

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’15

СБОРНИК ДОКЛАДОВ
СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ СЕСИИ – СНС’15

PROCEEDINGS
of
the SCIENTIFIC STUDENT SESSION – SSS’15

Русе
Ruse
2015

Сборникът включва докладите, изнесени на студентската научна сесия **СНС'15**, организирана и проведена във факултет „Обществено здраве и здравни грижи“, секция „Здравни грижи“ на Русенски 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 учебно-изследователска работа и да обменят опит.
- ◆ **ОРГАНИЗАЦИОНЕН КОМИТЕТ:**
 - **Съпредседатели:**

чл.-кор. проф. д-н Христо Белолев, DHC mult. –
РЕКТОР на Русенския университет
Елена Захариева
ПРЕДСЕДАТЕЛ на Студентския съвет
elena_zahariewa91@abv.bg; 082-888 390
 - **Научни секретари:**

проф. д-р Ангел Смрикаров –
Ръководител УНИКОМП
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. Дялко Минчев,
dminchev@uni-ruse.bg; 082 888 357
Елизар Станев, eastanev@uni-ruse.bg

- **Факултет „Юридически”**
доц. д-р Кремена Раянова
k_raynova@abv.bg; 0889 205921
Боян Войков; bvoikov@abv.bg

- **Факултет „Природни науки и образование”**
доц. д-р Емилия Великова
evelikova@uni-ruse.bg; 0885 635 874
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
Нурхан Хюдаим; n.hyudaim@gmail.com

- **Филиал - Силистра**
Гл.ас. Цветанка ПавловаCwetanka Pawlowa
knidor@abv.bg; 086 821 521
Мария Томова; tomova_maria@abv.bg

СЕКЦИЯ

Здравни грижи

Председател: доц. д-р Иваницка Сербезова, гл. ас. д-р Кристина Захаријева

Научен секретар: ас. Грета Колева

Технически секретар: ас. Ирина Христова, гл. ас. Кина Велчева

С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

1. **Развитието на професията медицинска сестра през погледа на студентка от първи курс** 11
автор: Карин Калинова
научен ръководител: ас. Грета Колева
2. **Роля на медицинската сестра при изграждане на позитивно отношение към кръводаряването** 15
автори: Камелия Андреева, Гергана Стоянова
научен ръководител: д-р Д. Георгиева
3. **Живот с диабет- предизвикателства, обучение и контрол** 20
автори: Иванина Минкова, Мира Бакалова
научен ръководител: Гл. ас. д-р Никола Събев, д.м.
4. **Клинична комуникация в сестринската практика** 25
автор: Биляна Великова
научен ръководител: гл.ас.д-р Д. Георгиева
5. **Изгаряния и спешна медицинска помощ** 30
автор: Татяна Балчева
научен ръководител: ас. Даниела Константинова
6. **Анкетно проучване сред студентите от Факултет обществено здраве и здравни грижи, катедра “Здравни грижи” при РУ „Ангел Кънчев” с оглед оптимизиране на преподаването по Анатомия** 35
автори: Веселка Михайлова, Бисерка Стилиянова-Тодорова
научни ръководители: гл. ас. д-р Д. Ставрев, ас. Ир. Христова
7. **Практически подход за оптимизиране участието на медицинската сестра в процеса на информирано съгласие на пациента чрез въвеждане на алгоритъм** 40
автор: Анна Георгиева
научен ръководител: доц. Мария Вълканова, д.п.
8. **Сестрински грижи за намаляване на сърдечно-съдовия риск при лечение на пациенти със захарен диабет тип 2** 45
автор: Диана Иванова
научен ръководител: Мариана Желязкова
9. **Поведение и сестринска грижа сред болни с хиповолемичен шок** 50
автор: Ралица Рангелова и Теодора Георгиева
научен ръководител: ас. А.Георгиева
10. **Нагласи на стажантите медицински сестри от Университети във Варна, Русе, Плевен и Бургас за работа в диализна структура** 53
автор: ас. Красимира Стамова
научен ръководител: проф. д-р Стоянка Попова, д.м.
11. **Сестрински грижи при болни с травми на нервната система** 57
автори: Фатме Дурлъова, Милена Вълчева
научен ръководител: ас. Анна Георгиева

12. Гръбначни изкривявания при деца в училищна възраст – превенция и профилактични мерки	61
автори: М. Бонева, С. Узун	
научен ръководител: ас. Марияна Димитрова	
13. Проучване на опита на медицински сестри от МБАЛ „Д-р Ив. Селимински” – Сливен за работа с пациенти с аутизъм	66
автори: Дияна Енчева, Диница Стоянова	
научни ръководители: доц. д-р Ив. Димитров, ас. П. Димитрова-Чиликова	
14. Сестрински грижи при исхемичен мозъчен инсулт	71
автори: Кристина Радушева, Петя Димитрова	
научен ръководител: ас. А.Георгиева	
15. Актуални средства и бъдещи перспективи във фармакотерапията на остеопорозата	77
автор: Любен Григоров	
научен ръководител: доц. Светлана Георгиева, д.ф.	
16. Роля на медицинската сестра при профилактиката и лечението на декубитус	82
автор: Биляна Великова	
научен ръководител: ас. Грета Колева	
17. Роля на медицинската сестра при общуването с пациента – модифициран модел на Виржиния Хендерсон	87
автор: Симона Светлинова	
научен ръководител: гл. ас. д-р Никола Събев	
18. Роля на медицинската сестра при преодоляване на предизвикателствата пред стомирания пациент	92
автори: Гергана Стоянова, Камелия Андреева	
научен ръководител: ас. Пенка Василева	
19. Захарен диабет – същност и лечение. Обучение на пациенти за използване на инсулинова писалка и глюкомер	97
автор: Татьяна Балчева	
научен ръководител: гл. ас. д-р Д. Георгиева	
20. Специални сестрински грижи при удавяне	101
автори: Камелия Андреева, Гергана Стоянова	
научен ръководител: гл. ас. д-р Теодора Недева д.м.	
21. Задължения и отговорности на медицинската сестра в предоперативния период	106
автор: Татьяна Балчева	
научен ръководител: д-р Десипина Георгиева	
22. Какво е да живееш с множествена склероза	109
автори: Камелия Андреева, Гергана Стоянова	
научен ръководител: ас Грета Колева	
23. Ранна диагностика и превенция на съречно-съдовите заболявания	114
автор: Кенан Юмеров	
научен ръководител: ас. Грета Колева	
24. Първа помощ при ПТП – бърза, адекватна и животоспасяваща реакция	118
автори: Гергана Стоянова, Камелия Андреева	
научен ръководител: гл. ас. д-р Теодора Недева д.м.	
25. План за сестрински грижи в дома на пациент с артериална хипертония	123
автори: Татьяна Балчева, Грета Колева	
научен ръководител: гл. ас. Д-р Деспина Георгиева	

26. Проучване мнението на медицински специалисти от психиатрични лечебни заведения за прилагане на съвременни здравни грижи.....	128
автор: Даниела Константинова	
научен ръководител: доц. д-р Николина Ангелова	
27. Оценка на артериалното кръвоснабдяване на дланта чрез тест на Allen.....	132
автор: Иринка Христова	
научен ръководител: гл. ас. д-р Деспина Георгиева	
28. Антибиотична резистентност – проблемът на новото време	135
автор: Сибел Ляtif	
научен ръководител: гл. ас. д-р Кристина Захаријева	
29. Епилепсия - продормални симптоми и поведение при гърч	140
автори: Галина Михайлова, Десислава Замбева	
научен ръководител: гл. ас. д-р Кристина Захаријева	
30. Рискови категории новородени деца и акушерски грижи.....	145
автор: Елиф Хасанова	
научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
31. План за акушерски грижи при родилки със Sectio Caesarea	149
автор: Десислава Лесичкова	
научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
32. Методът ТЕНС – За по-комфортно раждане	153
автор: Теодора Димитрова	
научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
33. Актуални проблеми на имунопрофилактиката. За и против имунизациите	159
автор: Атидже Дурхан	
научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
34. Аспирация на чуждо тяло – задачи на акушерката	164
автор: Айгюл Раим	
научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
35. Сестрински и акушерски грижи за пациент с болка	168
автор: Надежда Литова	
научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
36. Хернии и бременност	173
автор: Никол Донева	
научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
37. Грижи за новородени с дихателна недостатъчност-предизвикателство пред акушерката.....	177
автор: Хюлия Мухсин	
научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
38. Акушерски грижи при бременни с повръщане	182
автор: Гюлейман Георгиева	
научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
39. Нозокомиални инфекции в Неонатологични звена. Роля на акушерката за предотвратяването им.....	185
Деница Димитрова	
Научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
40. Спорт по време на бременност.....	188
автор: Виктория Статева	
научен ръководител: ас. Йоана Луканова	
41. Затлъстяване и бременност	191
автор: Анна Митева	
научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	

42. Промяна на хранителния режим на детето – захранване в периода до първата година	196
автор: Боряна Георгиева Научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
43. Новороденото дете – основни особености и групи, според теглото при раждане	199
автор: Камелия Василева научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
44. Неонатален инкубатор и работа с него при рискови новородени деца	204
автор: Аксел Сами научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
45. Хранене на новороденото дете – какво още трябва да знаят акушерките	207
автор: Лейля Лютфиева научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
46. Перинатални инфекции – какви въпроси и отговорности поставят пред акушерките	212
автор: Любена Димитрова научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
47. Морбили. Какво трябва да знаем за дребната шарка	217
автор: Никол Донева научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
48. Периоди, свързани с развитие на детето – оценка на педиатричната акушерка	221
автор: Невшен Низами научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
49. Новости в неонаталната ресусцитация	225
автор: Радостина Мариянова научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
50. Неонатална жълтеница - активно участие на акушерката в лечението и грижите	229
автор: Невяна Недева научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
51. Новородени деца с хипербилирубинемия – съвременен лечение и грижи	233
автор: Силвена Дънева научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
52. Сестрински грижи при дете с кърлеж	236
автор: Никол Донева научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
53. Грижи при деца със стомашно-чревни заболявания	239
автор: Никол Донева научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
54. APGAR SCORE - какво ни е известно и каково още трябва да научим	242
автор: Сияна Чорбаджиева научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
55. Съвременни грижи за новородени деца в Родилна зала	246
автор: Никол Донева научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	

56. Потребности на студентите от специалност Акушерка от въвеждане на нови образователни ресурси в обучението по инжекционна техника	250
автор: Фатме Нуриева научни ръководители: доц. Ив. Сербезова, гл. ас. К. Велчева, ас. Йо. Луканова	
57. План за акушерски грижи при бременни с хипертензивни заболявания	255
автор: Веселка Михайлова научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
58. Грижи за новородени с дихателна недостатъчност- предизвикателство пред акушерката	259
автор: Хюлия Мухсин научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	
59. Нормално (физиологично) раждане. Предимства пред оперативното родоразрешение	264
автор: Христинка Христова научен ръководител: гл.ас. Кина Велчева	
60. Потребности на студентите от специалност Акушерка от въвеждане на нови образователни ресурси в обучението по инжекционна техника	269
автор: Фатме Нуриева научни ръководители: доц. Ив. Сербезова, ас. Йо. Луканова, гл. ас. К. Велчева	
61. Естествено хранене (кърмене) на новороденото дете – мястото на бъдещата акушерка	274
автор: Вероника Ангелова научен ръководител: гл. ас. Кина Велчева	
62. Проучване сред работещи акушерки относно пренаталното обучение на бременните жени у нас	279
автори: ас. Тодорка Боева, преп. Ваня Лаловска	
63. Оптимизиране работата на неонатологичната акушерка в зала за първична реанимация на новороденото	282
автор: Неше Мехмед научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова	

Развитието на професията медицинска сестра през погледа на студентка от първи курс

автор: Карин Калинова
научен ръководител: ас. Грета Колева

The development of the nursing profession through the eyes of a student of first year: Everyone regardless of their nationality, race and religion needs a healthy mind and a healthy body to enjoy a full life. And that life itself would not last for long if you do not care for it. Here it comes to health, prevention and timely treatment of any deviation from the norm. Judging by this need to have people skilled and trained in this field. Absence could lead to major problems, but not exactly these problems are the subject of this study, but rather the reasons for the lack of specialists.

Keywords: profession nurse, health care, professional development, remuneration, motivation, salary

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравето е един от най-важните фактори в живота. Както би следвало - живот не би съществувал дълго, ако не се грижим за здравето си. Информация за това, как трябва да се грижим за себе си и за здравето си имат за задача да ни дадат съответните специалисти.

Превенцията и профилактиката са основните дейности предотвратяващи болести и всякакъв вид нарушения на баланса в самите нас и този между нас и заобикалящата ни среда. В този ред на мисли всеки себеуважаващ се човек, който иска да е осведомен как да се грижи за себе си и околните трябва да има къде да попита, къде да намери отговор по засягащите го въпроси и притеснения. Тук идва ролята на лекарите и на медицинските специалисти, които освен да лекуват имат задачата да провеждат различни обучителни курсове, профилактика и превенция на заболяванията. Информационните кампании и дните за безплатно провеждащи се изследвания също са важна част от живота ни.

Във връзка с това възникват въпроси относно хората, които са ангажирани с тези задачи - Кои са тези хора? Какви са те? Можем ли да им имаме доверие? Какво изискват от нас? Кога? Как?

От професионална гледна точка медицинска сестра представлява квалифициран здравен специалист, служещ на обществото и грижещ се за здравеопазването. Силно бих искала това да е мнението на всеки случайно срещнат човек. Но уви днес у нас има много негативизъм у хората дължащ се на различни фактори. За цел сме си поставили да проучим видовете фактори, влияещи на днешната ситуация и причините за тях.

ИЗЛОЖЕНИЕ

"Парадоксът на нашето време е, че имаме високи сгради, но ниска търпимост, широки магистрали, но тесни възгледи. Имаме повече знания, но по-лоша преценка за хората. Увеличаваме доходите си, но намаляваме ценностите си. Обичаме твърде рядко и мразим твърде често." - Джордж Карлин - прочул се през 70-те и 80-те години комик, чието изказване ми направи силно впечатление. Причината за това е, че свързвам неговите думи с чувствата, които усещам в хората, когато говорят, било то за някоя медицинска сестра, или пък лекар. Масово днес се усеща една недоверчивост и дори неприязън, свързана с работата, в частност, на нашите специалисти в областта на здравеопазването. Причините за това може би се коренят в неучтивост, недостатъчна компетенция или пък пре натовареност, която е тясно свързана с предходните две. Никой не отрича нуждата от хора с такава квалификация. Понеже всичко е свързано не можем да не си зададем въпроса "Защо няма достатъчно специалисти у нас?" или "Защо специалистите у нас работят по добре познатия незадоволителен начин?". Тук трябва да подчертая, че не бива

да се забравя присъствието и неимоверните усилия на старателните, учтиви милосърдни сестри, носещи в себе си духът на жената с лампата.

Не зная дали има социалнопсихологически проучвания в тази посока, но като всяка обществена нагласа и тази със сигурност не е еднозначна. В едно и също общество се правят филми и се пишат книги за знаменателни имена като Флорънс Найтингейл и Юлия Вревская, чиято лична легенда е надхвърлила рамките на професионалния им облик и ги е превърнала в исторически фигури, и за същото нагласата на голяма част от обществото остава, че: "Сестрата е за доктора това, което е секретарката за шефа". Медицинската сестра преди се е наричала милосърдна и до сега в някои страни тези функции се изпълняват от монахини. Виждаме как съвременният образ на сестрата е различен. Фигурата на медицинската сестра реално се свързва с болката (човек се среща с нея, когато го боли, но тя го избавя от страданието му също чрез страдание - инжекции, катетри, вземане на кръв). Но според поведението, вниманието което отделя и грижите, които полага, тя сама изгражда нагласата и обратната реакция на пациента [5].

Има обаче и чисто икономически причини за българската медицинска сестра, които малко или много правят ежедневието и толкова забързано и натоварено, че една от основните и задачи остава на заден план. Става дума точно за отношението и спрямо пациента, което е заложено в клетвата, която е положила: "...ще отдам себе си за благосъстоянието на онези, които са оставени на моята грижа. Ще се отнасям грижливо и с любов към болния и здравия човек...".

Тревожната тенденция - всяка година около 1000 медицински сестри напускат страната, съобщи преди време Милка Василева, председател на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи. Средната възраст на работещите у нас сестри е около 50 год. По данни на Националния статистически институт (НСИ) до 2010 год. броят на сестрите ежегодно намалява с по 150-200, след което започва леко увеличение. През 2013 год. в страната е имало 32 455 медицински сестри, година по-рано – 32 059, а през 2011 год. са били 31 609. Въпреки това страната е далеч от международните норми, според които на 1 лекар трябва да има поне 2 медицински сестри. Бившият министър на здравеопазването Стефан Константинов по време на парламентарен контрол съобщава, че според него е редно да се спазва това съотношение между лекар и медицински сестри. В момента статистиката сочи, че на 1000 души население се падат 4 медицински сестри [6, 8].

Има и още нещо в българската действителност за съжаление - възприемането на тази професия, волю-неволю минава и през негативите, които носи мълвата за корупция в здравеопазването като цяло. Финансовата сигурност е по-желана от облекчаването на работната дейност. Една от причините, може би най-главната е неудовлетвореността от възнаграждението за положения труд: "И аз мога да стана продавачка в супермаркет или секретарка със заплатата от 400-500 лв., но тогава кой ще върши моята работа?", пита се Олга Бумбарова, медицинска сестра в клиниката по "Спешна кардиология" на Националната кардиологична болница. Според бившият ректор на Медицинския университет - Плевен проф. Григор Горчев, д.м.н., акушер-гинеколог, онколог, управител на частната АГ-клиника "Св. Марина" и лекар на годината за 2011г. решението се крие в перспективни бизнес проекти по линия на публично-частното партньорство и конкуренцията. Относно финансовата стабилност и възнаграждение, статистиката сочи, че в България медицинската сестра получава около 500 лв. на месец. Стартовите основни заплати за медицински специалисти (медицински сестри, акушерки, лаборанти, рехабилитатори и др.) в университетските болници трябва да са поне 600 лв. според Колективния трудов договор (КТД). За финансираните от Министерство на здравеопазването (МЗ) заведения - 520 лв., за специализираните болници за активно лечение, както и за комплексните онкологични центрове и центровете за психично здраве - 580 лв., докато в Германия

същата получава 2200 евро плюс годишен бонус и обезщетение за работа в събота и неделя. Тази статистика е основната причина около 1000 медицински сестри годишно да напускат страната. А за нас, все още остава информацията, че средната възраст на работещите сестри у нас е 50г. [4,2,3].

Смисълът на всички въпроси, смисълът на търсенето на отговори и правенето на статистики е един - намиране на решение за проблема и подобряване възможностите за кариерно развитие на медицинските сестри в България. На Националния съвет на Българската асоциация на специалистите по здравни грижи (БАПЗГ) на 27 септември 2008 г. е приет и публикуван пакет от нужните спешни мерки, необходими за спасяване на сестринството, и то възможно най – скоро:

1. Мотивиране за оставане в професията и в България;
2. Гарантиране на стартова заплата не по-ниска от две минимални работни заплати за страната в момента на завършване на образованието;
3. Промяна на отношението – като към равноправни партньори за работа в екип, изпълняващи и отговарящи за своите професионални компетенции;
4. Единна методика за разпределение на финансовите средства в лечебните заведения и в търговските дружества;
5. Целево финансиране от Здравната каса на медицински сестри, работещи при ОПЛ, съобразно брой пациенти и извършена дейност;
6. Регламентиране финансирането на специализациите на професионалистите по здравни грижи;
7. Промени в Националния класификатор на длъжностите, като професионалистите по здравни грижи преминават в аналитични длъжности с висше образование;
8. Научен шифър на науката Здравни грижи;
9. Промени в Закона за здравното осигуряване – остойностяване на здравните грижи, като БАПЗГ участва в договарянето на Националния рамков договор [7].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На база направеното проучване и анализа на резултатите са обосновани най-важните причини за липсата на млади, квалифицирани кадри в сферата на здравните грижи и здравеопазването. Отстраняването или свеждането им до минимум стои в основана на промяна в заплащането, работното време, натовареността, условията на работа като цяло и възможността за професионално развитие. Другият установен за приемлив вариант е стимулиране извършването на трудоемка работа, чрез добро финансово възнаграждение. С цел информиране на съответните власти е нужна масова организация за излизане от сегашната ситуация. И въпреки лошите условия в нашата страна, има желаещи студенти и обнадеедени млади медицински сестри за подобряване системата за работа и съотношението и със заплащането у нас, сочи единствено, че има хора запазили родолюбието в себе си, желаещи да намерят добри условия за живот в България, вместо бягството в чужбина.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Илиева, Д., Животът на една българска мед. сестра в Германия – какви са приликите и разликите с живота у нас, 16.03.2015
- [2] Николова Т., Я. Бояджиева, интервю с проф. Григор Горчев, 2011
- [3] Паникян А., в. "Дума" брой1, 05.01.15
- [4] Тодорова М., Професия: медицинска сестра, сп. "Тема" бр. 49 (217)
- [5] Цветков Д., психолог в сп. "Инсайт" - интервю
- [6] medicalnews.bg, статистически данни януари 2015

[7] nursing-bg.com, проф. д-р Маркова, С. За НС на БАПЗГ 6833

[8] puls.bg, 4 медицински сестри се падат на 1000 българи, 2011

За контакти:

Карин Калинова, студентка I курс, специалност - медицинска сестра, РУ "Ангел Кънчев", тел.: е-mail: karin95@abv.bg

Научен ръководител: Ас. Грета Колева, РУ „Ангел Кънчев” ФОЗЗГ ,катедра „Здравни грижи” тел. 0882 517 173, е-mail: greta77@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Роля на медицинската сестра при изграждане на позитивно отношение към кръводаряването

автори: Камелия Андреева, Гергана Стоянова
научен ръководител: д-р Д. Георгиева

***Attitude towards blood donation:** Every minute someone somewhere needs blood to live. Voluntary and unpaid blood donation is the most senior humanitarian gesture. Millions of people owe their lives to other people who will never meet - people who donate their blood freely and without any remuneration .*

***Keywords:** blood donation, free of charge, save a life.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Всяка минута някой, някъде се нуждае от кръв за да живее. Милиони хора по света дължат своя живот на други хора, които никога няма да срещнат, за да им благодарят лично, но ще им бъдат признателни затова, че даряват кръвта си свободно и безвъзмездно, за да живеят те – болните и нуждаещите се. Доброволното и безвъзмездно кръводаряване е най-висшият хуманен жест, който всеки здрав човек би трябвало да отправи към нуждаещите се, но поради липса на информираност все по-малко хора даряват кръв. Промяната в нагласите на здравите хора към кръводаряването ще доведе до ромяна в отношението им към възможността да помогнат на нуждаещите се от кръв с дълбоката човешка убеденост, благодарност и съпричастност.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Кръводаряването е хуманен, безвъзмезден акт на милосърдие и човешка солидарност към всеки, пострадал при инцидент или страда от тежко заболяване. Чрез него се предоставя определено количество от собствената кръв [1].

Още от древността хората са проявявали нескрит интерес към кръвта, но едва през 18 век за първи път се осъществява кръвопреливане. Началото е белязано през 17 век, с откритието на Уилям Харви за законите на кръвообръщението при хората и животните.

Първия етап от историята на кръводаряването е кръвопускането. То се прилагало масово като лечение на психично болни – при загубата на кръв хората губят сила, а понякога и съзнание. Лечителите по това време, са били на мнение, че така от тялото изтича болестта.

Вторият период в тази област започва в началото на 20 в., когато през 1901 г. Карл Ландщайнер открива кръвните групи А, В, 0, а по-късно и АВ.

Първият кръводарителски център в България е създаден през 1933 г. под ръководството на Г. Капитанов, а първата организация на кръводарителите е дело на П. Алтънков през 1940 г. През 1958 г. е поставено началото на безвъзмездното кръводаряване. По инициатива на Градска Станция по Кръвопреливане се организира първата акция за безвъзмездно даряване на кръв, в която се включват само доскоро платени кръводарители [4].

Кръвта, кръвните съставки и произведените от тях биопрепарати са незаменими лечебни средства и досега няма създаден общодостъпен изкуствен аналог. Единственият източник на тези лечебни средства е здравият човек[1]. Кръвта е жизненоважна тъкан, която се състои от течна съставка – плазма и клетъчни елементи: еритроцити (червени кръвни клетки), левкоцити (бели кръвни клетки) и тромбоцити [1]. Еритроцитната маса е подходящ за пациенти, които имат нужда от еритроцити, но не и от обемно заместване, тромбоцитната маса се прилага на пациенти с намалени нива на тромбоцитите или нарушение в тяхната функция – тромбоцитопения, синдром на Москович, хаморагични диатези. Прякно замразена

плазма – представлява кръв без формени елементи, тя се получава по метода на центрофугиране на кръвта при високи обороти и се прилага при шокови състояния, намалени нива на белтъците и изгаряния [5].

Кой може да дарява кръв? Всеки здрав човек на възраст от 18 до 65 години може да даде кръв. Лекар преценява, дали кръводаряването не застрашава здравето му и дали дарената от него кръв е безопасна за болните, които се нуждаят от нея. Мъжете могат да даряват 5 пъти в една календарна година, а жените 4 пъти като интервалът между две дарявания е не по-малък от 2 месеца. Количеството на кръвта е до 450 мл, продължителността на процедурата е 20-30 минути.

Противопоказания: Кръв не трябва да даряват хора, които са боледували от:

- Вирусен хепатит – преболедували от хепатит В и С. Лица, които са били в контакт с болни от хепатит не даряват за период от 6 мес след контакта. Същото важи и за донори, които са се подлагали на акупунктура, татуировки или други убождания, извършени извън лечебни заведения;

- Сифилис – вроден или придобит- независимо от времето на боледуването и резултата от лечението;

- Туберкулоза във всички нейни форми, когато лицето се води на задължителен учет в съответния тубдиспансер и 5 год след снемането му от учет.

- Всички остри заразни болести – през време на боледуването и реконвалесцентния период; контакт със заразно болни – за период, равен на инкубационния; токсоплазмоза – една година след клиничното възстановяване; лайшманиоза; бруцелоза – две години след преболедуването; всички неясни фебрилни и субфебрилни състояния; всички фази на инфекция с вируса на СПИН;

- Имунизирани: с живи ваксини 4 седмици след имунизацията; убити и субединични ваксини и анатоксини 3 дни след имунизацията; бяс -1 година след имунизацията; тропически болести – при пребиваване в тропически райони – 3 месеца след завръщането; лица, родени или отраснали в ендемичен малариен район – 3 години след последното им посещение там, ако резултатите от имунологичното изследване са отрицателни в края на този период; лица преболедували от малария – 3 години след изчезване на симптомите и след прекратяване на противомаларийното лечение, ако резултатите от имунологичното изследване са отрицателни в края на този период; болест на Чагас;

- Болести на сърдечно-съдовата система – хипертонична болест II и III степен; период на лечение с хипотензивни средства, независимо дали в момента кръвното налягане е нормално; исхемична болест на сърцето; сърдечна аритмия; генерализирана кардиосклероза и атеросклероза; тромбофлебити; артериални тромбози; ендокардити, миокардити, клапни пороци на сърцето;

- Всички видове анемични състояния, костно-мозъчна недостатъчност, миело- и лимфопролиферативни заболявания, нарушения в коагулацията,

- Изразени нарушения във функциите на жлезите с вътрешна секреция и обмяна на веществата;

- Чернодробни заболявания – хронични хепатити, цироза, хепатоспленомегалия от неизяснено естество и др.;

- Болести на пикочната система – хронични нефрити и нефрози, остър гломерулонефрит (период 5 години след пълното оздравяване);

- Обострена язвена болест на стомаха и дванадесетопръстника;

- Органични увреждания на ЦНС, епилепсия и психични заболявания,

- Алергични заболявания – лица с поленова алергия могат да даряват кръв извън съответния сезон;

- Отосклероза и мениеров синдром; хроничен остеомиелит и деформации на костите, при остър остеомиелит 5 год след пълното оздравяване;

- Разпространено засягане на кожата от възпалителен или алергичен характер – псориазис, еритродермия, генерализирана екзема, пиодермия, микози;

- Заболявания на очите – ирит, иридоциклит, хориоретинит, резки изменения в очните дъна, миопия над 5 диоптъра, паренхиматозен кератит, глаукома и трахома;
- Остър ревматизъм – при данни за преболедуване 2 години след отшумяване на симптомите и липса на данни за хронично сърдечно увреждане;
- Хирургическа интервенция: при по-големи операции – до 6 мес след интервенцията, при по-малки (апендицит, херния, дермоидна киста и др.) 1 мес след интервенцията, при екстирпация на зъб – 1 седмица след нея;
- Бронхити – остър и обострен хроничен бронхит, ХОББ
- Всички видове новообразования, освен ако няма категорични данни, че са несъмнено доброкачествени;
- Автоимунни заболявания; период на бременност, лактация и менструация;
- Прием на медикаменти в последните 48 часа преди кръводаряването: антибиотици, хипотензивни, антикоагуланти, дигиталисови, стероидни и нестероидни противовъзпалителни, хипогликемични, антипсихотични, сънотворни и антиагреганти в последните 7 дни преди кръводаряването;
- Интоксикация с алкохол и наркотични вещества – дори да няма сигурни данни за това, кандидатът трябва да бъде спрял от кръводаряване;
- Не се допускат до кръводаряване лица, на които през последните 6 месеца преди освидетелстването е преливана кръв, кръвни съставки или плазмени биопрепарати;
- Кръводаряване не се извършва и в случаи, непредвидени по-горе, когато по преценка на лекаря или освидетелстващото лице, кръводаряването представлява опасност за здравето на дарителя или приемателя;

Подготовката за кръводаряването включва прием на разнообразна и витаминозна храна 2-3 дни преди акта на даряване, особено опасно е да се дарява на гладно. Бъдете сигурни, че сте здрави и отпочинали, след кръводаряването се постарайте да приемате повече калорични течности и храни [2].

Ако сте решили да дарите кръв, подгответе се: 2-3 дни се храните балансирано и витаминозно, почивате си пълноценно. При посещение в центъра по хематология: попълвате въпросник относно вашето здравословно състояние; ще ви прегледа и ще разговаряте с лекар; ще ви бъде снета анамнеза за прекарани заболявания и ще ви прегледат; ще ви измерят пулс, кръвно налягане и температура; при телесна маса под 50 кг даряване не се допуска; ще ви вземат няколко капки кръв от пръста за експресно определяне на кръвна група и хемоглобин. Ако хемоглобинът е под 125 г/л за жени, и под 135 г/л за мъже, кръводаряването не се разрешава; ако по време на кръводаряването се почувствате зле, процесът се преустановява. В този случай дарената кръв няма качества да се прелее на пациент, но не се изхвърля. Използва се за производството на кръвни продукти с определен лечебен ефект. Количествено кръвта се възстановява за около едно денонощие, а качествено 3-4 седмици [3].

Медицинските изисквания, на които трябва да отговаря кандидатът за кръводарител са много строги. Това е така, защото всички усилия са насочени към: гарантиране здравето на кръводарителите; гарантиране здравето на пациентите, които имат нужда от кръвни съставки.

Много често, кръводарителите изпитват страх от процедурата и риска от заразяване. С предостаняване на информация, необоснованите страхове на хората съществено ще намаляят, а това е важен фактор за увеличаване на хората, даряващи кръв. Хората трябва да се информират, че процедурата по кръводаряване не крие абсолютно никакъв риск от заразяване, защото всички материали, които се използват за кръво вземане са стерилни и за еднократна употреба. Нито една болест не може да бъде предадена на този, който дарява кръв.

По отношение влиянието на кръводаряването върху общото състояние и здравето. Човешкият организъм разполага с естествени регулаторни механизми, които мобилизират кръвните депа и кръвните съставки и могат веднага да

компенсират количествата дарена кръв, възстановява се изцяло количествено за едно денонощие, а качествено за 3-4 седмици – без да са необходими каквито и да е медикаменти и специална храна. След кръводаряване е необходимо да се приемат поне 2 литра течности или сок, да се избягва тежък физически труд, поне 2 часа да не се шофира и да не се излага на директно слънце. Дарената кръв се изследва за: вируса на СПИН, хепатит В и С, сифилис. Ако се установи някое от изброените заболявания, донорът се уведомява в кратки срокове [1].

Използването на дарената кръв е регламентирано в нормативната уредба на Република България: „Дарената кръв се използва за лечение на пациенти само в пределите на страната (в редки изключения и за тежко пострадали наши сънародници, които са на работа в чужбина след разрешение на компетентните органи). Въведената хемотрансфузионна доктрина дава възможност за най-рационално използване на дарената кръв от един човек може да помогне на повече от един нуждаещ се [6]. Дарената кръв се използва за лечение на пациенти с: остри кръвозагуби причинени от травми; лечение на тежки изгаряния; планови и спешни хирургически и акушерски интервенции; АВ0 и Rh несъвместимост на майката и плода; лечение на злокачествени заболявания; поддържане живота на пациенти с различни вродени анемии и хемофилии.

Тенденцията за намаляване на хората, даряващи кръв може да доведе до липса на възможност да се помогне на нуждаещ се от кръвопреливане човек. Данните доказват, че броя на хората, които даряват кръв през последните години е крайно недостатъчен, за да се задоволят нуждите на лечебните заведения от кръвни съставки и био-продукти. За да се осигурят тези нужди е необходимо годишният брой кръводарявания да е около 400 000. Всеки ден 600 човека в България се нуждаят от кръв, като половината от тях са деца. По препоръка на Съвета на Европа всяка страна трябва да се самозадоволява с кръв и кръвни продукти и това е основен принцип, който е възприет в Европейския съюз, в който България е член [1].

По данни от 54-та Национална конференция по трансфузионна хематология, проведена през 2014 г., през 2013 г. в страната ни са извършени 162 658 кръводарявания или към момента има съотношение 21.7 кръводарители на 1000 души от населението [4].

Табл.1

Разпределение на кръводарителите през 2013 година, дарили в ЦТХ

	Брой кръводарявания	% кръводарявания
	Пол	
Мъже	23693	86.21
Жени	3789	13.79
	Статус на кръводаряване	
За първи път	14200	51.67
Повече от един път	13282	48.33
	Възраст	
18-20 години	8455	30.77
21-30 години	13033	47.42
31-40 години	3542	12.89
41-50 години	1916	6.97
51-60 години	518	1.88
Над 60 години	18	0.07

Средната стойност за Европа е около 30 кръводарители на 1000 души. По този показател нашата страна е на едно от последните места в Европа. Реално доброволните кръводарители са изключително малко, повечето хора даряват само за свои роднини и приятели при нужда [4].

С цел проучване нагласите на хората за кръводаряване бе осъществена анкета в периода 15.10.2014 г – 15.12.2014 г. Изследвани бяха 58 човека на възраст 20–63

години, подбрани на случаен принцип и запознати е целите на проучването. От проведеният анализ на анкетите се установи, че една трета от анкетиранияте имат желание, но нямат информация къде могат да дарят кръв, а 43,1% не даряват кръв, защото считат, че това е болезнена процедура. Само 25,8 % редовно даряват кръв и са на мнение, че това е хуманен акт. Две трети от анкетиранияте са на мнение, че това е хуманно дело и който желае може да даде, а останалата една трета, че е заплачено и се извършва от нуждаещи се от пари хора. Категорично не биха дали срещу заплащане 43,10%, а 20,70 % биха приели пари за кръвта си. Две трети от респондентите мислят, че резервите в кръвните центрове са минимални, а една трета – че има достатъчно кръвни продукти. На въпрос дали кръводаряването ще се отрази на здравословното състояние – 20,60% са на мнение че ще се отрази, 27,80% - не даряват поради наличие на здравословни проблеми. Една четвърт от анкетиранияте не знаят кръвната си група. 69 % считат, че кръвните продукти се осигуряват от редовни кръводарители, 8,60% са на мнение, че това не е техен ангажимент. Оказва се, че на две трети от анкетиранияте е извършвано кръвопреливане.

Основните изводи, които могат да се направят от проведеното проучване са, че хората са с ниска информационна култура по отношение на самата процедура – кръводаряване и не са запознати, че липсва риск за здравето им. От анализа на отговорите в анкетите става ясно, че голяма част от хората не приемат като граждански, хуманен дълг възможността да дарят кръв безвъзмездно и доброволно, не осъзнават огромния принос на всеки здрав човек в кръводаряването.

Считаме, че промяна в нагласите и отношението към този хуманен жест може да се промени с периодично провеждане на информационни форуми сред различни групи от населението.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Кръводаряването е взаимно помощ – днес аз се нуждаю от кръв, утре моя дарител може да има нужда от нея. Безвъзмездността и доброволността са основни принципи и етична норма на кръводаряването в цял свят. Те гарантират социална справедливост в човешките взаимоотношения и са израз на хуманния характер на кръводаряването. Това е хуманен, безвъзмезден акт на милосърдие и човешка солидарност на всеки здрав гражданин. „Всеки кръводарител е спасител“ и на 14 юни е Световният ден на кръводарителя. Ден за човека дал част от себе си, от своята кръв за да спаси нечий друг живот! На този ден се почита тяхното благородство.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Щадилов Е., С., Кръв. Очистване и възстановяване, 2010 г
- [2] www.bbda.eu/bg
- [3] www.bb-team.org
- [4] www.nctb.bg
- [5] www.puls.bg
- [6] www.zdravnitza.com

За контакти:

Камелия Андреева, Факултет “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0882 069 379, e-mail: kamence1982@abv.bg

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

Д-р Д. Георгиева, Факултет “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0000000000, e-mail: despina_g@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Живот с диабет- предизвикателства, обучение и контрол

автори: Ивановна Минкова, Мира Бакалова
научен ръководител: Гл. ас. д-р Никола Събев, д.м.

Life with diabetes - challenges, awareness and control: This report has the intention to inform the students of the challenges that arise in the daily routine of a diabetes patient. The strong emphasis lays on the educative, controlling and motivational function of the nurse.

Key words: Diabetes, Daily care, Chronic disease, Social significance, Prevent complications, Nurse

ВЪВЕДЕНИЕ

Захарният диабет представлява разстройство на въглехидратната обмяна, в резултат на инсулинов дефицит или на нарушения в действието на инсулина. Налице е хронична хипергликемия, дължаща се на недостиг на инсулин, на невъзможност да се реализират инсулиновите ефекти, или на двете заедно.

Думата „diabetes“ произлиза от древногръцки език и означава „преминаване през“, тъй като един от най-характерните симптоми на заболяването е неутолимата жажда, водеща до постоянно приемане на течности и отделяне на големи количества урина.

Диабетът е социално-значимо заболяване. Според информация от официалния сайт на Министерството на здравеопазването: „Хроничното заболяване придобива мащабите на световна епидемия - от него страдат над 360 милиона души. На всеки 10 секунди двама души се разболяват от диабет, от тях 700 000 са деца. В България според статистиката от това заболяване страдат около 500 000 души. 40% от хората не знаят, че имат диабет“ [4].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Основно се различават няколко типа диабет:

1. Захарен диабет тип 1 - инсулинозависим захарен диабет. Развива се предимно в детска, юношеска и млада възраст, но болестта може да се развие и във всяка друга възраст. Лечението на болните се осъществява само и изключително чрез инжектиране на изкуствен, лабораторно създаден инсулин.

2. Захарен диабет тип 2 – неинсулинозависим захарен диабет. Това е най-често срещаният тип захарен диабет. При него панкреасът отделя хормона инсулин, но секрецията му е неадекватна на нуждите на клетките. Това означава, че инсулинът се отделя в по-малко количество от необходимото или клетките не отговарят на действието на инсулина. Състоянието, при което клетките са нечувствителни на инсулин се нарича инсулинова резистентност. Захарен диабет тип 2 обикновено се лекува с диета, редуциране на телесното тегло, режим на физическа активност и медикаменти, стимулиращи секрецията на инсулин от панкреаса.

3. Гестационен захарен диабет - диагностициран по време на бременността.

4. Захарен диабет от възрастов (втори тип) тип у млади хора (диабет тип Mason), по-известен като MODY-диабет (от англ. *maturity onset diabetes of the young*) - термин, описващ няколко сходни по протичане форми на диабета с автозомно-доминантен тип на унаследяване. Заболяването се открива в млада възраст, а протича меко, подобно на "възрастовия" диабет от втори тип, често без снижение на чувствителността към инсулин.

Усложненията на захарния диабет се дължат на високите стойности на глюкозата в кръвта и се получават в резултат на лош контрол на кръвната захар. Добрият контрол на глюкозата означава поддържане на нормални стойности като се

избягват много високите или много ниските, защото и двете крайности могат да станат причина за животозастрашаващи състояния.

Захарният диабет може да засегне всеки орган в човешкото тяло и да предизвика редица усложнения като: диабетна ретинопатия; диабетна нефропатия; диабетна невропатия; диабетно стъпало [3].

Обучението на пациенти със захарен диабет е отговорност на екип, в който централно място трябва да заема медицинската сестра, с цел подпомагане на хората с диабет да следват стил на живот, чрез придобиване на знания, поведенчески умения и самоотговорност и да превърне обучението в интегрална част на цялостната грижа за диабета.

Цели на обучението:

Главна цел е подпомагане и насочване на пациента към определяне на лични здравни цели. Това би се постигнало чрез оптимизиране на:

- Познанията на пациента за диабета и неговите усложнения;
- Мотивацията и отношението на пациента към грижите за себе си;
- Поведението на пациента, което оказва влияние върху контрола на диабета.

Очакваните резултати са свързани с придобиване на умения:

•За ефективно справяне с хранителния режим и физическата активност;

•За оптимално и подходящо използване на назначената терапия;

•За справяне със социалните и ежедневните последици от инсулиновата терапия върху начина на живот;

- За справяне със страничните ефекти и усложнения от лечението;
- За ефективна колаборация с членовете на диабетния екип;
- За адекватно справяне с късните усложнения на диабета;
- За самоконтрол на кръвната захар.

Обосноваването и създаването на хранителна програма е неразделна част от началната и непрекъснатата програма за обучение на пациента [2].

Препоръки за хранителен режим:

•Въглехидратите, протеините и мазнините трябва да бъдат в съотношение, което да осигури постигане целите на метаболитния контрол и да е съобразено с предпочитанията на индивида;

•Приемът на въглехидрати, базиран на изчисление на хлебни единици, индивидуален избор или на предварителен опит е ключов момент за постигане на добър контрол на гликемията;

•Редуцирането на консумация на трансмастни киселини намалява нивото на LDL-холестерола и повишава нивото на HDL-холестерола, поради което количеството им в храната трябва да бъде минимално;

•Пресните плодове и зеленчуци се препоръчват като част от ежедневния хранителен прием;

•Простите захари не е необходимо да бъдат строго изключвани от диетата, но следва да бъдат ограничени;

•Употребата на алкохол да се ограничи до едно питие дневно като се обърне внимание на мерките, които трябва да се предприемат за превенция на хипогликемията;

•Рутинната употреба на антиоксиданти, като витамин С и Е и каротин, не се препоръчват поради липса на доказателства от тяхната полза;

•Междинните закуски помагат за постигане на по-добър гликемичен контрол, но трябва да се съпровождат от самоконтрол, за да е ясно кога е необходимо това; при провеждане на лечение с бързодействащи инсулинови аналози не се налага

приемане на междинни закуски, освен в случаите, когато самоконтролът на кръвната захар покаже, че това е необходимо [1].

Двигателната (физическата) активност е важен елемент от комплексното лечение на диабета и борбата с намаляване на излишните килограми. Изследванията за влиянието на двигателната активност върху човешкия организъм доказват нейния многообразен ефект върху обмяната. Системните физически дейности повишават глюкозното разграждане в мускулите, увеличават чувствителността на мускулните клетки към инсулина, усилват разграждането на депо-глюкозата (гликогена) в мускулите и черния дроб, увеличават образуването на глюкоза от белтъци и масти. Тренингът е от много голямо значение за хората, засегнати от диабет. Чрез него се повишава чувствителността на мускулите към инсулин, намалява се концентрацията на триглицериди в кръвта и се увеличават концентрацията на добрите масти. Уместно е екипът и в частност медицинската сестра да препоръчва упражняването на дозирана според индивидуалните характеристики на пациента физическа активност с мотива, че тя може да подобри инсулиновата чувствителност, кръвното налягане и липидния профил. Физическите упражнения трябва да се провеждат на всеки 2-3 дни за оптимален ефект. Те могат да намалят риска от остра или късна хипогликемия. Следва пациентите да бъдат обучени да извършват самоконтрол на провежданите физически занятия чрез системно отбелязване на нивото на физическата си активност и намиране на нови възможности и подкрепа за развитието ѝ.

Грижи за крайниците:

Отнася се за болни, които нямат макроангиопатия и/или невропатия. Проблемите с диабетното стъпало, болничното лечение по повод на инфекции и съдови проблеми са предотвратими. Редовното посещение при лекуващия лекар и консултация с наблюдаващия екип дава възможност за рано установяване на проблемите и тяхното предотвратяване. В обучителната програма се препоръчва:

- Добър контрол на кръвната захар;
- Спиране на тютюнопушенето;
- Оглеждане на краката всеки ден за рани, мазоли, напукана кожа, промени в цвета, възпаления;
- Поддържане на висока хигиена на краката;
- Носене на меки и удобни чорапи и обувки;
- Да не се употребяват режещи инструменти при грижите за краката;
- Следва да се избягват много високите и много ниските температури. Краката се мият с хладка вода;
- Да не се използват препарати за премахване на мазолите.

От изключителна важност е обучението на пациентите с диабет относно предпазване от очни заболявания и усложнения, които често протичат без оплаквания. Пациентът може да не усети никаква промяна в зрението си. Наличието на усложнения може да се открие само при специализиран преглед. В програмата се включват съвети за ежегодно контролиране от офталмолог. Акцент се поставя върху съвременните възможности за профилактика и лечение, чрез които очните усложнения могат да бъдат избегнати.

Самоконтролът на захарния диабет дава възможност на пациента сам да владее и контролира заболяването си. Така диабетикът става активен участник в процеса на лечението. Необходимо е самоконтролът на кръвната глюкоза да бъде достъпен за всички хора с диабет. Провежда се автоматично с глюкомер или визуално с лентичка, която се сравнява с цветна скала. Задача на медицинската сестра е да даде насоки за боравенето с глюкомер, да мотивира пациента да извършва контролирането на кръвната си захар ежедневно. Днес вече в употреба са

навлезли глюкомери с цифрова памет, които запаметяват предходни стойности на кръвната захар. Въпреки този факт е препоръчително пациентът да попълва дневник, в който да нанася измерената глюкоза, час и дата на измерването. По този начин у диабетика се създава чувство за отговорност към собственото здраве и най-вече мотивация за активно участие в процеса на лечение.

Съществуват няколко животозастрашаващи усложнения на диабета, като най-често срещаните са хипогликемията и хипергликемията. Задача на медицинската сестра е както да информира пациента за настъпващите симптоми при тези състояния, така и да придаде умения за разпознаване на симптомите и адекватна реакция при появата им.

Симптоми при настъпваща хипогликемия - изпотяване, силен глад, намалена концентрация, тахикардия, световъртеж. Най-честите причини за проява са пропуснатата или недостатъчна консумация на въглехидрати след инжектиране на инсулин; предозиране на инсулин; силно физическо натоварване; прием на алкохол. Диабетикът трябва да носи винаги в себе си около 15 гр. захар, което се равнява на три пакетчета захар. Количеството се приема при поява на някой от симптомите на хипогликемия. Инжектирането на допълнителна доза инсулин е напълно противопоказано. При усложнения, като загуба на съзнание, се изисква спешно лечение с глюкагон.

Препоръки за избягване на хипогликемии:

- Спазване на хранителен режим;
- При физическа активност се приемат повече въглехидрати;
- Спазване на дозата инсулин;
- Въздържане от алкохол.

