направихме анкетно проучване относно познанията в областта. Там бяха включени следните въпроси:

1. Знаете ли какво е хипертонията?
2. Запознати ли сте с рисковите, до които води по време на бременност?
3. Запознати ли сте с методите за предпазване от евентуална хипертония?
4. Смятате ли, че е достатъчна информацията давана от медиите, личните лекари, интернет, училище или други източници на информация, на обществото относно хипертонията?

Проучването е проведено между жени на възраст от 16-40 години, с цел обхващането на по-голям диапазон от изследвани лица и добиването на по-ясна представа от степента на информираност на жените от съвременното общество.

РЕЗУЛТАТИ

- 65,2% от изследваните са запознати със значението на димата „хипертония“;
- 41,3% са запознати със рисковете, до които води хипертонията по време на бременност;
- 53,9% са запознати с методите за превенция на хипертонията;
- 55,5% смятат, че е достатъчна информацията давана от медиите и т.н.;

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В съвременните условия на живот човешкият организъм е подложен на различни фактори на средата. Често изменящият се и динамичен начин на живот изключва желанието за допълнителна информираност и разширяването на познанията ни относно теми свързани с хипертонията / видове, симптоматика, рискове по време на бременност, компликации и лабилни състояния при високо АН, начини за превенция/.

На базата на събраните данни от направеното от нас проучване сред група жени/включваща момичета в тийнейджърска възраст, жени, които са раждали и такива, на които тепърва им предстои бременност/,обобщаваме, че е налична

недостатъчна информираност по темата и нужда от мотивиране интереса на бъдещите майки към високото артериално налягане.

Необходимо е различните държавни институции, здравни организации свързани с хипертоничните заболявания и лекарски общности, да обединят усилията и дейността си за повишаване познанието на жените относно хипертонията. Жените трябва да се запознаят с евентуалните усложнения на високо артериално налягане по време на бременност, начините, по които бременната може да се предпази и да го предотврати, както и със симптоматиката, която ще и подсказва, че има проблем.

Чрез провеждане на семинари и различни анкети, трябва да се акцентира върху нуждата от навременно диагностициране на хипертоничната болест и ползата, за това на честите профилактични прегледи. Нужни са кампании и рекламни блокове да се стимулира вниманието и интереса на жените, бъдещи майки, да водят здравословен начин на живот и физическа активност.

Хипертонията може да бъде овладяна, ако накараме обществото да я разпознае като водещ риск при съвременните бременни и патологиите, които съпътстват бременността. Пример за добри практики са западните страни, в които хипертоничната болест беше една от най-честите причини за смъртност сред бременни, но днес този риск е овладян до голяма степен.

Хипертонията може да бъде победена, стига ние да го желаем и да обединим силите си за повишаване на информираността на съвременните жени, в условията на съвременния начин на живот.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Найденов, Ст. „д. м. Клиника по кардиология, КПВБ „Проф. Ст. Киркович“, МУ – гр. София „Хипертонична криза“ 2012г;
- [2] Найденов, Ст. – д.м. Клиника по кардиология, КПВБ „Проф. Ст. Киркович“, МУ- гр. София – „Есенциална хипертония“ – 2009г.
- [3] Траянов,Ив. - „Бременност и хипертония“ – Медицински Дайджест; 2001г.
- [4] Янкова, Д. – „Пре-еклампсия“ – Медицински Дайджест - 2006г.;
- [5] Инвестор-Пулс ООД–„Еклампсията е усложнение на пре-еклампсията“ 2013г;
- [6] National institutes of Health – “High Blood Pressure in Pregnancy”;
<http://www.medinfo-bg.com/admin/upload/167-1236587574-3e4474b657fbc718d075ecc33f263893.pdf>
<http://www.medinfo-bg.com/?page=statiq&id=676>
http://www.evropea.com/bremennost_hipertonia.html

За контакти:

Теодора Емилянова Димитрова РУ „Ангел Кънчев“; факултет „Обществено здраве и здравни грижи“; специалност – Акушерка; Телефон: 0879587766 E-mail: silistra_ss@mail.bg

**РУСЕНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
“АНГЕЛ КЪНЧЕВ”**



СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ СНС'15

П О К А Н А

**Русе, ул. "Студентска" 8
Русенски университет
"Ангел Кънчев"**

**Факултет „Обществено здраве и здравни грижи”
Секция “Здравни грижи”**

**СБОРНИК ДОКЛАДИ
на
СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ – СНС’14**

Под общата редакция на:
гл.ас Деспина Георгиева

Отговорен редактор:
проф. д-р Ангел Смикаров

Народност българска
Първо издание

Формат: А5
Коли: 13,125
Тираж: 20 бр.

ISSN 1311-3321

ИЗДАТЕЛСКИ ЦЕНТЪР
на Русенския университет “Ангел Кънчев”