Симптомите при настъпваща хипергликемия са силна жажда, често уриниране, гадене, замъглено зрение. Най-честите причини за проява на хипергликемия са пропуснатата инсулинова доза, грешки в диетата, тежък стрес. Съветите към диабетика при проява на симптоми са насочени към активна почивка, инжектиране на бързодействащ инсулин, изпиване на поне 2- 3 литра неподсладени течности за 24 часа.

Препоръки за избягване на хипергликемии:

- Спазване на диета;
- Стриктен ежедневен контрол на кръвната захар;
- Прием на инсулин в назначените от лекаря дози.

Близките на диабетика също трябва да бъдат запознати с признаците на тези състояния, за да могат да вземат адекватни мерки при нужда.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Захарният диабет заедно с неговите усложнения представляват голям хуманен, медицински, социален и икономически проблем. Последствията от диабета са тежки както за пациента и семейството му, така и за цялото общество. Предотвратяването на усложнения не е невъзможно ако се постигне отлично ниво на обученост на пациента, където главно и достойно място заема медицинската сестра. За целта е необходимо създаване на чувство на взаимно доверие между членовете на обучаващия екип, базирано на висока компетентност, професионализъм и лични морални качества.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Борисова, А. Препоръки за добра клинична практика при захарен диабет. София, 2013г.
- [2] Дамянова, М. Ръководство на диабетика за постигане на условно здраве. София, 2011г.

[3] Малеев, А. Вътрешни болести, том 3. София, 1980г.

[4] <http://www.mh.government.bg/>

За контакти:

Иванина Минкова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност: „Медицинска сестра“, I курс, редовна форма на обучение, тел.: 0886 17 11 77, e-mail: ivanina_minkova@abv.bg

Мира Бакалова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност: „Медицинска сестра“, I курс, редовна форма на обучение, тел.: 0882 93 73 66, e-mail: mirabakalova47@abv.bg

Гл. ас. д-р Никола Събев, д.м., Катедра “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0878823288, e-mail: nikola_sabeff@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Клинична комуникация в сестринската практика

автор: Биляна Великова
научен ръководител: гл.ас.д-р Д. Георгиева

Clinical communication : *Clinical communication provides the ability for a conversation, that makes the connection between the medical specialist and the patient.*

In order to be more effective and useful, it has to be accompanied with empathy, understanding, sharing and sympathy with the pain of the other. Appropriate technics and rules are needed for breaking the ice, making a big difference for communication, as well as everything that can lead to it is prevention.

Key words: *clinical communication, empathy, verbal and non-verbal communication, barriers in communication*

ВЪВЕДЕНИЕ

Сестринството е една широко хуманна професия, свързана с грижи за човека, за възстановяване и запазване на неговото здраве. В условията на глобални, социални, политически и икономически промени, медицинските сестри виждат своята нова роля в обществото като активен участник в екип за подобряване на здравното състояние на хората. Ключов момент в сестринството е така нареченият сестрински процес. Той представлява научно обоснована методология за професионална сестринска помощ. Осъществяването на ефективността му се базира на добрата комуникация с пациента като фактор за качествени грижи. Умението за успешно общуване се възприема като специфичен инструмент за усещане на другия човек - неговата болка, страдание и страхове [3].

Отношението между предоставящи здравни грижи професионалисти и пациент е специфична комуникационна система. Налице е среща между два субекта, в която всеки от участниците носи своите индивидуални качества и личностни особености, своите убеждения и ценности, които често влизат в конфликт едни с други, но отношенията на комуникиращите се сливат по пътя на борбата за извоюване и възвръщане здравео на болния [2].

Познаването на особеностите на клиничната комуникация и прилагане принципите и в дейностите на медицинските специалисти е предпоставка за осъществяване на ефективен комуникативен процес.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Фактори, оказващи влияние на медицинската комуникация. Основните социолингвистични фактори на медицинския дискурс при устна комуникация са комплексност, стегнатост, конкретност, съобразеност, яснота, учтивост, коректност, като комплексността се явява най-сложният и значим фактор, включващ разнообразни аспекти на комуникативната ситуация с различни доминанти. Те определят основни параметри на медицинската комуникация, но физическите, материалните и когнитивните фактори, които са специфични за общуването в здравеопазването, трябва да бъдат добавени към тях [1].

Изисквания, на които трябва да отговаря професионалната клинична комуникация:

- да привлече вниманието на слушателя /пациента/;
- да формулира кратки и ясни съобщения;
- да не злоупотребява със специалната терминология;
- да говори бавно, с ясно произношение;
- да използва правилният стил на говорене;
- да задава ясни въпроси - кога, къде, как, защо, какво и др.;
- да проследи ефекта на обратната връзка- разбиране на посланието;

- да спазва професионална конфиденциалност за информацията.

Възможните бариери в медицинската комуникация са важен въпрос, свързан с ефективността на общуването с пациентите. Барьерите в клиничната комуникация пораждаат трудности в провеждането на разговора с болния и могат да бъдат евентуална заплаха от неправилна интервенция и възможни грешки при осъществяване на здравните грижи. Те се класифицират в следните групи:

Професионални бариери:

- незаинтересованост на медицинския персонал, изразяваща се в пасивно поведение;

- професионална некомпетентност и липса на клиничен опит;
- лошо структуриран медицински преглед или манипулация;
- разсейване от странични събития;
- използване на сложни латински думи.

Бариири, свързани с личността на медицинския специалист:

- ироничен, саркастичен, подигравателен тон;
- негативни емоции и отрицателно лично поведение;
- неконтролиран език на тялото, разстройващ или обиждащ пациента;
- поставяне на етикети на пациентите.

Бариири, свързани с личността на пациента:

- лошо владеене или пълно неразбиране на официалния за медицинското обслужване български език;
- ниско образование, затрудняващо общуването;
- сприхавост, свадливост, критичност;

Материални бариери:

- лошо осветление или много силна светлина;
- неприятен и силен страничен шум;
- липса на достатъчно сервизни помещения (баня, тоалетна);
- липса на отопление или охлаждане [1, 2].

За постигане на ефективна клинична комуникация специалистите препоръчват следните **правила и техники**:

• Първата необходима стъпка в установяването на контакт с пациент или неговите близки при устно общуване, е представяне на медицинския служител по име и фамилия, титла, звание и длъжност.

• Даване на указания за предстоящо изследване или манипулация по подходящ начин и на достъпен за болните език

• Използва се ефекта на обратната връзка, за да се прецени количеството възприета информация.

• Успокояване на пациента, внимание и проява на емпатия с цел спечелване доверието му.

При осъществяване на здравните грижи, медицинският специалист е необходимо да:

• уважава и защита човешкото и личното достойнство на пациента;

• прилага умения и комбинира различни комуникативни стратегии за решаване на конфликти, за общуване с „особени“ или „трудни“ пациенти (деца, бременни, притеснени, депресирани, агресивни, с говорни или слухови проблеми, със старческа деменция).

Доказано е, че най-затруднено е общуването с депресивни, асоциални и „трудни“ здравни клиенти. От съществено значение е болният да се възприема като пълноценен и разумен индивид с емоции и особености, не безжизнено тяло, представляващо съвкупност от органи и системи с нарушена функция, а човешко същество, способно да изпитва болка, страх, срам, притеснение. Изключително важно за самочувствието и спокойствието на пациента е деликатно да се обясняват

дейностите и тяхната последователност, да се изчаква при събличане, дискретно да се прикриват интимните му части и да се намира решение за всяка ситуация, предизвикваща неразположение или неудобство.

- Прилагане на техники за активното емпатийно слушане;

- Формиране на умения за задаване на точни и подходящи въпроси, непосредствено свързани или насочващи към основния проблем. При съобщаване на лоша новина да се използват евфемизми, преднамерен подбор на положителна лексика и деликатни синоними на негативни или неутрални думи.

- Използване на хумор - умерени количества и само тогава, когато обстоятелствата го позволяват. Усмивката и смехът трябва да бъдат неразделна част от общуването, защото стимулират болните да оздравеят, да участват в конвалесцентния процес и създават среда в организацията, в която се активират всички ресурси за възможно най-бързо възстановяване [1].

Невербалната комуникация, или „езикът на тялото“, е съществен елемент от комуникативния процес. Поза, кинетика, мимики, жестове, усмивка са част от невербалните елементи [2].

Емпатийно общуване. В съвременното развитие на концепцията за емпатия се диференцират две категории на емпатично поведение, които присъстват в процеса на помагане и грижи. Първото е емпатичният дисстрес - хората имат желание бързо да напуснат ситуацията, за да получат облекчение. Емоционален дисстрес преживяват най-често специалисти, с липсващи умения за общуване със страдащия. Второто е емпатична подкрепа, при нея могат да се регулират и контролират емоционалните реакции. Тези специалисти имат възможност да модерират възбудата си и да трансформират преживяванията си в посока на емпатия [2, 4]. Холистичният подход налага възприемането на болния или здрав човек като единство между биологичните, социални и психически характеристики.

Във връзка с проблемите, разглеждани в настоящото научно съобщение, е проведено анкетно проучване на студенти от специалност „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ от Русенски университет „Ангел Кънчев“ и медицински специалисти от МБАЛ-Русе. Анкетирани бяха общо 81 студенти и работещи медицински специалисти през периода февруари-март. Анкетата е структурирана за конкретното изследване и съдържа 12 въпроса. Целта на проучването е установяване на познанията за спазване и прилагане на изискванията и техниките за вербална и невербална клинична комуникация.

Резултати от анкетното проучване:

На въпроса „По какъв начин възприемате пациента?“ изследваните лица са посочили следните отговори, представени на *фигура 1*.- 88 % от анкетираните обгрижват болните, смятайки ги за хора, които имат нужда от помощ и го правят, съзнавайки огромния си принос за прогреса на лечебния процес.



Фигура 1.

Изследваните медицински специалисти при контакта с пациентите са ориентирани към практическия тип специалисти, както е показано на *фигура 2*. По-

малък е дялът на майчинския и най-малък на онези от тях, чието ежедневие е свързано с неспокойствие, негативизъм и проблемност.



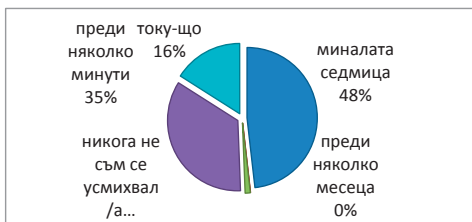
Фигура 2.

Във връзка с изследването за най- често срещаните бариери при общуване между пациент и медицински специалисти се установиха следните резултати:

89 % от общо осемдесет и един анкетирани са отговорили, че не са злоупотребявали с медицинската терминология. Посочили са информационната бариера за най-често срещаната пречка в общуването им с пациентите. Винаги се обръщат към болните с „Вие“ 77 %, други считат възрастта за основен фактор при обръщението към пациентите, а само малка част от анкетирани (едва 5 %) използват официалния стил рядко или никога.

Проведената анкета показва, че 89 % от изследваните медицински специалисти считат за безспорен фактор за коректно изпълняване на здравните грижи посочените по-горе правила.

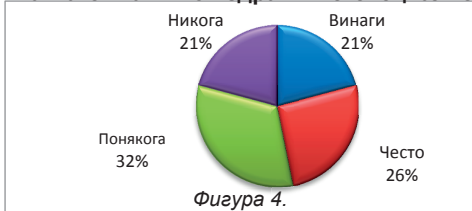
Във връзка с честота на използване на хумора в ежедневната им дейност в анкетното проучване беше включен въпрос „Кога за последен път се усмихнахте на пациент?“. Резултатите са представени на *фигура 3*.



Фигура 3.

От получените резултати, голяма част от здравните специалисти в контакта си с пациентите използват усмивката в комуникативния процес. Само 1% никога не са се усмихвали при осъществяване на дейността си. 95 % от анкетирани умеят да разпознават невербалните знаци у пациентите и да се съобразяват с тях.

Степента на проява на емпатия от здравните специалисти е отразена на *фигура 4*.



Фигура 4.

По-голямата част от анкетирани специалисти в разговор с пациента проявяват съчувствие само понякога, а съотношението между тези, които винаги или никога не я използват, е едно и също. От проведеното изследване 53,3% от

анкетиранияте смятат, че медицинският специалист трябва да се съобразява с психичното и емоционалното състояние на пациента в общуването си с него.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Значението на познанията за ефекта на вербалната и невербалната комуникация в осъществяването на ежедневната дейност на медицинските специалисти е основен фактор за постигане на професионална здравна помощ. Освен за предаване на информация от човек на човек, посредством думи се установява и отношението на говорещите един към друг при вербалната и невербална комуникация.

Функцията на здравните специалисти, позовавайки се на получените знания и придобития опит, е да възприемат словото като част от лечебно-охранителния режим и да го използват в полза на пациента с единствената цел да бъде възможно най-ефективно и краткотрайно завръщането на неговата независимост.

Изводите от осъщественото изследване на работещи и бъдещи медицински специалисти са в следните насоки: използването на правилата и техниките за вербална и невербална комуникация е установено в голяма част от анкетиранияте; по отношение на сравнително ниските резултати в прилагането на емпатийното общуване считаме, че се дължи на голямата натовареност на медицинските специалисти и невъзможността за изпълнение на наложените европейски стандарти за брой обслужвани пациенти от една медицинска сестра.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Виолета Тачева- „Комуникативни умения в медицинската практика“ –; Стено-Варна, 2014

[2] Лекционен курс по Психо-социални комуникации в сестринските грижи, 2014

[3] http://www.sustz.com/Proceeding09/Papers/Education/M_NIKOLOVA.pdf

[4] http://nt-cmb.medun.acad.bg:8080/jspui/bitstream/10861/58/1/P-Balkanska_empatia2009-2.pdf

За контакти:

Биляна Божидарова Великова, студент в Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност „Медицинска сестра“; тел. :0883231995; e-mail : bibi_951208@abv.bg

Научен ръководител: гл.ас. д-р Деспина Георгиева – Катедра Здравни грижи, Русенски университет"Ангел Кънчев" dpgeorgieva@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Изгаряния и спешна медицинска помощ

автор: Татяна Балчева

научен ръководител: Даниела Константинова

Burns and emergency care: Burns are injuries to tissues caused by heat, electricity, radiation, or chemicals. Scalds from hot liquids and steam, building fires and flammable liquids and gases are the most common causes of burns. Burn treatment consists of relieving pain, preventing infection, and maintaining body fluids, electrolytes, and calorie intake while the body heals. The first act of thermal burn treatment is to stop the burning process. Run cool water over the burned area for 5 to 20 minutes. Cool wet compresses may provide some pain relief when applied to small areas of first-and second-degree burns. Do not apply butter, ice, fluffy cotton dressing, adhesive bandages, cream, oil spray, or any household remedy to a burn. If a burn appears to be severe or you develop signs of infection, call ambulance.

Key words: burn injuries, emergency care

ВЪВЕДЕНИЕ

Изгарянето представлява увреждане на тъканите под действието на високи температури. В зависимост от източника на температурата наблюдаваме най-често термични и химични изгаряния, по-рядко електрически и радиационни изгаряния. Увреждащи фактори могат да бъдат горещи течности, горещи твърди повърхности при допир, триене, горещи газове, пламък, слънце, електричество, химични вещества и други. Колкото по-висока е температурата на причинителя на изгарянето, толкова по-малко е времето за поява на сериозни поражения. Висока температура е 70 °С, при която за 1 секунда се предизвиква изгаряне с мехур на кожата. Денатурация на клетъчните белтъци настъпва при 40 °С, а при 60 °С вече клетката загива – настъпва некроза на тъканите [3]. Тежестта на едно изгаряне не се определя от дълбочината и площта на поражението, но прогнозата не зависи само от тях. От значение е: локализацията на изгарянето - изгарянията на лицето протичат по-тежко; възрастта - изгарянията при възрастни над 60 години имат по-сериозна прогноза; предшестващите заболявания.

ИЗЛОЖЕНИЕ

В таблица 1 са представени видовете изгаряния, според увреждащия агент.

Таблица 1. Видове изгаряния

Вид	Причина
Термично	Горещи течности или предмети (най-често настъпва от горещи напитки, висока температура на водата от водопровода, горещо олио или пара, отоплителни уреди, котлони, печки), пиратки, битови пожари.
Химическо	Химикали, използвани за битови цели - концентрирана белина, каналин, кислота и други препарати, съдържащи киселини или основи.
Електрическо	Електроуреди, мълнии.
Радиационно (лъчево)	Експониране на ултравиолетова светлина (например от слънцето, соларни кабинки, електродръгово заваряване) или от йонизираща радиация (например от лъчетерапия, рентгенови лъчи или радиоактивен прах).

Локалните поражения при изгаряне протичат в четири степени:

I степен - наранен е само първият слой на кожата. Изгарянето се характеризира със зачервяване, лек оток и пареща болка. След 3 дни отокът намалява, червенината избледнява и се замества от кафеникава пигментация.

II степен - в изгорената област е наранен и се отделя целият повърхностен слой на кожата. Изгарянето се характеризира със зачервяване, оток и с различно големи мехури, съдържащи бистра жълтеникава течност (богата на белтъчини), която по-късно потъмнява. При правилно лечение изгореното място епителизира за 10-12 дни, без да остане белег.

III степен изгаряне се подразделя на **III А степен** (по-лека) и **III Б степен** (по-тежка).

При III А степен - е запазен най-вътрешният слой на кожата. Наблюдава се некроза на засегнатата кожа. На някои места се запазват островчета кожа, от която по-късно започва епителизирането на раната.

При III Б степен - всички слоеве на кожата са засегнати. Кожата е умъртвена изцяло и се установява тотална некроза.

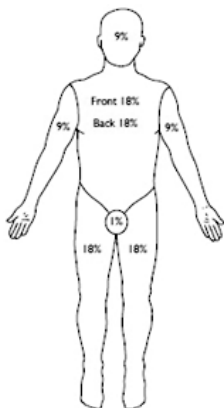
При IV степен некротичните процеси обхващат не само кожата, но и подлежащите тъкани – подкожие, фасции, мускули, кости, дори може да се стигне до овъгляване. За състоянието на пострадалия от голямо значение е не толкова дълбочината на раната, колкото заемащата от нея площ.

Тези степени рядко се срещат самостоятелно. На някои места изгарянето може да бъде от II, а в съседни участъци от III степен. Понякога (особено в началото) е твърде трудно да се уточни дали се касае за изгаряне от III или от IV степен [1,2].

Таблица 2.

Поражения на кожата и тъканите при различни степени на изгаряне.

В ид	Засегнати слоеве	Изглед	Прогноза	Пример
I степен	Епидермиса на кожата	Зачервяване без мехури.	Заздравява добре. Оздравителният процес продължава 1 седмица.	
II степен	Дермиса на кожата	Зачервяване с прозрачен мехур.	Обикновено оставя незначителни белези. Оздравителният процес продължава 2 седмици.	
III А степен	Дълбокия (ретикуларен) слой на дермиса	Мястото е жълтеникаво до бяло. По-малко побеляване. Може да се получат мехури.	Белези, контрактури (възможно отстраняване на поразената тъкан и присаждане на кожа). Оздравителният процес продължава повече от 2 седмици.	
III Б степен	Цялата дерма	Раната е твърда с бяла или кафеникава оцветка.	Белези, контрактури, хирургична обработка.	
IV степен	Целия кожен слой и подлежащи структури – мастна тъкан, мускули и кости	Черно и овъглено.	Ампутация и в някои случаи - смърт.	



Фиг. 1

Обикновено, за да се прецени тежестта на получената травма, лекарите използват така нареченото „правило на деветте“. Според този метод: главата и шията представляват 9 % от повърхността на тялото, всеки горен крайник - 9 %, предната повърхност на тялото - 18 %, задната повърхност на тялото - 18 %, всеки долен крайник - 18 % и кожата на половите органи - 1 %[Фиг. 1].

При по-ограничени изгаряния обикновено се използва методът на дланта. Дланта на всеки човек представлява около 1 % от телесната му повърхност [3].

Общите поражения на организма при изгарянията протичат в следните фази:

- **Фаза на шока** – трае до 72 ч. след изгарянето. Намален е обема на циркулиращата кръв за сметка загубата на плазма. Намален е СМО, което води до съгъстяване на кръвта и води до лоша перфузия на тъканите. За тежестта на шока съдим по:

- Централното венозно налягане – нормални стойности са от 50 до 120 mmHg. Ниските стойности говорят за намален обем.
- Часовата диуреза – също е израз на намален обем.
- Хематокрит – високите стойности доказват съгъстяване на кръвта.

- **Фаза на токсинфекцията** – от 72 ч. и продължава 10 дни. Характеризира се с прояви, дължащи се на общата и локална инфекция, на разстройство в обмяната на веществата, разстройство във функциите на кръвотворните органи и други. Характерен симптом е покачването на температурата. В кръвта се констатира бактериемия.

- **Фаза на възстановяване** – правилно лекуваните изгаряния от I, II и III степен заздравяват. При по-тежките изгаряния се очистват от некрозите. Температурата спада и общото състояние на болния се подобрява.

- **Фаза на ранева кахексия** – ако изгарянията са дълбоки довеждат до хронично изтощение. Влошава се общото състояние на болния. Появяват се отоци, хипопротеинемия, анемии, заболявания като бронхопневмонии, пиелонефрит, хепатит и други. Лечението в този стадий е много трудно и в повечето случаи безуспешно [2].

Дейности, по оказване на първа помощ включват:

- **Отстраняване на причинителя:** ако пострадалите участват на кожата са покрити с дрехи, бързо и внимателно трябва да ги съблечете. Ако става дума за изгаряне с огън, първоначално трябва да намокрите дрехите и след това да ги свалите. Ако дрехата е залепнала за тялото, не се опитвайте да я махате, за да избегнете допълнителни наранявания по кожата.

- **Охлаждане:** засегнатата част трябва да се постави под течаща вода. Това ще намали болката и степента на увреждане на тъканта. Изгарянето продължава да се развива дори и след като е отстранен източника. Нагрялата повърхност на тялото предава получената топлинна енергия към вътрешните тъкани и ги поврежда. Затова охлаждането трябва да продължи 15-20 минути.

- **Обезболяване** – при изгаряне от I и II степен. Лекарствата с основа ибупрофен, парацетамол, напроксен, аспирин ще облекчат болките и ще предотвратят евентуална треска.

➤ **При изгаряне от I степен** е възможно направата на превръзка, като се използва спрей за изгаряния, мазила и гелове с пантенол. Това ще ускори процеса на заздравяване на раната.

➤ **Изгарянията от и над II степен** изискват задължително лекарска консултация, независимо от размера на засегнатия участък. [1,4,6]

• Не се опитвайте на премахвате дрехите върху изгореното място, но се опитайте да се уверите, че пострадалият не е повече в контакт с причината за изгарянето и не е още изложен на топлина и дим.

• Не третирайте големи и дълбоки изгаряния със студена вода – това може да предизвика изпадане в шок.

• При липса на движения, проверете дали пострадалият диша. Ако няма признаци за това, направете изкуствено дишане и дори сърдечен масаж.

• Повдигнете изгорените части от тялото – по възможност над нивото на сърцето.

• Покрийте зоната на изгарянето, като използвате леко влажна стерилна марля (с нормална температура), чиста дреха или кърпа.

• Ако изгарянето е дълбоко и голямо, задължително (спешно) се консултирайте със специалист или повикайте линейка. Абсолютно забранено е да се пукат мехурите и да се обработват местата с масла и мазни кремове. Най-доброто, което може да се направи: суха стерилна превръзка и бързо пострадалия да се откара до най-близкия спешен медицински център.

Важно е да се знае:

• **Не използвайте лед!** Ако поставите лед върху изгорената кожа, може да предизвикате измръзване и други вреди на кожата.

• **Не поставяйте крем** (или мазнина)! Това ще попречи на правилното заздравяване.

• **Не разкъсвайте мехурите!** Това увеличава риска от инфекция [6].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Травмата причинена от топлина често е спешно състояние, което изисква незабавна медицинска помощ. Предотвратими или не, те съпътстват ежедневието на всеки човек. Спешността на състоянието изисква незабавно прилагане на правилни дейности, гарантиращи добра прогноза на заболяването и на оздравителния процес. Това налага необходимостта всеки здравен специалист да познава особеностите на термичната травма и спешните мероприятия, които да приложи при необходимост.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Василева Ж, Диков И., Дянков О. и колектив, Грижи за болни и сестринска техника, МИ Арсо, 2000 г.

[2] Господинов Б., Карамисhev И., Иванов Б., Хирургия за медицински сестри, Медицина и физкултура, 1975 г.

[3] Данов В., Хирургия I част за медицински сестри, Университетско издателство „Св. Климент Охридски“, 2014

[4] Наръчник от протоколи за клинично поведение в спешната медицина, София 2012 г.

[5] www.bg.wikipedia.org/

[6] <http://www.zdrave.bg>

За контакти:

Татяна Красимиrowa Балчева, специалност: Медицинска сестра, II-ри курс, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0897393361, e-mail: balchevi@abv.bg

Научен ръководител: ас. Даниела Константинова, Русенски университет “Ангел Кънчев”, катедра „Здравни грижи“.

Докладът е рецензиран.

Анкетно проучване сред студентите от Факултет обществено здраве и здравни грижи, катедра “Здравни грижи” при РУ „Ангел Кънчев” с оглед оптимизиране на преподаването по Анатомия

автори: Веселка Михайлова, Бисерка Стилиянова-Тодорова
научни ръководители: гл. ас. д-р Д. Ставрев, ас. Ир. Христова

Quiz survey among the students of Faculty of Public Health and Health Care, department "Health Care" at the university in Rousse "Angel Kanchev" with a view to optimize the teaching of anatomy: Anatomy is a learning for the human body. In medical universities is one of the basic studies students have to learn. It contains a huge content of information and a lot of specific language and terminology, figurative thinking, fast adaptation into the innovations and high workload.

Key words: anatomy, research, student, learning

ВЪВЕДЕНИЕ

Цел на проучването е да се отрази мнението на обучаващите се студенти относно ефективността и техниката на преподаване и овладяване на информацията по учебната дисциплина „Анатомия” с оглед оптимизиране на преподаването [1].

Анатомията е наука за произхода, развитието и строежа на организма, органите и тъканите на човека. Тя съчетава анализ и синтез, т.е. разделяне на отделни компоненти, изучаването им, като самостоятелни образувания и като части от цялото. Анатомията ни дава систематично описание на формата, устройството, разположението и топографските взаимоотношения на частите на тялото и органите [2]. Отчитат се техните възрастови изменения, полови различия и индивидуални особености. Тя е основна дисциплина в медицинското образование, изискваща изучаване на огромен обем информация, специфичен език и терминология, образно мислене, бързо адаптиране към иновациите и висока натовареност. Това я прави едновременно значима и трудна за изучаване. Учебните планове отделят твърде малко учебни часове, а необходимостта да се изучат много факти е неизбежна.

ИЗЛОЖЕНИЕ

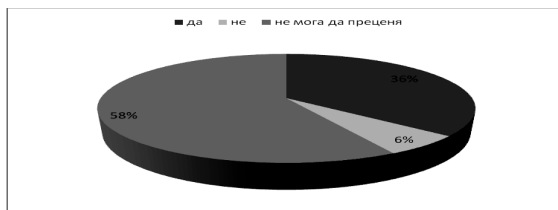
В период от 01.03 – 30.03.2015г., бе проведено анкетно проучване на студенти от РУ „Ангел Кънчев”, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, специалност „Медицинска сестра” и „Акушерка”. Анкетирани са общо 65 лица, от които: 62 жени и 3 мъже. Броят на студентите на възраст под 20 г. е 28; между 20-30 г. - 31 и над 30 г. - 6. Всички студенти са от първи курс, втори семестър. След взето съгласие за провеждане на анкетата, бяха зададени 10 въпроса от затворен тип, като последният въпрос поставя оценъчен проблем пред запитания с оглед неговите желания и очаквания.

Резултати от анкетата:

На въпроса „Според Вас, добре ли е обучението за вашата специалност да започва с Анатомия?”, 90% от студентите, специалност „Медицинска сестра” и „Акушерка” отговарят положително. Този резултат се дължи на високата оценка относно значимостта на дисциплината „Анатомия”, като основа за придобиване на други знания в медицинското образование. 10% от анкетирания са отговорили отрицателно, т.е. не се чувстват готови за изучаване на толкова сложна наука в първи семестър.

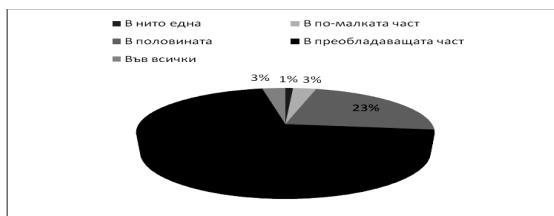
На фигура 1 е отразено графично резултата от въпроса: „Според Вас, обучението по Анатомия в хармония ли е с другите дисциплини изучавани по същото време?”. Разпределението на отговорите е 58% отговарят с „да”; 36%

отговарят с „не“ и 6% „не могат да преценят“. Положително отговорилите студенти от специалност „Акушерка“, са с общ брой 17. Те считат, че знанията получени за устройството на човешкото тяло са в помощ за по-лесното усвояване на другите изучавани дисциплини; 8 студента отговорили с „не“ считат, че обучението по Анатомия включва материал с голям обем и сложност, застъпва се и с изучаване на латински език. Предпочитат да имат основа по езика и след това да изучават дисциплината за да възприемат по-лесно информацията. От специалност „Медицинска сестра“, 24-ри студента отговарят положително. Те определят науката Анатомия, като основна и всяка следваща изучавана дисциплина е взаимствана от нея. Отрицателно отговорили студенти са с общ брой 14 и считат това обучение за основа и смятат, че трябва да бъде изучавана индивидуално.



Фиг.1 В хармония ли е обучението по Анатомия с другите дисциплини изучавани по същото време?

На фигура 2 графично е показано мнението на анкетираните студенти по въпросът: „В колко от изучаваните по същото време дисциплини се ползват знанията по Анатомия?“ 70% от студентите, специалност „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ отговарят в преобладаващата част. Те считат, че Анатомията е наука за живота и е в тясна връзка с изучаването на другите дисциплини, давайки едно пълно и цялостно овладяване и добро опознаване на човешкия организъм. 23% от студентите са на мнение, че в половината от дисциплините изучавани в същото време се ползват знанията по Анатомия.



Фиг. 2. В колко от изучаваните по същото време дисциплини се ползват знанията по Анатомия?

На въпроса „Смятате ли, че ще Ви се наложи, да четете отново Анатомия, при навлизане на нови дисциплини?“ 90% от студентите и от двете специалности са сигурни, че ще четат отново Анатомия. С развитието на новите технологии и постоянните изследователски открития се дава тласък в развитието на медицината, следователно и усъвършенстване в опознаването на предимствата и възможностите на човешкия организъм. С постоянното усъвършенстване се разширяват и знанията по Анатомия. Студентите имат необходимост от непрекъснато сверяване и запознаване с новата информация, за да бъдат качествени и добре обучени медицински специалисти.

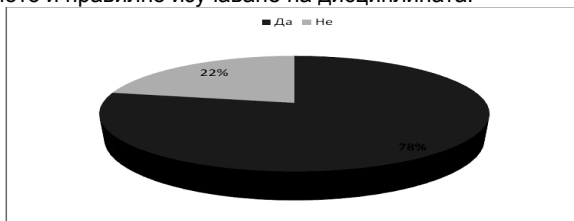
На въпроса „Считате ли, че съотношението – лекции/упражнения е подходящо за овладяване на дисциплината?“, студентите отговориха 34% с „да“ и 66% „не“. Причина за повече отрицателни мнения е, че Анатомията притежава огромен обем информация и специфичен език. Времето от един семестър с 30 часа лекции и 15 часа упражнения по Анатомия не е достатъчно за придобиване на основни знания и овладяване на дисциплината. Студенти от специалност „Медицинска сестра“, отговорили с „да“ са на мнение, че това, което не са успели да овладеят в часовете по Анатомия, ще им бъде изяснено в другите изучавани дисциплини. Студенти от специалност „Акушерка“, отговорили с „да“, считат, че съотношението е подходящо. Според тях, професията която ще упражняват не изисква по-подробно овладяване на дисциплината.

На фигура 3 виждаме отговора на въпроса: „Какво бихте предпочели – да се увеличат лекциите или да се увеличат упражненията?“. 32% от студентите предпочитат да се увеличат лекциите, за да имат достатъчно знания за овладяване на практичните упражнения; 68% от студентите предпочитат да се увеличат упражненията. Според тях практичното и визуално опознаване на всички органи и системи е необходимо за по-лесно овладяване на материала.



Фиг. 3. Какво бихте предпочели – да се увеличат лекциите или да се увеличат упражненията?

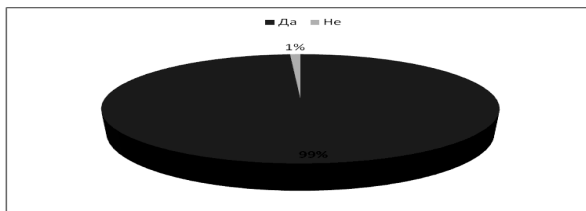
Фигура 4 изобразява отговорът на въпроса „Смятате ли , че е удачна формата за самообучение и самоконтрол чрез достъпните в мрежата тестове?“. 78% са отговорили с „да“ и 22% „не“. Положително отговорилите студенти от специалност „Медицинска сестра“ считат, че това е допълнителен метод на мотивация за изучаване на дисциплината, отговорилите „не“, предпочитат обучение, контрол и оценка от преподавател. Студентите от специалност „Акушерка“, отговорили „да“, предпочитат тестовата подготовка, защото чрез нея имат допълнително време за подготовка и затвърждаване на знанията. Отрицателно отговорилите студенти са на мнение, че чрез мрежовите тестове овладяват определени елементи от анатомията, но не и цялостното и правилно изучаване на дисциплината.



Фиг. 4. Смятате ли , че е удачна формата за самообучение и самоконтрол чрез достъпните в мрежата тестове?

Отговор на въпроса „Считате ли, че общуването с преподавателите помага за овладяване на материала?“ виждаме на фигура 5. 99% от студентите и от двете

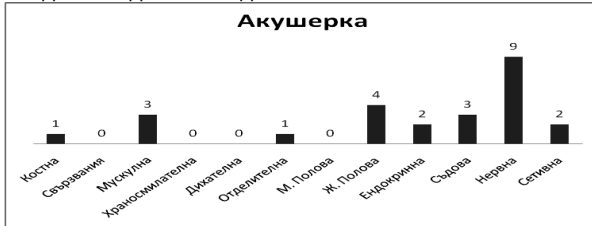
специалности считат, че общуването с преподавателя е в основата за овладяване на материала и 1% от студентите имат нужда от допълнителни източници.



Фиг. 5. Считате ли, че общуването с преподавателите помага за овладяване на материала?

На следващият въпрос „Смятате ли, че разпределението на учебната тематика по органи и системи отговаря на нуждите на обучението?“, отговорите са както следва: 67% от студентите отговарят с „да“; 23% отговарят с „не“; 10% не могат да преценят. Тези, дали положителен отговор предпочитат разпределението. По-този начин се стига до много по-точно познание за устройството на човешкото тяло и за функциите на всяка от неговите системи. Това помага системите да се опознаят по-добре, да се определят различните видове тъкани, изграждащи органите и строежът на най-простите му елементи. Студентите отговорили 23,6% с „не“ считат, че разпределението на определени системи от човешкото тяло, съдържат голям обем информация от необходимото.

Последният въпрос пожелахме да разгледаме индивидуално за да направим съпоставка между желанията и очакванията на студентите от специалност „Медицинска сестра“ и „Акушерка“. Въпросът е: „По коя от посочените системи, бихте желали да има повече учебна ангажираност?“ - Костна система; Свързвания на костите; Мускулна система; Храносмилателна система; Дихателна система; Отделителна система; Мъжка полова система; Женска полова система; Ендокринна система; Съдова система; Нервна система; Сетивна система. На фигура 6 виждаме, че посочената система от която студентите от специалност „Акушерка“, желаят да имат по-голяма ангажираност е Нервната система. Студентите предпочитат в учебният план да бъде отделено по-голямо внимание на тази система. Причина за това е че, тя е една от най-сложно устроените и функциониращи системи в човешкото тяло. Тя обединява и същевременно контролира всички процеси в човешкият организъм. Изисква задълбочено изучаване, чрез различни механизми, които да позволят да се надникне по дълбоко в човешкият интелект и възможности.



Фиг. 6. По коя от посочените системите, бихте желали да има повече учебна ангажираност?

На фигура 7 е посочената системата от която студентите от специалност „Медицинска сестра“, желаят да имат по-голяма ангажираност е Мускулна система. Студентите предпочитат в учебният план да бъде отделено по-голямо внимание на тази система, причина за това е, че тя съдържа огромно по състав разнообразие,

много терминология и е активната част на двигателният апарат. Според тях времето отделено за изучаване не е достатъчно за да получат основни знания по дадената система.



Фиг. 7. По коя от посочените системите, бихте желали да има повече учебна ангажираност?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Извършеното анкетно проучване показва, че преподавателят по Анатомия влияе върху формирането на трудово-професионалният и личностен облик на бъдещият медицински специалист, използвайки висок професионализъм и индивидуален стил на работа. Предоставените за самоподготовка тестови задачи, подобряват овладяването на тежката анатомична тематика. Недостатък, който се поставя от извършеното изследване е прекалено малък брой лекционни часове и часове за практични упражнения, които се отделят за овладяване на основна и важна дисциплина, като Анатомия.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Ставрев, Д., Г. Иванова, Изследване на ефекта от прилагане на електронно обучение, като част от комплексния метод в преподаването. СЪВРЕМЕННИ МЕТОДИ И ТЕХНОЛОГИИ В НАУЧНИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ, В: Сборник с доклади от международна научна конференция, Издателство «Наука и икономика», Икономически университет - Варна, Варна, 2013, с. 186-192.

[2] Ставрев, Д., И. Сербезова, Е. Лебикиан, В. Манукян, Използване на Web базирани тестове в обучението по анатомия, Научни Трудове на Русенския Университет, 2008, Том 47, Серия 5.4.

За контакти:

Веселка Михайлова, I курс, специалност „Акушерка“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи на Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail: veselka.mihailova@abv.bg

Бисерка Стилиянова-Тодорова, I курс, специалност „Медицинска сестра“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, на Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail: viv2609@abv.bg

Научни ръководители:

Гл. ас. д-р Димитър Ставрев, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, на Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail:

Ас. Иринка Христова, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, на Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail:

Докладът е рецензиран.

Практически подход за оптимизиране участието на медицинската сестра в процеса на информирано съгласие на пациента чрез въвеждане на алгоритъм

автор: Анна Георгиева

научен ръководител: Доц. Мария Вълканова, д.п.

Practical approach to optimize the involvement of nurses in the process of informed consent of the patient by introducing algorithm: The article presents an algorithm developed by us to obtain informed consent from the patient and expert evaluation of its feasibility. The results show that the experts approved the presented algorithm and consider it useful in nursing practice.

Keywords: algorithm, expert evaluation, informed consent, nurse, patient, practical approach

ВЪВЕДЕНИЕ

Законното право на информирано съгласие за лечение и здравни грижи е едно от най-важните основни права на всеки пациент. Упражняването на това право е в най-добър интерес на пациента, здравните специалисти и институции. Във връзка с това, проучването, разработването и внедряването на практически подходи за оптимизиране участието на медицинската сестра в процеса на информирано съгласие на пациентите има важно теоретично и практическо значение.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Настоящото изследване е част от цялостно, задълбочено, систематизирано проучване на възможностите за оптимизиране участието на медицинската сестра в процеса на информирано съгласие на пациента. Анализът на литературните източници и резултатите от проучването ни дават възможност да разработим и предложим практически подходи за получаване информирано съгласие от пациента, които ще оптимизират участието на медицинската сестра в процеса на информирано съгласие.

На базата на проучени добри практики разработихме **Алгоритъм за получаване информирано съгласие от пациента.**

Алгоритъмът се опира на единно възприетите от повечето доктрини пет елемента, съдържащи се в понятието „информирано съгласие“:

- Предоставяне на необходимата информация;
- Разбиране на предоставената информация;
- Осъзнаване на информацията;
- Придобиване на „компетентност“ у пациента;
- Даване на съгласие [1, 2, 3, 7, 8, 10].

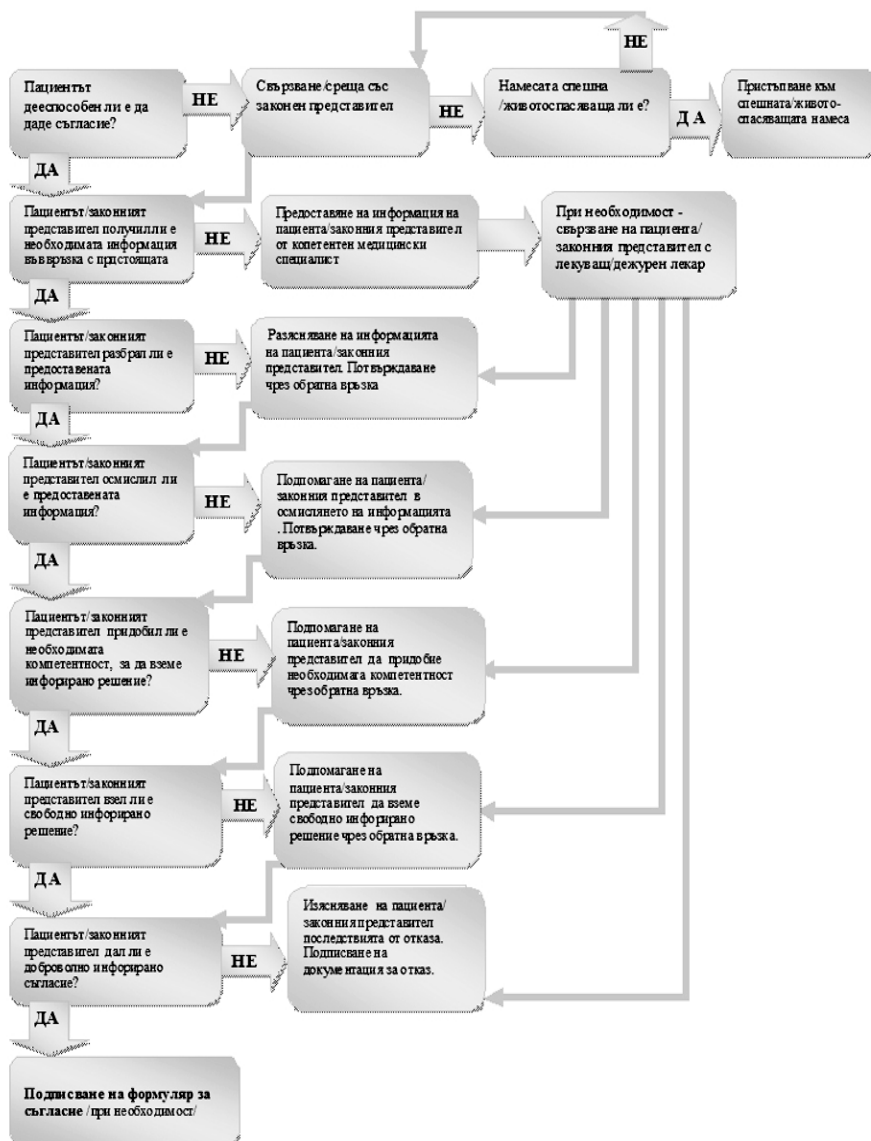
Същевременно в основата на алгоритъма са и трите условия за валидност на съгласието, възприети от повечето автори, работещи по проблема:

- Компетентност на пациента за волеизявление;
- Предоставяне на информация необходима за неговото съгласие;
- Доброволност на съгласието (свободно изразено съгласие) [2, 4, 5, 6, 8, 9].

Алгоритъмът включва систематична последователност от действия на медицинската сестра в процеса на информирано съгласие, които осигуряват професионална сигурност, ефективност на самия процес и валидност на съгласието на пациента.

Предложеният алгоритъм е приложим както в процеса на получаване на общо съгласие за лечение и грижи, в който медицинската сестра е партньор на лекаря, така и в процеса на получаване на съгласие за конкретни сестрински интервенции, извършвани автономно или по лекарско назначение.

Схематично Алгоритъм за получаване информирано съгласие от пациент е представен на Фиг.1.



Фиг.1. Алгоритъм за получаване информирано съгласие от пациент

Цел на проучването

Провеждане на експертна оценка на разработения от нас алгоритъм за получаване информирано съгласие от пациент като практически подход за оптимизиране участието на медицинската сестра в процеса на информирано съгласие на пациента, с оглед въвеждането му в практиката на медицинската сестра, след адекватно актуализиране и приемане от съответните институции.

Материал и методика на проучването

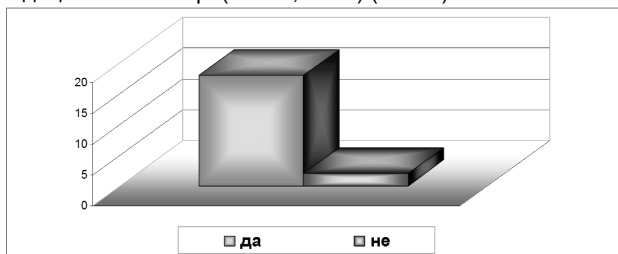
Приложен е анализ на литературни източници. За постигане на целта бе разработен въпросник за стандартизирано интервю за експертна оценка, съдържащ 9 въпроса, два от които закрити и 7 полузакрити. Включени бяха експерти (старши медицински сестри, $n = 20$), работещи в университетските МБАЛ – гр. Варна, в които се провежда практическо обучение и преддипломен стаж на студентите от специалност „Медицинска сестра” - Медицински университет – гр. Варна.

Резултати и обсъждане

На експертите бе предоставена възможност да разгледат предложения от нас алгоритъм за получаване информирано съгласие от пациент и наред с отговорите на въпросите от стандартизираното интервю, в свободен текст да посочат своите критични бележки и съответни предложения.

След като се запознаха със съдържанието на предложения от нас алгоритъм за получаване информирано съгласие от пациент, всички експерти посочиха, че го одобряват и нямат критични бележки и предложения ($n = 20$).

Почти всички експерти изразиха мнение, че е приложим и ще се възприеме в работата на медицинските сестри ($n = 18$; 90%) (Фиг. 2).

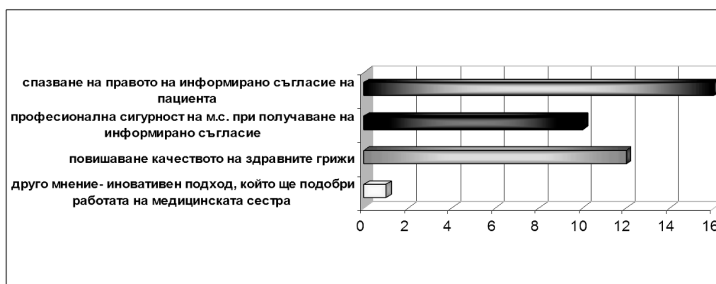


Фиг.2. Практическа приложимост на алгоритъма за получаване информирано съгласие

Според експертите, прилагането на алгоритъма за получаване информирано съгласие от пациентите ще допринесе за:

- повишаване качеството на здравните грижи ($n = 12$);
- професионален комфорт и сигурност на медицинската сестра при получаване на информирано съгласие от пациента ($n = 10$);
- спазване на правото на информирано съгласие на пациента ($n = 16$);

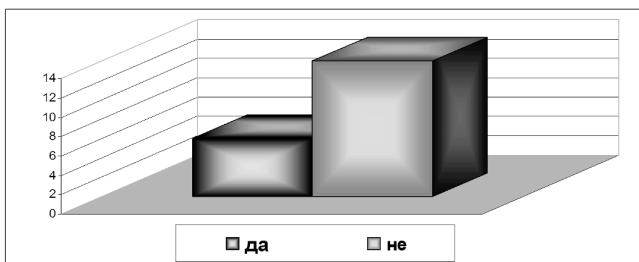
Интерес представлява и мнението на една от старшите медицински сестри – експерти, която в свободен текст посочва, че според нея това е иновативен подход, подобряващ работата на медицинските сестри и удовлетвореността на пациентите (Фиг 3).



Фиг.3. Значение на алгоритъма за получаване на информирано съгласие на пациента за сестринската практика

Отрицателно отговорилите експерти (n=2) изказват опасения относно възприемането на алгоритъма в практиката, във връзка с недостига на медицински сестри, пренатовареност на персонала и липсата на време. Същите отговори са посочени от тях и на въпроса „Считате ли, че предложения алгоритъм за получаване на информирано съгласие на пациентите би затруднил медицинските сестри?“ Още четирима от експертите, които считат, че алгоритъмът ще се възприеме в работата на медицинските сестри, предполагат възможни затруднения, свързани с прилагането му в практиката. Като такива, те посочват:

- Определяне дееспособността на пациента да даде съгласие (n = 2);
- Свързване / среща със законен представител (n = 3);
- Свързване на пациента / законния представител с лекуващ/дежурен лекар при необходимост (n = 3);
- Определяне дали информацията е в компетенциите на медицинската сестра (n = 1);
- Определяне дали пациентът разбира напълно предоставената информация (n = 3);
- Определяне дали пациентът е осмислил необходимата информация (n = 1);
- Определяне дали пациентът е придобил необходимата компетентност да даде съгласие (n = 2).



Фиг.4. Разпределение на отговорите на експертите на въпроса „Считате ли, че предложения алгоритъм за получаване на информирано съгласие на пациентите би затруднил медицинските сестри?“

Повечето от експертите считат, че предложения алгоритъм за получаване на информирано съгласие на пациентите не би затруднил медицинските сестри (n=14) (Фиг. 4).

Получените резултати са доста обнадеждаващи и доказват проложимостта на алгоритъма в практиката на медицинската сестра, след адекватно актуализиране и приемане от съответните институции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализът на получените експертни мнения показва, че предложеният практически подход за оптимизиране участието на медицинската сестра в процеса на информирано съгласие на пациента – алгоритъм за получаване на информирано съгласие се приема положително от експертната група. Експертите считат, че той е иновативен подход, който ще спомогне за спазване на правото на пациентите на информирано съгласие, за подобряване ефективността на процеса на получаване на информирано съгласие на пациента, професионална сигурност на медицинските сестри, като и подобряване качеството на предоставените сестрински грижи.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Александрова, С., Медицинска етика. Плевен: Издателски център на МУ – Плевен, 2007.
- [2] Александрова – Янкуловска, С., Биоетика. Плевен: Издателски център МУ – Плевен, 2014.
- [3] Воденичаров, Ц., С. Попова. Медицинска етика. София: ДАК, 2003.
- [4] Вълканова, М., Медицинско право. Варна: СТЕНО, 2014.
- [5] Голева, П., Цв. Панов. Съгласието на пациента и задължението на лекаря за неговото информиране. Съвременно право, 2003, 4, 27 - 42.
- [6] Грънчарова, Г., С. Александрова, А. Велкова. Медицинска етика. Плевен: Издателски център на ВМИ – Плевен, 2001.
- [7] Димитрова, Св., Информиранието съгласие в медицинската практика. Стара Загора: Алфамаркет, 2003.
- [8] Зиновиева, Д., П. Салчев. Права на пациента. София: СИЕЛА, 1998.
- [9] Митков, В., М. Вълканова. Здравно законодателство, Варна: РА"Дона 13", 2005.
- [10] Тончева, С., Обучение на медицинските сестри за получаване на информирано съгласие от пациента. Здравна икономика и мениджмънт, IV, 2004, 2(12), 24-29.

За контакти:

асистент Анна Петрова Георгиева, докторант в Катедра "Здравни грижи", ФОЗ, Медицински университет "Проф. д-р Параскев Стоянов" - гр. Варна, сл. тел.: 052-677 206, моб. тел.: 0879 53 54 85, e-mail: anngebq@gmail.com

Докладът е рецензиран.

Сестрински грижи за намаляване на сърдечно-съдовия риск при лечение на пациенти със захарен диабет тип 2

автор: Диана Иванова

научен ръководител: Мариана Желязкова

Nursing care in lowering the risk of heart attack when treating patients with diabetes mellitus type 2: *Diabetes mellitus type 2 is developed after the age of 40. It is the more common type of diabetes and is associated with overweight, lack of physical activity, hereditary factors and the risk of heart attack. Nursing care helps to lower the risk of heart attack in patients diagnosed with diabetes mellitus type 2 by adhering to a diet, losing body weight and increasing physical activity.*

Key words: *Nurse care, Treating, Diabetes mellitus type 2, Risk of heart attack*

ВЪВЕДЕНИЕ

Захарният диабет (наричан още захарна болест или само диабет) е на практика доживотно заболяване, което предизвиква увреждане на кръвоносните съдове и нервната система след по-дълъг период от време. Диабет тип 2 се развива след 40-годишна възраст, той е по-разпространен и е обвързан с наднормено тегло, обездвижване, наследствена обремененост и сърдечно-съдов риск. Неконтролираният и късно диагностициран диабет уврежда сърцето и кръвоносните съдове. Усложненията водят до коронарно сърдечно заболяване, инфаркт и заболявания на периферните артерии. Диабет тип 2 може да причини сериозни увреждания на всички органи, в това число и сърдечно-съдовата система. Сърдечните заболявания са едни от водещите усложнения при диабет тип 2.

Дълготрайното високо ниво на кръвната захар ускорява развитието на атеросклероза и в резултат на това всички големи кръвоносни съдове в организма се покриват с атеросклеротични плаки. Това стеснява съда и влошава доставката на кръв към съответния орган. В определен момент върху атеросклеротичната плака може да се образува тромб, който ако се откъсне, може да запуши напълно съда и да прекъсне изцяло кръвотока към даден орган.

Това е най-ясно изразено в случая на кръвоносните съдове, хранещи сърцето (коронарните артерии), тези, доставящи кръв към главния мозък и долните крайници. В голяма част от случаите (особено на тип 2 захарен диабет) високата кръвна захар е съпроводена от редица други метаболитни нарушения като висок холестерол и триглицериди, високо кръвно налягане и затлъстяване, които също са много важен фактор за развитие на атеросклероза.

Всички тези фактори водят до по-висок риск (2 до 4 пъти) от развитие на инфаркт на сърцето и други сърдечно-съдови заболявания, по-висок риск от развитие на мозъчен инсулт и хронична артериална недостатъчност на долните крайници. Често стенокардията (гръдна жаба) при диабетичите не предизвиква оплаквания поради увреждане на нервите на сърцето и самите болни не знаят, че сърдечният им мускул страда от липса на достатъчно кръв и кислород.

В резултат от увреждането на големите и малки кръвоносни съдове, всяка тъкан и орган в човешкото тяло страда от намалено кръвоснабдяване. Кръвта носи хранителните вещества за клетките както и повечето елементи на защитната система на тялото (бели кръвни клетки и антитела). [2]

ИЗЛОЖЕНИЕ

За да се приложат адекватни грижи за пациентите със захарен диабет, медицинската сестра изработва краткосрочен и дългосрочен план за грижи, въз основа на отличната си теоретична подготовка - да познава основните симптоми, рискови фактори, възможно лечение, усложнения, отнасящи се за конкретния

пациент. Пациентът трябва да бъде запознат със заболяването и състоянието си от лекар, от кой тип диабет страда и какво лечение ще прилага. Медицинската сестра може да разговаря с него по въпроси, които го интересуват и проблеми, които среща в ежедневието си с болестта. Пациентите със захарен диабет се наблюдават в извънболничната помощ, като провеждат контролни изследвания на урината и кръвта, профилактични прегледи при специалисти и при влошаване на състоянието или поява на усложнения се хоспитализират в болница. Медицинската сестра трябва да може да обясни на пациента важността от поддържането на нормални стойности на кръвната захар, като за целта пациентите периодично и при необходимост провеждат урино-захарни и кръвно-захарни профили, изследване на гликиран хемоглобин (HbA1c, вариант на нормалния хемоглобин, към молекулата на който е прикрепена една молекула глюкоза; отразява средната глюкозна концентрация в предшестващите 2-3 месеца, поради тази причина, нивото на A1c се нарича също и дългосрочна памет на кръвната захар; нормалните стойности са 5-6%, като при захарен диабет те се повишават) [3].

Медицинската сестра обучава болните как да ползват за самоизследване глюкомер в домашни условия и задължително да водят дневник. (Стойностите на кръвната захар трябва да се движат: на гладно и преди хранене: между 4 и 7 mmol/l; след хранене между 8 и 10 mmol/l) . В дневника трябва да се записва измерената стойност на кръвна захар, изследвания на урина, вида и дозите на инсулина. При пореден преглед данни се обсъждат с лекуващия екип. Необходимо е редовно контролиране на артериалното налягане (поддържане на стойности до 130/80 mmHg) и поддържане стойностите на мастните показатели в кръвта в граници на нормата (общ холестерол под 4,9 mmol/l и триглицериди под 1,8 mmol/l), т.к. те водят до усложнения - ранно увреждане на съдовете, атеросклероза, ИБС, инфаркт на миокарда и др. Това се постига чрез намаляване на телесното тегло, спиране на тютюнопушенето, ограничаване на мазнините и солта, ежедневна физическа активност. Превенцията е насочена към хора с повишен риск от развитие на захарен диабет и към цялото население. Тя е изключително важна, защото може да отложи или възпрепятства въобще изявата на захарния диабет. Превенцията на захарен диабет тип 2 при хора с повишен риск включва следните интервенции за понижаване на сърдечно-съдовия риск:

- 1/ Промяна на начина на живот – телесно тегло, физическа активност;
- 2/ Фармакологични средства.

Медицинската сестра спомага за намаляване на сърдечно-съдовия риск на пациенти след поставена диагноза захарен диабет тип 2, като може да насочи усилията на болните към следното:

1. Спазване на хранителен режим - основни правила при захарен диабет тип 2 – типизиране на диетата съобразно телесното тегло /resp. индекс на телесна маса, ИТМ/; режим на хранене; избор на храни.

2. Повишаване на физическата активност – полза, интензивност, коморбидност.

3. Намаляване на телесно тегло - пациентите със захарен диабет тип 2 трябва да бъдат стимулирани за постигане и поддържане на нормално телесно тегло - ИТМ < 25.0 kg/m² с обиколка на талията под 80 cm при жените и под 94 cm при мъжете.

- Нормално телесно тегло – ИТМ < 25.0 kg/m²
- Наднормено телесно тегло - ИТМ =25.0-29.9 kg/m²
- Затлъстяване - ИТМ > 30.0 kg/m² и обиколка на талията (през пъпа) > 80 cm при жените, > 94 cm при мъжете.

4. Тютюнопушене - трябва да се спре или поне да се редуцира до минимум, тъй като има данни за неблагоприятен ефект върху периферното инсулиново действие, както и върху сърдечно-съдовия риск. Освен доказан голям сърдечно-съдов

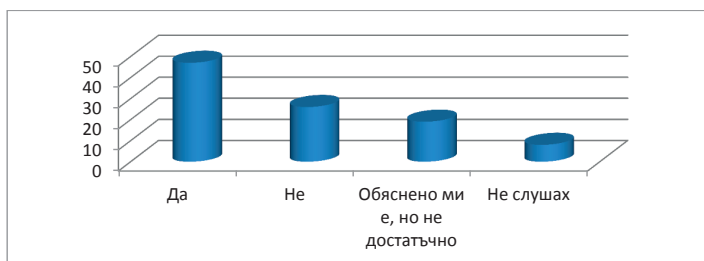
рисков фактор, тютюнопушенето е причина за поява на рак на белия дроб и

ларинкса; допринася за изява или влошаване на аутоимунните болести на щитовидната жлеза, на язви на стомаха, поява на бедрени остеопорозни фрактури и други. Следва да се положат всички усилия за прекратяването му. Като помощни стратегии се препоръчват употреба на електронни цигари, никотинови дъвки, лепенки. Други рискови фактори за развитие на тип 2 диабет, някои от които са характеристики на метаболитния синдром X, са:

- повишено кръвно налягане
- високи кръвни масти (триглицериди)
- развитие на гестационен диабет по време на бременността и раждане на плод над 4 кг.

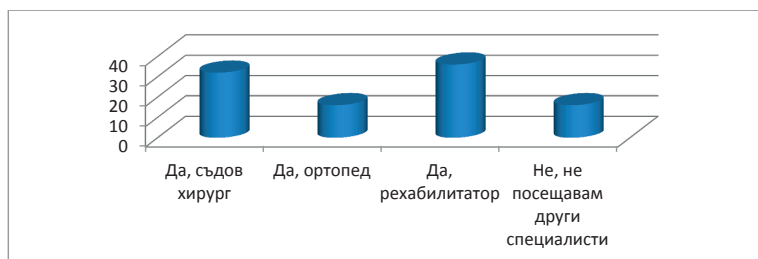
• диета, богата на мазнини
 • консумация на големи количества алкохол
 • заседнал начин на живот
 • напреднала възраст - рискът се покачва около 45 годишна възраст и нараства значително след 65 години други.

За целта на нашето изследване по проблемите на сестринските грижи за намаляване на сърдечно-съдовия риск при пациенти със захарен диабет тип 2 е изготвено анкетно анонимно проучване между 30 пациенти на лечение в Ендокринологично Отделение на МБАЛ „Д-р Ив. Селимински“ АД–Сливен в периода януари 2015 г. – март 2015 г. Резултатите са представени на фигури от 1 до 3.



Фиг. 1 Получавате ли достатъчно знания при изписването относно: вашето заболяване, предпазване от сърдечно-съдов риск, регулиране на наднорменото телло, физическа активност?

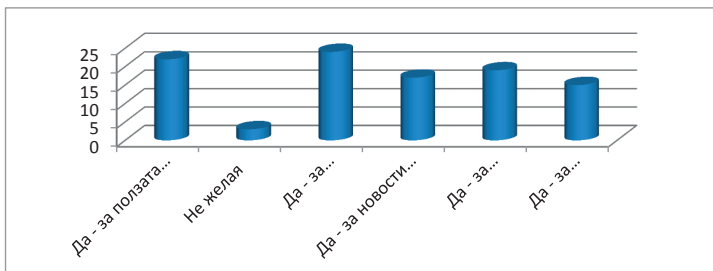
Близо ¼ от пациентите (23%) не получават достатъчно знания относно предпазването от сърдечно-съдов риск при своето изписване, за 16% обясненията са недостатъчни, не са получили никакви знания 17%, а 44% са удовлетворени.



Фиг. 2. Посещавате ли и други специалисти за намаляване на усложненията от захарен диабет?

Пациентите са посещавали и други специалисти за откриване на усложнения. Почти 1/3 са посетили съдов хирург (32%), ортопед – 16% и най-много –

рехабилитатор – 36%. За съжаление една определена група пациенти (16%) не са посетили никакви други специалисти.



Фиг. 3 Желаете ли да бъдете обучавани относно Вашето лечение и на каква тематика?

Пациентите са разбрали значимостта от обучение за тяхното лечение и е обнадеждаващо, че сред желанията им за обучение по проблемите на захарния диабет са въпросите на хранителния режим – (22%), за упражняване на физическа активност – (21%), за предпазване от сърдечно-съдов риск – (17%) и за намаляване на телесното тегло и ограничаване на затлъстяването – (13%) .

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Захарният диабет е един от най-важните рискови фактори за сърдечно-съдови инциденти. Около 80% от диабетиците умират от сърдечно-съдов инцидент, 75% от тях от сърдечно-съдови заболявания или от остър инфаркт на миокарда. В проучването InterHeart е установено, че заедно с хипертонията и абдоминалното затлъстяване захарният диабет спада към най-важните фактори, които водят до инфаркт на миокарда [5].

На първо място сред рисковите фактори е дислипидемията. „Около половината от всички пациенти, които прекарват остър инфаркт на миокарда, имат стойности на липидите извън нормата“, докладва проф. д-р Франсоа Мах [François Mach] от отделението по кардиология към Университетската болница в Женева. [4] При пациентите, болни от захарен диабет, освен дислипидемията по правило се добавят и други сърдечно-съдови рискови фактори като наднормено тегло, хипертония или тютюнопушене.

Налице са многобройни данни, подкрепящи значението на наднорменото тегло и затлъстяването в патогенезата и прогресията на сърдечно-съдовите заболявания. Затлъстяването уврежда сърдечно-съдовата система директно по различни механизми и в крайна сметка увеличава сърдечно-съдовата и общата болестност и смъртност. Борбата с епидемията от затлъстяване, която се наблюдава в световен мащаб, е изключително важна с оглед на намаляване на бремето на сърдечно-съдовите заболявания [1].

ЛИТЕРАТУРА

[1] Бауренски Л. Наднормено тегло, затлъстяване и сърдечно-съдов риск. Списание „Наука ендокринология“, 2013 г., бр. 1, стр. 17-18.

[2] Кулински К. Основни стандарти за сърдечно-съдова превенция при захарен диабет, Credo Web, стр. 5-7.

[3] Томчева М. Реферат „Сестрински грижи“, стр. 5.

[4] Costa et al, BMJ 2006; 332 (7550): 1115-24

[5] Yusuf et al, Lancet 2004; 364 (9438): 937-52

За контакти:

Автор: Диана Иванова, Катедра “Здравни грижи”, Медицински университет
“Проф. Д-р Параскев Стоянов” – Варна, Филиал Сливен, GSM: 0886 281617, e-mail:
marijel61@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Поведение и сестринска грижа сред болни с хиповолемичен шок

автор: Ралица Рангелова, Теодора Георгиева
научен ръководител: ас. А.Георгиева

The topic that we will present to you today is about the nursing care needed by patients with hypovolemic shock. We examined aggregate data for shock, especially for hypovolemic one. Besides the clinical picture, diagnosis and treatment, we have information about the prevention of the shock.

Keywords: hypovolemic shock, clinical picture, treatment, prevention, nursing care

ВЪВЕДЕНИЕ

Хиповолемичният шок включва всички състояния, при които бързата загуба на течности може да доведе до последваща множествена органична дисфункция и недостатъчност. Шокът не е заболяване, а синдром с комплексна етиология. Познати са над 100 различни етиологични форми на шок, чието разнообразие може да бъде сведено до промяна на три основни величини на кръвообръщението: 1. Остро несъответствие между съдовия капацитет и съдовото съдържимо (кръвен обем); 2. Остра сърдечна недостатъчност (кардиогенен шок при сърдечен инфаркт); 3. Нарушения в микроциркулацията (дистрибутивен шок при септични състояния, при травми на ЦНС и др.) [4].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Хиповолемичен шок може да възникне вследствие на загуба на кръв при външно или вътрешно кървене от травма, заболявания на ГИТ, бели дробове; загуба на плазма при изгаряния; загуба на екстрацелуларна течност при повръщане, диария, остри панкреатити, перитонити, ендокринни заболявания.

Сърдечно-съдовата система първоначално реагира на хиповолемичния шок с увеличаване на сърдечната честота, повишаване на миокардния контрактилитет и свиване на периферните кръвоносни съдове. Този отговор се появява вследствие на повишено освобождаване на норадrenalин и намаляване на изходните стойности вагусовия тонус (регулиру се от барорецепторите в сънната артерия, аортната дъга, ляво предсърдие и белодробните съдове). Сърдечно-съдовата система също реагира чрез преразпределение на кръвта към мозъка, сърцето и бъбреците, и далеч от кожата, мускулите, както и стомашно-чревния тракт.

Бъбречната система отговаря на хиповолемичния шок, като стимулира увеличаване на секрецията на ренин от юкстагломерулния апарат. Ренина преобразува ангиотензиноген в ангиотензин I, който впоследствие се превръща в ангиотензин II от белите дробове и черния дроб. Ангиотензин II има 2 основни ефекта, и двата от които помагат да се преодолее хиповолемичния шок, вазоконстрикцията на артериоларната гладка мускулатура, както и стимулиране на секрецията на алдостерон от кората на надбъбречната жлеза. Алдостерон е отговорен за активна реабсорбция на натрий и последващо опазването на водата. Невроендокринната система отговаря на хиповолемичния шок, причинявайки увеличение на циркулиращия антидиуретичен хормон (АДХ). АДХ се освобождава от задния дял на хипофизната жлеза в отговор на намаляване на кръвното налягане и на концентрацията на натрий (което се открива от осморецепторите). АДХ косвено води до повишена реабсорбция на вода и сол от дисталните тубули, събирателните канали, и бримката на Хенле. [2]

Клинична картина. Симтомите зависят както от обмените загуби и скоростта, която са настъпили, така също от възрастта и преморбидното състояние на пациента. Най – често болните са с тахикардия, хипотония, разлика между ректална

и кожна температура, намалено пулсово налягане, колабирали шийни вени, студена и бледа кожа. Възможно е в легнало положение артериалното налягане да е нормално, а да се понижава в изправено – ортостатизъм. Имат сух език и чувство на жажда. Урината е концентрирана, малко по обем, а в по –тежки случаи изобщо може да няма диуреза (анурия). Нарушения в съзнанието – неспокойствие, неадекватност, кома.

За уточняване на диагнозата се осъществяват изследвания като рентгенография, ехография, компютърна томография, кръвни изследвания и други. От лабораторните изследвания се наблюдава хемоконцентрация или анемия в зависимост от причината за хиповолемичния шок, но в ранните етапи може да няма съществена промяна в концентрацията на хемаглобина. От анализа да кръвните газове – хипокапния и различна степен на хипоксемия и десатурация на хемаглобина.

Лечение

Лечението на хиповолемияния шок протича в няколко етапа. Основни принципи за поведение ключват:

- Вички пациенти с шок се лекуват в интензивно отеление.
- Необходимо е незабавно осигуряване на проходими дихателни патища, адекватна вентилация и стабилизация на циркулацията.
- Подаване на кислород през маска. При пациенти с нарушено съзнание, екстремна хипотония или неадекватна вентилация е необходимо да се обсъди нуждата от ендотрахеална интубация и механична вентилация.
- Осигуряване на възможно най – бързия достъп до кръвообращението (перферен или централен венозен източник). Канюлирането на централна вена дава възможност за вливания, също така и за приложение на медикаменти и за хемодинамичн мониторинг.
- Заместване на водно-електролитните загуби- кристалоидни разтвори (Рингер, Дартман, Зароу); колоидни разтвори (Хемодекс).
- Заместване на кръво- и плазмозагубите с пълноценна кръв- Ег маса, Албумин, Антихемофилен глобулин.
- Хемодиамичен мониторинг – проследяване на промените в сърдечната честота, артериалното налягане, централно венозно налягане, при индикации поставяне на балон – плаващ катетър в белодробната артерия и измервания на ударен и минутен обем на сърцето, периферно съдово съпротивление, белодробно съдово съпротивление и вклинето белодробно налягане.
- Изследване на артериалната кръв за преценка на промените в алкално – киселиния статус.

• Поставянето на уретрален катетър позволява да се следи часова диуреза и да се отчита ефекта от лечението.

• Оксигенотерапия и спешна фармакотерапия, включваща вазодилатиращи средства, симпатомиметици и кардиотоници.

Задължения на медицинската сестра

Задълженията на медицинската сестра са твърде големи, отговорни и трудоемки: постоянно пряко наблюдение на болния и поддържане на необходимото му положение в леглото, тъй като често е на лице психомоторна възбуда и той се опитва да става. Тези болни при недобър контрол падат от леглото и могат да си предизвикат допълнителни травми. По правило трябва да се настаняват на функционални легла със странични рамки. Включване и следена на монитора на електрокардиограмата на болния и сигнализиране при най-малкото отклонение от нормата. Осигуряване на правилно провеждане на кислородолечението. Измерване и нанасяне в специален реанимационен лист, през 30, 60 или 90мин. на пулс, кръвно налягане, дишане, диурезата, влетите течности, в зависимост от назначението на лекар. Следена за правилното функциониране на инфузионните системи.

Осигуряване вземането и доставянето на всички лабораторни изследвания (хематокрит, КАП и т.н.) и нанасянето им в реанимационния лист. Рехабилитационните мероприятия след преодоляването на остро състояние трябва да се провеждат много бавно и строго индивидуализирано.

Превенция

- *Тютюнопушене*: Отказването на цигарите намалява риска от получаването на хиповолемичен шок.

- *Поддържане на здравословно тегло*: Наднорменото тегло допринася за други рискови фактори за инфаркт, кардиогенен шок и хиповолемичен шок. Загуба на тегло по-малко 10 паунда (4.5 кг) може да понижи кръвното налягане и подобряване на нивата на холестерола.

- *Редовно спортване*: Упражненията намаляват риска от сърдечен удар по много начини. Упражнението може да намали кръвното налягане, да повишат нивото си на липопротеините с висока плътност (HDL) холестерол, и подобряване на цялостното здравословно състояние на кръвоносните съдове и сърцето. Ежедневно включване на дейности - като ходене, бягане за здраве, плуване или колоездене - по-голямата част, ако не всички, ден от седмицата (около 30мин).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отново причината за шокото състояние определя до голяма степен прогнозата за пациента. Шокът еволюира от обратим в необратим. Продължителен кислороден глад започва тъкана некроза и постоянна загуба на полезна функция. Навременен оказване на първа помощ, възстановяване на сърдечния ритъм и дишането са животоспасяващи. При фибрилаторни аритмии електрошок за връщане в синусов ритъм спестява 7-10% риск всяка минута, т.е всяка минута забавяне от началото на аритмията до администриране на дефибрилацията е загуба на около 10% шанс за оцеляване. Златното правило за хирургическата намеса е не по-късно от един час от установяване на проблема. Шокови състояния с лоша прогноза са някои кардиогенни и неврогенни ситуации, където повредата е масивна и системна и пациентът може да бъде спасен или с трансплантация или с хронична сложна и временно ефективна медикаментозна терапия. Някои мозъчни увреждания превръщат пациента в напълно зависим за поддържане на основни физиологични функции чрез апарати и силни лекарства.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Белоев, Й. и кол. Грижи за болния и сестринска техника, И. Ми арсо; София, 2000.

[2] Желева, Е. Общи и специални сестрински грижи – практико-приложни аспекти-втора книга, И. ЕКС-Прес; Габрово, 2007.

[3] www.puls.bg/illnes/issue_169/

[4] www.lechitel.net

За контакти:

Теодора Бонева Георгиева II курс Медицинска сестра, Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“, гр. Варна, тел. : 0898251966, e-mail: tedibg80@abv.bg
Ралица Петрова Рангелова, II курс, Медицинска сестра, Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“, гр. Варна, тел.: 0898563340, e-mail: repirangelov@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Нагласи на стажантите медицински сестри от Университети във Варна, Русе, Плевен и Бургас за работа в диализна структура

автор: ас. Красимира Стамова
научен ръководител: Проф. д-р Стоянка Попова, д.м.

Attitudes of nursing interns from universities in Varna, Ruse, Pleven and Bourgas to work in dialysis structure: In Bulgaria the first hemodialysis structure was opened in 1962. Today operate 63 dialysis centers, dialysis over 3300 patients. In connection with nestiga of personnel in the field of nursing and considering in recent years various aspects of hemodialysis treatment at home, we set the goal to study and analyze the attitudes of trainee nurses from Universities in Varna, Ruse, Pleven and Bourgas to work dialysis structure.

Key words: attitudes, hemodialysis, motives, trainees.

ВЪВЕДЕНИЕ

Първата хемодиализа при човек с бъбречна недостатъчност е била осъществена през октомври 1924 година от проф. Georg Haas в Университета в Giessen, Германия [6].

В България хемодиализата с изкуствен бъбрек е внедрена в началото на 1962 година. [2]. От тогава реално работи първата у нас диализна структура. Неин наследник е Отделението по хемодиализа при МБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“, гр. София [9]. През 1967 година е разкрито още едно отделение за хемодиализа във ВМИ – София. Постепенно се разкриват отделения и в останалите медицински институти – Варна, Пловдив и Плевен, а след това и във Враца, Габрово, Стара Загора, Русе и др. Най-голям връх хемодиализата у нас достига през 1981 и 1982 година, когато благодарение на МНЗ отделения за хемодиализа са разкрити във всички окръжни градове на страната [5]. Днес в нашата страна работят 63 диализни центрове, диализиращи над 3 300 пациенти [8].

Във връзка с нормативните изисквания в тези структури работят лекари, медицински сестри, технолози, санитарни. Минималните изисквания към броя на медицинските сестри са – една медицинска сестра на 500 хемодиализи годишно и една медицинска сестра на 20 болни на перитонеална диализа [4].

Във връзка с недостига на кадри в сферата на сестринството и разглеждайки през последните години различни аспекти на хемодиализното лечение у нас, ние си поставихме за **цел** да проучим и анализираме нагласите на стажантите медицински сестри от Университети във Варна, Русе, Плевен и Бургас за работа в диализна структура.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Изследването е проведено в Медицински университет “Проф. д-р П. Стоянов” – гр. Варна, Русенски университет, гр. Русе, Медицински университет – Плевен, гр. Плевен и Университет “Проф. Д-р Асен Златаров” – Бургас, гр. Бургас.

Анкетирани са 112 стажанти от специалност “Медицинска сестра” по време на преддипломен стаж за учебната 2014-2015 година.

Приложените методи в проучването са: пряка анонимна анкета, анализ на литературни източници, документален метод. Данните са обработени чрез статистически и графичен анализ. Разпределението на броя на анкетираните студенти от местата на проучване е представено на табл. 1.

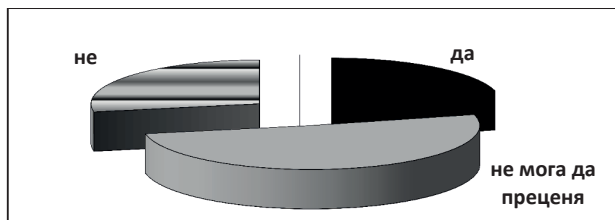
Табл.1. Разпределение на анкетиранията стажанти по Университети.

Висше училище	Анкетирани стажанти
Медицински университет "Проф. Д-р П. Стоянов" – гр. Варна	32
Русенски университет, гр. Русе	20
Медицински университет – Плевен, гр. Плевен	40
Университет "Проф. Д-р Асен Златаров" – Бургас, гр. Бургас	20
Общо	112

В периода на университетското сестринско образование, на грижите за пациенти с хронична бъбречна недостатъчност, и в частност на хемодиализно лечение се обръща внимание в лекционния курс и упражнението по някои задължителни дисциплини, както и в часове по клинична практика. Информацията, която се предоставя на студентите е в рамките на изискуемия минимум. Тя представя в основни линии здравните грижи, полагаани за съответните пациенти. За спецификата на сестринските дейности в сферата на диализно лечение учащите се могат да добият представа при посещение в съответна структура.

Проведеното от нас анкетно проучване установи, че по време на обучението си, голяма част от четвъртокурсниците са посещавали такава по повод на клинична практика (73%). Около една четвърт – по повод упражнения по клинична дисциплина (26%). Една малка част – по повод на преддипломния си стаж (4%), а по-малко от една десета – изобщо не са посещавали (8%).

Проведени от нас редица проучвания в годините назад установяват, че завършващите медицински сестри от Медицински университет "Проф. Д-р П. Стоянов" – гр. Варна се насочват към работа в интензивни отделения [1, 7]. Запитани дали биха работили в диализна структура, половината от участниците в настоящото проучване не могат да преценят (51%, фиг. 1). Малко повече от една четвърт заявяват твърдо, че не биха започнали такава работа (28%), а една пета – са на мнение, че биха работили в такова отделение (21%).

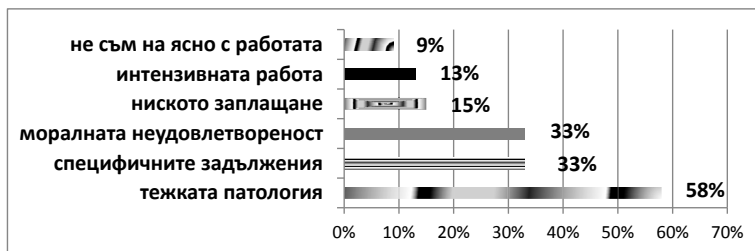


Фиг. 1. Нагласи на стажантите за работа в диализна структура.

Вероятно това е свързано и с готовността за съответната работа. Достатъчно подготвени смятат че са около една пета от анкетиранията (19%). Приблизително половината не могат да преценят подготовката си за специфичните дейности (47%), а останалите заявяват, че не се чувстват достатъчно стабилни в придобитите нужни знания и умения (34%).

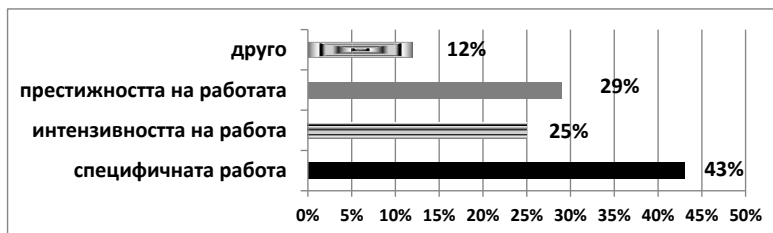
За нас беше интересно да разберем какви са мотивите на студентите за всеки от избраните отговори. Тежката патология притеснява най-голям процент от нежелаящите да работят с пациенти на хронично диализно лечение (58%). Специфичните сестрински задължения и моралната неудовлетвореност притесняват около една трета от отказалите се към момента да работят в споменатата сфера (по 33%), а около една шеста са притеснени от ниското заплащане и интензивната

работа (съответно 15% и 13%). Приблизително една десета от анкетираните не са напълно наясно с работата в диализна структура (9%).



Фиг. 2. Причини за отказ от работа в диализна структура на анкетираните.

Спецификата на работа привлича близо половината от желаещите да работят в отделение по диализа (43%, фиг. 3). Малко повече от една четвърт са привлечени от престижността (29%), а една четвърт – от интензивността на работата (25%). Около една десета не са посочили точна причина (12%).



Фиг. 3. Мотиви за избор на работа в диализна структура на анкетираните.

Сестринството е система от здравни грижи, изпълнявани от медицинската сестра с цел задоволяване на здравните потребности на пациента, клиента, семейството, обществото [3]. Работата с пациенти на хроничнодиализно лечение изисква специфични теоретични знания и практически умения както с пациента, близките и всички останали членове на екипа, така и в боравенето с апарата за хемодиализа. Нормативните изисквания налагат започващите работа да имат професионална квалификация, практически опит и умения в областта на диализното лечение. Работещите под 3 години в диализна структура лекари и медицински сестри трябва да имат удостоверение за завършен основен курс по диализно лечение [4]. Анкетираните от нас са осъзнали необходимостта от такава подготовка. Болшинството от участвалите в проучването са категорични, че медицинските сестри, работещи в диализна структура е необходимо да имат допълнително обучение (82%). Една десета смятат, че подобно обучение не е необходимо (10%), а приблизително толкова – не могат да преценят (8%).

Високо квалифицираната практикуваща сестра трябва да притежава достатъчно знания, умения и навици; увереност да планира, осъществява и оценява грижите, отговарящи на потребностите на конкретния пациент [3].

Медицинската сестра е част от екипа, осъществяващ грижите за пациента на хемодиализно лечение. Тя играе ключова роля в процеса на оказване на тези грижи.

Различното сферата на диализното лечение са доловили голяма част от студентите. Повечето анкетираните смятат, че медицинската сестра, оказваща

здравни грижи на пациенти на хемодиализно лечение има по-специфични компетенции (75%). Една пета от студентите не могат да преценят дали е така (20%), а едва според една много малка част (5%) компетенциите на съответните сестри не се отличават със своята специфичност.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение можем да кажем, че болшинството от стажантите медицински сестри от Университетите във Варна, Русе, Плевен и Бургас не могат да преценят дали биха работили в диализна структура ведна след завършване на образованието си. Спецификата, интензивността и престижността на работата са както мотив за отказ, така и мотив за избор на подобно място за професионална реализация. Участниците в проучването осъзнават, че сестрата, оказваща грижи на пациенти на хронично диализно лечение има по-специфични компетенции, за които се изисква допълнителна подготовка.

Както общо можем да кажем за сестринството, така и в частния случай мисията и на хемодиализната сестра се състои в това да подпомага отделните хора, семейства и групи да развият своя физически, умствен и социален потенциал и да го поддържат на съответното ниво, независимо от променящите се условия на живот и работа [3].

ЛИТЕРАТУРА

[1] Георгиева, А., Н. Нури, Мотиви за професионална ориентация на студентите медицински сестри, Сборник с доклади и резюмета от XII-та Юбилейна Национална научна сесия за студенти и преподаватели "65 години Медицински колеж - Плевен", 10-11.10.2013г, ИЦ-МУ-Плевен, 2014,185-189.

[2] Киряков, Здр., Извънбъбречни методи за очистване на кръвта, Медицина и физкултура, София, 1984.

[3] Мухина С., И. Тарновская, Теоретични основи на сестринските грижи, МУ Плевен, 2006.

[4] Наредба № 10 от 26 март 2004 г. за утвърждаване на Медицински стандарт "Диализно лечение", Изд. от Министерството на здравеопазването, Обн. ДВ. бр.31 от 16 Април 2004 г.

[5] Стамова, Кр., Св. Стайкова, Р. Димитрова, Проучване необходимостта от предоставяне на помощ и подкрепа за пациентите на хемодиализно лечение от Клиниката по диализа към МБАЛ "Св. Марина" ЕАД – гр. Варна, Варненски медицински форум, 3, прил. 2, 2014, МУ-Варна, 308-311.

[6] Тодоров В., Д. Досев, Съдов достъп в хемодиализата,"ЕА"АД, Плевен, 1999.

[7] Търпоманова Ц., С. Филкова, А. Георгиева, Кр. Стамова, Сравнително проучване на нагласите за професионална реализация на студентите от специалност „Рехабилитатор” в Медицински колеж – Варна и на студентите от специалност „Медицинска сестра” в Медицински университет – Варна, Варненски медицински форум, 3, прил. 4, 2014, МУ-Варна, 376-379.

[8] <http://mstoyanov.net/portfolio/hemodializa.org/treatment-or-problem.php>.

[9] http://www.isul.eu/Kliniki/ot_hemodializa/za_klinikata.htm.

За контакти:

Ас. Красимира Стамова, Катедра "Здравни грижи", Медицински Университет "Проф. Д-р Параскев Стоянов" - Варна, тел.: 0898 73 05 08, e-mail: kr.stamova@dir.bg.

Докладът е рецензиран.

Сестрински грижи при болни с травми на нервната система

автор: Фатме Дурльова, Милена Вълчева
научен ръководител: ас. Анна Георгиева

The report that we present today is about Nursing care in patients with injuries of the nervous system. It includes: definition of the disease, symptoms, treatment, prevention and nursing care needed for the patients with injuries of the nervous system.

Keywords: *injuries of the nervous system, symptoms, treatment, nursing care.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Травмите на нервната система понастоящем са сериозен, не само медицински, но и социално-икономически проблем. Те нарастват твърде много поради изоставането в културата с боравене на увеличаващите се технически средства във всички сфери на нашия живот, поради силно увеличение на транспортните средства и др. Травмите се делят на открити и закрити. Открити са тези, при които се разкъсват твърдите и меките мозъчни обвивки и се открива мозъчното вещество. Това са изключително тежки състояния с много усложнения и голяма смъртност. Изключително големи са задълженията и отговорността на медицинската сестра при обслужването и провеждането на редица диагностични изследвания на неврологично болните. Това произлиза от спецификата на неврологичната патология. Трябва също да се отбележи че при тези болни болестният процес налага продължително лечение — седмици или месеци. Всичко това изисква висока професионална подготовка от страна на медицинската сестра, за да може да се осигурят адекватно обслужване, наблюдение и лечение на болни с неврологични заболявания [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Голяма част от болните с черепно-мозъчни травми, мозъчни инсулти, възпалителни заболявания на нервната система, тумори, и др. са с изразени количествени нарушения на съзнанието (сомнолентност, сопор, или кома), а други — с качествени промени на съзнанието (дезориентираност, психомоторно неспокойствие, интелектуално-паметови нарушения и др.). При засягане от патологичния процес на доминантната голямомозъчна хемисфера се получават тежки речеви нарушения (афазии) и с такива болни словесния контакт също е невъзможен или силно затруднен. Значителна част от болните с неврологични заболявания са с тежък двигателен дефицит – хемипарези, парипарези, квадрипарези, а при миастения гравис (myasthenia gravis) и миастеноподобните синдроми при някои възпалителни заболявания и други може да се засегне и дихателната мускулатура. Освен неподвижността при такива болни твърде често сериозно е увредена трофиката и се наблюдават различни тазово-резервоарни нарушения (ретенция или инконтиненция). Нерядко се установяват епилептични или епилептиформни гърчове, хиперкинезии, координационни нарушения, емоционални и интелектуални промени [1].

ЧЕРЕПНОМОЗЪЧНИ ТРАВМИ

❖ **Закрити черепно-мозъчни травми** — запазена е целостта на кожата на главата, независимо от това дали костите на черепа са увредени или не;

➤ **Мозъчно сътресение (commotio cerebri)**

Представлява черепномозъчна травма с общомозъчни явления от функционален характер без изразена огнищна симптоматика.

Основен симптом е загубата на съзнание за няколко минути до половин-един час, след което болният след фаза на лека сомнолентност се възстановява напълно.

Други важни симптоми:

- гадене и повръщане - еднократно или многократно;

- разстройства на паметта, най-често ретроградна амнезия - болният не помни ситуацията, при която е получил травмата, а понякога и събитията, предшествуващи травмата, по-рядко не си спомня събитията след травмата - антероградна амнезия.

При леката степен мозъчното сътресение е бързопреходно и завършва с оздравяване още същия ден или в близките няколко дни, а при по-тежките – за 10-15 дни.

След мозъчното сътресение могат да се наблюдават:

- главоболие, световъртеж, лесна уморяемост, понижена работоспособност, разстройства на съня, вегетативни нарушения, повишена раздразнимост и др.

Лечение: постелен режим, почивка, дехидратираща терапия и др. [2].

➤ **Мозъчна контузия (*contusio cerebri*)**

Нарушеното съзнание е в по-тежка степен и трае по-продължително, отколкото при сътресение.

Установява се огнищна симптоматика: парези, сетивни разстройства, афазия и др.

Болните се оплакват от главоболие, гадене, повръщане.

Смъртността от мозъчна контузия е по-малка при деца (2—3%) и нараства до 57% при възрастни между 60—70 години.

Късните последици на мозъчната контузия се обединяват в общата група на травматичната енцефалопатия.

Понякога след острия период се развива травматична епилепсия, когнитивни нарушения, травматичен Паркинсонов синдром и др.

Лечение: постелен режим, дехидратираща терапия, кортикостероиди.[2]

➤ **Компресия на мозъка (*compressio cerebri*)**

Компресията на мозъка може да се дължи на изляла се в черепната кутия кръв (която, натрупвайки се като епидурален, субдурален или вътремозъчен хематом, притиска мозъка) или от впадени импресионни и депресионни фрактури на черепната кутия [2].

–кръвоизливи на мозъчните обвивки - епидурален, субдурален хематом и субарахноидален кръвоизлив;

–вътремозъчни хематоми;

–фрактури на черепните кости.

❖ **Открити черепно-мозъчни травми** - когато е нарушена целостта на кожните покривки и костите на черепа [2].

След черепно-мозъчни травми могат да се наблюдават:

➤ **Травмена церебрастения**

Развива се след мозъчно сътресение.

Изразява се в:

- главоболие, което е постоянно и се засилва на пристъпи, особено при умствена и физическа преумора и при употреба на алкохол;

- световъртеж и притъмняване пред очите;

- изпотяване, зачервяване и побледняване на лицето, тахикардия и др.

Лечението се провежда със седативни, ноотропни средства, физиотерапия и др. [2].

➤ **Травмена енцефалопатия**

Представява остатъчно състояние от органични мозъчни прояви след прекарана контузия на мозъка, след закрити фрактури на черепа и проникващи наранявания на главния мозък.

- **Травмена епилепсия,**
- **Отпадни неврологични прояви,**
- **Травмена нормотензивна хидроцефалия,**
- **Психични прояви,**
- **Деменция** и др. [2].

ТРАВМИ НА ГРЪБНАЧНИЯ МОЗЪК

Закрити травми: запазена е целостта на гръбначния стълб и неговите покривки.

- **сътресение (commotio),**
- **контузия (contusio),**
- **компресия (compressio),**
- **кръвоизлив в гръбначния мозък (haematomyelia).**

Пълното напречно поражение на гръбначния мозък довежда до загуба на проводниковите функции под мястото на увредата: развива се парализа на крайниците и мускулатурата на трункуса, анестезия за всички видове сетивност, ретенция на урината и фекалиите.

На втория до четвъртия ден се развиват декубитуси в кръстната област и по петите, твърд оток по краката.

Транспортът на тези болни е от голямо значение, за да не настъпи допълнително увреждане на гръбначния мозък.

– Болните се пренасят внимателно на носилка.

– Наранените в шийната област се транспортират след като се имобилизират шията и главата.

– Необходимо е след това болният да се остави на пълен покой с повишени грижи към бельото, поставяне на кръгове под кръста и петите срещу декубитуса, поставяне на катетър в пикочния мехур [2].

Медицинската сестра има ключова роля при грижите за болни с травми на нервната система. Тя изпълнява всички назначения на лекуващия лекар, подготвя болните за различните диагностични процедури и ги придружава по време на изследванията, изписва получава и раздава лекарствата, извършва назначените инжекции, провежда продължително инфузионно лечение, проследява виталните функции при тежко болните, събира урината за отчитане на диурезата, извършва орално, парентерално и смесено хранене, подменя бельото, извършва тоалета на тези, които не могат да се самообслужват и т.н. Неотлъчно 24 h медицинската сестра се грижи за неврологично болните, проследява тяхното състояние, готова при необходимост да окаже помощ или да повика лекаря [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сестринските грижи при болни с травми на нервната система са изключително важни, задълженията изискват определени организационни навици — правилно да се разпределя времето, удобно да се комплектова работното място, прецизно да се води документацията и др. Естествено, че такива задължения може да изпълнява само внимателен, акуратен, решителен и уравновесен човек с висока професионална подготовка и безупречна честност [1].

ЛИТЕРАТУРА

[1] Белоев, Й. и кол. Грижи за болния и сестринска техника, И. Ми арсо; София, 2000.

[2] Йорданов, Б., Вл. Иванов. Нервни и психични болести, И. Медицина и физкултура; София, 1989.

За контакти:

Фатме Джемалова Дурльова IIкурс Медицинска сестра, Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“, гр. Варна, тел. : 0893569802, e-mail: fati.durliova@mail.bg

Милена Стоянова Вълчева IIкурс Медицинска сестра, Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“, гр. Варна, тел. : 0888573434, e-mail: milenav_76@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Гръбначни изкривявания при деца в училищна възраст – превенция и профилактични мерки

автори: М. Бонева, С.Узун
научен ръководител: ас. Марияна Димитрова

Spinal deformities in children of school age - prevention and prophylactic measures: Spinal deformities in Bulgaria are general occurrences and a serious medical and social problem. Its recovery requires unification of general practitioners, orthopedists, physical therapist, therapist, teachers and parents. Timely prevention and prophylaxis are very important to prevent spinal deformities in children age. The survey data indicate that 84.29 % of parents regularly visit their GP for check-ups and 91.43% of these ensure the correct posture of children. All parents expressed readiness to participate in the control and prevention of spinal deformities, as 90.00 % of these are not sufficiently prepared and they have need from additional training. Childrens health protection is one of the most important priorities for health of each nation.

Keywords: spinal deformities, students, parents, teachers, preventive

ВЪВЕДЕНИЕ

Детството е период на формиране и усъвършенстване на физическото и психическо здраве. Опазването на детското здраве е една от най-важните приоритетни задачи за здравеопазването на всяка нация. В своето израстване и развитие поради физиологичните си особености, децата са изложени на влиянието на различни неблагоприятни за здравето фактори.

Гръбначните изкривявания в детска възраст са сериозен проблем, най-масово засегнати са тези на възраст от 6 до 18 години. Децата в по-високите класове, имат по-сериозни проблеми с гръбначните изкривявания, като следствие от заседналият начин на живот, ученето и дългите часове, прекарани пред компютъра. Правилната стойка и добре развитата фигура се създава с навици от най-ранна възраст. Според специалистите в тази област, огромна част от днешните деца имат гръбначни отклонения, които не им дават шанс за правилно развитие [1,4].

Дори на пръв поглед безобидното носене на раницата с учебници на едно рамо, може да доведе до изменения на гръбначния стълб. Най-податливи към изкривявания са децата, които имат слаба мускулатура, които са с недобро физическо развитие. Ранното откриване на гръбначните деформации значително повишава възможностите за тяхното коригиране. За съжаление много малка част от родителите могат да видят ранния стадий на гръбначното изкривяване. При всяка асиметрия, която се вижда в гърба на детето, те трябва да информират личния лекар, за да може той да направи по-обстоятелен преглед и ги насочи към специалисти.[3] Важен роля за ранното откриване на гръбначните изкривявания има редовното провеждане на профилактичните прегледи, които са абсолютно задължителен и спестяват бъдещи разходи за лечение и рехабилитация. [2] Достатъчно е да се знае, че профилактиката на гръбначните изкривявания е съвкупност от мерки, които могат да се изпълняват, както в домашна обстановка, така и в училище. Необходимо е да се стремим към съхраняване и повишаване на здравето, чрез подобряване на здравната култура и формиране на здравословен стил и начин на живот. [6]

Цел:

Целта на настоящото изследване е да се проучи мнението на родителите относно значимостта на гръбначните изкривявания в детска възраст и готовността им за провеждане на профилактични мероприятия.

Материали и методи:

Проучено е мнението на 70 родители на деца от първи до четвърти клас от училище СОУ 7 „Найден Геров” - гр. Варна на случаен принцип, като е използвана

анонимна анкета. Изследването е проведено през месец декември 2014г. Статистическата обработка е извършена с програма SPSS, която включва структурирен, сравнителен и корелационен анализ.

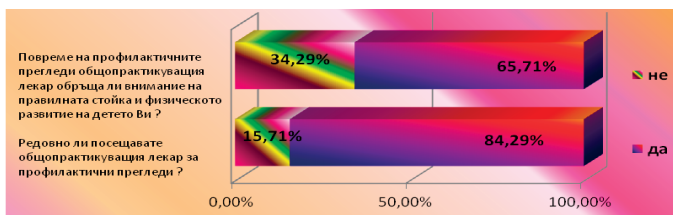
Резултати и обсъждане:

Анкетираните бяха 70 родители на деца в начална училищна възраст, като разпределението по класове е представено на таблица 1 и показва приблизително еднакво процентно съотношение от първи до трети клас.

Таблица .1 Разпределение по класове

клас		
Първи клас	20	28,57%
Втори клас	21	30,00%
Трети клас	19	27,14%
Четвърти клас	10	14,29%
Общо:	70	

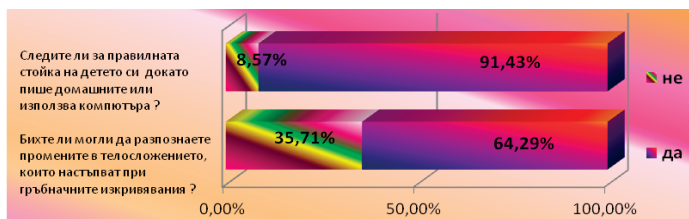
Профилактиката и превенцията на заболяванията заемат важна част в здравеопазването. В тази връзка проучихме мнението на родителите за честотата на посещенията и качеството на проведените профилактични прегледи при общопрактикуващия лекар. Данните от анализа сочат умерена зависимост между честотата на посещенията за профилактичен преглед и нужното внимание което отделя лекаря за правилното физическо развитие на детето. ($p < 0,05$) (фиг. 1)



Фиг. 1 Извършване на годишен профилактичен преглед за гръбначно изкривяване и правилното физическото развитие

Получените резултати са оптимистични, тъй като 84,29% от респондентите са посочили, че редовно посещават личния си лекар за профилактичните прегледи. Получават нужното внимание, относно правилната стойка и физическото развитие на децата си 65,71% от анкетираните. Навременната превенция и профилактика са от изключително важно значение за недопускане на гръбначни изкривявания в детска възраст. Приблизително една пета (15,71%) не посещават редовно профилактичните прегледи, като не малка част 34,29% от родителите са неудовлетворени от качеството на проведения преглед. Борбата срещу гръбначните изкривявания в детска възраст е тясно свързана с профилактиката, ранната диагностика и своевременно комплексно решение.

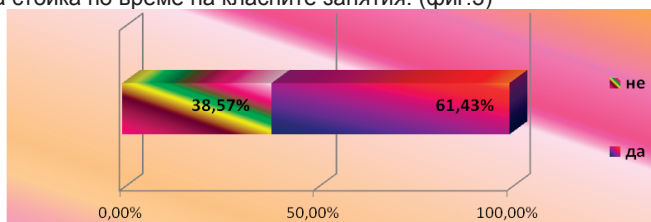
Здравето на децата зависи до голяма степен от отговорността и информираността на родителите, тъй като гръбначното изкривяване в ранен стадий е трудно забележимо. Резултатите от нашето проучване сочат, че значителна част 91,43% от родителите следят за правилната стойка на децата си, като 64,29% са категорични, че могат да разпознаят настъпващите промени в гръбначния стълб. Повече от една трета 35,71% не биха могли да разпознаят промените в телосложението, които настъпват при гръбначните изкривявания, а 8,57% не обръщат внимание на позицията, която заемат децата им. (фиг.2)



Фиг.2 Следене за правилна стойка и разпознаване на промените в телосложението

Родителите трябва да познават изискванията за правилно телодържание при писане, четене, гледане на телевизия и работа с компютър и да следят за спазването на правилната стойка на децата им.

Честа причина за появата на гръбначни изкривявания е неправилното седене на чина и стола. [5] За да установим до каква степен отговорните за това, а именно педагозите обръщат достатъчно внимание на правилното телосложение на учениците проучихме мнението на родителите. Прави впечатление сравнително високия дял 38,57% на изследваните лица, според които учителите не следят за правилната поза по време на учебния процес. Противоположно мнение изказват 61,43% от родителите според, които преподавателите обръщат нужното внимание на правилната стойка по време на класните занятия. (фиг.3)

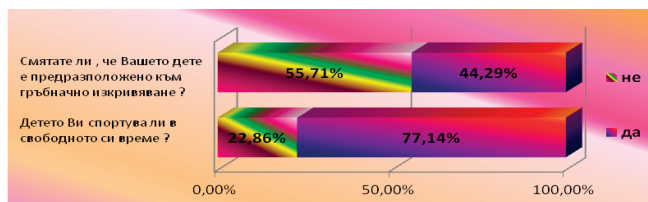


Фиг.3 Педагозите обръщат ли достатъчно внимание на правилната работна поза по време на учебния процес ?

Необходимо е да се стремим към опазване и съхраняване здравето на подрастващото поколение, чрез повишаване на здравната култура. Правилната стойка и добре развитата фигура се създава с навици от най-ранна възраст.

В тази връзка, трябва да споменем и за важната роля на спорта, който заема водещо място в профилактиката на този вид заболявания. Спортът носи много ползи, укрепва гръбната мускулатура и оформя правилно физиологичните кривини на гръбначния стълб, особено при деца предразположени към изкривявания.

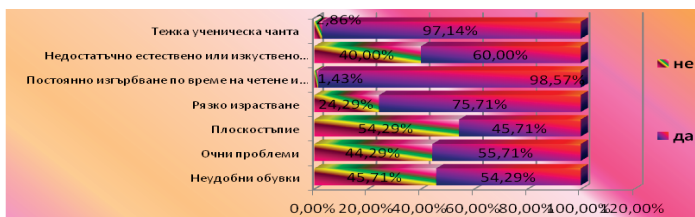
Установена беше също така умерена зависимост между предразположението на децата към изкривявания и спортуването им в свободното време ($p < 0,05$). Според 55,71% от родителите, детето им не е предразположено към гръбначни отклонения. Тревога будят отговорите на останалите 44,29% от анкетираните, според които детето им е предразположено към деформация на гръбначния стълб. Две трети (77,14%) от учениците спортуват в свободното си време, а 22,86% са отбелязали липса на допълнителна двигателна активност (фиг.4).



Фиг.4 Гръбначни изкривявания и спорт

Родителите трябва да ангажират ученика със спорт и максимално да го дистанцират от заседналият начин на живот. Тъй като най-уязвими са децата от началната училищна възраст и тези в етапа на ранния пубертет. Причините за широкото разпространение на гръбначните изкривявания могат да бъдат недостатъчното осветление на работното място на ученика, носенето на препълнената чанта на едно рамо, изгърбване по време на четене и писане и много други фактори от съвременния начин на живот на подрастващите.

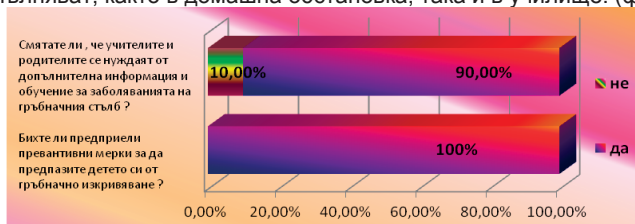
Основната причина за възникване на гръбначните изкривявания според 98,57% от анкетираните е постоянното изгърбване по време на четене, писане и ходене. На второ място, като причина 97,14% от родителите посочват тежките ученически чанти, които не би трябвало да тежат повече от 10-15 процента от телото на децата (фиг.5).



Фиг.5 Причини за възникване на гръбначно изкривяване

Не малък е дялът на родителите според които предпоставка за гръбначно изкривяване могат да бъдат, както плоскостъпието, така и рязкото израстване на детето, тъй като 40,00%, от всички анкетираните са посочили и двата признака, като причина ($p < 0,05$). Установена беше статистическа зависимост между недостатъчната светлина и очните проблеми, тъй като почти половината от анкетираните 44,29% са посочили и двата признака като причина за поява на деформации на гръбначния стълб ($p < 0,01$). Което обуславя необходимостта от ежегодно провеждане на профилактични преглед от офталмолог, тъй като късогледството е честа причина за неправилната поза по време на учебните занимания. [7]

Профилактиката на гръбначните изкривявания е съвкупност от мерки, които могат да се изпълняват, както в домашна обстановка, така и в училище. (фиг.6)



Фиг.6 Необходимост от допълнително обучение

Анализът на резултатите категорично сочи, че всички родители 100% биха предприели превантивни мерки за да предпазят децата си от гръбначни изкривявания. Много голяма част от изследваните 90,0% се чувстват недостатъчно информирани и имат нуждата от допълнително обучение. Необходимо е да се стремим към съхраняване и повишаване на здравето, чрез подобряване на здравната култура и формиране на здравословен стил и начин на живот.

Изводи и заключение:

От направения анализ и оценка на резултатите ни дават основание да направим следните изводи:

1. Голяма част от респондентите редовно посещават личния си лекар за профилактичните прегледи и получават нужното внимание, относно правилната стойка и физическото развитие на децата си.
2. Повече от една трета от родители не биха могли да разпознаят промените в телосложението, които настъпват при гръбначните изкривявания.
3. Малко повече от половината анкетирани посочват, че преподавателите обръщат внимание на правилната стойка по време на класните занятия, докато приблизително една трета са на противоположното мнение.
4. Основни причини за възникване на гръбначните изкривявания нашите респонденти посочват постоянното изгърбване по време на четене, писане и ходене, тежките ученически чанти, рязкото израстване, и недостатъчното изкуствено и естествено осветление.
5. Много голяма част от изследваните се чувстват недостатъчно информирани. и имат нуждата от допълнително обучение.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Гръбначни изкривявания, <http://www.bb-team.org/>, <http://www.health.bg/>.
- [2] Изпълнява ли се член 122 от ЗЗ?, Български лекар, 2014.
- [3] Йовчева, Й., Изкривяванията сред децата растат тревожно, започват прегледи в детските градини, <http://bestdoctors.bg>, 2012
- [4] Кирилова, М., Децата ни растат с гръбначни изкривявания, Животът днес, бр.11, 2012, стр.8.
- [5] Митова, С., Половината ученици са с гръбначни изкривявания, Новинар бг, бр.4421, 2013.
- [6] Мутафова, М., Здравно възпитание. Социална медицина, 2007, стр.178-179
- [7] Национален център по обществено здраве и анализи и Националната спортна академия. Гръбначни изкривявания- профилактика, Л.,РЗИ, 2012

За контакти:

ас.М. Димитрова, Катедра „Здравни грижи“, Медицински университет – Варна, тел.0888428386, e-mail:mariana.nikolova@abv.bg
Мариета Бонева, трети курс, специалност медицинска сестра Катедра „Здравни грижи“, МУ– Варна, тел 0895643894., e-mail: mimi_macetooo@abv.bg
Силвия Узун, трети курс, специалност медицинска сестра Катедра „Здравни грижи“, МУ– Варна, тел 0897962153, e-mail: silvia_uzun81@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Проучване на опита на медицински сестри от МБАЛ „Д-р Ив. Селимински” – Сливен за работа с пациенти с аутизъм

автори: Диляна Енчева, Диница Стоянова
научни ръководители: Доц. д-р Иван Димитров, ас. Пепа Димитрова-Чиликова

Study of the Experience of Nurses from MHAT Dr Iv. Seliminski, Sliven, in Working with Patients with Autism: Planning and accomplishing health care for patients with autism considerably increases the requirements for knowledge and experience of nurses. Being well prepared, knowing the specific needs of patients with autism, nurses could reduce considerably the difficulties, harms and risks during the accomplishment of their professional duties for such patients.

Key words: autism, nurse, nursing care

ВЪВЕДЕНИЕ

В последните години все повече хора и семейства са засегнати от аутизма. Това е сложно и тежко състояние, което включва пълно отсъствие на емоционален контакт, невъзможност за социални взаимоотношения и взаимодействие, стереотипно поведение и изразен дефицит на речта. Планирането и осъществяването на здравни грижи за пациенти с аутизъм значително повишава изискванията към знанията и опита на медицинската сестра. Чрез добра подготовка, познаване на специфичните потребности на пациентите с аутизъм, медицинските сестри биха могли да намалят значително трудностите, вредите и рисковете при осъществяване на здравни грижи за тях.

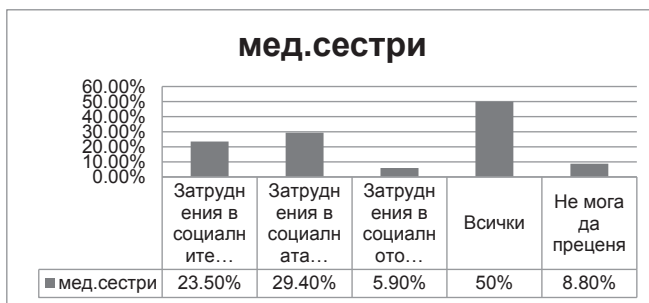
ИЗЛОЖЕНИЕ

1. Цел: Настоящото проучване цели да установи чрез анонимна анкета подготовката на медицински сестри от МБАЛ „Д-р Ив. Селимински“ - Сливен за работа с пациенти с аутизъм.

2. Материал и методика: Анкетирани са 35 медицински сестри, работещи в МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ - Сливен. Използвани са преки индивидуални анкети за събиране, анализиране и обобщаване на информацията. Данните са обработени статистически чрез описателни показатели за качествени променливи (относителен дял) и са представени в графичен вид.

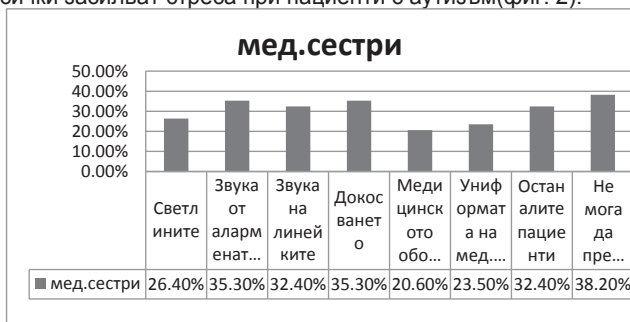
3. Резултати: Повече от половината от анкетираните медицински сестри (73,5%) са с над 20 години професионален опит, голям е дялът на медицинските сестри, които нямат опит при работа с пациенти с аутизъм – 73,5%. Грижи за такива пациенти са полагали 26,5% от анкетираните. Половината от медицинските сестри са запознати със специфичните проблеми на пациентите с аутизъм. Висок е дялът на сестрите, които не са запознати (26,5%) и на тези, които не могат да преценят – 23,5%. Работата с пациенти с аутизъм, повишава изискванията към медицинските сестри. Необходим е специфичен подход при планиране и осъществяване на сестринските грижи.

Половината анкетирани мед.сестри познават специфичните затруднения в социалните взаимоотношения, комуникация и въображение на пациентите с аутизъм [1]. За немалък дял от анкетираните близо 30% - затрудненията на аутистите са само в социалната комуникация, според 23,5% само в социалните взаимоотношения и за 5,9% само в социалното въображение, а близо 9% не могат да преценят(фиг. 1).



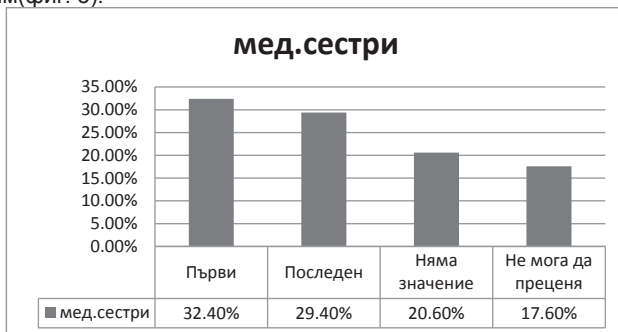
Фиг. 1. Специфични затруднения на аутистите.

Стресиращи за пациентите са различни фактори от болничната среда [1]. Мнението на респондентите се разпределя почти равностойно между посочените фактори, а те всички засилват стреса при пациенти с аутизъм(фиг. 2).



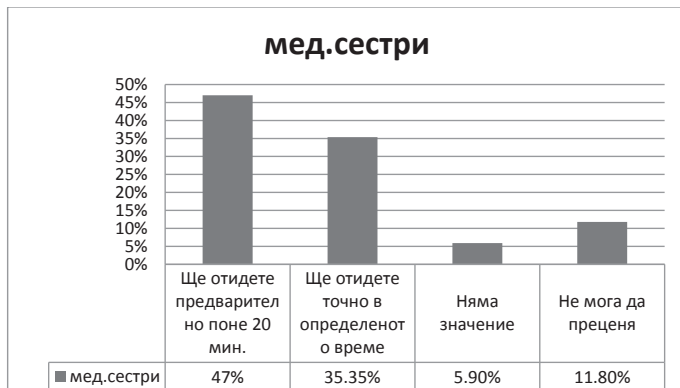
Фиг. 2. Фактори стресиращи пациентите с аутизъм в болнична среда.

Извършването на манипулации при пациенти с аутизъм изисква специфичен подход. За близо 21% от мед.сестри няма значение редът на извършване на манипулации, както и конкретният момент спрямо останалите пациенти. Близо 18% не могат да преценят, а почти равностойно около 30% считат, че тези пациенти трябва да бъдат първи или последни при извършване на манипулациите, с цел избягване на стресова ситуация и вероятността да е необходимо по-дълго време за изпълнението им(фиг. 3).



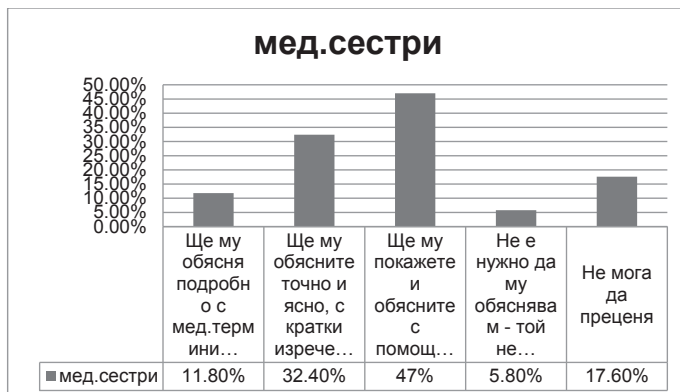
Фиг. 3. Влияние на времето на извършване на манипулациите при пациенти с аутизъм спрямо останалите пациенти.

За провеждането на планирани изследвания при пациенти с аутизъм е необходимо да се предвидят евентуални рискове, възпрепятстващи извършването им [4]. За близо половината анкетирани е необходимо пациент с аутизъм предварително да се придружи до съответното диагностично звено, близо 36% ще отидат на време, 12% не могат да преценят и близо 6% мислят, че няма значение(фиг. 4).



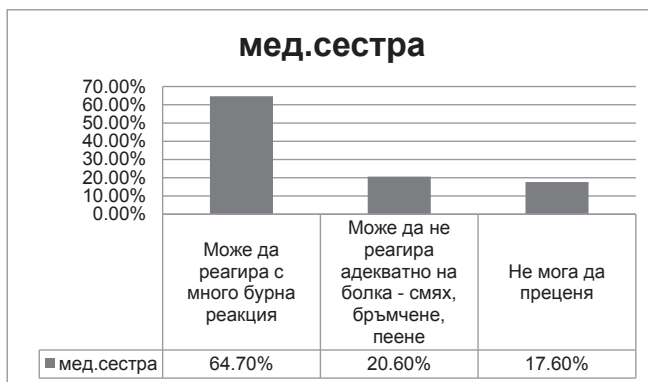
Фиг. 4. Придружаване на пациент с аутизъм за планирано изследване.

При извършването на манипулации мед.сестра трябва да подготви пациент с аутизъм по подходящ начин. За 47% от респондентите подходящият начин е с помощта на кукла или изображение, 32,4% биха използвали обяснението с прости изречения, 12% ще използват медицинска терминология, 17,6% не могат да преценят и 5,8% не считат за необходимо да поясняват манипулацията(фиг. 5).



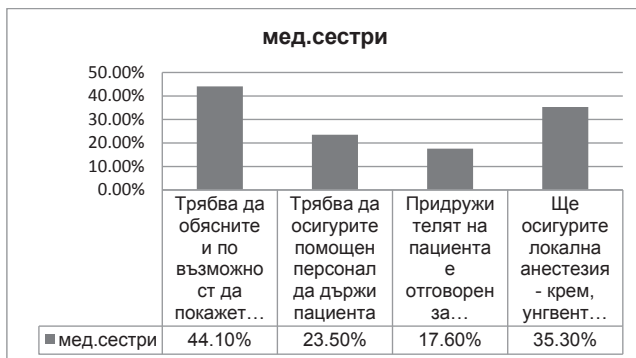
Фиг. 5. Подходящ метод за обяснение на предстояща манипулация.

Болезнените манипулации могат да предизвикат различни реакции при аутистите - от бурна реакция до нетипично поведение като смях, кикот, бръмчене и др. [4]. Почти 2/3 от мед.сестри очакват бурна реакция, 20,6% допускат нетипична проява и отново близо 18% не могат да преценят(фиг. 6).



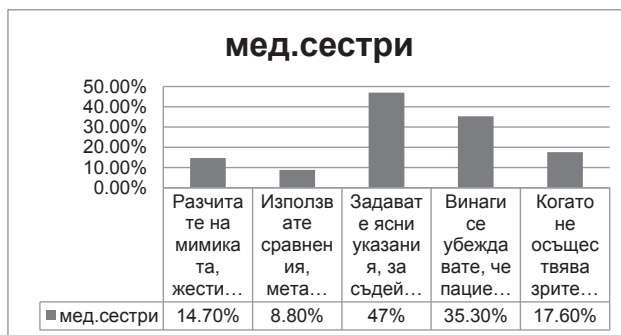
Фиг. 6. Очаквани реакции от пациент с аутизъм при извършване на болезнена манипулация.

Преди извършването на болезнена манипулация мед.сестра трябва да подготви пациента с аутизъм чрез нагледно обяснение с помощта на кукла или изображение, да подходи с такт и търпение, да осигури присъствие на близък на пациента, както и да използва подходящи средства за обезболяване с локално действие [4]. Близо 45% ще демонстрират върху кукла предстоящата манипулация, 35,5% ще осигурят локална анестезия, 23,5% ще потърсят съдействие от друг мед.персонал и 17,6% считат, че близките на пациента са отговорни за неговото поведение(фиг. 7).



Фиг. 7. Подготовка на пациент с аутизъм за извършване на болезнена манипулация.

Приоритет в работата на мед.сестри с пациенти с аутизъм е общуването [3]. Голям относителен дял – 47% ще разговарят с прости и кратки изречения, 35,3% винаги ще търсят начин да се убедят, че пациентът ги е разбрал, за 17,6% неосъщественият зрителен контакт ще бъде знак, че пациентът не е разбрал указанията, 14,7% ще разчитат на мимиката, жестикулацията и езика на тялото, а малка част (8,8%) ще използват метафори и сравнения(фиг. 8).



Фиг.8. Подход при общуване с пациент с аутизъм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проучването показва невисока степен на професионален опит с пациенти с аутизъм сред анкетираните мед. сестри. Близо половината показват само теоретични познания. При повечето конкретни въпроси от анкетата прави впечатление значителният дял на отговорите „не мога да преценя“ (18%), което също е в подкрепа на твърдението за недостатъчна осведоменост за особеностите на пациентите с аутизъм и здравните грижи, които трябва да се полагат за тях. Имайки предвид актуалността на проблема в медицински и обществен аспект, считаме за уместно да се акцентира върху обучението на здравните специалисти, в частност мед. сестри, за специфичните особености в поведението и комуникацията, за прилагането на индивидуален подход в планирането, организирането и осъществяването на грижите при пациенти с аутизъм.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Кръстева, Н., Й. Ангелова, Сестрински грижи при хора с увреждания, Пловдив, 2005
- [2] Мухина, С., И. Тарновская, Теоретични основи на сестринските грижи, Плевен, 2006
- [3] Notbohm E., Ten Things Every Child With Autism Wishes You Knew, Future Horizons, Inc., 2012
- [4] Oliver S., Understanding of autism - a guide for nurses, Oxford Brookes University, 1998

За контакти:

Дияляна Енчева Христова, „Медицинска сестра“ I курс, Филиал Сливен на МУ „Проф. д-р П. Стоянов“-Варна, тел: 0887198184, e-mail: encheva86@abv.bg
 Диница Петева Стоянова, „Медицинска сестра“ I курс, Филиал Сливен на МУ „Проф. д-р П. Стоянов“-Варна, тел: 0885150668, e-mail: dinica_st@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Сестрински грижи при исхемичен мозъчен инсулт

автори: Кристина Радужева, Петя Димитрова
научен ръководител: ас. А.Георгиева

***Nursing care in acute ischemic stroke:** Cerebrovascular diseases are among the most important health problems in developed countries. In this scientific report, we aim to present the reasons for the development of ischemic stroke, risk factors, diagnosis, prevention and nursing care in these patients. Particular attention is paid to nursing care because they are very specific.*

Keywords: ischemic stroke, clinic, symptoms, treatment, nursing, prevention

ВЪВЕДЕНИЕ

Мозъчно съдовите заболявания (МЗС) са сред най-важните проблеми в здравеопазването в развитите страни. Според статистически данни заболяванията на кръвоносната система са заплаха номер едно за българите. Начинът на живот и културата на хранене се сочат от СЗО като един от най-важните фактори за поддържането на съдовете във форма. Всяка причина, която предизвиква тяхното стесняване или притискане, води до увеличаване на налягането в тях или до запушване и прекъсване на кръвотока.

Мозъчните инсулти (МИ) са третата по ред причина за смъртност сред населението след сърдечните заболявания и туморите, и най-честата причина за преждевременно инвалидизиране. Сред социално значимите, широко разпространени болести днес те заемат първо място. Тяхната медико-социална значимост е резултат, както на високата заболяемост и смъртност, така и на тежката инвалидизация, която предизвикват. В последните години тенденцията е възникването на мозъчни инсулти да е в по-млада възраст [2].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Мозъчният инсулт е клиничен синдром, характеризиращ се с остра загуба на една или повече мозъчни функции в резултат от нарушаване на кръвоснабдяване в определена област на мозъка, продължаващо повече от 24 часа или водещи до смърт [3].

Мозъчният инсулт представлява остро нарушение на мозъчното кръвообращение, проявяващо се с общомозъчни и огнищни прояви. Те могат да се дължат на мозъчна исхемия с инфаркт (размекване) на мозъчната тъкан при артериална тромбоза или емболия, на кръвоизлив – мозъчен или субарахноиден, на преходни функционални разстройства на кръвообращението на мозъка и по-рядко на тромбози или тромбофлебит на мозъчните вени.

Следните фактори са предразполагащи за получаване на мозъчен инсулт:

- Атеросклероза – стеноза, тромбоза, емболия;
- Хипертонична болест;
- Сърдечни заболявания;
- Заболявания на кръвоносните съдове;
- Захарен диабет;
- Кръвни заболявания;
- Злоупотреба с алкохол, лекарства;

Значително повишаване на риска от мозъчен инсулт се получава при комбинирано въздействие на няколко от изброените рискови фактори [3].

Мозъчните инсулти могат да се разделят на два основни вида: исхемичен и хеморагичен.

Мозъчният исхемичен инсулт се дължи на намален приток на кръв в мозъчната тъкан, най-често при стеснение на артериален съд, запушването му от тромб

(тромбоза), ембол (емболия), спазъм или нарушение в регулацията на съдовия тонус на големите мозъчни съдове и техните клонове. В резултат настъпва исхемично (поради обезкървяване) размекване на мозъчната тъкан. В последно време все повече внимание се отделя на по-често разпространения тип инсулт – исхемичния. Доказва се, че за кръвоносните съдове повишеното ниво на холестериновия липопротеид, които обикновено наричаме „лош холестерин“ е особено опасно. Прекалено голямото му количество в кръвта води до образуване на атеросклеротични отлагания – плаки. Те се натрупват по стените на съдовете и пречат на свободното протичане на кръвта. В резултат на това органът, който те снабдяват с кръв (сърце или мозък), получава все по малко кислород. В даден момент атеросклеротичните плаки могат да се откъснат и образуваният се по този начин тромб напълно запушва съда, исхемичен инсулт. Този вид инсулт са по-чести. 80-85% от мозъчните инсулти са исхемични. Най-засегнати са хората в напреднала възраст, но не са пощадени и лицата на средна, даже и в по-млада възраст [3].

Рисковите фактори за исхемичен мозъчен инсулт се разделят на неизменяеми (чрез медикаментозно или немедикаментозно влияние) и не подлежащи на промени. Към последните се отнасят: възраст, раса, пол, фамилна обремененост. Изменяеми рискови фактори са: артериална хипертония, тютюнопушене, захарен диабет, асимптомни каротидни стенози, хиперлипидемии, сърдечни заболявания – миокарден инфаркт, предсърдно мъждене, ритъмни нарушения; наднормено тегло, намалена физическа активност, неправилно хранене, злоупотреба с алкохол и медикаменти.

Идентифицирането на рискови фактори при инсулт може да насочи към причините за инсулта и най-подходящото лечение [4].

Клиничната картина на настъпил мозъчен инсулт се изразява с различни оплаквания и симптоми в зависимост от това, коя е засегнатата артерия: внезапна слабост, изтръпване на ръката или крака от едната или от двете страни, смущения в усещанията, внезапно силно главоболие без ясна причина, нарушение на говора – затруднен и неразбираем, изтръпване на устните, внезапно замъгляване и загуба на зрението, световъртеж, залитания или внезапно падане. Описаната транзиторна исхемична атака, която се проявява с краткотрайни нарушения (за 2 до 15мин.) на мозъчните функции, може да бъде предвестник на мозъчния инсулт и да доведе до мозъчен удар. В голяма част от преболедувалите от мозъчен инсулт са налице трайни увреждания. При някои от тях се развива съдова деменция, а при други – слединсултна депресия. Това аргументира първостепенната роля на първичната профилактика на мозъчния инсулт, която е насочена главно към предотвратяване на рисковите фактори за възникването им [5].

За намаляване на риска от исхемичен инсулт се препоръчва най-малко 30 минути бързо ходене дневно, намаляване приема на сол по бгг.дневно, намаляване приема на наситени мастни киселини и повишаване консумацията на плодове и зеленчуци, както и на храни богати на целулоза: ябълки, цитрусови плодове, соя, соеви и царевично масло, овесена каша, пълнозърнест хляб, извара, нискокалорично мляко, телешко и агнешко месо, два дни седмично морска риба [5].

Редовните профилактични прегледи могат да установят повишен риск, произлизащ от групирането на няколко рискови фактори. Присъзнак на приближаващ инсулт са т.нар. преходни разстройства на мозъчното кръвообращение, проявяващи се с краткотрайни говорни нарушения – фъфлене, невъзможност да се изговарят думите, слабост или изтръпване на крайниците от едната страна на тялото, световъртеж, дезориентация и загуба на мисълта [5].

Диагностика и лечение. Много е важно ранното диагностициране на заболяването, което дава възможност, за по-бързо и целенасочено лечение. Най-доброто лечение на мозъчния инсулт е първичната профилактика, т.е. профилактиката преди получаването на инсулта. Тя намалява риска с 80% и е

насочена към рисковите фактори и асимптомните исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение. За целта е необходимо общопрактикуващия лекар да идентифицира лицата с рискови фактори и да ги проследява с помощта на кардиолог, ендокринология и невролог. Мултидисциплинарният подход позволява комплексно лечение и като резултат – снижаване на риска за мозъчен инсулт. Важно значение има идентифицирането с асимптомни нарушения на мозъчното кръвообращение. Тъй като оплакванията са неспецифични: главоболие, несистемен световъртеж, шум в ушите, отслабване на паметта, концентрацията и работоспособност много често те се пропускат. За диагностицирането им важно значение имат ултразвуковите методи за оценка на мозъчния кръвоток в каротидната вертебробазиларната система. Доплерсонографското изследване дава възможност за оценка скоростта и посоката на мозъчния кръвоток по магистралните екстракраниални (шийни) и краниални (вътречерепни) артерии. Чрез него се диагностицират стенозите по тези артерии, дължащи се на образуването на атеросклеротични плаки от тях, което води до стесняване лумена на съда и оттам недостатъчност на кръвообращението. Важно е определянето и степените на стенозата с оглед евентуално препоръчване на неврохирург и назначаване на антиагрегатна терапия. Доплерсонографското изследване е важно с оглед откриването на асимптомни каротидни стенози, които се явяват самостоятелен рисков фактор за мозъчен инсулт. Тяхното диагностициране позволява осъществяването на съответната профилактика и невропротекция. Въпреки приложената профилактика и направените изследвания, понякога настъпването на инсулта е неизбежно [4].

Сестрински грижи. Изключително големи са задълженията и отговорността на медицинската сестра при обслужването и провеждането на редица диагностични изследвания на неврологично болните. Това произлиза от спецификата на неврологичната патология. Трябва също да се отбележи че при тези болни болестният процес налага продължително лечение — седмици или месеци. Всичко това изисква висока професионална подготовка от страна на медицинската сестра, за да може да се осигурят адекватно обслужване, наблюдение и лечение на болни с неврологични заболявания.

Болните с исхемичен мозъчен инсулт са с увредени или застрашени от увреждане витални функции, при което се налага **интензивно наблюдение и грижи**. Включва динамичното им проследяване от медицинската сестра, а в някои случаи и съответно апаратно проследяване [1].

Настаняване на легло и хигиенни грижи: Болните с исхемичен мозъчен инсулт се настаняват в отделения или стаи за интензивно лечение или интензивни грижи, където се осигурява непрекъснат сестрински контрол за наблюдения и корекция на нарушените витални функции. Леглото за тези пациенти трябва да бъде функционално, дюшекът да е без грапавини (да е гладък), а чаршафите — чисти, изгладени и добре изпънати, без гънки. Леглото не трябва да създава никакви неудобства или болкови усещания. Медицинската сестра трябва да променя положението на тялото им на 2 h от гръбно в странично положение или от едно странично в друго, в полуседнало положение, с повдигане на краката нависоко. Това се налага както за предпазване от декубитални наранявания и флеботромбози на долните крайници и малкия таз, така и за улесняване на дренирането на секретите от бронхиалното дърво и за подобряване на белодробната вентилация. Поставянето на главата на по-високо подобрява венозното оттичане на кръвта и способства за намаляване на мозъчния оток. Смяната на положението на тялото трябва да става внимателно и при грижлива преценка на състоянието на кръвообращението.

Осигуряването на тоалет и лична хигиена на неврологично болния е важна и отговорна задача на медицинската сестра по време на целия лечебен процес.

Грижете за кожата, косата и ноктите на болния започват още от приемното отделение.

Необходимо е веднага след постъпването му съобразно състоянието на болния медицинската сестра да извърши щателна санитарна обработка. Кожата на тежко болния трябва да се пази суха и здрава. Частичен или пълен тоалет на болните се извършва сутрин и вечер, а при необходимост - и през по - кратки периоди. За да се избегне непрекъснатото намокряне на белето при болните с тазоворезервоарни нарушения (инконтиненция на урината), при мъжете се поставя кондомен дренаж, а при жените се извършва катетеризация. Това създава условия за стриктно проследяване на диурезата, което е много важно условие за поддържане на адекватен водно-солеви баланс. Борбата за запазване здрава кожата на тежко болните (недопускане развитието на декубитуси), особено при случаите с нарушена трофика на тъканите, е важен момент от тяхното лечение. Затова профилактиката, ранното им откриване и правилното лечение са важна и отговорна задача. Не маловажно значение има и поддържането на устната хигиена. Устната кухина се почиства от секрети, засъхнали кори и налепи по езика. Това се извършва с марли, напоени с разреден разтвор на кислородна вода и калиев хиперманганат, а след това се намазва с глицерин. Тези процедури трябва да се извършват най-малко 2 - 3 пъти дневно [1].

Хранене на болните. Пълноценното и правилно проведено хранене е клинична задача от първостепенна важност. Въвеждането на необходимото количество хранителни вещества – белтъчини, въглехидрати, мазнини, соли, витамини и вода - е необходимо условие за правилния метаболизъм в организма е важна предпоставка за възстановителния процес.

Изкуственото хранене при тези болестни състояния е жизнено необходимо, тъй като невъзможното или ограничено приемане на храна и течности през устата довеждат бързо до намаляване и изчерпване на енергетичните депа на организма. Изкуственото хранене включва парентерално въвеждане на хранителни вещества, течности, електролити и витамини посредством капкови венозни инфузии и хранене през стомашна сонда, като двата метода най-често се комбинират. Когато състоянието на болните не позволява пълноценно перорално хранене, то може да бъде съчетано с допълнително парентерално въвеждане на хранителни вещества и течности, за да се осигури необходимият енергиен внос.

Храната, която ще се дава, трябва да бъде хомогенизирана, в малко количество, богата на белтъци и въглехидрати и бедна на натрий и мазнини, да се понася добре от болния и да не дразни стомашно-чревния тракт. Храненето през сондата трябва да става чрез инжектирането на отделни порции от 50 до 300 ml през интервал най-малко от 2 до 3 h. В сондата не трябва да се вкарва въздух. Преди всяко хранене е необходимо да се проверява положението на сондата. След приключване на храненето през нея се вкарва малко количество затоплен чай или вода [1].

Важно значение за преживяването на тези болни има грижата за поддържането на дихателната функция. Ако не е осъществена оротрахеална интубация или трахеотомия, коматозно болните трябва да се поставят в странично положение за да се предпазят от аспирация на повърнати матери. Прието е да се поставя и въздуховод за осигуряване на проходими дихателни пътища. Необходими са чести аспирации на оралните секрети, извършване на почукващ и вибрационен масаж на гръдния кош и др. Трябва да се наблюдават честотата и ритъмът на дишането и при настъпване на ритъмни нарушения да се уведомява лекуващият лекар своевременно [1].

Наблюдението на сърдечно-съдовата система също се извършва от медицинската сестра, тъй като нерядко настъпват ритъмни нарушения, артериална хипертония или хипотония и др.

Твърде често при пациенти с мозъчни инсулти се развиват и изразени **терморегулаторни нарушения**, които изискват измерване на телесната температура на 2 - 3 h. При хипертермия освен медикаментозно лечение се прилагат и някои физикални средства — торбички с лед в областта на магистралните съдове (в ингвиналните области, в аксилите или в областта на каротидните артерии).

Целият този широк и разнообразен кръг от задължения изисква и определени организационни качества — правилно да се разпределя времето, удобно да се комплектова работното място, прецизно да се води документацията и др. Такива задължения може да изпълнява само внимателна, , решителна, милосърдна и уравновесена медицинска сестра с висока професионална подготовка [1].

Профилактика. Редовните профилактични прегледи могат да установят повишен риск, произлизащ от групирането на няколко рискови фактори. Признак на приближаващ инсулт са т.нар. преходни разстройства на мозъчното кръвообращение, проявяващи се с краткотрайни говорни нарушения – фъфлене, невъзможност да се изговарят думите, слабост или изтръпване на крайниците от едната страна на тялото, световъртеж, дезориентация и загуба на мисълта.

Физическите упражнения имат положителен ефект върху теглото, водят до понижаване на кръвното налягане, намаляване на LDL – холестерола, увеличаване на HDL – холестерола и до подобряване на глюкозния толеранс. За профилактика на инсултите е достатъчна леката до умерена физическа активност. Съчетаването на няколко рискови фактора повишава значително вероятността от исхемичен мозъчен инсулт.

За намаляване на риска от исхемичен инсулт се препоръчва най-малко 30 минути бързо ходене дневно, намаляване приема на сол по бгр.дневно, намаляване приема на наситени мастни киселини и повишаване консумацията на плодове и зеленчуци, както и на храни богати на целулоза: ябълки, цитрусови плодове, соя, соеви и царевично масло, овесена каша, пълнозърнест хляб, извара, нискокалорично мляко, телешко и агнешко месо, два дни седмично морска риба [2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Независимо от многобройните проучвания и непрекъснатия стремеж за намиране на стандартно и сигурно лечение на исхемичния инсулт, последният остава една от водещите причини за тежка инвалидизация или смърт. Ето защо добрата практика и провеждането на първична и вторична профилактика на мозъчния инсулт са ключови за намаляване на заболяемостта и несигурния изход от инсулта. Борбата с рисковите фактори има основно значение за предпазване от мозъчен инсулт. Необходимо е тяхното диагностициране, професионална оценка и при необходимост – лечение под контрол на лекар. В някои случаи отстраняването им налага пълна промяна на начина на живот, но си заслужава. Прогнозата при исхемичния мозъчен инсулт е значително по-добра от тази при хеморагичния [5].

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Белоев, Й. и кол. Грижи за болния и сестринска техника, Ми арсо; С., 2000
- [2] Желева, Е. Общи и специални сестрински грижи – практико-приложни аспекти-втора книга, И. ЕКС-Прес; Габрово, 2007
- [3] Мозер, Ю. Неврология и психиатрия; И. Полидиабет, 2008
- [4] Шотеков, П. Неврология, И. Арсо
- [5] <www.puls.bg/illnes/issue_169/>

За контакти:

Петя Калинова Димитрова IIкурс Медицинска сестра, МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов”, гр. Варна, тел.: 0898782398, e-mail: petqdimitrowa94@gmail.com

Кристина Данчева Радушева IIкурс Медицинска сестра, МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов”, гр. Варна, тел. : 0899720332, e-mail: kristinaradysheva@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Актуални средства и бъдещи перспективи във фармакотерапията на остеопорозата

автор: Любен Григоров
научен ръководител: доц. Светлана Георгиева, д.ф.

***Current resources and future prospects in the pharmacotherapy of osteoporosis:** Osteoporosis is a bone metabolic disease characterized by a decrease in bone strength and the occurrence of fractures. The pharmacotherapy of osteoporosis is continuously improved - some medicines have lost its significance, others are approved and new medicines - product of contemporary genetic engineering technologies are appearing. Future prospects in the treatment of osteoporosis are associated with the affecting to specific molecular targets involved in the pathophysiology of the disease.*

***Key words:** future prospects, osteoporosis, pharmacotherapy.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Остеопорозата е най-честото метаболитно костно заболяване. [4,8] Тя се определя като процес, характеризиращ се с количествено намаление на костната тъкан за единица обем, като се запазва нормалното отношение между органичният матрикс и минералната фракция. Според определеното на Световната здравна организация от 1994, остеопорозата е прогресивно системно заболяване на костния скелет, което се характеризира с понижена маса и влошена микроархитектоника на костта, водещи до повишена чувливост на костите и повишен риск от фрактури. [7]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Костното ремоделиране зависи от функционалното равновесие между остеобластите (ОБ) и остеокластите (ОК). [6] При остеопороза се отчита усилен процес на остеолиза (разграждане на костна тъкан и нейна загуба). [1] Остеопорозата представлява дисбаланс между костната резорбция и костното изграждане, с доминиране на резорбцията, докато в здравата кост е налице равновесие между двата процеса [4,8].

В зависимост от етиологията остеопорозата се класифицира на:

- Първична - постменупаузална, сенилна, идиопатична
- Вторична – при ендокринни заболявания, при генетични заболявания, при стомашно-чревни заболявания, медикаментозна (напр. глюкокортикоид-индуцираната остеопороза – ГИО) и др. [6,8]

Фармакотерапия на остеопорозата

Лекарствените препарати са две големи категории. (табл. 1) Първата, включва лекарства, които намаляват костната резорбция. Втората категория - лекарства, които помагат да се стимулира костната формация. [7]

Табл. 1. Основни категории средства, приложими за лечение на остеопороза [3,5,8]

Медикаменти инхибиращи костната резорбция	Медикаменти стимулиращи костното формиране
Бифосфонати - БФ	Стронциев ранелат
Хормонална заместителна терапия - ХЗТ с естрогени и естрогени/прогестини	Паратхормон (PTH) и пептиди на паратхормона - терипаратид
Selective Estrogen Receptor Modulators SERMs	Флуориди; Анаболни стероиди
Калцитонин	Статини
Denosumab – хуманизирано моноклонално анти тяло	Растежни фактори (Insulin-like growth factor 1) - IGF-1

Лечението на остеопороза основно включва: бифосфонати, селективен модулатор на естрогенните рецептори (SERM) – Raloxifene, Denosumab и

терипаратид,[4,5,7] Всички терапии трябва да се съчетават с прием на калций и витамин D. [7]

Бифосфонати

Бифосфонатите (БФ) са най-често използваните средства за лечение и профилактика на остеопороза. [7] Те принадлежат към групата на антирезорбтивните медикаменти. [5] Бифосфонатите са стабилни аналози на неорганичния пирофосфат, който е физиологичен регулатор на минерализацията. [6,7,8] Клиничната същност на бифосфонатите е, че те имат подчертана антирезорбтивна активност. [6] Бифосфонатите имат висок афинитет към кристалите на хидроксиапатита и чрез свързване на места с активна костна резорбция тези агенти могат да намалят костната резорбция. [7] След като бифосфонатите се инкорпорират в костите, те остават там в продължение на години. [8] Свойството им да се враждат в костната структура обуславя продължителността на антирезорбтивния ефект – години след прекратяване на лечението. [6]

Бифосфонатите се свързват с хидроксиапатитните кристали и преференциално (селективно) акумулират под остеокласта. [3,6] Когато остеокластите резорбират костта, те поглъщат бифосфонатите. [8] Бифосфонатите инхибират активността на остеокластите и намаляват костната резорбция. По този начин костното образуване временно превишава костната резорбция и се постига умерено увеличаване на костната маса. [2] Желаният краен резултат е постигането на добър баланс между костната резорбция и костното формиране. [6]

Някои от бифосфонатите намират клинично приложение при остеопорозата у мъжа, други при кортикостероид-индуцираната остеопороза (ГИО), за профилактика и лечение на постменопаузалната остеопороза. [8] Последните ръководства на American College of Rheumatology препоръчват бифосфонатите като медикамент от първа линия за терапията на глюкокортикоид-индуцирана остеопороза - ГИО. [5]

Селективни модулатори на естрогенните рецептори – (Selective Estrogen Receptor modulators – SERMs)

Това е нов клас медикаменти, използван за лечение на остеопорозата. [8] Селективните модулатори на естрогеновите рецептори - SERM (Tamoxifen, Raloxifen, Vazedoxifen), имат позитивен ефект върху костта. [5] Те са клас препарати, които са тъканно - специфични и блокират естрогенните рецептори в млечните жлези и в същото време активират естрогенните рецептори в костта. [3]

От тях най-добре е проучен препаратът ралоксифен. [8] Той засяга някои от рецепторите стимулирани от естрогена, но селективно работи като агонист или антагонист в зависимост от органът или системата. Както естрогенът той е антирезорбтивен медикамент. Въпреки това поради свойството да модулира селективни рецепторите той осигурява положителните ефекти на естрогените, без да се проявяват страничните им действия. [7] Той е един от утвърдените представители на групата, който подобрява костната плътност и серумния липиден профил. [3] Ралоксифен действа като антагонист на естрогенните рецептори в гърдите и ендометриума и като агонист на естрогените в костния скелет и сърдечно-съдовата система. Клиничните проучвания с ралоксифен показват нормализиране на костния търновър, забавяне на костната загуба и понижението на фрактурния риск. Намалява и рискът от рак на гърдата. [8] Raloxifene е одобрен за превенция и лечение на постменопаузна остеопороза. Ралоксифен е най-подходящ при по-млади менопаузални жени, без сериозна остеопороза, и които са със среден и висок риск от рак на гърдата. [7]

Паратхормон (PTH) принадлежи към групата на анаболните медикаменти, които повишават костното формиране. [5] Паратхормонът стимулира костното формиране. [3] Оказва се, че при интермитентното приложение на PTH, той има кост-формиращ ефект, а непрекъснатото му приложение - кост-резорбиращ ефект,

тъй като когато паратиреоидният хормон се приема във високи дози и продължително време, той повишава костния търновър и остеокластната костна резорбция. [3,8]

Проучвания от последните години показват, че инжектирането на фрагменти от паратиреоиден хормон стимулира костното изграждане. [8] 1-34 аминотерминалният фрагмент на паратхормона (цялата полипептидна молекула е от 84 аминокиселини) е всъщност кост-активната част на хормона [3].

Teriparatide е рекомбинантен сегмент от човешкия паратиреоиден хормон - 1-34 РТН [3]. Терипаратидът е анаболен агент за лечение на остеопорозата. Работи главно за стимулирането на костите, чрез повишаване на броя и активността на остеобластите. Терапевтидът трябва да се има предвид при по-млади и по-стари постменопаузни жени със сериозна остеопороза. Терипаратидът е одобрен и за лечение на мъже и жени с висок риск от фрактура поради първична или хипогонадална остеопороза. [7] Той е одобрен и за лечение на глюкокортикоид-индуцирана остеопороза - ГИО от FDA (Food and Drug Administration - USA). Лечението с РТН 1-34 (терипаратид) противодейства на негативните ефекти на глюкокортикоидите върху остеобластната и остеоцитната апоптоза и води до възстановяване на костния обем, повишено костно образувание и повишена костна здравина. Клинични проучвания показват, че РТН 1-34 (терипаратид) е по-ефективен в превенцията на ГИО от бифосфонати. Освен това, лечението с терипаратид води и до намаление на костната болка и до подобрене на качество на живот. [5]

Терипаратидът се препоръчва като медикамент на първи избор за пациенти, провеждащи глюкокортикоидна терапия и/или с ГИО. Комбинираното приложение на терипаратид с бифосфонати не е препоръчително, тъй като може да намали неговата ефективност. Но употребата им след спиране на лечението с терипаратид може да помогне да се запази изградената кост [5].

Denosumab

Деносуаб е хуманизирано моноклонално антитяло, насочено срещу рецепторния активатор на лиганда на ядрения фактор – κ B (RANKL – Receptor activator of the nuclear factor- κ B ligand), който е ключов медиатор в резорбтивната фаза на костното ремоделиране [7]. С деносуаб се осъществява нов тип патофизиологично лечение, имитирайки естествените процеси в нормалната кост [5]. Деносуаб намалява костната резорбция чрез потискане на остеокластната активност [7]. Деносуаб намалява костната резорбция в кортикалната и трабекуларната кост и повишава костната минерална плътност. Понижава фрактурния риск на всички места [4].

Рецепторният активатор на нуклеарния фактор- κ B лиганд (RANKL) е протеин, който се свързва с RANK върху остеокластната повърхност и е главен медиатор на остеокластната диференциация, активиране и преживяемост. Osteoprotegerin - OPG се свързва с RANKL и участва в регулацията на патологичния път RANK – RANKL. [5].

Деносуаб е изцяло човешко моноклонално антитяло, което се свързва с висок афинитет и специфичност към RANKL, имитирайки ефекта на ендогенния OPG. Това предотвратява взаимодействието на RANKL с RANK, неговия рецептор върху ОК и техните прекурсори, блокирайки диференциацията, функцията и преживяемостта на ОК. По този начин деносуаб ефективно потиска костната резорбция и може да доведе до бързо повишение на костната минерална плътност - КМП и редукция на остеопорозните фрактури [5].

Denosumab е одобрено от FDA през юни 2010 г. и е показан при пациенти с постменопаузна остеопороза и висок риск от фрактура. [7] Denosumab доказано повишава КМП и намалява костната резорбция при постменопаузални жени с остеопороза, за период от 12 месеца. [7] Предвидено е да бъде включен като терапевтична опция при ГИО [5].

RANKL и RANK са членове на TNF суперфамилията и се експресират върху различни лимфоидни клетки. Теоретично инхибицията на RANKL би могла да повиши риска от карцином или инфекция. До този момент не е установена сигнификантна разлика в честотата на карциномите или общата честота на инфекциите, както и по отношение на опортюнистичните инфекции, или на сериозни нежелани странични явления вследствие на инфекции при лечение с денозумаб [5].

Бъдещи терапевтични възможности

Новите медикаменти, които се изследват експериментално за лечение на остеопороза, са насочени както към потискане на ОК резорбция, така и към стимулиране на ОБ функция. Напредъкът в науката по отношение на метаболитните пътища в костната клетъчна биология идентифицира специфични механизми на интервенция, които позволяват потискане или стимулация на образуването и функцията на ОК и ОБ. [5]

Катепсин К-инхибитори (odanacatib). Odanacatib е експериментален медикамент за лечение на остеопороза и костни метастази. Механизмът му на действие е потискане на катепсин К, ензим, който участва в костното разграждане. Резултатите от фаза III на клинично проучване показват висока ефективност и добър профил на безопасност.

Анти-склеротинови антители

Редица генетични проучвания доказаха централната роля на Wnt-сигналния път в костния метаболизъм и доведоха до развиване на стратегии за разрушаване на Wnt-сигнализицията с цел повишаване на костното образуване (антисклеростин-АТ, анти-Dkkorf-АТ).

Склеростинът е протеин, произвеждан от остеоцитите, който действа като негативен регулатор на костното образуване чрез селективен контрол на апоптозата на костните клетки. Продукцията и активността на склеростина могат да бъдат повлияни чрез антисклеростинови антители, като по този начин се стимулира костното изграждане. *Romosozumab (AMG 785)* е хуманизирано моноклонално антияло срещу склеростин, разработено за склеростиновата специфичност към костта. Приложението му върху животни (плъхове, маймуни) в предклинични проучвания е показало засилване на костното изграждане. В клинично проучване фаза I приложението на единична доза *Romosozumab* е довело до повишаване на КМП на прешлените и бедрената кост и е показало добра поносимост. В проучване фаза II е сравнена ефективността по отношение на КМП в хода на едногодишно лечение с *Romosozumab*, бифосфонат и терипаратид при жени с остеопороза, като най-добри резултати са получени в групата, приемала *Romosozumab*. [5]

Друг потенциален прицел в разработването на нови медикаменти за лечение на остеопороза е *комплексът CD40-CD40L*, който принадлежи към голямото семейство на двойките рецептор-лиганд, TNF суперфамилията. Остеоцитите и остеобластите експресират изобилие от CD40, като в тези клетки CD40L предотвратява глюкокортикоид-индуцираната апоптоза. Нещо повече, системата CD40-CD40L може да играе роля както в костното изграждане, така и в образуването и жизнеспособността на остеокластите.

Интересен терапевтичен таргет е *Calbodin-D28*, който е калций-свързващ протеин, възприеман преди всичко като улесняващ транспорта на калция в червата и бъбреците. Но в последно време, в експериментални условия е установен протективният му ефект спрямо остеобластната и остеоцитната клетъчна апоптоза. Този антиапоптоичен ефект е свързан със способността му да инхибира каспаза-3.

Селективните модулатори на андрогенните рецептори упражняват анаболен ефект върху мускулите и костта, без да предизвикват нежеланите ефекти на андрогените, и могат да бъдат използвани за лечение на остеопороза, възрастово-обусловена мускулна слабост и ГИО. [5]

Перспективи

Лечението на остеопорозата се е променило значително през последните години. Днес терапевтичният арсенал е голям и разнообразен, а има и по-дълбоко разбиране за страничните ефекти, които се появяват като последствие на продължителната употреба на някои лекарства. Нови лекарства се появяват за лечението на остеопорозата. Те действат върху специфичната физиология на костната клетка и често това е една истинска терапия с моноклонални антитела, които регулират патофизиологията на костната клетка. Може би най-важният аспект, който остава да бъде доказан е тяхната безопасност при дълга употреба. [7]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Фармакотерапията на остеопорозата търпи непрекъснато усъвършенстване, при което някои от средствата, използвани за нейното лечение до преди няколко години, губят перспектива за употреба, поради ограничаване на приложението им и налагането на рестрикции при употреба, а някои дори вече не се препоръчват за лечение на остеопороза. Пример са ХЗТ, флуоридни соли, калцитонин и дори солите на stronция – stronциев ранелат. Тяхното място в лечението на остеопорозата се заема от нови молекули – основно биоинженерни продукти, имащи за цел повлияването на специфични места в патофизиологията на заболяването. В процес на разработка са и други таргетни молекули, които ще разширят хоризонта от фармакотерапевтични опции за лечение на остеопороза.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Аструг А. и кол., Фармакология и токсикология, 1-во изд., ред. Н. Бояджиева, Кр. Якимова, Медицинско изд. „Арсо“, София, 2014
- [2] Белчева Ан. и кол., Фармакология, 2-ро изд., Медицинско изд. „Арсо“, София, 2010
- [3] Борисова Ан. М., Остеопороза, 1-во изд., изд. Алкор, София, 2003
- [4] Владева Ст., Ив. Шейтанов, Остеопороза, 1-во изд., изд. ТРАКИ „Женина“, Ст. Загора, 2014
- [5] Петранова Цв., Глюкортикоид-индуцирана остеопороза, изд. Непрекъснато усъвършенстване ЕООД, София, 2014
- [6] Стоянов Ст., М. Минчева, Остеопороза – кратко ръководство за клиника, диагностика и лечение, изд. Барболов и синове, София, 2003
- [7] Цветкова С., А. Баталов, Диагностика и лечение на остеопорозата – практическо ръководство, изд. МУ Пловдив, Пловдив, 2011
- [8] Шейтанов Йор., Остеопороза, 2-ро прер. и допълн. изд., Център за информ. по медицина, София, 2000

За контакти: Любен Данчов Григоров, студент в спец. Фармация; МУ Пловдив, 0896837275; e-mail: lgrigorov_pd@abv.bg;

Докладът е рецензиран.

Роля на медицинската сестра при профилактиката и лечението на декубитус

Автор: Биляна Великова
Научен ръководител: ас. Гр. Колева

***The role of the nurse in the prevention and treatment of decubitus:** Decubitus is the result of prolonged bed rest. It's place of origin depends on the position of the patient in the bed. There are 3 stages of decubitus. In order to prevent it's occurrence, there are preventive measures to be done, for example: physical rotating of the patient, frequent change of the bed sheets and patient's clothes. And if still decubitus occurs, emergency measures have to be taken. One of the most important roles for the prevention of decubitus, has the nurse, because her daily care help the patient to get back to full health.*

***Key words:** decubitus, decubitus location, degrees of decubitus prevention, treatment, types of bandages, ointments types.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Декубитусът се нарича още пролежка и се получава в резултат на заболяване, изискващо продължително залежаване, предизвикващо разраняване на кожата и смущаване на кръвообращението на притисканите в леглото подложни тъкани. Това нарушава тяхното хранене и води до умирането и отпадането им. Локализацията му зависи от положението на болния в леглото. Преди всичко то е принудително или пасивно гръбно. При активно положение пациентите сами могат да преценяват кое положение би им предоставило достатъчно удобство и спокойствие. Най-често декубитус се наблюдава при възрастни индивиди с неврологични отклонения, водещи до продължително лежане, но не е изключено и млади хора да бъдат засегнати. В домовете за възрастни хора декубитус се наблюдава при 17-28 % от обитателите. Застрашени са онези места от тялото, на които кожата продължително се притиска към прилежащата кост [3].

Много важен и безценен фактор за конвалесцентния процес на болните е сестринската намеса. Ежедневните грижи и поддържане на правилното положение в леглото на пациента неизменно оказват влияние и въздействат благоприятно за предотвратяването на декубитални рани. Появилите се такива пораздат дискомфорт и водят до удължаване на болничния престой, тъй като се третират като хирургични рани и е нужен определен период от време, в зависимост от дълбочината им, за да заздравеят напълно.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Предразполагащи фактори за поява на декубитус са:

- лоши грижи за леглото на тежкоболния;
- подмокряне на кожата от фекалии, урина, пот;
- неравности по дюшека, гънки на чаршафа и пижамата;
- продължителен престой на пациента в леглото, без промяна на положението на всеки два часа;
- неефективна профилактика против декубитус;
- не използване на гумени кръгове за протекция на застрашените места;
- скелетни аномалии (сколиоза, костни тумори), сепсис и повишена температура;
- недоимъчно хранене, уремия, хипотония,лъчелечение;
- неправилно поставени гипсови превръзки, протези, ортопедични апарати.

Декубитус развиват най-често пациенти със заболявания на ЦНС , черепно-мозъчни травми и травми на опорно двигателния апарат; болни в шок и кома;

анемия, венозен застой; силно понижена телесна маса, след продължително тежко боледуване [5].

Най-честите локализации на декубитус са : седалище; лопатки; кръст; тил; лакти; пети; под млечните жлези; в гънките на корема; външната част на бедрата, при странично положение [5].

Тежестта на тъканната увреда се изразява в няколко степени:

- I-ва степен - зачервяване на кожата със смущения в кръвообращението и храненето на тъканите;
- II-ра степен - повърхностно разраняване на кожата, съпроводено с нейното почерняване;
- III-та степен - некроза на тъканите, дълбоко некротизиране с поява на декубитални язви и навлизане на бактериална инфекция в тъканите [5].

Профилактичната дейност във връзка с предотвратяване на появата на декубитус се изразява в:

- Грижи за леглото на болния - равен и гладък дюшек, чисто и добре изпънато постелно бельо;
- Периодична промяна на положението в леглото - на 2 часа, ако състоянието им позволява това;
- Грижи за кожата на болния- масаж и обтриване;
- Извършване на всички мероприятия за лична хигиена;
- Намаляване натиска върху застрашените места, чрез използване на гумени кръгове, пълни с въздух и облечени в калъфка или специални възглавници за лакти, колене и пети;
- Настаняване на пациента на антидекубитален дюшек;
- Провеждане на рехабилитация;
- Прием на подходяща храна и достатъчно течности;
- Добро общоболнично лечение за подобряване на имунитета [5].

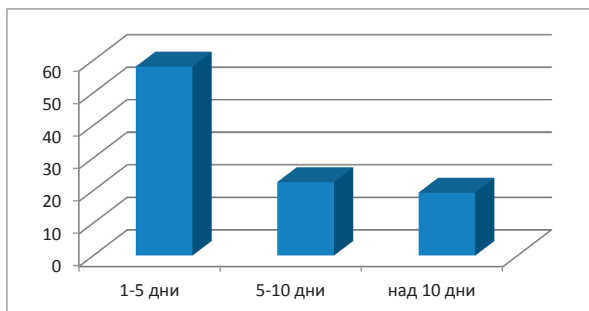
При неадекватни профилактични мерки, могат да настъпят усложнения като: ерозиране на кожата; рани, достигащи костите; възпалителни процеси; сепсис, дори смърт. Декубитусът започва с появата на червено болезнено петно, което в последствие се превръща в повърхностна или дълбока язва. Често тя заздравява с образуване на белег. Понякога обаче се развива по-значителна некроза или гангрена. В напреднала фаза на декубитус се наблюдават загнявания, достигащи голяма дълбочина и ширина и обхващащи костите [4]. Въпреки положените грижи, понякога, декубитус се развива. Мерките се насочват главно към спиране на развитието му. За целта се употребяват гумени кръгове, възглавници и дюшеци. Гуменият кръг може да се използва и превантивно, при болни, които са застрашени от неговата поява [4].

Друг сериозен проблем в следствие на продължително залежаване е мацерацията. Тя представлява излющване на повърхностния слой на кожата епител, в резултат на спарване и размекването му, благодарение на обилно изпотяване и лошо проветряване. Локализира се под млечните жлези на жената, под мишниците, в гънките на корема, около половите органи, между двата глутеуса и зад ушите. Първо кожата се зачервява, после се напуква, мястото е винаги влажно и трудно се поддава на лечение [1].

Започнато навреме, лечението на декубитус I-ва степен е ефективно. Пациентът не трябва да лежи върху засегнатия участък. При лечението се използват епителизиращ крем /унгент/; антибиотична /сулфонамидна/ пудра и стерилна превръзка. Ефективното лечение на декубитус II-ра степен включва: обработка на раната, при спазване на строга асептика и антисептика на принципа на вторичното заздравяване. Периферията около раната се обработва с йоден препарат (Браунол). Декубиталната рана се намазва с маз на Вишневски и мехлеми, обогатени с vit A. Може да се използва и антибиотичен /сулфонамиден/ спрей. Раната се покрива със

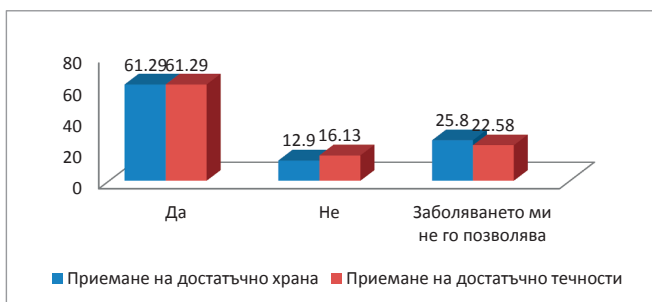
стерилна превръзка. Лечението на декубитус III-та степен включва: хирургическа обработка на некротичните участъци и оставяне на раната открита, кварцово облъчване /физиотерапия/ с цел гранулиране на раната или специални превръзки [1].

Във връзка с настоящото научно съобщение, се проведе проучване на територията на Хирургично отделение в МБАЛ-Русе през периода март-април 2015 г., предназначено за пациенти, които заемат пасивно или принудително положение в леглото. Анкетирани са тридесет и един пациенти, чийто болничен престой при по-голямата част от здравните клиенти до момента на изследването е между един и пет дни. Данните са представени на *Фигура 1*.



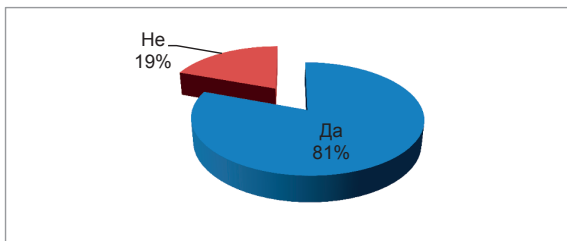
Фигура 1: Болничен престой на пациентите

Използва се полуструктурираното интервю, изградено от 5 въпроса, пряко засягащи профилактиката на декубитус.



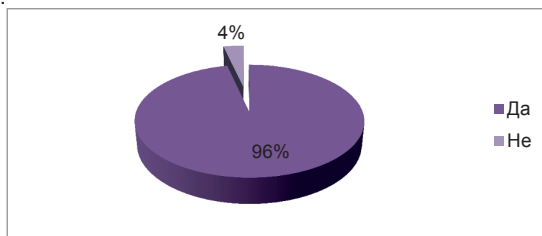
Фигура 2. Прием на храна и течности

От резултатите на въпрос, свързан с храненето и приемът на течности става ясно, че повече от 60 % от болните се хранят редовно по време на болничния си престой, като същият процент се отнася и за тези, които приемат достатъчно течности. Останалите пациенти не желаят или нямат възможност да го правят поради своето заболяване. Медицинският персонал и самите пациенти вземат под внимание този важен фактор, пренебрегването на който би могло да доведе до декубитус.



Фигура 3. Грижа за постелното бельо

По отношение на грижите за личното и постелното бельо на пациентите се установи, че над 80 % считат това за факт, независимо от голямата ангажираност на медицинските сестри.



Фигура 5. Промяна на положението в леглото - самостоятелно

На въпроса „Променяте ли сам/а или с помощта на медицинско лице положението си в леглото?“, 87% от пациентите споделят, че е налице изискване за смяна на положението в леглото на всеки два часа и напълно отговаря на сестринските грижи, в които е застъпена неговата важност. Отговорилите отрицателно здравни клиенти не могат да променят положението си, поради наскоро извършени хирургически интервенции или заболявания, изискващи продължително задържане в една и съща поза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Декубитусът е изключително актуална тема. Въпреки многобройните фактори, които биха могли да се превърнат в причина за неговата поява, съществуват различни методи, чието главно направление е неговата профилактика. Резултатите от извършеното проучване доказват, че медицинските специалисти полагат редовно и отговорно грижи за състоянието на болните и се стараят техните усилия да предотвратят появата на пролежка. Профилактиката на декубитус в лечебните заведения е свързана главно с честа смяна положението на пациентите в леглото, както и на личното и постелното им бельо, тъй като е от изключително важно значение да се поддържа хигиената, благодарение на която се постига комфорта и удобството им по време на болничния престой. Той неминуемо би се удължил при поява на декубитални рани. Всичко това показва незаменимата роля на медицинската сестра, която чрез своите знания, компетентности и грижи спомага за реализиране на превантивните цели. Те, от своя страна, трябва да бъдат извършени навреме и да бъдат съобразени със състоянието на болния, както и насочени към възможно най-краткосрочно възвръщане на неговата самостоятелност и независимост.

ЛИТЕРАТУРА:

[1] Желева, Е. Сестрински и акушерски грижи. Г. , Екс- прес, 2013;

[2] Георгиева, Д., Лекционен курс по Философия и въведение в сестринските грижи, 2014;

[3] http://www.puls.bg/reference/dictionary/dictionary_1463.html ;

[4] <http://www.evropea.com/decubitus.html> ;

[5] http://www.google.bg/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CCcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fsevgi.incilbg.com%2Fsesgriji%2Fdizpit%2Fgriji_i_profil_aktika_na_dekubitus.doc&ei=m7vpVNCVOMmuUaXWgOgK&usg=AFQjCNGinu5bVEOUoId-KZH-KiBY7YP33w&bvm=bv.86475890,d.d24

За контакти:

Биляна Божидарова Великова, студент в Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност „Медицинска сестра“, тел.: 0883231995, e-mail:

bibi_951208@abv.bg

Научен ръководител: Ас. Грета Колева, катедра „Здравни грижи“, Русенски университет „Ангел Кънчев“ тел. 0882 517 173, e-mail: greta77@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Роля на медицинската сестра при общуването с пациента – модифициран модел на Вирджиния Хендерсон

Автор: Симона Светлинова

Научен ръководител: Гл. ас. д-р Никола Събев

The communication between nurse and patient: The role of the nurse in communication with patient is very important. The basis of the relationships is the patient's personality. The nurse must have good communication skills in order to be able to recognize from the patient's looks and behavior his/hers physical and mental condition.

Key words: nurse, patient, communication

ВЪВЕДЕНИЕ

Уникалната функция на медицинската сестра е да подпомага индивида, болен или здрав, в извършването на такива дейности, които допринасят за поддържане на неговото здраве или възстановяване (или за спокойната му смърт), и които той би изпълнявал самостоятелно, ако имаше необходимите сила, желание или знания (Вирджиния Хендерсон). И то да прави това по такъв начин, че да му помогне да стане независим колкото е възможно по-бързо [4]. Медицинската сестра се явява като основен, пълноценен и цялостен заместител на това, което пациентът не може сам да извърши, поради недостатъчни сили, воля и знания [2].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Медицинската сестра е лицето, което е обучено и разполага със знания, умения и навици за предлагането на 24-часови непрекъснати грижи за пациентите, нуждаещи от тях. Тя е тази, която ги подпомага да водят пълноценен живот, да се справят с недъзите си или да умират с достойнство, когато смъртта е неизбежна [2].

Моделът за обгрижване на пациентите, предложен от Вирджиния Хендерсон се основава на фундаменталните потребности на личността. Според Хендерсон обслужването и осигуряването от медицинските сестри е помощта, предоставяна на индивида, бил той болен или здрав, при извършване на дейности, които му позволяват да запази или възстанови здравето си. Дейности, които би извършвал човек без чужда помощ в случай, че е здрав и притежава нужната воля и познания.

1. Да диша нормално.
2. Да яде и пие достатъчно.
3. Да отделя чрез всички отделителни пътища.
4. Да се движи и поддържа желаната поза (ходене, сядане, лягане и промяна от едно в друго положение).
5. Да спи и си почива.
6. Да избира подходящо облекло, да се облича и съблича.
7. Да поддържа температурата на тялото си в нормални граници чрез приспособяване на облеклото и промяна в околната среда.
8. Да поддържа тялото си чисто, спретнато и да предпазва кожата си.
9. Да избягва опасности от околната среда и да избягва нараняване на другите.
10. Да общува с другите чрез изразяване на емоции, нужди, страх или "чувства".
11. Да изповядва своята вяра.
12. Да извършва дейности, които му доставят чувство за пълноценност.
13. Да играе или да участва в различни форми на развлечения.
14. Да учи, да разкрива или да задоволява своята любознателност, което води до "нормално" здравословно развитие [3].

Мисията на медицинската сестра включва оказване на здравна помощ и грижи на конкретни хора, семейства и група от хора при определянето и постигането на физическо, умствено и социално здраве в условията на обкръжаващата ги среда. Това изисква изпълнение на определени функции с цел укрепване и запазване на здравето, профилактика на заболявания, както и конкретни грижи при налични отклонения от физиологичните норми [2].

Сестринският подход изисква персонализация на грижите, полагани за нуждаещия се пациент, като по този начин те стават по-хуманни и адекватни на неговите потребности. Хуманността е постоянна и непреходна ценност на личността, отразява стремежите към човечност, добри нравствени отношения между хората, изразява благодарството на онези, които го проявяват и уважението на тези, към които е насочено.

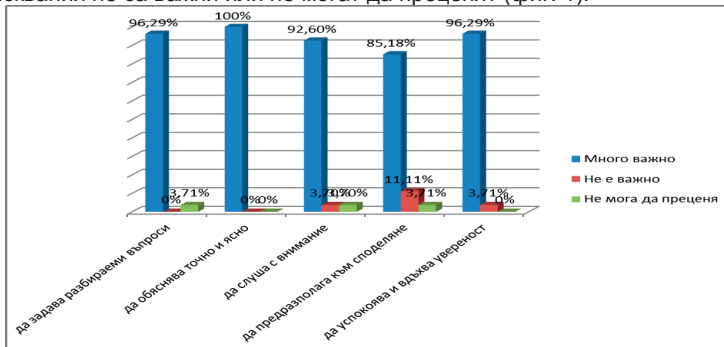
Сестринските грижи за пациента се осъществяват не само чрез точното изпълнение на лекарските назначения, чрез добрата техника при изпълнение на манипулациите и процедурите, а и посредством чисто човешкото чувство за помощ, състрадание и милосърдие, което при хората се изразява с думи, поглед, жест [1]. Човешката потребност от общуване е залегнала и в смисъла на една от 14-те приоритетни потребности от грижи според концептуалния модел на В. Хендерсон. От особено значение в медицинската практика са взаимоотношенията с пациентите.

Цел на проучването:

Проведена е он-лайн анкета на лица от различна възраст с различен социален статус, относно значението на комуникацията между медицинска сестра и пациент, като се акцентира на взаимността и ефективността от взаимния двустранен контакт.

РЕЗУЛТАТИ:

От изключителна важност според респондентите е медицинската сестра да задава разбираеми въпроси, да обяснява точно и ясно, да изслушва с необходимото внимание пациента, да предразполага към споделяне на проблемите, да успокоява и вдъхва увереност. Пренебрежимо нисък е относителният дял на посочилите, че тези изисквания не са важни или не могат да преценят (фиг. 1).



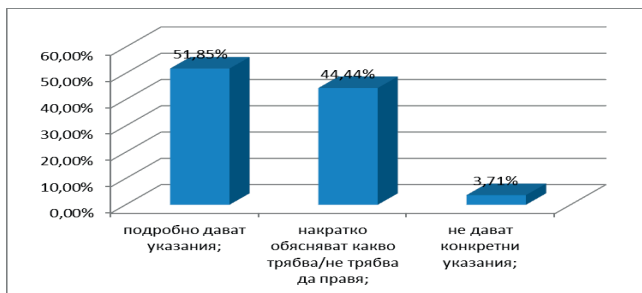
Фиг.1 Какво е важно при комуникацията между медицинска сестра и пациент?

В основата на взаимоотношенията медицинска сестра/пациент стои личността на пациента или личността на страдащия. Общувайки с пациента или неговите близки, медицинската сестра от позицията на своите професионални компетенции трябва да се съобразява с темперамента, характера, социалния статус, интелекта, възрастта, фазата на заболяване и с редица други фактори, имащи отношение към изхода от заболяването. Медицинският специалист трябва да владее основните комуникативни умения, които ще прилага в своята дейност:

- да не злоупотребява със специалната терминология;

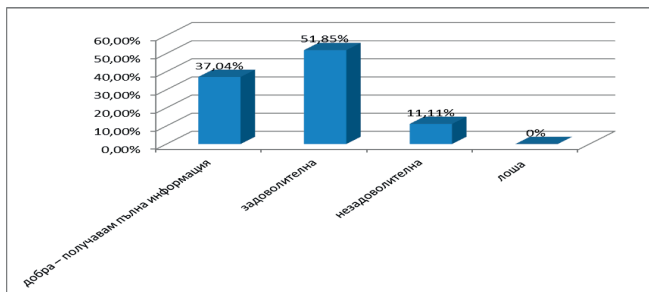
- да говори бавно, с ясно произношение;
- да слуша внимателно пациента;
- да го предразполага към споделяне на проблема;
- да подбира подходяща скорост и темп на говорене;
- правилно да подбира времето за общуване;
- да подбира правилно стила си на говорене;
- да задава ясни въпроси;
- да проследи ефекта на обратната връзка – разбиране на посланието;
- да спазва професионална конфиденциалност за информацията [1].

При комуникацията с пациенти е важно преди всяко изследване да се взема информирано съгласие от пациента и да се дават подробни указания относно: вида на изследването, начина на протичане, изискванията, които пациентът трябва да спазва – преди, по време и след изследването и да се обяснява защо е важно правилното му протичане за диагнозата и лечението на пациента. Анкетата показва, че над половината от респондентите получават подробни указания от медицинските сестри, но не е нисък относителният дял на тези, които получават тази информация накратко. Само 3,71% са посочили, че не получават конкретни указания (фиг. 2).



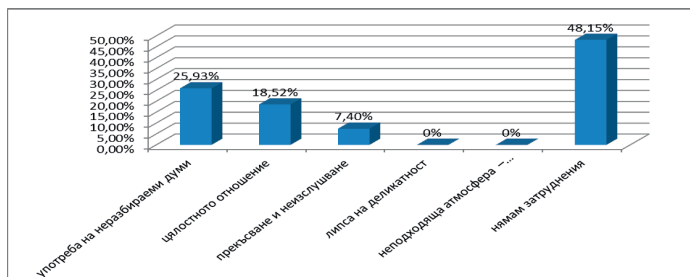
Фиг. 2: Как медицинските сестри Ви обясняват какво да правите преди изследване?

Болката и другите неприятни усещания променят психиката на пациента и във всеки жест, дума, лицеизраз, интонация на гласа, той се стреми да долови това, което има отношение към неговото заболяване. Медицинската сестра има право да споделя информация с пациента относно неговото състояние и лечение единствено в рамките на своите компетентности. При лечението на пациента е важно той да бъде достатъчно информиран за състоянието си и да бъде взето от него информирано съгласие. Над половината от анкетираните лица посочват, че получават задоволителна информация от медицинските сестри, като са уведомени само за най-важните моменти от провежданото им лечение. Над една трета са удовлетворени от пълнотата на получената информация и малко над една десета (11,11%) са посочили, че получават информация само, когато зададат въпрос на медицинската сестра (фиг. 3).



Фиг.3 Как оценявате комуникацията си с медицинския персонал?

Поради спецификата на своята професия медицинската сестра трябва да има достъп до личното пространство на пациента, но тя трябва да съумее да бъде допусната, а не да навлезе в него без предупреждение и без информираното съгласие, което трябва да получи предварително. Споделеното на болката, тревогите, притесненията и неудобствата на пациента със сестрата изискват от нея да бъде и добър слушател. Умеещият да слуша, трябва да се въздържа от всяко тълкуване на думите на събеседника си. Специално внимание се отделя на способностите на медицинския специалист да изгражда доверителни отношения с болния, да владее емоционалното си състояние, да отчита психическите особености на пациента, да се поставя на неговото място и да проявява тактичност и деликатност при общуването. Болката и страданието могат да променят чувствата и настроеността на пациента. Той може да стане сприхав и невъздържан, нетърпелив и необщителен, а в някои случаи дори агресивен. Професионалното поведение изисква медицинската сестра да не се сърди никога на пациента, да не отвръща с обида или с агресивни постъпки на неговите думи и действия. Резултатите от проведената анкета показват, че пациентите срещат най-много затруднения с използването на неразбираеми думи и изрази при комуникацията с тях, както и с цялостното отношение към личността им (фиг. 4).



Фиг.4 Какво Ви затруднява при общуването с медицинския персонал?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ролята и мястото на медицинската сестра при комуникацията с пациента е изключително важна. Тя трябва да владее добре комуникативните умения, за да разпознава дори по израза на лицето на болния и по цялостното му поведение неговото състояние – физическо и психическо. За да се получи добър двустранен контакт с пациентите е необходимо медицинската сестра да слуша внимателно пациента, да не го прекъсва, да задава кратки, ясни, разбираеми въпроси, да не злоупотребява със специалната терминология и да дава подробна информация

относно изследвания, манипулации, участие и съдействие на пациента в диагностичния и лечебен процес. Проведеното проучване дава достатъчно аргументи в полза на твърдението, че медицинската сестра е в основата на изключително важния контакт между болния и здравната система, като с поведението си следва да бъде гарант за постигане на крайния положителен резултат – оздравяване и пълноценно завръщане в социалния живот.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Георгиева, Д., Философия и въведение в сестринските грижи, Лекционни материали
- [2] Желева.Е., Сестрински и акушерски грижи - философски аспекти, "ЕКС-ПРЕС " - Габрово, 2013, ISBN: 978-954-490-420-3
- [3] Теория на Вирджиния Хендерсон за сестринството, <http://medicina-bg.info>
- [4] Virginia Henderson, The Principles and Practice of Nursing, <http://nursingtheories.weebly.com>

За контакти:

Автор: Симона Светлинова, специалност „Медицинска сестра“, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0890458410, e-mail: s1m0n3@abv.bg.

Научен ръководител: Д-р Никола Събев, тел.: 0878823288 e-mail: nikola_sabeff@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Роля на медицинската сестра при преодоляване на предизвикателствата пред стомирания пациент

автори: Гергана Стоянова, Камелия Андреева
научен ръководител: ас. Пенка Василева

Social and psychological challenges for patient with stomosis: development of new medicines, which give hope for doctors and patients, that in the near future disease will be defeated.

Keywords: illness, stomosis, adaptation

ВЪВЕДЕНИЕ

По данни на Националния онкологичен център между 5000 и 6000 души в България живеят с оперативно създаден изкуствен отвор. Преобладаващата част от тях – над 80 % са оперирани поради злокачествени заболявания, предимно колоректален карцином. За съжаление не се поддържа регистър на стомираните пациенти, тъй като са много заболяванията, при които може да се изведе стома. Създадено е дружество за стомирани пациенти наречено БУЛ-ИЛКО, но членуването на стомираните не е задължително.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Терминът стома (ostomy, гр.) означава хирургически създадено отверстие, съединяващо просвета на вътрешен орган и повърхността на кожата или отвор между два кухи органа.

Заболяванията, които налагат създаване на стома са:

- Възпаление на дебелото черво;
- Вклинявания на дебелото черво, които бързо се възпаляват;
- Вродени деформации на дебелото черво;
- Заболявания, водещи до инконтиненция поради невъзможност на сфинктера да бъде свит - такива са заболяване на гръбначния мозък – парализи, травми;
- Тумори – доброкачествени и злокачествени, налагащи отстраняване на най-долната част от дебелото черво заедно със сфинктера;
- Кръвотечения от червата;
- Преплитане на червата, както и пробив на червата;
- Увреждане на долната част на корема вследствие лъчево лечение [1];
- Заболявания и травми на пикочния мехур;
- Болестни процеси в бъбреците;
- Ларингеална стеноза от невъзпалителен произход;
- Оток на ларинкса [3].

Видовете стоми използвани в хирургичната практика са:

- *Илеостомия* – изкуствено създаден отвор на тънкото черво, разположен най-често в долната част на корема, малко под пъпа. Стомата свързва тънко черво с кожата на корема. Поради това отпада функцията на цялото дебело черво. След такава операция фекалиите са течни, тъй като малка част от водата в хранителната каша се всмуква обратно
- *Колостома* - изкуствено създаден отвор на дебелото черво, разположен най-често в лявата част на корема, малко под пъпа;
- *Цекостомия* - Стомата е в дясната долна част на коремната стена, на прехода между тънките черва и дебелото черво. И при този вид стома липсва обратна резорбция на водата, тъй като е изолирано цялото дебело черво и изпразненията са течни.

- *Сигмостомия* - Това е същинската колостомия. Стомата е в лявата долна част на корема. Това е най-честата операция и обикновено е дефинитивна (трайна). Запазено е почти цялото дебело черво и затова отделяните фекалии са с обичайния втвърден вид;

- *Трансверзостомия* - Стомата е в горната част на корема по средата (над пъпа). Обикновено това е временна операция целяща за по-къс или по-дълъг период да прекъсне пътя на чревното съдържание към правото черво. Образуват се две стоми — през едната изтича съдържанието от тънките черва, а през другата отделяната от дебелото черво слуз.

- *Уростома* – изкуствено изведен върху повърхността на коремната кухина отвор на единия или двата уретера [1].

- *Трахеостомия* – изкуствено създаден отвор в трахеята, който осигурява преминаването на въздух към белия дроб – животоспасяваща манипулация [2]. Чрез тази хирургическа манипулация се създава отвор в трахеята и се въвежда тръбичка, която да осигури преминаването на въздух от апарат за изкуствена белодробна вентилация или атмосферен въздух към белия дроб.

- *Цистостома* – изкуствено изведена връзка между повърхността на коремната кухина и пикочния мехур, използва се за директно оттичане на уриата от пикочния мехур в специален сак.

- *Нефростома* – дренажен катетър или стент, оперативно поставен, чрез който урината филтрирана от бъбреците се отича директно в събирателен сак;

След поставяне на стома – съдържимото се отвежда през направен отвор и се събира в колекторна торба, които по форма биват два главни вида:

- затворени за еднократна употреба – представляват полиетиленови торбички само с един отвор за стомата;

- отворени - за по-продължително ползване – имат два отвора един за стомата и един в долната част на торбичка, който се затваря с клампа – когато се напълни се изпразва през долния отвор [3].

По време на престоя в болница пациентите следва да усвоят практически умения за самообслужване, което изисква продължително обучение, индивидуален подход към всеки пациент, планиране на обучението по време на престоя в болница и разпределение на времето за около 20-30 минути, като от съществено значение за качеството на обучението е съобразяване с индивидуалните способности на пациента и неговата култура за учене. Във връзка с това е важно да се проучи емоционалното състояние на стомирания пациент, което се отразява съществено на уменията за учене, като не бива да се омаловажава факта, че това са пациенти в ранен следоперативен период след тежка оперативна интервенция, когато болковия синдром и общия дискомфорт са силно изразени.

Медицинските сестри имат съществена роля за адаптирането на пациента със стома към новия начин на живот. Те са най – близо до пациента в ранния следоперативен период и точно тогава пациентите имат потребност от психологическа подкрепа за да се справят със стреса от промяната и да приемат новия си начин на живот.

Нужно е медицинските сестри, да развият своите професионални компетенции в областта на медицинската психология, да усъвършенстват уменията си за да могат да провеждат разговори с пациентите, да ги обучават и напътстват за да придобият необходимата увереност и самочувствие за справяне при новите обстоятелства.

Здравната култура на пациента е определяща за начина му на живот със стома. Културата на всеки един човек е определяща и за начина му на живот като здрав човек и като болен, но при стомираните пациенти се изисква значително по-голяма отговорност. Стомираните пациенти трябва да са наясно с рисковете,

усложненията, както и с необходимостта на спазване на определен начин на живот за да функционира организма им при новото състояние.

Трябва да се подчертае, че информацията за стомираните пациенти и за техните проблеми не е особено разпространена и някои пациенти за първи път научават за това състояние. Именно в тези случаи стресът е много голям.

Проблемите при стомираните пациенти произтичат от нарушения комфорт и сериозно се отразяват на самочувствието на човек, на неговата самооценка и начина на живот като цяло. Ето защо е важно да се разбере доколко пациентите, подложени на този стрес са способни да възприемат информация и да участват активно в процеса на обучение и в цялостния процес на грижите в следоперативния период. Необходима е предварителна подготовка на стомираните пациенти за промяна на тяхната нагласа, адаптация и мотивация за обучение преди да им бъде поднесена информацията.

Начинът на живот на стомираните пациенти претърпява значителни промени по отношение на ежедневните хигиенни дейности и храненето. Всички те са променени и съобразени със смяната и почистването на колекторната торбичка, свеждане до минимум възможните усложнения, избягване на определени храни и напитки и планиране на двигателна активност и социалните контакти. Освен това режимът може и трябва да бъде адаптиран съобразно промяната в състоянието на пациента, както и съобразно ежедневните натоварвания. Ето защо пациента трябва да бъде наблюдаван от обучена и квалифицирана медицинска сестра, която да го подпомага в промените.

Наложително е създаване на структура, която да осъществява координация и да е свързващо звено между стомираните пациенти и квалифицирани медицински сестри, за да е възможно оказването на своевременно съдействие на пациенти по отношение на възникнали въпроси или проблеми, които не изискват лекарска намеса или консултация.

Предоставянето на писмена информация на пациента за домашно ползване е един ефективен начин за обучение, тъй като пациентите не могат да запомнят и да усвоят цялата информация по време на обучението в болницата и при съмнение винаги могат да направят справка ако има на разположение такъв технически фиш.

Основен начин по който се извършва обучението на пациентите е устно обяснение, практическо упражнение, демонстрация и предоставяне на писмена информация – технически фиш за извършване на манипулацията.

Проблемите, пред стомираните пациенти са изключително много и от различен характер: мацерирание на кожата около стомата, промяна в начина на хранене, затруднения при поставяне на колекторната торбичка, хигиенни неудобства, нежелание околните да разберат за направената стома.

При обучение на медицински специалисти има потребност от специализирано обучение насочено към проблемите на стомираните пациенти и по отношение на професионалните компетенции на медицинската сестра относно грижите за пациент със стома. Необходимо е това обучение да бъде насочено и към съвременни методи за обучение на пациентите, както и прилагането на информационните технологии в това обучение. Възможност е използването на уеб ресурсите за обучение на пациентите дистанционно, както и възможност за създаване на групи за взаимопомощ. Трябва да се предложат няколко възможности пред пациента, а той сам да избере начина, по който да се информира.

Извеждането на стома, предизвиква сериозни психо-емоционални последици за пациентите. Извършените хирургически промени се отразяват съществено и върху самочувствието и самооценката на пациента, което е важен фактор за неговата адаптация и ресоциализация, особено когато става въпрос за извеждане на трайна стома. За да се справи с тези проблеми пациента трябва да бъде консултиран и подпомаган от добре обучени и подготвени специалисти, като медицински сестри,

клинични психолози, психотерапевти и др. За тази цел е необходимо да бъде създадена организация или структура, която да има за цел осигуряването на качествени и комплексни грижи за стомираните пациенти.

Извеждането на стома нарушава нормалната анатомия на храносмилателната система, както и нормалното и функциониране [3]. Ето защо е необходимо близките на пациентите да преминат обучение, при което да получат ясна и точно информация за новото състояние. Оказването на адекватна помощ и грижи, може да осигури едно добро качество на живот за пациента и цялото му семейство. Изниква нужда от обучение и на близките. Медицинските специалисти по здравни грижи от хирургични отделения са най-компетентни и подготвени за грижи за стомиран пациент. Структура или организация осъществяваща връзката между тях и семействата на пациента би осигурила непрекъснати консултации и срещи със специалисти за да се осигури правилния начин на извършване на грижите в домашни условия.

С цел да се проучи нивото на информираност за грижи за пациента и поставената му стома, бяха анкетирани 24 пациента и 5 медицински сестри, през периода-20.09.2014г. - 10.12.2014г. Проучването е анонимно и участниците предварително са информирани за неговата цел. Анализът на получените резултати води до следните изводи:

По отношение на увереността в способностите си за обслужване в домашно обстановка 43 % разчитат изцяло на близките си при обслужването си, 15 % са уверени в собствените си възможности и умения, 28 % са неуверени, а 14 % не считат, че ще се справят сами или че техните близки ще се справят. Желаящите да получат допълнителни консултации от медицински специалисти в домашно обстановка са 79 %, а 14 % считат, че това трябва да е задължително след изписването от болница. Зад мнението, че медицинските специалисти са важна част от адаптационния и обучителния процес застават 78 % от анкетираните, а 22 % са на мнение, че тяхната роля е само подкрепяща и насочваща. По отношение осигуреността с консултативи за стомирани пациенти в отделението 85 % считат, че то е много добро, 11 % че е отлично и 4 % че има новости, които трябва да се въвежда в практиката по-бързо.

Грижите за стомирания пациент са изключително специфична дейност, а промененото състояние на пациента води след себе си до голяма промяна в ежедневиен начин на живот. Всичко това е съпроводено от стрес, който хората не винаги могат сами да преодолеят, поради което е необходима намесата на специалисти.

Преценката на близките на стомираните пациенти за възможностите им да се справят с проблемите на техните близки след изписването им от хирургично отделение, изисква обучение и консултации докато те придобият нужната увереност за това.

При пациентите със стома настъпват съществени промени в техния начин на живот, което се отразява и на техните близки. Цялото семейство преживява стрес от стомиране на техен близък, което налага потребност от консултация на пациента и неговите близки за преодоляване на това състояние. Не бива да се пренебрегва факта, че стреса отключва други заболявания и функционални разстройства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рискова възраст за диагностициран на заболяванията в резултат на които се налага стомиране е периода от 50 до 60 години. Голяма част от пациентите със стома имат поставена диагноза карцином на колона, ректума и ануса, по-рядко илеус, полипи на дебелото черво и други [1]. Всичко това налага провеждането на активна профилактика и скрининг на рисковите групи и мероприятия за повишаване на здравната култура на пациентите.

За да се справи пациента с новото състояние е от особено значение той да бъде подготвен и информиран. Това е една от основните дейности на хирургичните медицински сестри – да обучат пациентите и техните близки за грижите, които трябва да се полагат за стомата, да ги подпомагат в адаптацията, да им се предостави достатъчно информация и увереност за да могат да се самообслужват в домашни условия. Освен достатъчно информация, пациентите следва да имат изградени умения, които биха получили при обучение върху мулажи по време на болничния престой.

Медицинската сестра няма право да съобщава информация относно медицинската диагноза на пациента, но тя трябва да разговаря с близките по отношение на неговото общо състояние и грижите за него след изписване, правилният двигателен и хранителен режим.

Необходимо е да се обсъди състоянието на пациента със специалисти от различни области, за да приеме новото си състояние и да разбере, че може и така да живее пълноценно и да се върне към предишния си начин на живот.

ЛИТЕРАТУРА

[1] www.sevgi.incilbg.com

[2] www.medpedia.framar.bg

[3] www.medicina-bg.info

За контакти:

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

Камелия Андреева, Факултет “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0882 069 379, e-mail: kamence1982@abv.bg

Гл. ас. Пенка Василева, Факултет “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0882383576, e-mail: peri@sunshine@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Захарен диабет – същност и лечение. Обучение на пациенти за използване на инсулинова писалка и глюкомер

автор: Татяна Балчева
научен ръководител: д-р Д. Георгиева

***Diabetes mellitus - essence and treatment. Training patients to use insulin pen and glucometer.** Diabetes describes a group of metabolic diseases in which the person has high blood glucose (blood sugar), either because insulin production is inadequate, or because the body's cells do not respond properly to insulin, or both. Patients with high blood sugar will typically experience polyuria (frequent urination), they will become increasingly thirsty (polydipsia) and hungry (polyphagia). The training of people with diabetes mellitus for the use of insulin pen and glucometer is important and it is task of every medical specialist.*

***Key words:** diabetes, diabetes mellitus, insulin pen, glucometer.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Захарният диабет (ЗД) е хронично заболяване, дължащо се на абсолютен или относителен инсулинов дефицит, характеризиращо се с нарушения във въглехидратната, мастната и белтъчната обмяна. За да се отключи захарен диабет, е налице взаимодействие между генетични и различни екзогенни фактори. Основните етиологични фактори при захарен диабет са: наследственост и допълнителни фактори (вирусни агенти, химични агенти, автоимунни процеси и наднормено тегло) [2].

Видове захарен диабет: според това дали е настъпило пълно спиране или намаление на производството на инсулин се различават 2 типа/ вида / диабет.

I тип – инсулинозависим . При него настъпва пълно спиране на производството на инсулин. Той се проявява още в детската възраст и затова се нарича още „младежи“.

II тип – инсулинонезависим. При този тип производството на инсулин от бета клетките на панкреаса и в недостатъчно количество . Проявява в зряла възраст и затова се нарича „старчески“.

Клинична картина:

Захарен диабет тип I се проявява с полиурия, полидипсия, сухота в устата, редуция на телото, отпадналост, лесна уморемост. Симптоматиката на ЗД 1 се развива най-често остро, бързо и прогресиращо. Ако не се вземат своевременно мерки, оплакванията се задълбочават, дехидратацията нараства, развива се диабетна рубеоза → кетоацидоза с анорексия, гадене, повръщане и мозъчни нарушения – отпуснатост, сънливост, преминаващи в постепенно помрачаване на съзнанието до пълна кома (диабетна кома) и смърт.

Захарен диабет тип II е характерен за зрялата възраст и за разлика от Захарен диабет тип I, обикновено има дълъг безсимптомен период. Началото най-често е бавно и постепенно и заболяването нерядко се открива случайно по друг повод или при профилактични изследвания. Класическите диабетни симптоми – полиурия, полидипсия, адинамия, влошаване на зрението, макар и по-слабо изразени, се срещат и при Захарен диабет тип II. Апетитът на болните е нормален или повишен и много голяма част от тях са с наднормено тегло.

Лечението на Захарен диабет включва диетолечение, перорални препарати и инсулин.

1. Диетолечение: спазването на хранителен режим при захарен диабет е важно и абсолютно необходимо условие в комплексното лечение на заболяването. Тя трябва да осигурява: белтъчини – 10-15% от дневните калории; мазнини – до 30% от общите калории и въглехидрати – 50-60% от общото количество на дневните калории. Вносът на животински мазнини е намален – до 10%, а въглехидратите се

осигуряват за сметка на полизахаридите. Абсолютно забранени са бързоусвояемите въглехидрати.

2. Перорални препарати – използват се основно при лечение на Захарен диабет тип II.

Биват няколко групи:

2.1. Сулфанилурийни препарати (СУП) – стимулират инсулиновата секреция на панкреаса. *Представители:* манинил (Maninil), диапвел и др.

2.2. Бигванидови препарати – намаляват инсулиновата резистентност на клетките и подобряват биологичния ефект на инсулина в периферните тъкани. *Представители:* метформин, сифор, метфогамма и др.

2.3. Глюкозидазни инхибитори – начин намаляват хипергликемията след храняване. *Представители:* акарбоза (Acarbose), глюкобай (Glucobay).

2.4. Други перорални антидиабетни средства – имат различни механизми на действие, някои от тях са комбинирани таблетки. *Представители:* репаглинид (Repaglinide), янувия (Januvia), галвус (Galvus), еукреас (Eucreas) и др.

3. Инсулинолечение – заместително лечение, целящо да бъде заместена недостатъчната или липсващата секреция на хормона от панкреаса. [1]

Видове инсулинови препарати:

3.1. Бързодействащ инсулин – бистър кристален разтвор. Може да се инжектира подкожно, мускулно или венозно. Има начало на действие 30 min след апликацията и продължителност на действието 5-8 h. Прилагат се $\frac{1}{2}$ h преди хранене. *Представители:* инсулин актрапид (Insulin Actrapid), инсулин хумулин Р (InsulinHumulin R), инсулин инсуман рапид (Insulin Insuman Rapid) и др.

3.1. Интермедиерни инсулини – имат удължено действие – до 24 h. Представяват мътни разтвори само за подкожно приложение. Прилагат се един или два пъти дневно. *Представители:* инсулин инсулатард (Insulin Insulatard), инсулин хумулин (Insulin Humulin), и др.

3.2. Инсулинови микстури – представляват готова смес от бързодействащ и интермедиерен инсулин в различно съотношение. Прилагат се подкожно, един или два пъти дневно. *Представители:* инсулин микстард 10,20,30,40,50 (Insulin Mixtard 30), инсулин хумулин М (Insulin Humulin M) и др.

3.4. Инсулинови аналози – биват бързодействащи, депо-препарати и инсулинови микстури [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Обучението на пациентите пациенти с новооткрит и дългогодишен диабет относно използването на инсулинова писалка и глюкомер се осъществява от добре обучена медицинска сестра.



Фиг. 1

Инсулинова писалка (фиг. 1) е устройство, с помощта на което се инжектира инсулин за контролиране нивата на кръвната захар при диабет I, а понякога и при диабет II. Инсулиновата писалка наподобява размера и формата на маркер, който вместо с писец, завършва с игла. Това прави писалката изключително дискретна, лека и удобна за приложение навсякъде. Може да се постави в чантата или джоба, без да е необходимо да се носят спринцовки и флакони с инсулин. Веднъж заредена, писалка може се съхранява

на стайна температура, което е голямо удобство по време на пътуване, а и за хора, които са постоянно в движение. Единствено трябва да се предотврати излагане на твърде високи или твърде ниски температури. Друго важно предимство е стриктно премерената доза – така вероятността от грешки е сведена до минимум.

Подготовката за инжектиране включва:

1. Измиване на ръцете.
2. Избор на място (фиг. 2):

Важно условие е да не се повтаря едно и също място. Всяка апликацията трябва да е 2 см в страни от предходната.

3. Подготовката на мястото - след избор да се осъществи дезинфекция с напоен тампон със спирт.

4. Проверка на срока на годност и избиране на правилната доза.

5. Проверка на инсулина и дозата отново преди апликиране.



Фиг.2

Алгоритъм за поставяне на инсулин с инсулинова писалка:

1. Премахва се капачката на инсулиновата писалката и винаги се разклаща, ако съдържа инсулинова суспензия (мътен инсулин). Ако писалката е заредена с флакон с бързодействащ инсулин, не се разклаща.

2. Отстранете външната капачка на иглата и я запазете.

3. Издърпайте бутона навън и изберете 1 единица. Насочете писалката с иглата нагоре. Почукайте леко държача на патрона с пръст, така че всички мехурчета въздух да се съберат на върха на патрона. Задръжте иглата нагоре и натиснете бутона, докато цифрата 0 на скалата на дозата се покаже и се появи капка инсулин /проверява се проходимостта на иглата/.

4. Дозирайте инсулина чрез завъртане на буталото до необходимия брой инсулинови единици;

5. С лявата ръка захваща кожна гънка и с дясната ръка въвежда иглата под ъгъл 90°. Буталото се натиска, докато спре и достигне до 0 единици. Изчаква се 5 до 20 сек. и се изважда иглата.

6. Поставят се пластмасовият предпазител на иглата и капачката на писалката. Инсулиновата писалка се прибира в кутията.

Обучение за работа с глюкомер:

Глюкомерите са електронни устройства с помощта, на които се измерва концентрацията на глюкоза в кръвта. Резултатите за концентрацията на кръвната захар се отчитат на дисплея на глюкомерите. Тези устройства са бързи и дават резултат след секунди [4].

Алгоритъм за измерване на кръвната захар с глюкомер:

Преди да започне измерването трябва да проверим за наличност:

1. Глюкомер
2. Тест-ленти
3. Убождащо устройство (Фиг. 3)



1. Пригответе убождащото устройство.
2. Измийте и изсушете ръцете си.
3. Поставете тест лентата в глюкомера по посока на стрелките. Глюкомерът се включва.
4. На екрана се появяват символ за тест лента и примигваща капка кръв.

5. Убодете пръста си с Вашето убождащо устройство.
6. Внимателно стиснете пръста си, за да подпомогнете изтичането на кръвта.
7. Допрете капката до предният ръб на жълтия прозорец на тест лентата. Не поставяйте кръвта върху тест лентата.
8. Вашият резултат се появява на екрана [3].



1. Поставете тест-лентичка в апарата и проверете кода за калибрация

2. Използвайте устройството за безболезнено убождане за получаване на капка кръв

3. Допрете лентичката до капката кръв и изчакайте звуковия сигнал от апарата

4. Резултатът се появява след 9 секунди

Фигура 4.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболеваемостта от захарен диабет достига стотици милиони души в световен мащаб. Социалната значимост на заболяването налага безупречните познания за неговата клиника и лечение. За провеждане лечение и осъществяване добър контрол на заболяването, пациентите ежедневно използват инсулинови писалки и глюкомери. Медицинските специалисти са лицата, провеждащи обучение за правилното им използване и оказващи непрекъснат контрол по отношение на признаците на хипо и хипергликемия; изпълнение на препоръките за лечебно хранене; осигуряване на редовни консултации при ОПЛ и ендокринолог, както и физическата активност на пациентите със захарен диабет.

Правилното лечение, контрол на заболяването и изпълнението на дадените препоръки от лекуващия лекар гарантират доброто качество на живот на пациентите и предотвратяване на късните усложнения в резултат на недобър контрол на болестта.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Гавраилова Д., Ръководство по вътрешни болести със сестрински грижи, ЕКС-ПРЕС, 2012г.
- [2]. Тодорова В., Лекционен курс по Вътрешни болести I, 2014
- [3] Ръководство на потребителя – инструкция за работа с глюкомер, Ассу-Чек Performa, 2007г.
- [4] <http://www.medpedia.framar.bg>

За контакти:

Татяна Красиминова Балчева, специалност: Медицинска сестра, II-ри курс, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0897393361, e-mail: balchevi@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Специални сестрински грижи при удавяне

автори: Камелия Андреева, Гертана Стоянова
научен ръководител: д-р Теодора Недева д.м.

***Special nursing care in drowning:** Drowning can occur when a person is in an aqueous environment, while bathing, swimming or other incidents. Drowning in changes in the human body are reversible, while drowning output is fatal. Drowning is rapidly evolving, severe and life-threatening condition. When it gaseous exchange in the lungs is impossible. Vital functions alcohol and the brain damage occurs. Drowning is always associated with respiratory failure. Most often occurs ingress of water into the airways. Entering in the lung fluid takes the place of air, resulting in suffocation occurs.*

***Keywords:** Drowning and near drowning, hypoxemia, rescue from drowning*

ВЪВЕДЕНИЕ

Удавянето и давенето могат да настъпят, когато човек се намира във водна среда, по време на къпане, плуване или при различни инциденти. При давенето измененията в организма на човека са обратими, докато при удавяне изхода е с фатален край. Удавянето е бързо развиващо се, тежко и опасно за живота състояние. При него газообменът в белите дробове е невъзможен. Основните жизнени функции спират, а в главния мозък настъпва увреждане. Винаги е свързано с дихателна недостатъчност. Най-често тя настъпва от попадане на вода в дихателните пътища. Навлизащата в белия дроб течност заема мястото на въздуха, вследствие на което настъпва задушаване [4].

ИЗЛОЖЕНИЕ

При даване в сладка вода в алвеолите попада вода с минимално съдържимо на соли, хипотонична по отношение на кръвта. Настъпва бързо изравняване на осмотичните концентрации от двете страни на алвеоло-капилярната мембрана. В резултат се получава масивно оводняване на кръвта, увеличава се нейният обем и се разреждат всичките и съставки, развива се хемолиза. Във връзка с това нараства само плазменият калий, който излиза от хемолизираните еритроцити. Комбинацията от задушаване, разреждане на кръвта със студена вода, повишен плазмен калий предизвиква остри ритъмни разстройства на сърцето и кръвообръщението спира сравнително рано в резултат на настъпил камерни фибрилации.

При даване в солена вода взаимоотношенията са обратни. Тя е концентрирана, поради което кръвта губи течности, намалява своя обем и се съгъстява. Смъртта в резултат на задушаване и спиране на сърдечната дейност като последица на задушаването настъпва значително по късно.

И при двата типа даване се създават условия на развитие на оток на белите дробове в края на давенето или в ранния следреанимационен период.

Само една малка част от аспирираната вода може да бъде дренирана навън. Останалото количество се резорбира и си отнася от белодробния кръвоток. Това налага да не се придава внимание на дрениране на водата по време на съживяване повече от 30 сек., а да се бърза със започване на съживяването [2].

При изваждане от водата на давец се без дишане и пулс, максимално бързо се действа по схемата **ABC** – наречена още азбука на живота [1].

- **A - Airway open** – осигуряване на проходимост на дихателните пътища;
- **B – Breath for victim** – провеждане на изкуствено дишане;
- **C – Circulation** – поддържане на кръвообращението.

Оказването на първа помощ започва веднага след изваждането на пострадалия от водата. Първоначално се поставя в стабилно странично положение, при което главата е по-ниско от гръдния кош. След това се почиства устната кухина от тиня, пясък, водорасли, повърнати материи и се осигурява проходимост на

дихателните пътища. С няколко енергични притискащи движения се отстранява водата от трахеята, бронхите и стомаха. Ако самостоятелното дишане не се възстанови пострадалият се слага на гръб и се пристъпва към изкуствено дишане и непряк сърдечен масаж.

При изпадане в безсъзнание лицевата мускулатура и езика се отпускат, като езикът пада назад и запушва горните дихателни пътища. За да бъдат освободени е необходимо главата на пострадалия да се дефлектира, а долната челюст да бъде изтеглена в положение максимално напред и нагоре, като устата е затворена. Отдалечената по този начин от гръбнака долна челюст издърпва със себе си езика и освобождава ларинкса като въздухоносен път. Осигурява се проходимост на дихателните пътища. Това е задължително да бъде поддържано през цялото време на реанимационните действия.

Изследва се пулсът в областта на сънната артерия, при съмнение, че няма пулс се преминава към изкуствено дишане и сърдечен масаж, т. нар. кардиопулмонална ресусцитация.

Изкуствено дишане се провежда по различни прийоми:

- „Уста в нос“ – спасителят коленичи от едната страна на главата на пострадалия, поема дълбоко въздух, обхваща с уста носа му и енергично вдухва в ноздрите му, като вкарва въздух в дробовете му. При изпълнение на изкуствено дишане „уста в нос“ по време на вдухване в носа са затваря устата на пострадалия. Ако след вдухване на въздух гръдният кош на пострадалия се разширява, това е критерий, че в неговите бели дробове се осъществява газообмен. При подаване на въздух от спасителя – издишването на пострадалия есамостоятелно.

По движението на гръдният кош може да се съди за ефективността на изкуственото дишане. То продължава до възстановяване на собственото дишане.

- „Уста към уста“ – ако носът е наранен или носните канали са затворени, оказването на първа помощ трябва да започне, чрез изкуствено дишане „уста към уста“. Спасителят коленичи от едната страна на главата на пострадалия и поема дълбоко въздух. Палецът и показалецът на лежащата върху челото ръка запушват носа. Устата на пострадалия се отваря леко. Спасяващия е поел дълбоко въздух, прилепва широко отворената си уста към тази на пострадалия и издишва. Изкуственото дишане се прави внимателно, съобразно собствения ритъм. Периодично се проверява сънната артерия за наличие на пулс. При изкуствено дишане „уста към уста“ поради високото налягане при вкарване на въздуха, част от него може да предизвика повръщане.

- изкуствено дишане с апарат тип Амбу – маската на апарата се поставя така, че да обхване устата и носа на пострадалия. Апаратът притежава клапи, които пропускат въздух само в една посока – от атмосферата към балона, от балона към пострадалия и от пострадалия навън в атмосферата. Въздух се подава ритмично, чрез стискане с ръка на балона.

Непряк сърдечен масаж се извършва винаги, когато се установи спряла сърдечна дейност, чрез изследване на пулсации на сънната артерия – с върховете на пръстите се упражнява лек натиск в областта на шията под долната челюст, странично на трахеята. Ако не се установят такива, веднага се започва непряк сърдечен масаж. Всяко забавяне е безвъзвратно изгубено време.

Пострадалият се поставя по гръб върху твърда повърхност, краката са по-високо от тялото, което води до подобряване на притока на кръв към сърцето. Извършващият масаж трябва да е коленичи до гърдите на пострадалия, поставя едната си ръка с длан върху средата на гръдната кост, а другата върху нея. С движение от кръста, а не само със силата на ръцете се извършват тласъчни, почти резки движения върху гръдната кост. От тласъчния натиск с ръце кръвта принудително циркулира и пренася животоспасяващия кислород за главния мозък.

Тласъкът трябва да бъде достатъчно силен, за да „потъне“ гръдната кост 4-5 см, но не като удар и не толкова силен, за да счупи ребрата.

Когато извършващият непряк сърдечен масаж е сам първо се извършват 5 последователни издишвания в белите дробове на пострадалия и веднага след това 15 тласъка върху гръдни кош на пострадалия.

Когато непрекият сърдечен масаж се извършва от двама – единият извършва едно изкуствено издишване, а вторият застава от другата страна и извършва 5 тласъчни натискания върху гръдната кост. Според по-нови тенденции в интензивната медицината особено ефективно е съотношението 2:30, прилагано както от един, така и от двама оказващи първа помощ. В резултат на ритмичното многократно притискане се поддържа изкуствено кръвообращение в организма.

Задължително е периодично по време на реанимирането да се проверява за появата на пулсации в областта на сънната и лъчевата артерии, намаляване на бледността на кожата, свиване на зениците и повишаване на артериалното налягане. При поява на пулсации непрекият сърдечен масаж се прекъсва и продължава само изкуствено дишане.

При оцелели в резултат на удавяне и потъване във вода при къпане в естествен водоем може да възникнат много усложнения:

- *сърдечни* - сърдечен арест, брадикардия, инфаркт на миокарда, аритмия;
- *белодробни* - белодробен оток, пневмония, остър респираторен дистрес синдром;
- *неврологични* - инсулт, мозъчна хипоксия, мозъчен оток, спастична квадриплегия, екстрапирамидални синдроми, мозъчна атрофия, периферни невромускулни поражения;
- *бъбречни* - бъбречна недостатъчност;
- *хематологични* – хемолиза;
- *метаболитни* - хиперкалиемия, ацидоза;
- *инфекциозни* - пневмония, сепсис [5].

При удавянето се различават четири фази [4]:

първа фаза – рефлекторно спиране на дишането, сърдечната дейност е учестена. Има повишен мускулен тонус, а съзнанието е запазено. Състоянието е обратимо. Продължителността на тази фаза е около 1 минута;

втора фаза – изразен недостиг на кислород. Пострадалия прави дихателни движения, вследствие на което поема в дробовете си вода. Това предизвиква кашличен рефлекс в резултат на който става издишване на въздух и вдишване на вода. Давещият се започва да потъва. Сърдечната дейност е учестена, кръвното налягане е повишено. Настъпва дезориентираност, движенията са некоординирани и понякога съпътствани с мускулни гърчове. Състоянието е обратимо. Тази фаза продължава около 1 минута;

трета фаза – дишането спира, кислородът в кръвта е напълно изчерпан, бързо се понижава кръвното налягане. Мускулните движения спират, пострадалият се отпуска и потъва. Ръцете и краката му висят надолу, а тазът му остава по-високо, задържан от въздуха, останал в червата. Удавникът изпада в пълно безсъзнание. При веднага приложена дихателна и сърдечна реанимация, той все още може да бъде спасен. Продължителността на тази фаза е около 1 – 2 минути.

четвърта фаза – настъпва след петата минута от потъването във водата. Сърдечната дейност и кръвообращението спират. Настъпва клинична смърт. В тази фаза, дори при енергична дихателна и сърдечна реанимация, спасяването е много трудно. Пет до осем минути след спиране на сърдечната дейност настъпва необратима биологична смърт. При някои давещи се, от попадналата в гърлото вода настъпва спазъм на ларинкса. Тай спира достъпа на въздух до белите дробове и

води до задушаване и рефлекторно спиране на сърцето. Такъв давец се не може да извика или да даде знак, че се дави. Попадналата в белите дробове вода не може да бъде извадена навън чрез дренажно положение на тялото с главата надолу. Тя остава там и се резорбира, ако има кръвообращение. Поради това, че водата в морето е почти два пъти по концентрирана на соли от кръвта се получава преминаване на вода от кръвта към алвеолите. Това води до съгъстяване на кръвта и увреждане на стените на алвеолите и капиллярите. Развива се оток на белите дробове. Алвеолите се изпълват с розови пенести течности, която излиза от устата и носа на удавения.

Продължителността на клиничната смърт е от изключителна важност за възстановяване на пострадалия. Затова не трябва да се губи време. Съживяването при клинична смърт е ефективно ако основните похвати се изпълняват правилно и на време. Основното е възстановяване на кръвообращението с помощта на външен сърдечен масаж и изкуствено дишане. Тези две животоспасяващи мероприятия се изпълняват едновременно, което позволява бързо възстановяване на дейността и функциите на централната нервна система, обмяната на веществата, функциите на бъбреците и черния дроб [3].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Факторите, които могат да доведат до удавяне и несмъртоносно потъване във вода, включват:

- *неспособност за плуване;*
- *липса на контрол;*
- *неспазване на правилата за безопасност;*
- *употреба на алкохол или наркотици;*
- *намален нервно-мускулен контрол;*
- *сърдечна аритмия;*
- *хипогликемия;*
- *получаване на инфаркт, инсулт или припадък по време на плуване;*
- *изтощение;*
- *нападение;*
- *травма на главата или гръбначния стълб;*
- *крампи на плувците - могат да причинят удавяне и при най-добрите плувци;*
- *възраст на жертвата;*
- *температурата на водата;*
- *степен на замърсяване на водата;*
- *вид и време до спасителните и реанимационните усилия [5].*

След спасяване от удавяне пострадалият трябва да се настани в болнично заведение, за да се профилактират или лекуват усложненията. От водата в белите дробове може да се появят – бронхопневмония, а ако е бил в безсъзнание – мозъчни увреждания. Възможно е да има и други травми, настъпили по време на реанимационните действия [4].

При биологична смърт настъпват необратими изменения в организма. Мъртвият човек има бледа и студена кожа, поради спадане на телесната температура изравняването ѝ с температурата на околната среда. Появяват се послесъртни петна, които се дължат на стичането на кръвта към най-ниско разположените части на трупа и последващо вкочаняване. Реанимационната помощ при биологична смърт е ненужна и напълно безуспешна.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Андонов С., Водно спасяване в плувни басйни и водни паркове, С., 2005
- [2] Андонов С., Във водата без риск, С., 2004
- [3] Недева Т., Детекция на мозъчна смърт, Русе, 2014

[3] www.vodno-spasjavane.com

[4] www.medpedia.framar.bg

За контакти:

Камелия Андреева, Факултет “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0882 069 379, e-mail: kamence1982@abv.bg

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

гл. ас. д-р Т. Недева, МБАЛ Русе, Отделение по анестезиология и интензивно лечение, тел.: 0878 385 101, e-mail: teddy_nedeva@yahoo.com

Докладът е рецензиран.

Задължения и отговорности на медицинската сестра в предоперативния период

автор: Татяна Балчева, Гр. Колева
научен ръководител: д-р Десипина Георгиева

Duties and responsibilities of the nurse in the preoperative period are important for the progress of the operation and the patient recovers. Preoperative care includes the psychologic and physiologic preparation of a patient before an operation. The preoperative period may be extremely short, as with an emergency operation, or it may encompass several weeks during which diagnostic tests, specific medications and treatments, and measures to improve the patient's general well-being are employed in preparation for surgery.

Key words: preoperative period, duties and responsibilities of the nurse.

ВЪВЕДЕНИЕ

Предоперативния период обхваща времето от приемането на болния в хирургичното отделение до момента на извършване на оперативната намеса. През това време на болният се правят необходимите изследвания и подготовка за операция [2].

Продължителността му варира от минути, часове до дни, седмици, а понякога и повече. Обуславя се от: спешността на случая, характера и големината на оперативната намеса, естеството на заболяването, общото състояние и възрастта на болния.

Според срока на изпълнение биват:

- **Спешни** (при състояния, застрашаващи живота) при кръвоизливи, перфорирала язва, заклещена херния, остър апендицит и други;
- **Планови** (извършват се в по-продължителен период, без да е застрашен живота на болния) при херния, някои сърдечно-съдови операции и други.

Основните цели на предоперативния период са:

- Да се намали до минимум риска от анестезията;
- Да се намали до минимум риска от самата операция;
- Да се създадат най-благоприятните условия за възстановяване на болния;
- Да се подкрепи болния психически, за да се намали стреса и страха му от усложнения.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Медицинската сестра като част от медицинският екип има важна роля в предоперативната подготовка на болния. От значение за пациента е вниманието от страна на медицинския екип при посрещане, настаняване и информиране на предстоящите процедури и манипулации.

Основни моменти на предоперативната подготовка:

- **Психическа подготовка** – медицинската сестра трябва да се съобразява със психо-емоционалното състояние на всеки болен. Основна задача на медицинския екип е окуражаване, успокояване на пациента и вдъхване на вяра за изхода от операцията. Страхът от болката трябва да се премахне чрез разумно обясняване на значението и възможностите на упойката.

- **Задължителни изследвания:** температура, пулс, кръвно налягане, кръвна група и Rh-принадлежност, ПКК, биохимични показатели (кръвна захар, урея, креатинин), урина (албумин, седимент, пигмент, белтък, захар), време на кървене, време на съсирване, рентгеново изследване на белите дробове и сърцето, ЕКГ, консултация с интернист, кардиолог и анестезиолог.

Задачите на медицинската сестра включват: уреждане извършването на задължителните изследвания; разясняване режима на болния, който трябва да спазва (да не се храни, да не поема течности и т.н.); ако са установени патологични отклонения при изследванията е длъжна да уведоми лекаря; при наблюдението на болния, ако има симптоми като задух, кашлица, цианоза, повръщане също трябва да уведоми лекуващия лекар; получаване на готовите резултати.

- **Специализирани изследвания** – свързани са със самото заболяване. Помагат за поставянето на диагноза и установяване функционалното състояние на заболелия орган. Те са различни за различните заболявания.

- **Предоперативната подготовка на стомашно-чревния тракт** е задължително мероприятие, което предпазва болния от повръщане, изхождане на операционната маса и спомага за по-лесното преодоляване на следоперативната чревна пареза. Това се постига с назначаване на две очистителни клизми, едната вечерта преди операцията, другата сутринта в деня на операцията, и със забраната да закусва [2].

- **Санитарно-хигиенна обработка** - ако болния е в състояние да се изкъпе, е добре да го направи, но ако състоянието му е противопоказно се прави частична санитарна обработка на болния в леглото (измиване на глава, крайници, изрязване на нокти, подмяна на постелно бельо и пижама).

- **Подготовка на оперативното поле** - включва оглед за наличието на рани и други възпалителни изменения (могат да бъдат пренебрегнати само при спешни операции) и бръснене на оперативното поле в деня на оперативната намеса.

- **Непосредствено преди откарване на болния в операционна зала** той трябва да се подкани да се изходи по малка нужда.

- **Обща подготовка в деня на операцията** – сваляне на зъбни протези и накити, почистване от козметични вещества.

Алгоритъм за действие:

1. Настаняване на пациента в съответното отделение.
2. Организация извършването на задължителни и специализирани предоперативни изследвания.
3. Организация консултации със съответните специалисти – интернист, кардиолог, анестезиолог и по назначение с други специалисти.
4. Следи за получаването на резултатите от изследванията и информира лекуващият лекар.
5. При необходимост подготвя всичко за определяне на кръвна група, искане и получаване на кръв.
6. Приема и провежда назначената от лекуващият лекар медикаментозна подготовка.
7. Предприема действия за почистване на храносмилателния тракт (клизми, даване на очистителни, стомашна промивка) назначени от лекар.
8. Уведомява болния и след за изпълнението на предоперативния режим – да не се храни и приема течности, да не използва козметични средства.
9. Да наблюдава състоянието на болния и при отклонение веднага да уведоми лекаря.
10. Да ръководи и организира санитарно-хигиенната обработка на болния.
11. Да прегледа състоянието на оперативното поле и да извърши подготовката му.
12. Да извърши назначената от анестезиолог премедикация.
13. Да подкани пациента преди отвеждането му в операционна зала да извърши физиологичните си нужди и да сваля протезите си.

14. Отвежда болния до операционната зала и го предава на анестезиологичната или операционната медицинска сестра заедно с документацията.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предоперативният период е важен етап от лечението, в който активно участва медицинската сестра. Дейността ѝ е отговорна и неизменна. Медицинската сестра трябва да познава основните моменти в предоперативната подготовка, тъй като правилно проведените грижи могат да облекчат психиката на пациента, резултатите от операцията, както и да предотвратят някои усложнения в следоперативния период.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Василева Ж, Диков И., Дянков О. и колектив, Грижи за болни и сестринска техника, МИ Арсо, 2000 г.

[2] Господинов Б., Карамисhev И., Иванов Б., Хирургия за медицински сестри, Медицина и физкултура, 1975 г.

[3] Стойков Д. и колектив, "СПРАВОЧНИК ЗА ЗДРАВНИ ГРИЖИ"- технически фишове - Учебно помагало за медицински сестри, акушерки и лаборанти, ИЦ на МУ-Плевен, 2010 г.

За контакти:

Татяна Красиминова Балчева, Русенски университет "Ангел Кънчев", специалност Медицинска сестра, II курс, e-mail: balchevi@abv.bg

Ас Грета Колева, Катедра "Здравни грижи", Русенски университет "Ангел Кънчев", тел.:0882 517 173, e-mail: greta77@abv.bg

Научен ръководител: Гл. ас. д-р Деспина Георгиева, Катедра "Здравни грижи", Русенски университет "Ангел Кънчев"

Докладът е рецензиран.

Какво е да живееш с множествена склероза

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

***Whath is living with multiple sclerosis:** Social importance is determined by the fact that it affects mainly young people and lead to serious hospitalisation. These young people remain disabled people in heyday of his life, lose their work, isolated from society and often destroys the family life. Clarifying the autoimmune mechanisms, causing multiple sclerosis, allows for the development of new medicines, which give hope for doctors and patients, that in the near future disease will be defeated.*

Keywords: delay the plates, degeneration, demyelination.

ВЪВЕДЕНИЕ

Социалната значимост на заболяването се определя от факта, че то засяга предимно млади хора между 20 и 40 годишна възраст и води до сериозна инвалидизация. Млади хора остават инвалиди в разцвета на своя живот, губят работата си, изолират се от обществото и често се разрушава семейният им живот. Около 3 600 души в България страдат от множествена склероза, а всяка година се разболяват нови 80 [5].

Изясняването на аутоимунните механизми, предизвикващи множествената склероза, дава възможност за разработване на нови медикаменти, които дават надежда за лекарите и пациентите, че в близко бъдеще болестта ще бъде победена. След много изследвания и наблюдения се натрупват данни, доказващи, че заболяването не е само възпалително, а и невродегенеративно. Невродегенеративният компонент е този, който води до прогресираща инвалидизация.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Множествената склероза е хронично възпалително аутоимунно заболяване на централната нервна система (ЦНС), което предизвиква болестни изменения в меката обвивка на нервните влакна. Характеризира се с отлагане на плаки, дегенерация и нарушения в глиалната тъкан, като аксоналният апарат е относително съхранен. В хода на заболяването възпалителния процес на нервната система (НС) достига до склероза в късните стадии на болестта. Плаките на демиелинизация са пръснати в бялото мозъчно вещество на главния и гръбначния мозък. На мястото на демиелинизацията се развива глиоза и процес на възпаление, което допълнително води до увреждане на миелина. Така провеждането на нервните импулси се забавя, а понякога напълно спира. Заболяването има пристъпно-ремитентен (пристъпи и светли периоди) и по-често прогресиращ ход (напредване на промените) [1].

Етиологията на заболяването не е изяснена, предполага се наличието на генетично предразположение, което в комбинация с фактори на околната среда и аутоимунни процеси, довежда до каскада от имунни отговори и нарушаване на миелиновите обвивки на нервите.

Основно място в групата на външните фактори заемат вирусните инфекции. Често се регистрират високи нива на антитела към някои вируси (паротитен, рубеолен, Herpes simplex, Varisella zoster, Ebstein-Bar и други) при тези пациенти. При аутоимунните процеси организмът образува имунокомпетентни клетки, които активно се включват в деструктивни процеси в собствените му тъкани. Този резултат се постига обикновено при съчетание на антигени, внесени отвън, със собствените антигенни структури или при сходство между едните и другите /антигенна мимикрия/. За ролята на генетичната предиспозиция, говорят по-честите случаи на заболявания

у бялата раса, натрупването на болни в някои фамилии и високата конкордантност на заболяването при еднояйчните близнаци - 26% [1].

Миелиновите обвивки на аксоните служат за повишаване на скоростта на предаване на импулсите по нервните влакна. При настъпващата при множествената склероза демиелинизация, предаването на импулсите се забавя значително, до пълно блокиране, което води до съответната неврологична симптоматика [2].

Болезтта се проявява със следните клинични синдроми [6]:

- двигателни синдроми
- сетивни синдроми
- вегетативни синдроми
- психични синдроми
- ликворен синдром

Двигателни смущения - най-често се изразяват като мускулна слабост и спастичност, които в началото се появяват в долните крайници и по-късно се оформят като долна спастична парапареза, а при по-тежките случаи и ката квадрипареза. Тези явления се предшества от пристъпи на субективна слабост, най-често в единия или в двата крайника. В последствие се развиват трайни спастични парези и парализи. Обикновено двигателният дефицит се съпровожда и от координационни нарушения - разстройство на равновесието, залитане при ходене, световъртежни кризи. Наблюдава се триада на Шарко: тремор, нистагъм, скандиран говор. В засегнатите области изчезват нормалните рефлексии и се появяват патологични такива от групата на Бабински и Росолимо. Всичко това се отразява на походката на болния - долните крайници са стегнати, болният стъпва на широка основа, разкратено, за да запази равновесие. Особено важно за тези двигателни смущения, както и за всички прояви на множествената склероза е редуването им с периоди на ремисия. Към всичко това се прибавя и появата на двойно виждане или периферна парализа на лицевия нерв.

Сетивните смущения са разнообразни и са второстепенна проява на болестта. Може да се срещат парестезии, усещане за затопляне, изстудяване, усещане за болка. Друга проява е намалената кожна сетивност в определена зона, чийто инервиращи неврони са засегнати от болестния процес.

Зрителните нарушения са чести с проява на оптичен неврит. Зрението прогресивно намалява за часове или дни, като може да се достигне до пълна слепота, със запазено усещане за светлина. Често се наблюдава централен скотом.

Вегетативни смущения – редки са и обикновено става дума за преходни смущения в тазовите резервоари с императивни позиви за уриниране, транзиторна незадръжка на урина и др. Ако не се повлияят медикаментозно, може да се наложи трайна или периодична катетеризация.

Психични синдроми - изразяват се най-често в еуфория, със силно намалена критичност на болния към тежестта на заболяването. При острите форми рядко се наблюдават делирни симптоми.

Ликворен синдром - налице е леко повишение на съдържанието на белтък в гръбначномозъчната течност.

Други симптоми - нарушения в походката /ранен симптом/;

- очедвигателни нарушения;
- сексуални проблеми /липса на ерекция, нарушен оргазъм/;
- умора;
- чувствителност към топлина и др.

Множествената склероза има непредсказуем клиничен ход, което затруднява значително по-далечната прогноза за отделния пациент.

Основните клинични форми на протичане на заболяването са [2]:

- *Пристъпно-ремитентна форма* - при всеки пристъп се появяват нови симптоми от описаните по-горе, а между пристъпите липсват;
- *Вторично прогресираща форма* - след първоначално пристъпно-ремитентно протичане симптомите на заболяването се задълбочават плавно, без наличие на ремисии;
- *Първично прогресивна форма* - от самото начало заболяването протича с плавно влошаване на неврологичното състояние;
- *Прогресивно-пристъпна форма* - в междупристъпните периоди се наблюдава прогресиране на заболяването;
- *Бенигна форма* - при нея се наблюдават малко симптоми и продължителни ремисии;
- *Малигна форма* - бърза прогресия, ранна инвалидизация и смърт.

Методи на изследване в помощ при диагностиката на множествената склероза [3]:

- *Магнитно-резонансна томография* - образна диагностика, чрез която се визуализират специфичните за заболяването плаки, техния брой, разположение и форма.
- *Лумбална пункция и изследване на ликвор* - отчита се промени в общия белтък, албумина и клетките, идентифицира се присъствието на необичайни антитела или клетки, предполагащи наличието на множествена склероза.
- *Евокирани потенциали* - помага за откриването на огнища на заболяването, които не дават изразена симптоматика. Принципът на изследването се базира на отчитане на електроенцефалографска активност, при подаване на слухови и зрителни дразнения. Проверява се обективно функцията на някои нервни пътища и влакна. Колкото по-изразена е демиелинизацията, толкова по-бавно е провеждането по нервните влакна.
- *Електромиография* - ефективен метод за контролиране на терапевтичния ефект и за определяне прогнозата, степента и тежестта на заболяването.

Поради голямото разнообразие в клиничното протичане на множествената склероза, тя трябва да бъде разграничена от други заболявания на централната и периферна нервна система. Групирани тези заболявания са [1]:

- *възпалителни заболявания*, водещи до демиелинизация постинфекциозни енцефалити и енцефаломиелити, трансверзален миелит и др;
- *системни заболявания на съединителната тъкан* - системен лупус, нодозен полиартериит, грануломатоза на Wegener и др;
- *мозъчно-съдови заболявания* - вертебро-базиларна недостатъчност, множествени емболии, артерио-венозни мелформации и др;
- *мозъчни тумори*;
- *метаболитни нарушения* - дефицит на Vitamin B₁₂, левкодистрофии, митохондриална енцефалопатия и др;
- *дегенеративни заболявания* - латерална амиотрофична склероза, наследствена оптична невропатия на Leber и др;

Лечението на множествената склероза до голяма степен е индивидуално в зависимост от формата и начина на протичане на заболяването. Целите, които се поставят се отнасят до повлияване на остри пристъпи, забавяне на прогресията и корекция на отделните симптоми. Терапията в известно отношение има експериментален характер и все още няма средство или метод, който да лекува дефинитивно тази болест. Лекарствената терапия включва:

• *Глюкокортикостероиди* - имат противовъзпалително, антиалергично и имуноподтискащо действие. Ефекта им е краткотраен с напредване на болестта. Приложението им е свързано с ускоряване на възстановяването след отделните пристъпи. Използват се различни схеми при лечение на острите пристъпи.

• *Имуномодулатори* - интерфероновы препарати, които са естествени продукти на организма с противовирусно и имуностимулиращо действие. Повлияват благоприятно честотата на пристъпите, прогресията на заболяването и забавят настъпването на инвалидизация.

• *Имуносупресори* - прилагат се с цел намаляване честотата на пристъпите и забавяне хода на болестта, като се предотврати вторичната прогресия.

• *Миорелаксанти, тимостабилизатори, бетаблокери и др.* - симптоматични препарати - използват се за облекчаване на симптомите.

• *Други допълващи средства за подпомагане на организма* –

- хранителни добавки - целта им е да стимулират активността на антиоксидантите в тялото.

- нутриенти - Vitamin C и Vitamin E. Тези витамини забавят вредата, нанесена на нервната тъкан. Вредното въздействие на свободните радикали може да се предотврати чрез допълнителни дози Vitamin B₁₂ и фолиева киселина [3].

Особено важно е да се организира подходяща индивидуална рехабилитационна програма за болните. В провеждането е необходим холистичен подход. Включват се специалисти от различни специалности - невролог, психолог, социален работник, медицинска сестра, които екипно и пълноценно да подпомогнат болния в реинтеграцията в обществото и семейството си и самостоятелност при извършване на ежедневните дейности. От първостепенно значение е и работата с членовете на семейството на тези болни.

Медицинската сестра, като част от мултидисциплинарния екип, дава разяснения, указания, обучава болния и членовете на семейството му за специалните грижи, двигателния и хигиенния режим, които следва да се поддържат:

• Да се избягва физическа пасивност, но също така и свръхнапрежение, т.е. след всяка дейност да има моменти на покой с целенасочено отпускане;

• Да не се допуска мускулна треска;

• Лежането да се намали до минимум;

• Постоянно и упорито да се изпълняват задачи насочени към затруднените двигателни функции - хващане, писане, движения и др.;

• Да се избягва повишение на телесната температура - чрез топлинни процедури, гореща вана, които биха влошили болестните симптоми, особено зрението;

• Упражняване на професията, колкото е възможно по-продължително време;

По инициатива на Международната федерация по Множествена склероза, с цел популяризиране на проблемите съпътстващи това заболяване е създаден световния ден на Множествената склероза - 29 май. За първи път е отбелязан през 2009 година и от тогава се провежда ежегодно.

За съжаление, не съществуват реални методи и средства, които могат да предотвратят началото на заболяването от множествена склероза. В ход са различни изследвания, които са насочени към етиологичното изясняване на заболяването, което да позволи адекватна профилактика.

Група американски, швейцарски и германски учени работят по експериментален метод за лечение на множествената склероза. Чрез тази терапия не се подтиска имунната система, правейки я уязвима за болести, а се препрограмира имунната система, за да намали реакцията към собствения миелин. Те обединили белите кръвни клетки на болните с антигени – белтъци, от които се

състои миелина и ги вкарала в организма. Изследването показва, че с увеличаване на дозата се намалява имунната реакция към собствения миелин. Резултатите от тяхното изследване са публикувани в списание Science Translational Medicine [4].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приемаме здравето като даденост, без да се замисляме, колко ценно в действителност, до момента в който не усетим, че нещо в нашето тяло не е наред. Болестта ни кара да забавим ежедневиия ритъм, да потърсим стойностните неща в живота. Заболяването засяга всички сфери на нашия живот, оказва влияние върху самосъзнанието ни, професионалните ни планове, партньорските взаимоотношения и това не рядко води до психологична криза на личността. Криза често е породена от страха пред неизвестността, който трудно се преодолява.

Ключът е в това да се научи болният с множествена склероза да живее със своето заболяване, да се научи да живее със себе си, със своето тяло, познавайки го много по-добре от преди. Да потърси в себе си нови ресурси за справяне, да опознае и обикне себе си и близките си още повече. Защото любовта няма нищо общо с болестта.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Даскалова В., С., Множествена склероза, 2009 г
[2] Миланов И., С., Множествена склероза и демиелинизиращи заболявания, 2010 г
[3] Робинсън И.,С., Всичко за множествената склероза, 2008 г
[4] www.ekipnews.com/news/nauka/novosti_i_izsledvaniq/
[5] www.mh.government.bg
[6] www.pharmacy-bg.com

За контакти:

Камелия Андреева, Факултет “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0882 069 379, e-mail: kamence1982@abv.bg

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

Ас. Грета Колева, Факултет “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0882 517 173, e-mail: greta77@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Ранна диагностика и превенция на съречно-съдовите заболявания

автор: Кенан Юмеров
научен ръководител: ас. Грета Колева

Early diagnosis and prevention of cardiovascular diseases: *This scientific work aims to reveal before students and society methods for protecting from cardiovascular diseases, based on international statistics and unified rules. Bulgaria is among the country which mastered mortality by preventive actions for overcome risk factors at your age. At the top of the heart diseases list stays factors such as lack of exercise, a poor diet, smoking and other bad habits witch could take their troll over the years. Anyone at any age can benefit from simple steps to keep their heart healthy during each decade of life.*

Key words: *Cardiovascular disease, Diagnosis, Prevention, Risk factors, Healthy lifestyle, Prophylaxis*

ВЪВЕДЕНИЕ

Ранната диагностика и превенция са изключително важни във връзка с непрекъснато нарастващия процент на хора с кардиоваскуларни заболявания. В световен мащаб, последните статистики сочат, че всеки трети боленува от хипертония и съпътстващи заболявания. Основна роля в превенцията играе правилното и здравословно хранене, като възпитанието и обучението на хората трябва да започне още в детска възраст.

Профилактиката е съвкупност от медицински и немедицински мероприятия, които обществото предприема за постигане на по-добро здраве и качество на живот чрез изолиране на рисковите фактори, предотвратяване на заболяванията и намаляване на техните последици (хронификация или трайна неработоспособност-инвалидност) и преждевременните умирения.

Превенцията за здравето представлява предприемането на съвкупност от действия и мерки, целящи запазване здравето на хората. Върху него влияят както наследствеността и социално-битовата среда, така и външни фактори, които всеки един от нас може да промени, избегне или подобри, за да съхрани здравето си [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Сърдечносъдовите заболявания са най-големият причинител на смърт в света. Всяка година те предизвикват близо 1/5 от всички смъртни случаи на земята, което е над 17 милиона жертви годишно. Ако ръстът в стойностите продължи – към 2030 г. над 23 милиона души годишно ще умират от сърдечни заболявания.

Според специалисти ССЗ се нареждат на първо място в Европа като причина за смъртност и инвалидизация. Всяка година от сърдечносъдови заболявания умират над 4 млн. души, от които над 1.9 млн. в държави членки на ЕС. В проценти това означава, че те причиняват 47% от смъртността. Във възрастовата група под 75 години се регистрират около 1,5 млн. смъртни случая годишно. До 65-годишна възраст – цифрата е около 680 хил.

Около 2 - 2.5 мил. българи имат сърдечно-съдови заболявания. ССЗ са с най-високата смъртност в Европа включително и в България - 62% - 65%. Близо 50 хиляди души годишно страдат от сърдечен инфаркт, от тях около 18 хиляди почиват вследствие на това. 30% от инфарктно болните загиват преди настъпване на лекарска помощ. 25 хиляди души годишно страдат от инсулт (мозъчен удар) от тях около 5 хиляди почиват, а мнозина продължават живота с трайни увреждания. Сърдечно съдовите заболявания/ССЗ/ са причина за загуба на работоспособността ви [4].

Целта на превенцията е не само да се намали броя на смъртните случаи предизвикани ССЗ, но и да се снижи честотата на основните сърдечносъдови заболявания (исхемична болест на сърцето, коронарна болест на сърцето, ПАС, ИИ). Разработване на активна превантивна стратегия по целия свят се утвърждава като основен подход. Насоките включват информираност на хората за основните рискови фактори, както и стремеж към изграждане на здравословен начин на живот. Под "начин на живот" се разбира широкия спектър от дейности, свързани с хранителния режим и култура, физическата и трудова активност, поведенчески характеристики, режим на труд и почивка, организация на отдих и релаксация. Начинът на живот е тясно свързан с материално - битовите условия (жилищна площ, комфорт на жилището, среден месечен доход).

Рискови фактори за ССЗ се разделят на: коригируеми (могат да бъдат контролирани с подходящи немедикаментозни и медикаментозни средства) и некоригируеми. Некоригируеми рискови фактори са: възраст, пол (мъже над 45г. и жени над 55г.), фамилна обремененост и др. Най-важните коригируеми фактори са: артериална хипертония (АХ), дислипидемия, захарен диабет, тютюнопушене, затлъстяване, обездвижване, неправилен диетичен режим. Клиничната картина при почти всички ССЗ са еднакви: задух, диспнея в покой, ортопнея, пароксизмален нощен задух (кардиална астма), сърцебиене и необходимост от прокашляне (митрална стеноза), загуба на тегло. Етиологията може да се дължи на различни състояния и съпровождащи заболявания като:

- Сърдечна слабост 1-ва степен;
- Загуба на телесна маса;
- Остри дифузни възпалителни заболявания;
- Първични кардиомиопатии;
- Кинетични разстройства;
- Артериални и белодробни хипертонии, водещи до сърдечна недостатъчност;
- Конструктивен перикардит;
- Нарушаване на притока на кръв.
- Тиреотоксикози
- Феохромоцитом
- Интоксикации
- Трициклични психодепресанти
- Сънотворни средства

Тези причини допринасят за многото разновидности на ССЗ: сърдечна недостатъчност (СН), исхемична болест на сърцето (ИБС), аортна и митрална стеноза, артериална хипертония, вродени сърдечни пороци, пулмонална стеноза, инфаркт на миокарда (ИМ), ангина пекторис (АП), трикуспидална стеноза и др.

Профилактиката на ССЗ бива първична, вторична и третична. Целта на първичната профилактика е предпазване от развитието на заболяване или усложнения при наличие на рискови фактори в отделните индивиди, които са асимптомни.

Вторичната профилактика включва дейности целящи ранна диагностика на реализираните сърдечно-съдови усложнения, забавяне прогресията на ССЗ, предпазване от нови инциденти, понижаване на смъртността и честотата на хоспитализациите.

Целта на третичната профилактика е понижаване степента на инвалидизация и подобряване качеството на живот.

Използват се следните методи за диагностика: клинични и лабораторни изследвания – ЕКГ (електрокардиография), Векторокардиография, Фонокардиография, Балистокардиография, Ултразвукова кардиография, Рентгенография, Ангиография, Коронарография и др.

Профилактиката на ССЗ включва медикаментозни и не медикаментозни средства за намаляване на рисковите фактори, с оглед провеждане на ефективна профилактика е необходимо всеки пациент да познава и активно участва в лечебния процес.

- Не медикаментозният подход включва: контролиране на телесното тегло, редовна физическа активност, подходящ диетичен режим - намаляване консумацията на готварската сол и наситени масти от животински произход, повишена консумация на плодове и зеленчуци (продукти богати на K⁺), моно- и полиненаситени мастни киселини от растителен произход и следене на индекс телесна маса (BMI < 25kg/m²), спиране на тютюнопушенето, следене на артериалното кръвно налягане (в границите до 130/90 mmHg).

- Медикаментозното лечение включва 5 основни класа медикаменти, които се препоръчват за антихипертензивно лечение - инхибитори на ангиотензин-конвертиращия ензим (АСЕ), ангиотензин II-рецепторни блокери (АРБ), калциеви антагонисти (СА), β-блокери и диуретици.

България е включена в един от европейските проекти, който се нарича „Стент за живот“, който е в сила от 2011 г. под ръководството на 5 дружества - Българското кардиологично дружество, Българското дружество по интервенционална кардиология, ESC, Euro PCR, МЗ и НЗОК. Чрез този проект се цели най-модерното лечение, а именно интервенционалното отваряне на запушен съд, да се направи достъп за всеки човек - пациент. Този метод бе успешен и цялата страна е покрита с инвазивни лаборатории. В момента в страната има около 40 инвазивни лаборатории. Успяхме да постигнем 3 пъти намаляване на смъртността там, където пациентът е успял да стигне до такава инвазивна лаборатория. Въпреки, че проекта спаси живота на хиляди хора съществуват проблеми, които трябва да бъдат разрешени като: негативната настройка към инвазивната кардиология, лошата здравна култура на пациентите, липса на качествен контрол в инвазивната кардиология, забавяне от страна на пациентите за първична профилактика [5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изграждането на здравословен начин на живот, се оказва най-трудната задача. Като основни рискови фактори за здравето могат да се посочат: стресът, липсата на пълноценна почивка, недоспиването, храненето с вредни и мазни храни, приемът на наркотични вещества, тютюнопушенето, употребата на алкохол и др. Всеки един от нас е подложен на въздействието на вредни фактори или сам приема вредните вещества. Пътят към изграждането на целесъобразна личностна система е комплексен и изисква постоянство и мотивация. Това ни най-малко не означава, че всеки трябва да „тича по 1 час всеки ден“ или „да се храни само със салати и плодове“. Индивидуалният стил на живот се изгражда за всеки индивид по отделно, в зависимост от неговите физиологични способности, нужди и потребности.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Асоциация Сърце, Превенция и профилактика на сърдечно-съдовите заболявания, <http://sarce.bg/profilaktica/6/>

[2] Белов Ю., Клинична кардиология., София., Медицина и физкултура., 1984

[3] Димитров Д., Ив. Генов, Функционална диагностика на заболяванията на сърцето и периферното кръвообращение., София., 1968

[4] Профилактика на сърдечно-съдовите заболявания, <http://www.rzi-dobrich.org/>

[5] Стент за живот България 2011, <http://bulsic.org>

За контакти:

Кенан Шенолов Юмеров, студент специалност медицинска сестра, Катедра “Здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0892944240, e-mail: bigk3n@hotmail.com

Ас. Грета Великова Колева, Катедра “Здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.:0882 517 173, e-mail: greta77@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Първа помощ при ПТП – бърза, адекватна и животоспасяваща реакция

автори: Гургана Стоянова, Камелия Андреева
научен ръководител: Гл. ас. д-р Теодора Недева д.м.

First aid in road accident – fast, adequate and life-saving response: If you do not know what to do, do nothing. Before you take any, if possible, consult a medical practitioner. Even advice by phone can be life saving. Whenever there is an opportunity to qualified medical personnel.

Keywords: fast, relevant and life-saving response.

ВЪВЕДЕНИЕ

Ако не знаете какво да правите не правете нищо. Преди да предприемете каквото и да е, ако има възможност се консултирайте с медицинско лице. Дори съвет по телефон може да бъде животоспасяващ [6]. Първа помощ много рядко се дава от лекар, затова е необходимо с животоспасяващите мероприятия да бъде запознат всеки от нас, за да може да ги извърши. Винаги, когато има възможност се обръщайте към квалифициран медицински персонал.

Според официални данни на КАТ Пътна полиция през 2013 г. при 47 488 пътно-транспортни произшествия са ранени 8770 души, а 601 са загинали [3].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Оказването на първа помощ не е спазване на точно определен алгоритъм, прилагане на подходящи животоспасяващи действия и мероприятия цели: предотвратяване на усложнения получени при травми, усложнения при транспортирането на пострадалия до най-близко намиращия се медицински пункт или населено място. Обикновено инцидентите настъпват внезапно и ненадейно, това е причина за стрес, тотално объркване и паника, у тези, които биха могли да окажат първа помощ [1].

1. Позиция на пострадалия. Ако има подозрения, че пострадалият е наранен в областта на главата, шията или гръбнака, не се мести, без да е наложително - при положение, че диша свободно и животът му не е непосредствено застрашен.

Ако пострадалият диша и е в безсъзнание, а оказващия първа помощ е сам, трябва да потърси помощ. Следва пострадалия да е поставен на една страна, като му се осигури стабилно положение. Обръща се пострадалия на лява и дясна страна на всеки 30 минути [6].

2. Оценка на съзнанието. Наличието на съзнание се проверява чрез установяване на словесен контакт[1] – задават се въпроси за месец от годината, ден от седмицата, настоящ сезон. Логично е да се попита за име, възраст, адрес, за да се узнае самоличността на пострадалото лице, както и да се прецени наличието на съзнание, памет, концентрационни способности. В случаите, когато пострадалият е непознат, няма как да се установи истинността на получената информация.

3. При спряло дишане. Установява се, като се наблюдава гръдния кош за активни движения. При липса на такива или налични, но много слаби екскурзии на гръдния кош, може да се провери има ли наличие на издишан въздух, като се постави длан пред устата и носа на пострадалия. Обичайно издишания въздух е потъпал и влажен в сравнение с атмосферния.

Ако пострадалият престане да диша, той трябва да получи кислород в белите дробове в рамките на три минути, за да се избегне увреждане на мозъка. Освобождават се дихателните пътища, като се повдигне брадичката и се наклони главата назад, прави се вдишване „уста към уста“ на всеки 5 секунди. Важно е да се съобрази възрастта на пострадалия: ако е дете между 1 и 8 г. се правят по-малки

вдишвания, ако е бебе – се прави едно кратко вдишване през 3 секунди. Нормалния ритъм на дишане е от 16 до 20 пъти на минута за възрастен и 20 пъти на минута за деца и новородени. Ако пострадалият е с травма, не се наклоня брадичката, премества се долната челюст напред и се прави изкуствено дишане [6].

4. При спяла сърдечна дейност

- при спиране на сърцето първото, което можете да се направи е силен удар с юмрук в сърдечната област;

- отстраняват се всички стягащи дрехи и се осигурява достъп на свеж въздух.

Ако пострадалият няма пулсации на шийната или бедрената артерия веднага се започва сърдечен масаж и изкуствено дишане [2].

Външният масаж на сърцето се изпълнява по следния начин:

- пострадалият се поставя по гръб върху твърда основа /под, земя/;

- оказващият помощ застава встрани от него и с дланни повърхности, наложени една върху друга, ритмично силно натиска /50-60 пъти в минута/ в областта на долната част на гръдната кост по посока към гръбначния стълб. Гръдната кост трябва да хлътва с 4-5 см.

Външният сърдечен масаж при деца на възраст до една година трябва да се провежда с краищата на пръстите с честота 100 - 120 ритмични натиска в минута, а при деца от 1 до 12 години – както при възрастни, но само с една ръка.

Ако реанимацията се изпълнява само от един човек, се препоръчва след 10-12 притискания на гърдите да се правят 2 вдишвания в белите дробове на пострадалия.

Ако тя се изпълнява от двама души, то едно вдишване следва след 5-6 притискания на гръдния кош [4]. Външният масаж и изкуственото дишане не се спират - те са животоподдържащи мероприятия и продължават до идването на квалифицирана медицинска помощ.

5. Осигуряване на добра и сигурна вена. Това е важна манипулация, която може да се извърши само от медицински специалист и при налични консултативи.

При тежки травми, особено при разкъсвания и силно кръвотечение, опасно намалява обемът на кръвта в кръвоносните съдове и количеството кръв, което сърцето изтласква за един удар и една минута. От липсата на кръв страда най-много мозъкът. Препоръчително е да използваме т.нар. „противошокова поза“, пострадалия се поставя по гръб с главата по-ниско от тялото и крайниците. Симптомите на шок са: охлаждане, студена и влажна кожа, плитко повърхностно дишане, безпокойство, объркване, страх, гадене. Пострадалият се покрива с одеяло, за да се поддържа топло тялото му [6];

6. При шок. Дори и при незначителни наранявания, изгаряния или други причини шокът може да бъде животозастрашаващ [6]. Това състояние е следствие от разстройство на кръвообращението, недостатъчно снабдяване на тъканите с кислород и храна, възникват големи и бързи смущения в дишането. Нарушава се обмяната на веществата в клетките и в тях се образуват токсични вещества [2].

Уврежданията при ПТП много често са съпроводени от това състояние и незабавните мерки, които следва да се предприемат са:

1. Спиране на кръвотечението
2. Осигуряване на подходяща поза
3. Разхлабване на стягащите дрехи
4. При спряло дишане и кръвообръщение – започване на съживителни мероприятия
5. Превръзка или обездвижването на счупена кост или изкълчени стави намаляват болката - е една от причините за изпадане в шок
6. Затопля се пострадалия, завиване с одеяло
7. Поддържа се непрекъснат контакт с пострадалия
8. Осъществява се първа помощ, без да се уврежда допълнително
9. Търси се спешна медицинска помощ [7].

7. Преценка за характера на кръвозагубата. Необходимо е бързо изясняване на въпросите: откъде кърви, откога и колко кръв е загубена, продължава ли да губи кръв, как понася кръвозагубата, има ли някаква хемостаза и какъв е начинът за спиране на кръвотечението? От болния се получават следните показатели: съзнание, пулс, кръвно налягане, цвят на кожата и видими лигавица, капилярна рефлекс/ бързина на изпъване на капилярните в нокътното легло след натиск/, който дава сведения за периферното кръвообръщение [5].

7.1. При външно кръвотечение

➤ Притиска се с пръсти или юмрук кървящия кръвоносен съд към кост, над мястото на нараняването;

➤ Поставя се пристягаща превръзка (турникет, триъгълна кърпа или подръчно средство, но не жица или тел) върху дебела мека подложка ок 15 см над мястото на нараняването, който блокира разкъсаната артерия, вена или и двете. Използването на турникет е допустимо единствено, ако оказващият първа помощ е запознат с техниката на използване и е в състояние да прецени как, къде и за колко време да го постави[6];

➤ Пристягащата превръзка не трябва да стои повече от един час - за да има контрол на това време, върху превръзката се закрепва бележка с означена дата, час и минута на кръвоспирането;

➤ Ако се наложи да се придружи пострадалия и е изминал един час от пристягането, превръзката се отпуска бавно, изчакват се 10 минути. Ако направената бинтова превръзка се обагри с кръв се пристяга пак за един час, но не на същото място. Не се маха старата притискаща превръзка, върху нея се прави надвързка. Ако кръвотечението е спряло – не се притиска повече [8];

➤ Ако въпреки всички тези действия кръвотечението не спира, се притиска артерията в горната част на ръката или бедрената артерия в слабините. Ако раната е малка - след като кръвотечението спре, се измива областта и се превърза с бинт или превръзка. При обработка на раната никога не се търка или трие по раната.

А/ При кръвотечение от носа – пострадалия е седнал, главата му е наведена напред като се поддържа челото му с ръка. Внимателно се натъпква в ноздрата му памук или марля така, че да я запълни. Ако има възможност на носа и тила се поставя студено. След 5-10 минути се проверява дали не се стича кръв зад мъжеца в дъното на устната кухина.

Б/ При кръвотечение от ушите, носа и устата – тези признаци най-често насочват към предполагаемо счупване на основата на черепа. Не се движи главата и тялото на пострадалия. Има опасност от притискане или разкъсване на гръбначния мозък, което е фатално. Това е единственото кръвотечение, което не се спира! Обездвижването на главата е наложително с подръчни средства или надуваема шина.

В/ При кръвохрак – той се проявява с пенести, розови храчки и дразнеща кашлица и ни насочва към нараняване на белия дроб.

Г/ При кръвоповръщане в следствие нараняване в коремната област –

НЕ се дава нищо през устата, може да се навлажняват устните с вода. Пострадалият се позиционира в странично положение със свити към корема крака. Ако има възможност на корема се поставя торбичка с лед. Ако има рана с показващи се черва, не се правят никакви опити за прибирането им и почистването ѝ. Прави се суха стерилна превръзка, която предпазва червата от притискане. Бързо се търси медицинска помощ [2].

7.2. При вътрешно кръвотечение – при този тип кръвотечение изтича кръв от естествените отвори на човешкото тяло и по-рядко от проникващи наранявания в гърдите и корема. Пострадалите не се движат, не се местят, завиват се, Грубото и нервно отношение могат да увеличат кръвотечението.

8. При счупване, навяхване и разместване. Опасностите при това увреждане се дължат на разкъсванията, които отчупените, остри костни краища или парчета причиняват на кръвоносните съдове, мускулите, нервите, гръбначния мозък и вътрешните органи. Най-често се чупят тръбните кости на ръцете и краката. Симптомите са [9]:

- болка или подутина в областта на нараняването;
- деформация на костта;
- промяна в цвета на кожата от вътрешни кръвоизливи;
- ненормална подвижност на ставата[9];
- ограничена или невъзможна подвижност на крайника под мястото на счупването или промяна в неговата дължина[8].

Когато има съмнения за закрито счупване на кост, се действа все едно го има. За да се избегнат опасните последствия на едно счупване, трябва да се извърши обездвижване на счупената кост. Тъй като човешкото тяло се движи чрез ставите си, правилото е да обездвижат две съседни стави на мястото на счупването. Това се извършва със стандартни или подръчни средства. Преди да се обездвижи открито счупване се спира кръвотечението и се превързва [6]. Не бива да се мести пострадалия, освен ако не се намира в пряка опасност. Ако се наложи преместване – стремежът е тялото, крайниците и главата да бъдат в естествено положение и да е по гръб. Не се правят опити да се наместват счупени кости. Шинира се крайника като се цели да не променя положението и не позволява неговото движение. Ако има кръвотечение то се контролира. Можете да се постави върху подутината лед.

При подозрения за травма в областта на шията или гръбнака – не се позволява разместване, прегъване или каквито и да са движенията в областта на шията и гръбначния стълб. Придържа се главата в неподвижно положение и не движи докато не пристигне медицинска помощ [9].

9. Припадъци. Ако пострадалия има апоплектични припадъци, не се поставя нищо в устата му. Предпазва се главата и крайниците от удар в околните предмети. След преминаване на припадъка се поставя в странично ляво или дясно положение.

За да проучим степента на подготовка за бърза помощ и правилна реакция при инцидент и птп, бяха анкетирани 42 човека, на възраст 19 години – 38 години. На въпрос дали са обучавани за помощ на пострадали в инцидент и птп 82 % дадоха положителен отговор, а 14 % са обучавани отдавна, 4 % не са преминали обучение. Обучението на 94 % от анкетирания е извършено при посещение на курс за шофьор на МПС, а на 6 % в извънкласна форма на обучение. 85 % от проучените не са попадали в ситуация, при която да окажат първа помощ на пострадали, 15 % са оказвали първа помощ само на близки в инциденти от битов характер. Една четвърт от респондентите считат, че ако попаднат в ситуация с пострадали, биха запазили съмообладание и хладнокръвие и ще окажат бърза и адекватна помощ, 48 % не са сигурни във възможностите си, защото са само теоретични, 27 % са попадали в инциденти от бита и не са запазвали хладнокръвие.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основен извод от направеното проучване е необходимостта от обучение изобщо, както и практическа подготовка при обучението за оказване на първа помощ. Изграждането на специализирани центрове (към БЧК) – в които да се обучават само бъдещи шофьори е уместно. Желателно е ученици от средните и висшите училища също да имат подготовка, за да добият умения за установяване на състоянието на пострадалия и времето, изтекло от настъпването на травмата, условията на мястото на инцидента и броя на пострадали. Да имат знания за извършване на бърз оглед на пострадалия в последователност: глава, гръбнак, гърди, корем, таз, крайници. При установяване спиране на дишането или на

сърдечната дейност, реанимационните мероприятия за възстановяването и поддържането им да започнат незабавно. В случаите, когато поразените са повече, трябва да се прецени редът, по който ще получат първа медицинска помощ.

Провеждането на реанимационните мероприятия започва с поразените в най-тежко състояние. Всички действия се извършват внимателно и бързо, без причиняване на допълнителни увреди на засегнатите и без да заплашват живота на оказващият помощ. При комбинирана травма най-често вниманието се насочва към възстановяване и поддържане на жизнено важните функции, като се изхожда от следния принципен порядък:

1. Възстановяване и поддържане проходимостта на горните въздухоносни пътища;

2. Изкуствено дишане по метода на издишван въздух - уста към нос, уста към уста. При невъзможност за прилагането му се използва най-целесъобразният за състоянието на травматичното увреждане ръчен способ;

3. Изкуствено кръвообръщение с помощта на външно притискане на сърцето;

4. Успоредно или последователно редуване на мероприятията по т.2 и т.3;

5. Временно спиране на кръвотечение чрез кръвоспираща превръзка;

6. Постановяне на тялото на пострадалия в стабилно странично положение;

7. Превързване на рани, изгаряния и др.;

8. Обездвижване на счупени дълги кости на крайниците и на гръбначния стълб;

9. Транспортиране преместването и пренасянето на пострадалия се извършва внимателно и по най-щадящия начин [5].

ЛИТЕРАТУРА

[1] Йорданов Й., Саев С., Стоянов Е., Анестезиология, С., 1990.

[2] Смилов Ив., Наръчник по анестезиология и интензивно лечение, С., 2000

[3] www.dokkpbdp.mvr.bg/Statistics

[4] www.mamatakoiaz.bg

[5] www.nspbzn.mvr.bg/Pravila_povedenie/Pri_katastrofi/

[6] www.pyrwa-pomost-pri-ptp.hit.bg

[7] www.policebg.free.bg

[8] www.raredis.org

[9] www.shofior.com

За контакти:

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

Камелия Андреева, Факултет “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0882 069 379, e-mail: kamence1982@abv.bg

д-р Т. Недева, МБАЛ Русе, Отделение по анестезиология и интензивно лечение, тел.: 0878 385 101, e-mail: teddy_nedeva@yahoo.com

Докладът е рецензиран.

План за сестрински грижи в дома на пациент с артериална хипертония

автори: Татяна Балчева, Грета Колева
научен ръководител: Гл. ас. Д-р Деспина Георгиева

Nursing care plan for patient with hypertension at home. High blood pressure, or hypertension, is a very common condition in older adults. The blood pressure is the physical force exerted by the blood as it pushes against the walls of the arteries. With time, hypertension increases the risk of heart disease, kidney disease, and stroke. Blood pressure is given as a reading of two numbers, such as 110/70. The higher number (systolic) is the pressure when the heart beats. The diastolic, or lower number shows the pressure between the heartbeats, while the heart is refilling with blood. Normal blood pressure readings are lower than 120/80. The social significance of hypertension necessitates the proper treatment and preparation of nursing care plan.

Key words: high blood pressure, hypertension, nursing care plan.

ВЪВЕДЕНИЕ

Артериалната хипертония (АХ) е хронично заболяване, изискващо непрекъснат контрол и лечение. Медицинската сестра, като част от екипа на общо практикуващия лекар осъществява наблюдение, контрол и обучение на пациентите в домашна среда, изготвя оценка на състоянието и потребностите на пациентите, изготвя и реализира план за сестрински грижи.

Повишението на систолно артериално налягане (САН) над 140 mmHg и/или диастолното налягане (ДАН) равно или > от 90 mmHg, като средна стойност при многократни измервания, при три и повече прегледа, в рамките на 2 месеца се определя като АХ. При всеки преглед артериалното налягане (АН) се измерва трикратно. При първите прегледи се измерва и на двете [4, 7].

В зависимост от етиологията АХ се разделя на:

- Първична /есенциална/ АХ ;
- Вторична (Симптоматична) АХ [1].

Рискови фактори за появата на АХ са: злоупотреба с готварска сол (повече от 3 – 5 г. дневно), алкохол, лекарства, наследствена обремененост, наднормено тегло, психично напрежение, намалена физическа активност и възраст.

Стадии на Артериалната хипертония:

I ст. – АН е повишено, но липсват органични промени.

II ст. – АН е повишено, има изменения в органите, но без недостатъчност.

III ст. – Високо АН, тежко увреждане на мозък, сърце, бъбреци с декомпенсация на функцията им [4].

Таблица 1. Класификация на АХ според ЕДХ и ЕДК от 2013г. (в mmHg или милиметри живачен стълб), при индивиди на възраст над 18 год. [5]

Категория	Систолично АН (mm Hg)	Диастоллично АН (mm Hg)
Оптимално	< 120	< 80
Нормално	120 - 129	80 - 84
Високо нормално	130 – 139	85 – 89
1-ва степен АХ	140 – 159	90 – 99
2-ра степен АХ	160 – 179	100 – 109
3-та степен АХ	> 180	> 110
Изолирана систолна хипертония	≥ 140	< 90

Заболяването може да се прояви със сърцебиене, главоболие, притъмняване, тежест в сърдечната област, шум в ушите, замайване и др. симптоми. При повечето болни липсват клинични признаци и АХ се открива случайно. По тази причина заболяването е определено като „тих убиец“.

Лечението на АХ е комплексно и включва:

- **Режим** – спиране на тютюнопушенето, редовна физическа активност, ограничаване на алкохола.

- **Диета** – намаляване приема на сол до 2–4 гр, намален прием на рафинирана захар и животински мазнини, повишен прием на плодове и зеленчуци, прием на пълнозърнести храни.

- **Медикаментозно лечение** – протича в няколко етапа и следните групи медикаменти или комбинации между тях: тиазидните диуретици, бета-блокери, АСЕ-инхибиторите / АТРБ и Са-антагонисти [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Изготвянето на план за сестрински грижи в дома на пациент с хипертонична болест включва няколко последователни етапа. **Представен е план за сестрински грижи на пациент М.М на 32 г. с динамична професия и наднормено тегло.**

Първият етап - събиране на данни за пациента: име, възраст, адрес, образование, месторабота, професия, ЕГН, гражданство, религия, семейно положение, близки на пациента, хоспитализации, алергии, хепатит, кръвна група и Rh-фактор, вредни навици, придружаващи заболявания, проведени изследвания (лабораторни, инструментални), консултации със специалисти, данни на личен лекар.

Диагноза: Есенциална артериална хипертония, I –ва степен.

Анамнеза: Пациентът са оплаква от често главоболие, сърцебиене и „прескачане“ на сърцето . Преди 8 години съобщава на личния си лекар за симптомите и след 3 измервания на кръвното налягане в разстояние на 6 седмици са отчетени стойности между 140-160 mmHg за систолно и 80-100 mmHg за диастолно налягане. При прегледа от общопрактикуващият лекар (ОПЛ) се установяват: напрегнатост, повишено изпотяване и мускулни спазми.

Лекарствена терапия: Bisogamma 5mg – по 1 т. сутрин и вечер; Dirotan 20mg – сутрин по 1 т.; Dirotan 10mg – вечер по 1 т.; Caduet 5mg/10mg – вечер по 1 т.

Втори етап: Оценка на състоянието на пациента.

- Въз основа на 14-те фундаментални нужди на В. Хендерсон (Таблица 2)
- По отношение на рисковите фактори (Таблица 3)

Таблица 2.

14-те основни нужди по В. Хендерсон

Фундаментални нужди	Физиологически особености
1.Дишане	Диша самостоятелно. Не се наблюдават патологични отклонения. Тип дишане: коремно. 17 дих. движения в мин.
2.Поемане на течности и храни	Храни се самостоятелно. Има неправилен режим на хранене.
3.Отделяне	Без смущения в уринирането. Дефекира веднъж дневно.
4.Движение и правилна стойка	Движи се самостоятелно. Не заема принудително положение.
5.Сън и отмора	Рядко се наспива и не му остава време за почивка, поради динамичната му професия.

6.Обличане и събличане	Облича се и съблича сам. Адекватно подбира облеклото си.
7.Поддържане на телесна температура	Поддържа нормална телесна температура.
8.Поддържане на лична хигиена и външен вид	Поддържа добра лична хигиена.
9.Избягване на физически и психологически рискове	Подложен е на ежедневен стрес.
10.Общуване	Без проблеми в общуването. Харесва му да комуникира.
11.Да изповядва религиозните си вярвания	Спазва религиозните си празници.
12.Да извършва работа, която му доставя чувство за реализация	Чувства се пълноценен в работата си.
13.Да играе или участва в различни развлечения	Слуша музика, гледа филми и се среща с приятели 1-2 пъти седмично.
14.Да се обучава, да открива или да задоволява любознателността си	Чете електронни медии и посещава курс по английски език.

Таблица 3.

Рискови фактори за хипертония

1.Рискови фактори 1.1.Рискови фактори, които можем да променим ▪ Високо ниво на холестерола и триглицеридите в кръвта	Общ холестерол (от 06.10.14 г.) – 4,54 mmol/L (референтни стойности до 5,2 mmol/L); Триглицериди - 3,36 mmol/L (допустими стойности до 1,7 mmol/L.)
▪ Високо кръвно налягане	RR 145/90 mmHg
▪ Тютюнопушене	Да.
▪ Наднормено тегло	ITM=38.89; Състояние на организма - затлъстяване.
▪ Липса на физическа активност	Да.
▪ Психическо пренапрежение(стрес)	Да.
▪ Прекомерна употреба на алкохол	Употребата е в рамките на нормата.
▪ Диабет	Не.
1.2.Рискови фактори, които не можем да променим ▪ Фамилна обремененост / близки роднини със СС болести/ ▪ Пол ▪ Възраст	- Да, баща починал от ОМИ. - Мъжки - 32 години
2.Хранителен режим	-Пациентът има нередовен и нездравословен режим на хранене. - Закусва с тестени изделия от бяло брашно. -Редовно употребява газирани напитки. - Обядва между 13 и 15ч. с пакетирани сандвичи или храна от заведения за бързо хранене. - Вечеря след 20ч. обикновено със салата и различен вид месо. След вечеря консумира редовно шоколад, чипс и различни видове ядки.
3.Самостоятелен прием на медикаменти	- Приема самостоятелно предписаните медикаменти. Понякога не спазва времевите интервали с 1-2 часа.
4.Редовна физическа активност	- Не спортува.

Сестрински диагнози: нездравословно хранене, смущения в съня, затруднения при поддръжка на здравето, невъзможност за справяне със стреса, нарушена физическа активност.

Трети етап: Цели на сестринските грижи:

- Създаване на редовен и здравословен хранителен режим;
- Осигуряване на достатъчно време за почивка и спорт;
- Контрол върху нездравословното поведение и вредните навици;
- Осведомяване за техники за справяне със стреса;
- Дългосрочен контрол върху артериалното налягане;
- Постигане на стриктност относно изпълнението на медикаментозната терапия;
- Корекция на наднорменото тегло.

Четвърти етап: План за сестрински грижи:

- Проследяване на жизнените показатели на пациента.
- Прилагане на медикаментозна терапия.
- Наблюдение на основните симптоми и синдроми на заболявания на сърдечно-съдовата система (ССС).
 - Промоция на физическата активност.
 - Обучение на пациента относно правилния хранителен режим, ролята на рисковите фактори при артериалната хипертония с цел налагане на самоконтрол от страна на пациента и водене на дневник.
 - Изготвяне на примерно едноседмично меню с цел подобряване кръвообращението, цялостната функция на ССС и корекция на наднорменото тегло.
 - Контрол върху вредните навици.
 - Запознаване с различни методи за справяне със стреса и психичното напрежение.
 - Насърчаване на пациента за провеждане на периодични прегледи при ОПЛ.
 - Периодично проследяване (мониторинг) на мастния профил.

Пети етап: Извършени сестрински грижи в дома на пациента.

Информацията може да бъде представена под формата на таблица или свободен текст. Необходимо е да се отбележи деня, вида на дейността, соматичните показатели, резултата от дейността и отношението или нагласата на пациента.

Таблица 4.

Извършени СГ в дома на пациента

дата	13.12.2014	
	Вид дейност	Резултат
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Обучение на пациента относно принципите на диетата с цел налагане на самоконтрол от страна на пациента и редуциране на теглото ▪ Изготвяне на примерно меню съобразено със заболяването, вкусовете предпочитания на пациента и степента на затлъстяване ▪ Измерване и регистриране на соматичните показатели 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Пациентът беше запознат с препоръчителните храни (плодове, зеленчуци, нетлъсти меса, млечни продукти и др.) и храните, чиято употреба трябва да избягва (колбаси, животински мазнини, консерви, газирани и алкохолни напитки и др.). ▪ Съгласен е да спазва диетичен режим на хранене, като избягва храненията след вечеря. ▪ Ще положи усилия за намаляване на тегло си. <p>T - 36,3⁰, П - 71 у/мин, Д – 17дд/мин., RR - 145/80 mmHg.</p>

Шести етап: Оценка на постигнатите резултати: През изминалия период пациента М.М. успя да усвои знанията, които са му необходими за да контролира АН. Постигнатите резултати са в следните насоки:

- След изготвяне на дневно меню, пациентът се мотивира да го спазва и да промени нездравословния начин на хранене.
- След проведено обучение разпознава симптомите на артериалната хипертония.
- Пациентът контролира рисковите фактори и проявява готовност да коригира двигателният режим, стресът, наднорменото си тегло и вредните навици.
- Удовлетворен е от решението за контрол на болестта си с цел предотвратяване на усложненията от артериалната хипертония.
- Пациентът започна редовно да измерва и регистрира в дневник стойностите на АН.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Артериалната хипертония е социално-значимо заболяване, което налага необходимостта от контрол на болестта, профилактика и сестрински грижи.

Изготвеният план за сестрински грижи е индивидуален и неговото приложение показва много добри резултати при контрола на АН, борбата с вредните навици и мотивацията на пациента да промени начина си на живот.

Автономната роля на медицинската сестра в рамките на медицинския екип на общопрактикуващия лекар се изразява в прилагане на научно-обоснована система от дейности, насочени към вторичната и третичната профилактика на заболяването Хипертонична болест. Комплексният подход осигурява оценка, планиране и контрол на извършените дейности, което, от своя страна, гарантира качество и ефективност на оказаните сестрински грижи.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Гавраилова Д., Ръководство по вътрешни болести със сестрински грижи, ЕКС-ПРЕС, 2012г.
- [2] Георгиева Д., Лекционен курс по СГД, 2015
- [3] Желева Е., Лекционен курс по СГСЗ I, 2014
- [4] Тодорова В., Лекционен курс по Вътрешни болести I, 2014
- [5] Mancia G., R. Fagard and team, 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension
- [6] www.hapche.bg
- [7] www.mh.government.bg

За контакти:

Татяна Красмирова Балчева, специалност: Медицинска сестра, II-ри курс, Русенски университет "Ангел Кънчев", тел.: 0897393361, e-mail: balchevi@abv.bg
Ас. Грета Колева, катедра „Здравни грижи“ Русенски университет "Ангел Кънчев", тел.: 0882517173, e-mail: greta77@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Проучване мнението на медицински специалисти от психиатрични лечебни заведения за прилагане на съвременни здравни грижи

автор: Даниела Константинова
научен ръководител: Доц. д-р Николина Ангелова

Opinion survey of medical specialists from psychiatric facilities of the application of modern health care: Twenty-first century is a century of health care. In our country there are not many studies on the need for nurses or other health care professionals in hospital and health care. In the medical institutions in the country is not yet regulated the introduction of nursing documentation, nursing diagnosis, protocol /standard/ for health care and more. Under Regulation 1 for the conditions and procedures for carrying out medical activities related to the treatment of persons with mental disorders, medical activities are accompanied by an assessment of the psycho-social needs and are carried out under care programs.

Key Words: *health care, psychotherapy, assessment of needs.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Двадесет и първи век е век на здравните грижи. Според здравната стратегия на ЕС „Заедно за здраве – стратегически подход на ЕС“, специалистите по здравни грижи имат изключителна роля за правилното функциониране на цялата здравеопазна система [5].

У нас няма много проучвания за потребността от медицински сестри, нито за другите специалисти по здравни грижи в болничната и здравна помощ [5]. Потребността от медицински сестри в целия свят нараства, но в България ситуацията е кризисна. Дори, ако се бори с остарялото схващане, че потребността от медицински сестри трябва да се определя като съотношение спрямо броя на лекарите, при минимум съотношение 2 сестри на един лекар в ЕС, в България съотношението е 29 769 сестри на 27 423 лекари [5]. В лечебните заведения у нас все още не е регламентирано въвеждането на сестринската документация, сестринската диагноза, протокол /стандарт/ за здравни грижи и др. Поради недостиг на медицински сестри, в практиката се изпълняват предимно медицинските назначения на лекаря /манипулации, лекарствена терапия, планиране и провеждане на изследвания/, а хигиенните грижи, комуникацията с болния и другите основни сестрински грижи са сведени до минимум или се изпълняват непрофесионално от близките на пациента [2]. Съгласно чл.2. от Наредба 1 за условията и реда за провеждане на медицинските дейности, свързани с лечението на лицата с психични разстройства, медицинските дейности се съпътстват от оценка на психо-социалните потребности, свързани с дом, доход, работа, семейство (домакинство), участие в общността и др. и се изпълняват в рамките на програми за грижи [1].

Право да извършва психотерапия има лице, което е: "магистър" по медицина или "магистър" по психология с придобита специалност "клинична психология", или "магистър" (бакалавър) по социална педагогика със специалност "клинична социална работа", или медицинска сестра с придобита специалност "психиатрична сестра", или медицинска сестра с придобита специалност "медицинска сестра за социални дейности" [1].

Въпреки нормативно уредените в *Наредба 1*, възможности за активно включване на медицинските сестри като координатор на случая да съгласуват дейностите по психиатричните и останалите програми за грижи при изработването и изпълнението на индивидуалния план за грижи, у нас не се прилага. Координатор на случая при лица с психични разстройства, нуждаещи се от специални грижи, може да бъде медицинска сестра с придобита специалност "психиатрична сестра".

ИЗЛОЖЕНИЕ

В доклада си Хелеена Раунистола, експерт към СЗО по психиатрични сестрински грижи, още през 2006 година отчита сериозни слабости в психиатричните сестрински грижи в България – липса на самостоятелност, недостатъчен брой психиатрични медицински сестри, прилагане на тесен биомедицински модел в лечението, не се работи с план и досие за сестрински грижи и препоръчва функцията, която изпълнява сестринския персонал в психично-здравната помощ да бъде дефинирана чрез изготвяне на длъжностна характеристика, в която да залегне съставяне на индивидуален план за сестрински грижи [3].

Цел: Да се проучи мнението на специалисти от психиатрични лечебни заведения за прилагане на съвременни здравни грижи.

Проучването беше проведено чрез анкета сред 154 специалисти работещи в социалните услуги осъществяващи извън болнична психосоциална рехабилитация – Център за настаняване от семеен тип, Защитено жилище, Дневен център и Център за психично здраве Русе, Център за психично здраве Добрич и Държавна психиатрична болница с.Церова кория, осъществяващи вътре и извън болнична психосоциална рехабилитация.

Резултатите от анкетата показват нагласите на медицинските специалисти за въвеждане и прилагане на сестринския процес при осъществяването на грижите и психосоциалната рехабилитация, както и част от причини които водят до отлив на медицински сестри от България.

Табл. 1

Познаване на новите тенденции в сестринството.

Запознат/а ли сте с новите тенденции в сестринството – сестринска оценка, сестринска диагноза, план за грижи и др. ?	%
Да	78,6 %
Не	21,4 %

От всички анкетирани 63,6 % са медицински сестри. Резултатите показват, че и голяма част от останалите специалисти също са запознати със съвременните предизвикателства пред сестринската професия.

По-голяма част от запознатите смятат, че прилагането на новите тенденции /които са практика в световен мащаб/ може да подобри качеството на грижите за психично болни. Едва 18 % от запознатите със сестринския процес специалисти не могат да преценят дали прилагането му ще допринесе до подобряване качеството на грижите.



Фигура 1. Прилагане на сестрински процес за подобряване качеството на грижите за психично болни.

Според мнението на анкетиранияте, медицинската сестра може да участва и в профилактиката на психични заболявания. На този етап от развитието на сестринските грижи в България, сериозен проблем за това се оказва недостига на медицински сестри.

Недостиг на медицински сестри има и в психиатричните лечебни заведения и социални услуги. Ситуацията не е много по-различна от тази в лечебните заведения в страната.

Табл.2.

Недостиг на медицински сестри в лечебното заведение/социална услуга.

Има ли недостиг на медицински сестри във Вашето лечебно заведение/социална услуга ?	%
1 – да	53,2 %
2 – не	27,9 %
3 – не мога да преценя	18,9 %

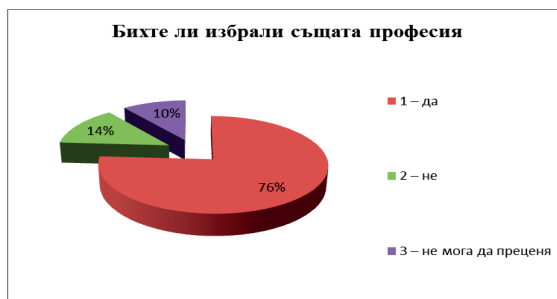
Недостига на медицински сестри допълнително натоварва работещите и не позволява пълноценна почивка, оказва натиск върху системата на здравеопазване и влошава качеството на грижите за пациентите.

В свое интервю от 2014 година, председателят на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи Милка Василева прави следният анализ: Страната ни е застрашена от недостиг на медицински сестри. В момента, вместо нужния минимум от 50 хиляди медицински сестри, те са само 25 хиляди. Тя подчертава, че въпреки че все по-млади хора избират да работят тази професия, ниските възнаграждения са причина, те все по-често да търсят препитанието си в чужбина. В същото време и уважението към тази професия е много по-голямо, отколкото у нас.

Съгласно решенията на Световния съвет на сестрите, една медицинска сестра трябва да обгрижва четирима пациента. В Европа това съотношение в общи линии е една сестра да се грижи за 7 пациента и се смята, че има компромис към качеството. Според нея страната ни трябва да се стреми към това съотношение. По думи на Василева у нас има случаи в които медицински сестри, които се грижат за по 30 пациента.

Най-голям е дефицита в т.нар. критични отделения, където се полагат интензивни грижи, в спешната помощ, в психиатричната помощ и дори в доболничната помощ [6].

Въпреки това повечето специалисти отговарят, че отново биха избрали същата професия ако се налага сега да правят професионален избор.



Фигура 3. Ако отново трябва да избирате професия, бихте ли избрали същата?

Причините за евентуална смяна на работата са посочени в таблица 3 с възможност за повече от 1 отговор.

Таблица 3.

Причини поради които бихте сменили работата си.

Посочете причините поради които бихте сменили работата си: /възможен е повече от един отговор/	%
Психическо натоварване	33,8 %
Недостатъчно заплащане	44,2 %
Не ми остава достатъчно време за семейството	5,8 %
Липса на признание за свършената работа	22,1 %
Недобър психоклимат на работното място	19,5 %
Други	9,7 %

Като други причини специалистите посочват влошено здраве и наличие на интриги на работното място.

Не малка част от специалистите (64,7% от отговорилите на въпроса) проявяват готовност за извършване оценка на състоянието на болните.

Едва 19,1 % от анкетиранияте специалисти отговарят, че не са достатъчно подготвени, без отговор са 49,2%, а 6,1% отговарят на въпроса с „не зная“. Останалите 5,2% отговарят, че не е прието лекаря да пита за тяхната оценка; липса на подобна практика; никой не се интересува от тяхната оценка; нямам затруднения –7,6 %; неравномерно разпределение приема на пациенти; авторитарно наложени решения; проблем в сътрудничеството с други специалисти; липса на информация до къде са правата на медицинския специалист; липса на политика от страна на МЗ по отношение на психично болните; огромна бумачина;

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резултатите от проучването водят до следните **изводи**:

- ✓ Ниските доходи са основна причина за недостига на медицински сестри в лечебните заведения за психиатрична помощ;
- ✓ Недостига на медицински сестри води до допълнително психическо и физическо натоварване на работещите с болни от психични заболявания;
- ✓ Необходими са законодателни промени и реални мерки за запазване на специалистите по здравни грижи в лечебните заведения.

ЛИТЕРАТУРА

[1] НАРЕДБА № 1 ОТ 11 ЯНУАРИ 2007 Г. ЗА УСЛОВИЯТА И РЕДА ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ, СВЪРЗАНИ С ЛЕЧЕНИЕТО НА ЛИЦАТА С ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА

[2] Практикум по психосоциално лечение и психосоциална реабилитация психически больных (под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера).

[3] Раунистола Х., Психиатрични сестрински грижи в България, доклад на експерт на страна член на ЕС, 2006

[4] Ритър С., Ръководство по психиатрично сестринство, София, 1995

[5] СТРАТЕГИЯ ЗА РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ В Р БЪЛГАРИЯ 2013–2020 г.

[6] <http://www.bgonair.bg/>

За контакти:

Даниела Константинова, Катедра “Здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0888 52 00 21, e-mail: ddraganova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Оценка на артериалното кръвоснабдяване на дланта чрез тест на Allen.

автор: Иринка Христова
научен ръководител: гл. ас. д-р Деспина Георгиева

Assessment of arterial blood circulation of the palm by the test of Allen: Before puncture or placing the sheath in a. radialis or a. ulnaris must be done the modified test of Allen, to determine the degree of patency of the radial or ulnar artery to reduce the risk of ischaemia of the palm. The world's leading catheterization laboratories and in such of our country, the test of Allen is carried out by specially trained nurses.

Key words: Modified Allen test, Blood supply of palm, Nurse.

ВЪВЕДЕНИЕ

Кръвоснабдяването на дланта и пръстите се осъществява основно от две артерии: радиалната артерия (a. radialis) и улнарната артерия (a. ulnaris). Артерия радиалис се свързва с продължението на артерия улнарис и участва в образуването на повърхностната и дълбоката дланна дъга. По този начин, ако кръвотока на една от артериите се прекъсне, то другата артерия може да предостави адекватно кръвоснабдяване на цялата длан и пръстите. Малка част от хората не разполагат с това двойно кръвоснабдяване.

Теста на Алън се използван в цял свят, за да се определи дали проходимостта на радиалната или улнарната артерия е нормална. Това се извършва преди поставянето на радиална канюла или катетеризация на радиалната или улнарна артерия, тъй като наличието на катетър или дезиле в артерията често води до тромбоза. Тестът за Алън трябва да се извършва при всеки пациент, който съобщава за студени пръсти, сини пръсти или синдром на Рейно. Следователно тестът на Allen се използва за намаляване на риска от исхемия на ръката [7].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Пунктирането на a. radialis, най-често се налага при:

- изследване на артериална кръв за КГА и АКР;
- канюлиране на артерията за извършване на лява сърдечна катетеризация;
- катетеризиране на артерията за мониториране на инвазивно артериално налягане и др.

Поради възможността за формиране на оклудиращ тромб в радиалната или улнарната артерия след пункция или канюлиране е препоръчително предварително да се докаже наличието на добре обезпечен кръвоток към дланта. При канюлиране на a. radialis за извършване на лява сърдечна катетеризация, поставеното артериално дезиле заема около 90% от лумена на артерията, като по този начин остро нарушава нормалния кръвоток към дланта. За да се осигури адекватно кръвоснабдяване на дланта и пръстите е нужно проходимостта на артерия улнарис да не е нарушена т. е. артерията да не е оклудирена или с наличие на без симптомни анатомични малформации. Острата исхемия на крайниците (остра артериална недостатъчност на крайниците – ОАНК) се дефинира като състояние на внезапно прекъсване или редуциране на кръвоснабдяването на крайника, което застрашава неговата виталност [4]. Перкутанният достъп през радиалната артерия, при пациенти показани за коронарна ангиография е предпочитан метод във водещите катетеризационни лаборатории. Повърхностното разположение, размерът на съда (среден диаметър 2.3–2.5 мм) и околните твърди структури, позволяват лесното откриване и компресия на артерията. Едно от абсолютните

противопоказания за пунктиране на артерия радиалис е липсата на пълноценни колатерални връзки с артерия улнарис [1].

Теста на Алън е описан за първи път през 1929 г. от д-р Едгар Алън, американски лекар, професор по медицина в Рочестър, Минесота, специалист по сърдечно-съдова медицина, и особено известен с изследванията си на периферна съдова болест [2].

Оригиналната техника за извършване е била променена и сега практикуваната се нарича „Модифициран тест на Алън“. Във водещите катетеризационни лаборатории по света и у нас тестът на Алън се извършва от специално обучени медицински сестри.

Модифицираният тест на Allen включва няколко стъпки:

- Пациентът свива дланта си в юмрук;
- Изследващият с помощта на палците си или с втори, трети и четвърти пръст притиска едновременно радиалната и улнарна артерии така, че да прекъснете кръвотока в тях;
- Пациентът започва да свива и отпуска пръстите на ръката си, имитирайки помпене, за около 20 секунди;
- При отваряне на дланта, тя трябва да е значително побеляла;
- Отпускане на натиска върху а. ulnaris.

Ако притока на кръв в улнарната артерия е нормален, цвета на дланта ще се върне в рамките на 10 секунди [6].

• За норма се счита възвръщането на цвета на дланта до 5-та секунда, т.е. положителен Модифициран тест на Алън.

• Граничен резултат или гранично положителен тест – между 5-та и 10-та секунда, а

• ако връщането на цвета не се случи до 10-та секунда се приема модифицираният тест на Алън за отрицателен [3].

Съществуват отделни случаи, в които се налага пунктиране или канюлиране на улнарната артерия, като за целта се прави т. нар. „Обратен тест на Алън“. При него се определя кръвотока на а. radialis. Техниката на извършване на теста е както при Модифицираният тест на Allen посочен по горе, с тази разлика, че се освобождава от натиск радиалната артерия.

Фалшиво положителни или фалшиво отрицателни резултати могат да се получат поради субективната оценка на изследващата медицинска сестра. Освен това, ако кръвотока на радиалната и улнарната артерии не е напълно прекъснат по време на изпитването, може да доведе до фалшиво отрицателни резултати.

Обратно, фалшиво позитивни резултати могат да се отчетат, ако китката е в хипер екстензия. Затова масово се практикува отчитането на резултата да става с приложението на пулсов оксиметър, поставен на показалеца на изследваната ръка на пациента. Започва се с отчитане на изходното кислородно насищане преди притискането на радиалната и улнарната артерии. Компресията на артериите продължава до достигане на кислородна сатурация (SaO₂) 65-70%. При резултата от изследването се отчитат секундите от отпускането на артерията до възвръщането на изходните стойности на кислородната сатурация.

При проучване на 1000 пациенти, подложени на сърдечна катетеризация, 49% са били с положителен модифициран тест на Алън (<5 секунди), 24% гранично (5-9 секунди) и 27% отрицателен (> 10 секунди). Въпреки това отрицателно модифициран Алън - тест не означава непременно, че при канюлиране на радиалната артерия се очаква развитие на остра исхемия на ръката. Ангиографско проучване на пациенти, които са били с поставено дезиле на радиална артерия, показва пълна или частична артериална тромбоза при 76% и никой от тях не е имал клинично извяне симптоматика [5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В клиниките за инвазивна диагностика и лечение на сърдечно съдови заболявания подготовката на пациентите за коронарография се извършва в специални кабинети, където се прави и Модифициран и Обратен тест на Allen. Всички медицински сестри, работещи в такива клиники са специално обучени за да могат да извършват това изследване, като резултатите от теста се отбелязват във фишовите за предкатетеризационна подготовка на пациента.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Kiemeneij F, Laarman GJ. Tenth Anniversary of Transradial Coronary Angioplasty: 2002, Amsterdam

[2] http://en.wikipedia.org/wiki/Edgar_Van_Nuys_Allen.

[3]

http://fitsweb.uchc.edu/student/selectives/TimurGraham/Modified_Allen%27s_Test.html

[4] <http://spisaniemd.bg/md/2014/07/ostra-ishemiya-na-kraynitsite>

[5] <http://vmj.sagepub.com/content/17/5/352.full>

[6] <http://www.angiologist.com/uniquely-vascular-medicine/how-to-perform-a-modified-allen-test/>.

[7] http://www.physio-pedia.com/Allen_Test

За контакти:

Ас. Ирина Христова, Катедра “Здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел 0884582733, e-mail: irina2@mail.bg

Научен ръководител: гл. ас. д-р Деспина Георгиева, Катедра “Здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел: 0889789100, e-mail: despina_g@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Антибиотична резистентност – проблемът на новото време

автор: Сибел Лятиф

научен ръководител: гл. ас. д-р Кристина Захариева

Antibiotic resistance - the problem of modern times: Antibiotics are used for treatment and prevention of infections and for the production of food of animal origin. This indiscriminate use leads to an increase in the resistance of microorganisms to antibiotic drugs and thus becoming useles. Each year in the European Union 25 000 patients die due to serious infection with resistant bacteria in hospital.

Key words: *antibiotics , resistant, bacteria, world, health, organization*

ВЪВЕДЕНИЕ

От откриването на антибиотиците преди повече от седемдесет години, те са водещо оръжие за лечението на бактериални инфекции. Често са рутинно предписвани дори и когато не е нужно. Антибиотиците се използват както за лечение и профилактика на инфекции, така и за производството на храни. Това безразборно използване води до увеличаване на резистентността на микроорганизмите към антибиотичните лекарствени продукти, а така те стават безполезни. Резистентността към антибиотиците представлява устойчивост на даден микроорганизъм към съответен антибиотичен препарат. Наблюдава се и полирезистентност- когато един патогенен микроорганизъм е резистентен на повече от една група антибиотици. В този случай разработените и патентовани антибиотични препарати са безсилни срещу този микроорганизъм. Резистентността може да се предава между хората, между животните и околната среда[4].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Инфекциите причинени от резистентни бактерии трудно се подават на лечение, понякога дори лечението е невъзможно. Много малко нови антибиотици са открити и разработени. Откриването и синтезирането на нови антимикробни продукти е дълъг, труден и много скъп процес, а резистентността се развива изключително бързо. Без нови и ефикасни антибиотици и с увеличаване на съпротивлението, обществото може да се върне във ерата без антибиотици, когато пневмонията е била пагубна за едно дете; също така редица медицински интервенции и диагностични процедури не биха били приложими при липсата на ефективни антибиотици за профилактика.

Ситуацията в Европа:

- Според Световната здравна организация всяка година в Европейския съюз 25 000 пациенти умират поради сериозни инфекции с резистентни бактерии.

- Ежегодно 250 000 души се нуждаят от болнично лечение на инфекции, причинени от *Clostridium difficile*, при лечението на повечето от тях са използвани антибиотици.

- Най-малко 14 000 души умират всяка година от инфекции причинени от *Clostridium difficile* в Съединените щати.

- Съществен проблем е, че антибиотиците могат да бъдат закупени без рецепта и използвани не по предназначение.[4]

През 29.04.2015 год. СЗО проучва и отбелязва в доклад какви национални стратегии и планове имат страните и до колко ги изпълняват.

Заклученията от този доклад са:

- Малко страни (34 от 133 участници в проучването) имат всеобхватен национален план за борба с резистентността към антибиотици и към други антимикробни средства.

- Мониторингът е от ключово значение за контрола на резистентността към антибиотиците.

• Продажбите на антибиотици и други антимикробни лекарства без рецепта остават широко разпространен проблем. В много страни липсват насоки за лечение с антимикробни лекарства от медицински специалисти.

• Информираността на обществото за проблема е на сравнително ниско ниво във всички проучени страни; много хора смятат, че антибиотиците са ефективни срещу вирусна инфекция.

СЗО, страни членки и партньори са разработили проекта „Глобален план за действие за борба с антимикробната резистентност, включително и с антибиотичната резистентност“. Проектът ще се предостави на шейсет и осмата Световна здравна асамблея през май 2015 год. Това е една съществена стъпка в прилагането на плана за действие “Global” : ще бъдат разработени всеобхватни национални планове в страните, където липсват и ще се укрепят и развият съществуващите. Акценти от доклада на СЗО за Европейския регион на СЗО (49 от 53 държави членки в региона участвали в проучването, включително и България):

• 40% от страните са докладвали цялостни планове и стратегии за справяте с антимикробната резистентност.

• Всички страни от ЕС да мониторира резистентността при бактериите чрез Европейската антимикробна мрежа за надзор на резистентостта (EARS-Net).

• Около половината страни имат национална програма за превенция и контрол на инфекциите (IPC)

• Обществено информационните кампании са общи, но около половината от населението вярва, че антибиотиците са ефективни срещу вирусна инфекция.

За да се справи човечеството с антимикробната резистентност е необходим цялостен подход с участието на **множество различни сектори** — хуманна медицина, ветеринарна медицина, научни изследвания, животновъдство, селско стопанство, околна среда, търговия и комуникации. Само при едновременно предприети действия във всички области, бъдещото разпространение на резистентността ще бъде ограничено и антибиотиците ще запазят ефикасността си.

Борбата с антимикробната резистентност няма да е успешна без усилията и ангажираността на **държавите от ЕС**. В плана за действие срещу нарастващата заплаха от антимикробна резистентност, изготвен през 2011 г., са включени 12 действия, които трябва да бъдат изпълнени от страните членки, и са определени 7 области, в които е най-наложително да се вземат мерки:

• гарантиране, че антимикробните средства се използват по подходящ начин както при хората, така и при животните;

• профилактика на микробните инфекции и ограничаване на тяхното разпространение;

• разработване на нови ефикасни антимикробни средства или алтернативи за лечение;

• сътрудничество с международни партньори за ограничаване на рисковете от разпространение на антимикробната резистентност;

• подобряване на наблюдението и надзора в хуманната и ветеринарната медицина;

• насърчаване на научните изследвания и иновациите;

• подобряване на комуникацията, образованието и обучението. [3]

РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНО ИЗСЛЕДВАНЕ:

Цел на изследването: Целта на настоящото изследване е да се проучи нивото на информираност на студентите относно антибиотичното лечение и антимикробната резистентност.

Обект на изследването: студенти от РУ „Ангел Кънчев”, специалност „медицинска сестра”, „кинезитерапия” и „други специалности”, между 20-30 годишна възраст, от първи, втори и трети курс.

Методология на изследването: Проучено е мнението на 105 студенти от Русенски университет „Ангел Кънчев”. Използваният инструментариум е анкетна карта. Анкетното проучване се провежда на случаен принцип, анонимно. Изследването се провежда през периода: 01.02 – 30.04.2015 г.

Резултати от проведеното изследване: Получените резултати от анкетното проучване са онагледени на следващите графики.

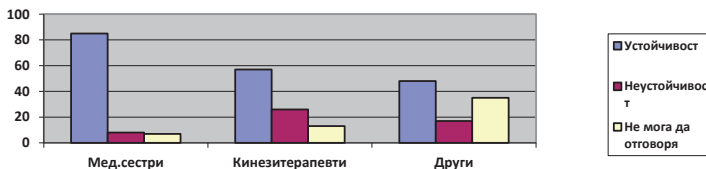


Fig. 1 Отговор на въпроса „Какво представлява „Антимикробна резистентност“?”

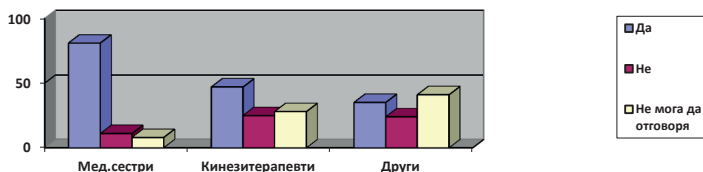


Fig. 2 Отговор на въпроса „Знаете ли как се доказва „Антимикробната резистентност“?”

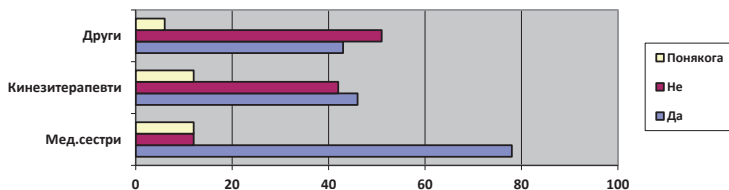


Fig. 3 Отговор на въпроса „Използваните от Вас антибиотици винаги ли са предписани от лекар?”

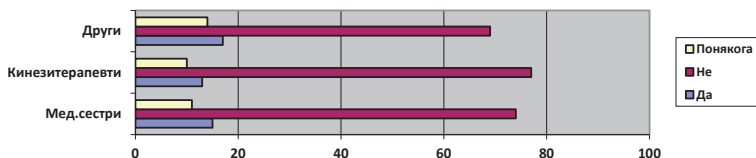
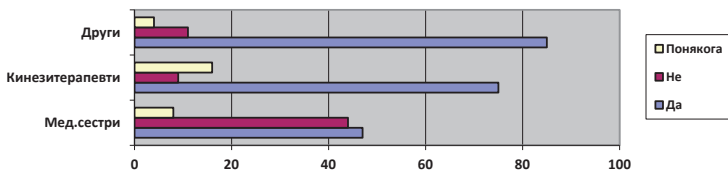
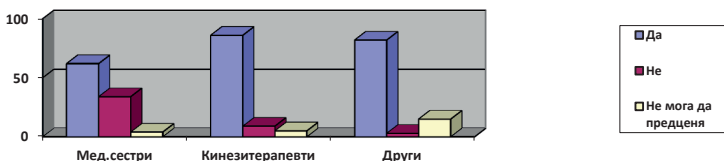


Fig. 4 Отговор на въпроса „Преди лечение провеждано ли Ви е изследване на подходящия антибиотик за инфекцията?”



Фиг.5 Отговор на въпроса „Използвате ли често антибиотици?“



Фиг.6 Отговор на въпроса „Нуждаете ли се от допълнителна информация за използването на антибиотиците при лечение?“

ИЗВОДИ ОТ ПРОВЕДЕНОТО ПРОУЧВАНЕ:

Получените резултати дават основание да се направят следните изводи:

- Медицински специалисти, съпоставени с другите две групи изследвани студенти, показват по високо ниво на информираност за антимикробната резистентност и приложението на антибиотици при лечение на инфекции.
- Различното ниво на информираност е в резултат на различията в учебния процес при отделните специалности.
- Констатирана е необходимост от надграждане на информацията за антибиотичното лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Антибиотичната резистентност представлява все по-сериозен проблем за общественото здраве в Европа.

Възникването, разпространението и селекцията на резистентни бактерии е заплаха за безопасността на пациентите защото:

- Инфекциите с резистентни бактерии водят до нарастване на заболяемостта и смъртността, както и до увеличаване на продължителността на болничния престой;
- Антибиотичната резистентност често води до отлагане на подходяща антибиотична терапия;
- Неподходящата или отложената антибиотична терапия при пациенти с тежки инфекции се свързва с по-лошия изход за пациента, а понякога и със смърт.

Неправилната употреба на антибиотици е един от движещите фактори за антибиотична резистентност и може да се изрази в следното:

- Ненужно предписване на антибиотици;
- Отлагане на приложението на антибиотици;
- Прекомерна употреба на широкоспектърни антибиотици или неправилна употреба на тясноспектърни антибиотици
- По-ниска или по-висока доза на антибиотиците;
- Твърде кратко или твърде дълго лечение с антибиотици;
- Антибиотичната терапия не е в резултат от проведено микробиологично изследване.

Разумната употреба на антибиотици може да предотврати появата и селекцията на резистентни бактерии. **Многостранните стратегии включват:** непрекъснато повишаване квалификацията на медицинските специалисти; ограничителни мерки за безразборна употреба на антибиотици; консултации от специалисти по инфекциозни болести, микробиолози и фармацевти.[1]

ЛИТЕРАТУРНИ ИЗТОЧНИЦИ:

[1]European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC

[2]www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/antibiotic-resistance-lacking/en/

[3]www.ec.europa.eu/health/antimicrobial_resistance/policy/index_bg.htm

[4]www.who.int/medicines/en/

За контакти :

Сибел Якуб Ляtif, фак.№129235, студент трети курс, специалност „Медицинска сестра“, Факултет “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.:0878864953, e-mail:nie123456@abv.bg

Научен ръководител: гл. ас. д-р Кристина Захариева, ФОЗЗГ, Катедра Здравни грижи, Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Докладът е рецензиран.

Епилепсия - продормални симптоми и поведение при гърч

автори: Галина Михайлова, Десислава Замбева
научен ръководител: гл. ас. д-р Кристина Захариева

***Epilepsy-prodromal symptoms and behavior seizure:** The purpose of this study was to examine the level of awareness of students on clinical manifestations of epilepsy, prodromal symptoms and behavior during the seizure and beyond. The survey was conducted during the period February-April. The analysis of results give us reason to consider that the level of awareness of students of "Nurse", compared to "other subjects" about Epilepsy is on high, but still lack sufficient information about the existence of programs supporting people with epilepsy.*

Key words: epilepsy, seizure, prodromal symptom, status epilepticus

ВЪВЕДЕНИЕ

Епилепсията е заболяване с голямо медико-социално значение, което се характеризира със следните особености: голямо разпространение с нарастваща честотата; може да започне във всяка една възраст; има хронично развитие, налагащо дългогодишно лечение; с разнообразни клинични прояви, често драматични; в обслужването на пациента участват много и различни медицински и социални специалисти [5].

Епилепсията е нещо повече от медицинска диагноза, тъй като засяга почти всеки аспект от живота на човека, диагностициран с болестта – налагане на сериозни психологически и социални тежести, както на лицето, така и на неговото семейство. За много хора с епилепсия справянето с последиците от заболяването е по-трудно, отколкото справянето със самото заболяване [6].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Епилепсията, наричана „свещена болест“ в древността, е хронично заболяване на главния мозък с различна етиология. Характеризира се с повтарящи се пристъпи, възникнали на базата на свръх възбуда - електрически разряди на определена група неврони [1]. Причините за възникването на епилептичните пристъпи са различни: аномалии в развитието на мозъка, перинатални и постнатални черепно-мозъчни травми, артерио-венозни малформации, мозъчни тумори, съдови лезии на главния мозък, паразити на мозъка, енцефалити, интоксикации(алкохолна, оловна), метаболитни нарушения и др. В зависимост от етиологията на заболяването се обособяват идеопатични (първични или криптогенни) и симптоматични (вторични) епилепсии [4].

Клиничните прояви на епилепсията са разнообразни, обособени от етиологичните фактори. Различават се: големи епилептични припадъци, малки епилептични припадъци и огнищни (парциални) епилептични припадъци.

Първично или вторично генерализираната и огнищна епилепсия могат да се усложнят с епилептичен статус. Това състояние е животозастрашаващо поради развитието на мозъчен оток, хипертермия, аспирация на материи от устната кухина, водноелектролитни нарушения и др., и може да доведе до летален изход [1].

Лечението и грижите за болните от епилепсия и в епилептичен статус е комплексно и успехът на терапевтичния подход е в добрата колаборация между лекари и медицински сестри [2].

Медицинската сестра в лечебно- диагностичния процес има съществена роля в няколко аспекта:

1. Оценка на общото състояние;
2. Следене на соматичните показатели на пациента;
3. Наблюдение и разграничаване на епилептичните от психогенни пристъпи според реакциите на зениците и на пациента, цвета на лицето, промените в мускулния тонус, двигателните стереотипи;

4. Характеризиране на епилептичните пристъпи по вид (абсанси, миоклонични, генерализирани тонични, тонично-клонични или тонични; прости или комплексни парциални) и тяхната продължителност;

5. Участие в ЕЕГ изследванията, включително при видео ЕЕГ-мониторирането;

6. Подготовка на пациента за КАТ, МРТ, лабораторни и други назначени изследвания;

7. Спешни манипулации за осигуряване на проходимост на горните дихателни пътища, приложение на инжекционен или ректален антиконвулсант [3].

Медицинската сестра трябва да запознае пациента и неговите близки с:

• **най-честите причини, провокиращи епилептични пристъпи:** продължително безсъние, употреба на алкохол, дълго гледане на телевизия, кино и други мигащи и повтарящи се светлини - в дискотеки, при шофиране и пътуване през ноща на фарове, тежка физическа работа, която води до ускорено дишане (хипервентилация), рязко спиране на лекарствата, горещи вани, продължителни разходки при високи атмосферни температури, рязка смяна на температурни разлики в сауни, термални бани и други [6];

• **продромалните симптоми:** главоболие, раздразнителност и отпадналост които могат да се появят минути или часове преди гърча [4];

• **необходимите грижи по време на гърч:** поставяне в удобно легнало положение, под главата се поставя мека възглавница, дрехите се разкопчават, не се поставя нищо в устата по време на пристъпа, не се правят опити "да се извади езика", не се поставят предмети "срещу прехапване", не се дава нищо за пиене или ядене, не се правят опити да се задържи насилствено пациента, не се премества, освен ако не е изложен на някаква външна опасност. Такива опити могат да доведат до допълнително травмиране и усложнения. Записва се часа на началото и края на гърча, като пациентът е под наблюдение до отминаване на гърча [2].

• **необходимите грижи извън гърч:** грижи за стаята и леглото на болния, предписаните от лекаря лекарства редовно да се приемат, приема на лекарствата не трябва да се прекъсва и след продължителен свободен от гърчове период /всяка самоволна промяна на дозата може да отключи нов пристъп/, да се избягват резки промени в дневно-нощния ритъм, както и внезапна смяна на напрежение и отпускане, пълна забрана на алкохол, /приет под всякаква форма, улеснява появата на пристъпи/, постоянното ангажиране на вниманието чрез упражняване на професията и контакт с други хора, това потиска пристъпите, докато безделието и прекомерно продължителният сън могат да предизвикат припадък/ [6];

• **програми за подкрепа на болните от епилепсия:** адвокати срещу епилепсията, Кучета помощници, Програма за даване на напътствия- Н.О.Р.Е/ „Помощ за други хора с епилепсия” [7];

• **алгоритъма за осигуряване на стабилно странично положение по време на гърч** [6].

Проведено изследване

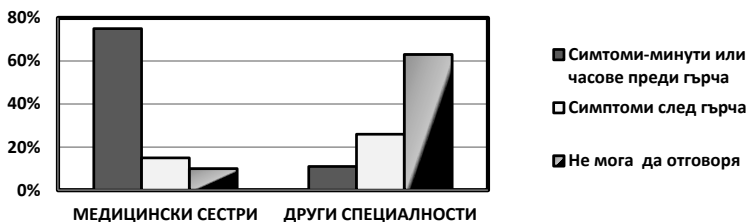
Цел на изследването: да се проучи нивото на информираност на студентите относно клиничната изява на Епилепсията, продромалните симптоми и поведението по време на гърч и извън него.

Обект на изследването: Студенти от РУ „Ангел Кънчев”, специалност „медицинска сестра”, и „други специалности” от втори, трети и четвърт курс.

Методология на изследването: Проучено е мнението на 75 студенти от Русенски университет „Ангел Кънчев” на случаен принцип. Инструментариумът който използвахме при изследването е анкетна карта и интервю. Изследването се проведе през периода: 15.02 – 15.04.2015 г.

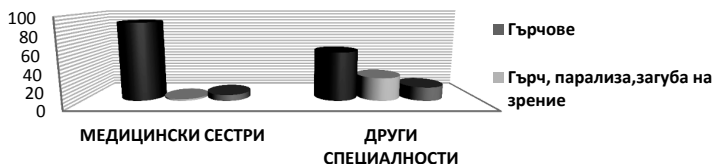
Резултати от проведеното изследване: Резултатите са онагледени чрез графики на следващите фигури.

Проучването показва, че 75% от анкетираните студенти-медицински сестри са запознати с продормалните симптоми на заболяването и едва 11% от другите специалности (фиг.1).



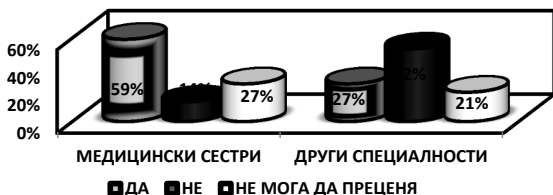
Фиг. 1. Отговор на въпроса „Какво разбирате под „продормални симптоми?“

Това ни провокира да проверим тяхната информираност относно заболяването, тъй като сестринската интервенция зависи от адекватното познаване на етиологичните фактори и симптоми. На въпроса, свързан с това дали познават характеристиките на епилепсията 91% от студентите-медицински сестри и 57% от другите специалности са отговорили-гърчове, което ни показва, че информираността относно клиничната изява на заболяването сред студентите от други специалности е недостатъчна.



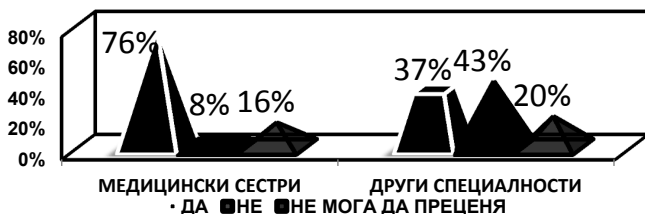
Фиг.2. Отговор на въпроса „С какво се характеризира епилепсията?“

Във връзка с резултата от предходния въпрос е зададен въпроса „Знаете ли какво е необходимо да се предприеме по време на гърч?“ . От студентите-медицинска сестра 59% отговориха положително, 14% отрицателно и 27% не могат да преценят. От другите специалности отговориха положително 27%, отрицателно 52% и 21%, които не могат да преценят.



Фиг.3 Знаете ли какво е необходимо да се предприеме по време на гърч?

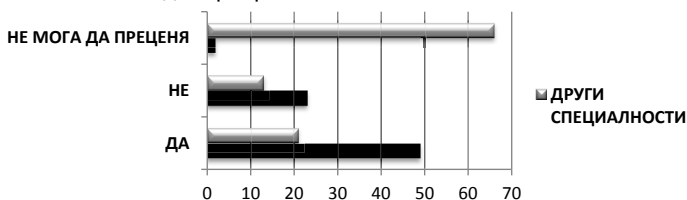
Извода е че, студентите се нуждаят от овладяване на констатирания дефицит от знания. Предвидимо е поставен въпроса „Необходимо ли е да се полагат грижи за болния от епилепсия в периода извън гърч?“ При 76% от анкетираните студенти-медицинска сестра, отговора е „Да“, което е добър, но незадоволителен показател.



Фиг.4. Необходимо ли е да се полагаат грижи за болния от епилепсия в периода извън гърч?

Съществуват много програми в подкрепа на болните от епилепсия - морална и физическа, за да се адаптират към новия си начин на живот. Така хората излизат от анонимността и поглеждат реално на проблема, с който биха се сблъскали в бъдеще. Затова е зададен въпроса „Запознати ли сте със съществуването на програми за подкрепа на болни от епилепсия?“ Едва 31% от студентите-медицинска сестра и 12% от другите специалности са запознати, което показва, че липсва достатъчна информация.

Разбира се, има много интернет сайтове и медицинска литература, от където всеки може да получи информация, но според нас, реалният контакт със специалист по проблема би имал по-добър ефект.



Фиг.5 Отговор на въпроса „Запознати ли сте със съществуването на „Програми за подкрепа на болни от епилепсия“?

Изводи от проведеното проучване:

Анализът на получените резултати дава основание да се направят следните изводи:

1. Нивото на информираност на студентите от специалност „Медицинска сестра“, в сравнение с „други специалности“, относно продромалните симптоми, клиничната изява и поведението по време и извън гърча е на високо ниво.
2. Липсва информация за съществуване на програми, подкрепящи болните от епилепсия.
3. Студентите се нуждаят от овладяване на констатирания дефицит от знания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечението и грижите за болните от епилепсия и в епилептичен статус е комплексно и успехът на терапевтичния подход е в добрата колаборация между лекари и медицински сестри. Индивидуаленият подход към всеки един пациент с епилепсия и концепцията за съвместно сътрудничество между лекар, професионалист по здравни грижи и социален работник би работил много добре. Важна е мултидисциплинарната грижа през целия курс на заболяването. Активното обучение на самият пациент и неговите близки за заболяването, по отношение на подкрепа и грижа, е съществената роля на всеки медицински специалист.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Герасимов, Б., 50 въпроса за...мозъка, 168 часа ЕООД

[2] Димитрова, С., Х. Спасова, Д. Масларов, Грижи и дейности на медицинската сестра при болни с епилепсия и в епилептичен статус - важен фактор и част от интердисциплинарния подход при лечение, Национална конференция по неврология с международно участие 12 - 15 юни 2014г.

[3] Дочева, Н., Г. Димитров, Детски епилепсии - ролята на медицинските специалисти в лечебно диагностичния процес и здравни грижи, Национална конференция по неврология с международно участие 12 - 15 юни 2014г.

[4] Хаджев, Д., Нервни болести., Медицина и физкултура, София 1995г.

[5] www.credoweb.bg

[6] www.helpilepsy.com

[7] www.ucb.bg

За контакти:

Галина Христова Михайлова, фак.№ 139206, студент втори курс, специалност „Медицинска сесра“, Факултет “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.:0877411866, e-mail: g_mihailova@mail.bg

Десислава Пламенова Замбева, фак.№ 139213, студент втори курс, специалност „Медицинска сесра“, Факултет “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0899869493, e-mail: zambevaa@mail.bg

Научен ръководител: гл. ас. д-р Кристина Захаријева, ФОЗЗГ, Катедра Здравни грижи, Русенски университет „Ангел Кънчев”.

Докладът е рецензиран

Рискови категории новородени деца и акушерски грижи

автор: Елиф Хасанова
научен ръководител: Иваничка Сербезова

***Risk categories newborns and obstetric care:** Obstetric care of risk newborns are an important aspect of the midwife in a neonatal ward. The report outlines the main groups of risk newborns and focuses on obstetric care.*

***Key words:** Multiple pregnancy risk categories newborns , infants portable children , newborns depressive state , children of mothers with diebet , perinatal asphyxia.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Бременността е физиологично състояние на организма на жената. Нормалната продължителност на бременността е 280 дни т.е. 40 седмици изчислено от 1-я ден на последната редовна менструация. Новороденото дете не е умалено копие на възрастния човек, а притежава характерни белези, които свидетелстват за степента на неговото физическо развитие, и физиологична годност при неговите органи и системи. Тези белези, наречени показатели за доношеност, заедно с показателя време, позволяват с голяма точност да се определи степента на доношеност на плода. Когато условията за развитие на плода по време на бременността са нормални, адаптацията на новородените деца към първите условия на живот протича без усложнения. Затова първите 6-8 часа след раждането са критичен период, но има и новородени деца с повишен риск. Тази група новородени деца имат обща характеристика: нарушена адаптация, нужда от активно наблюдение и грижи, провеждане на адекватни изследвания, качествено интензивно лечение [3].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Като рискови категории новородени деца се приемат, родените в депресивно състояние, деца на майки с диабет, недоносени деца, преносени деца, деца с интраутеринна хипотрофия, деца родени от многоплодна бременност, деца на майки с хронична интоксикация (алкохол, никотин, наркотици). За определяне степента на риска за новороденото е от значение информацията от анамнеза за протичането на бременността: коя по ред е, какви смущения е имала майката по време на бременността, генетична предиспозиция за малоформации, тенденция за спонтанни аборти, преждевременни раждания, предхождащи мъртвораждания, патология на бременността, специфични предлежания на плода. Анамнестичните данни за анатомична или функционална дистокция челно, седалищно, лицево, напречно предлежание на плода, раждане чрез спешни секции са фактори, които повишават риска за новороденото. Главни фактори, предразполагащи повишен риск за новороденото дете са - нисък социално-икономически статус на майката, живот в среда с вредни външни въздействия, хронични заболявания на майката преди бременността, заболявания и усложнения на бременността, усложнения на раждането [6].

В статията ще бъдат разгледани следните рискови категории новородени:

1. Новородени в депресивно състояние.
2. Деца на майки с диабет.
3. Недоносени деца.
4. Преносени деца.
5. Новородени от многоплодна бременност.
6. Деца прекарвали перинатална асфиксия.
7. Деца с метаболитни и вещественообменни заболявания.

Новородени в депресивно състояние: това са тежко увредени деца. В условията на анаеробен метаболизъм в плода настъпва, хиперкапния, хипогликемия и смесена ацидоза, причиняваща тежки необратими увреждания на мозъка, бъбреците, сърцето, и хемостазата. Диагнозата се поставя чрез клиничната оценка направена по схемата на Аргаг. Схемата на Аргаг дава възможност да се отчита тежестта на асфиксията на детето след раждането и в следващите 1, 3, 5, 15, 60 мин. Състоянието на новороденото се оценява по пет клинични признака, включващи цвят на кожата, сърдечни тонове, характер на дишането, мускулен тонус, рефлекторна възбудимост. По точковата система – от 0 до 2, се определя всеки признак, като сборът им дава общата оценка на Аргаг скор. Оптимална оценка от 8 – 10 точки получава здравото новородено дете. С оценка по Аргаг от 5 до 7 точки се оценяват децата, родени в асфиксия – умерена степен, а оценката по Аргаг 4 и по-малка означава състояние на тежка хипоксия. Препоръчва се оценяването по същата система да продължи в интервалите – на 3, 5, 10, и 30 мин. Аргаг скор на 1 - а минута от живота от новороденото дете дава ценна информация за състоянието на детето в момента на раждането и е от полза при ретроспективните проучвания на интраутеринната и интрапарталната хипоксия на плода. Оценката на 5-а, 10-а, и 30-а мин дава реална характеристика за адаптацията на новороденото дете към екстраутеринния живот и има по-голяма прогностична стойност по отношение преживяемостта и късното нервно-психично развитие на детето. Оценката по Аргаг корелира относително добре със стойностите на рН на кръвта веднага след раждането. При оценка по Аргаг 7–10 изследването на рН е средно 7,27, а при оценка под 6 рН е под 7,22. Тази корелация дава възможност за степенуване на депресивното състояние съобразно рН на кръвта тежестта на ацидозата след раждане [4].

Деца на майки с диабет: това са сравнително малка, но рискована група деца. Особено проблемни са деца от майки с неконтролиран, инсулинозависим диабет. Тези новородени имат характерен външен вид – макрозомия над 4000 грама, кръгло лице, изразено окосмяване, обилно подкожна мастна тъкан по цялото тяло, кожата е лъскава, висцеромегалия – уголемени вътрешни органи. Основни клинични проблеми са: усложнения във връзка с раждането, респираторен дистрес синдром, вродени аномалии, хипербилирубинемия, метаболитни отклонения, синдром на хипервискозитет. Функционалната незрялост на тези деца персистира няколко месеца. Те са склонни към затлъстяване и с повишен риск от развитие на диабет [6].

Недоносени деца: това са деца родени преди изтичането на нормалния срок на бременността (преди 37-та седмица) с тегло под 2500 гр. и ръст под 45 см., се наричат недоносени деца. Те спадат към групата на рисковите новородени. У недоносените анатомичните особености се изразяват преди всичко в общите размери на детето. От тях най-съществено значение имат теглото и ръста. Несъответствието между тях говори за неправилно протичане на бременността и се изразява предимно в теглото. Теглото зависи повече от здравословното състояние на майката и плода през последните месеци и отразява здравословното състояние и жизнената годност на детето- неговата приспособимост. Ето защо при определяне степента на недоносеност практически полезен се оказва тегловия показател. Различават се следните степени: 1 степен- когато детето тежи между 2500 и 2000гр., 2 степен- когато детето тежи между 2000 и 1500гр., 3 степен-при тегло от 1000 до 1500гр., 4 степен-тегло под 1000 грама [4].

Общия вид на недоносеното дете е доста характерен. То е не само по-дребно по размери, но е и слабо охранено. Кожата му е тънка, суха, набръчкана. Липсата на подкожна мастна тъкан по лицето придава на недоносеното характерен старчески вид. Поради намалената жизненост движенията му са вяли и бавни. Главата е относително голяма с малка лицева част. Черепните кости са меки и разделени с широки, невокстени шевове. Очните ябълки са силно изпъкнали. Ушните миди са

прилепнали до главата. Шията е тънка и къса. Гръдният кош е пирамидообразен с много меки податливи стени. Коремът е голям и разлят. Половите органи са по-малко или повече недоразвити. Кожата е покрита с добре изразено лануго (окосмяване), доста обилно по раменете и гърба, даже и по лицето.

Първите грижи за недоносените новородени имат за цел да подпомогнат послеродовата адаптация и да снижат рисковете за здравето на бебето [4].

Преносени деца: те са деца родени след 42 гестационна седмица. При преносена бременност новородените всъщност са доносени, здрави, обикновено имат по-голяма от средната телесна маса, нерядко около 4000 грама. Едрите деца могат да създадат затруднения при раждането като израз на пелвео-фетална диспропорция и функционално тесен таз [4]. Честотата е около 17% от всички живородени деца. Настъпват изменения в плацентата, които водят до нарушаване на основните функции. Намалява количеството на околоплодната течност и тя често е мекониално оцветена [6].

Клиничните признаци на преносените деца са: кожа - суха, залющена, зеленикаво оцветена, липсващ верникс, редуцирана подкожна мастна тъкан. Длани и ходила - набръчкани и мацерирани. Нокти - преминават върха на пръстите. Пъпна връв - изтънена и зеленикаво оцветена [6].

Поради високият перинатален морталитет и чести усложнения, преносените деца са рисков контингент и изискват интензивно наблюдение и грижи. Основните клинични проблеми в неонаталния период са свързани с перинатална асфиксия, мекониум аспирационен синдром, полицитемия, хипогликемия и други. Смъртността при тази група новородени е 3 пъти по-висока в сравнение с родените на термин деца [6].

Новородени от многоплодна бременност: многоплодна е бременността, при която в организма на жената се развиват едновременно два или повече плода. Децата, които се раждат в резултат на многоплодна бременност се наричат близнаци. В зависимост от техния брой бременността е дуплодна, триплодна и т.н. Децата родени след многоплодна бременност са с ниска телесна маса, недоносени, и с висока незрелост. Честа е перинаталната асфиксия, исхемични и хеморагични увреждания. Развитието на двойни образувания на близнаците може да се дължи на сливането на две плодни клетки или разделянето на една оплодена яйцеклетка [2]. Много често изкуственото оплождане (invitro) води до увеличение на честотата на многоплодната бременност [6].

Рисковите фактори в тази група са: висока честота на патологичната бременност (пreekлампися, неправилно предлежание, преждевременно раждане и др., синдром на фето-фетална трансфузия (преминаване на кръв от единия близнак към другия), перинатална асфиксия особено за втория близнак, перинатални или вътреутробни исхемични и мозъчни увреждания (перивентрикулна левкомаляция, интраутерикуларен кръвоизлив), интраутеринна хипотрофия [6].

Деца прекарвали перинатална асфиксия. Асфиксията е състояние, свързано с нарушена обмяна на газове преди и по време на раждането, водещо до невъзможност за поява и установяване на ефективно спонтанно дишане и циркулация (сърдечна дейност), непосредствено след раждането. При 15-40% от починалите в неонаталния период основна причина за смърт е асфиксията. Настъпват исхемични поражения на мозъка, тези деца са с мозъчни увреждания, могат да бъдат и доносени и недоносени, те страдат вътреутробно или по време на раждането. Голям процент от преживелите перинатална асфиксия остават с трайни увреждания като детска церебрална парализа, епилепсия, умствено изоставане. Успешният ход за роденото в асфиксия дете зависи в голяма степен от обратата колаборация между акушер-гинеколози, акушерки, неонатолози и сестри, от своевременното изясняване на основните рискови фактори застрашаващи плода, от

осигуряването на адекватна по обем и количество първична реанимация и последваща интензивна терапия [6].

Деца с метаболитни и вещественообменни заболявания. При тях има и генетична предиспозиция. При тези заболявания има силно изразена неврологична симптоматика – гърчове, забавена кардиопулмонална адаптация, мускулна хипотония. При тези деца във входа на адаптацията трябва да се следи дали се появява жълто оцветяване на кожата. Жълтеницата е задължителна за всички новородени деца. Когато билирубина при тези деца е под 14мг % или 256 микромола, казваме, че детето е с физиологична единица. Причините са - повишено разграждане на еритроцитите, всички новородени деца са със по-малко съдържание на белтък, незряла ензимна функция на черния дроб.

При рискови новородени деца жълтеницата е патологична, има по-големи стойности. Трябва да се сигнализира, за да не настъпи увреждане на мозъка [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основната цел на неонатологията е осигуряване на адекватна кардиопулмонална адаптация на новороденото дете, съвременна и съвременна първична ресуситация на рисковите новородени деца, ранна и висококвалифицирана диагностика на нозологичните категории, адекватно специфично терапевтично поведение, проследяване ефекта от приложеното лечение, ефективна профилактика и оценка на степента на късните последици [5].

Ролята на акушерката е да изпълнява стриктно и коректно лекарските назначения. Да полага адекватни грижи за съответните новородени деца, изискващи отговорност и активно наблюдение. Не толкова е маловажна и подкрепата, която тя дава на родителите в периода на оздравителния процес на тяхното бебе, дава съвети и напътствия в отглеждането на тяхното дете.

Да бъдеш родител е тежка и отговорна задача. Отглеждането на бебето е само по себе си трудно, но когато то е рисково новородено, отговорността и грижите са още по-големи. Затова родителите трябва да са наясно с особеностите на тяхното бебе. Грижата за бебето изисква отговорно отношение към здравето на детето и създаването на всички необходими предпоставки да се пребори с трудностите [3].

ЛИТЕРАТУРА

[1] Сербезова, И., Специални грижи за бременни, раждаци, родилки и новородени, Русе, 2013., стр.272-273

[2] Хаджиев, Ал., И. Карагъзов, Акушерство, С. Медицина и Физкултура 1994г., стр.176

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

[4] <http://www.medicina-bg.info>

[5] <http://www.niamed.com>

[6] <http://www.premature-bg.com>

За контакти:

Елиф Ибрахимова Хасанова, ||| курс, специалност - Акушерка, Русенски университет "Ангел Кънчев", e-mail: elif_hasanova93@abv.bg

Научен ръководител: Доц.Иваницка Сербезова, РУ "Ангел Кънчев"-гр. Русе, iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

План за акушерски грижи при родилки със Sectio Caesarea

автор: Десислава Лесичкова
научен ръководител: Иваничка Сербезова

Obstetric care plan for mothers with Sectio Caesarea: The report proposed to consider the problems of obstetric care for mothers after cesarean section. Provided historical data on the emergence and development of operative birth. An analysis of the needs of operated patients in the first hours after cesarean section and on the basis of the analysis is proposed plan of obstetric care.

Key words: cesarean section, puerperal probleme, obstetric care, obstetric care plan, training students.

ВЪВЕДЕНИЕ

Цел на този доклад е да се проучи литературата, свързана със здравословните проблеми на родилките с оперативно родоразрешение – Sectio Caesarea и да се формулира план за акушерски грижи.

Съвременното развитие на акушерството и неонаталната медицина, въвеждането на нови диагностични и профилактични методи, рязкото спадане на постоперативните усложнения са главната причина за разширяване индикациите за оперативно родоразрешение чрез Цезарово сечение. В съвременното акушерство това е най-провежданата операция. Честотата и в последните години достига и в нашата страна голям процент от общото число на ражданията (между 20 и 3%) [3]. Това налага придобиване на умения от обучаващите се студенти за полагане на акушерски грижи към родилки с оперативно родоразрешение.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Цезаровото сечение представлява екстракция на плода и придатъците му през разрез на предната коремна стена и матката. Цезаровото сечение е прилагано още в древността. Твърди се, че Buddha (563г от Христа) е роден чрез Цезарово сечение. Според Plinius, Юлиус Цезар е наречен така, защото е роден чрез абдоминална операция (A saeso matris uteri dictus Ceasar) [3].

През 1500 г г-н Yakob Nufer, швейцарец прекъснал бременността на жена си, след като „13 акушерки и неколцина бръснари“ не успели да предизвикат раждане. Той помолил градския съвет за разрешение за операция и собственоръчно направил на съпругата си Цезарово сечение. Всичко протекло успешно – жената и детето били спасени. Вероятно се е касало за напреднала абдоминална бременност, защото след това госпожа Nufer ражда по естествен път шест деца [4].

Американският лекар Harris описва случаи на „Авто Цезарово сечение“ през XVIII век, някои от които са завършили благополучно. Смята се, че първото успешно Цезарово сечение в САЩ е извършено от д-р J. Venner върху собствената му жена. Той отстранява и яйчниците, за да я предпази от забременяване [3].

Първата успешна операция във Великобритания е извършена от лекарка – J.M.S.Barry – между 1815 и 1821г. За да ѝ се разреши да следва медицина и да практикува (привилегия до XX век само за мъже), тя е била принудена да се маскира като мъж до края на живота си [3].

Първото документирано Цезарово сечение в Германия е извършено от Trautman и Gusth на 21.04.1610г. при бременна с Hernia uteri gravid, но тя е преживяла само 25 дни. В Париж до 1876г. не е оцеляла нито една пациентка, а в Англия и САЩ смъртността в този период е била над 80%. През 1876г. E. Porro въвел суправагиналната хистеректомия и естериоризация на чуканчето непосредствено след Цезарово сечение и с това значително подобрил прогнозата за майката. В 1882г. Saender и Kehrer използвали за първи път двуетажен шев на матката, а по-късно Kroenig, Kerr, Kustner и други – истмичния срез на матката [3].

Днес техниката за извършване на Цезарово сечение е усъвършенствана и усложненията са сведени до минимум. Честотата се увеличава във всички страни в света, независимо от техния социален, етнически и религиозен състав. В литературата липсват убедителни данни относно това, каква трябва да бъде оптималната честота на абдоминалното раждане, спрямо, която да се сравняват резултатите на отделните страни. Смята се, че оптималната честота е тази, с която се постигат максимално добри резултати за майката и плода, според медицинските условия и предпочитанията на бременната [1].

Причините за увеличаване на честотата на Цезаровото сечение се дължат вероятно на подобрената техника и сигурност на операцията, на променените индикации, на социални фактори, но и на повишеното ниво на здравни грижи за оперираните пациентки. Всичко това задължава, студентките акушерки не само да овладеят качествено уменията за полагане на следоперативна грижа, но и да положат усилия да усъвършенстват този труд, като увеличат знанията си по проблема.

Подготовката за раждане с Цезарово сечение от постъпването в болница до влизане в операционна зала отнема около 45 минути. Прави се акушеро-гинекологичен преглед, запис на тонове на бебето, тоалет и клизма. Родилката се облича в нощница и се настанява на легло, където чрез система ѝ се влива 1,5 л Рингер разтвор. Следва поставянето на упойката – манипулацията обикновено трае около 5-10 минути. Родилката ляга на една страна, леко свита, за да изпъкне гръбначния стълб. Определя се точното място, в което ще се вкара иглата, следва самото убождане и вкарване на анестетика. Упойката започва да действа непосредствено след поставянето ѝ, родилката е в пълно съзнание, обездвижена е само от кръста надолу. Спиналната упойка е безвредна както за майката, така и за плода. Непосредствено преди старта на операцията се поставя уретрален катетър. Монтира се преграда, благодарение на която не се наблюдава хода на самата операция от самата родилка [5].

Самата операция започва като се прави напречен разрез. Срязва се само най-горния слой на кожата, а всички останали слоеве на коремната кухина се отпрепарират без инструменти. Не се извършва рязане на мускули, което намалява травмите от операцията до минимум. Така се стига до матката, която също се отваря с напречен разрез. Отваря се околоплодния мехур и се изважда бебето. След това се изразждат плацентата и мембраните и следва зашиване на оперативния разрез. Самата процедура по изваждане на бебето трае от 3-4 до 10 минути, а операцията приключва в рамките на 1 час. Веднага след като бебето бъде извадено, то бива поето от акушерка и неонатолог-педиатър. Клампира се пълната връв и се извършва първия тоалет на новороденото. Бебето се предоставя на майката, след което се поема отново от акушера и неонатолога, които през първите няколко часа проследяват нормалните жизнени функции на новороденото.

Акушерски грижи след операцията

Акушерката, полагаща медицинска грижа следва да извърши анализ на състоянието на оперираната родилка. Предлагаме анализът да бъде осъществен по нуждите, формулирани в модела на Виржиния Хендерсон. В табл. 1 се предлага примерен анализ на оперирана родилка след Цезарово сечение:

Таблица 1.
Анализ на състоянието на родилка първи ден след Sectio Caesarea по теорията на В. Хендерсон

Нужди	Състояние	Степен на зависимост
Дишане	Самостоятелно 17-19 пъти в минута	независима
Хранене, пиене	Не може да се храни сама	зависима
Отделяне	Поставен уретрален катетър – следи се диуреза	зависима
Двигателна активност	Невъзможност за придвижване	зависима
Сън и почивка	Неспокоен сън, поради болка	зависима
Обличане и събличане	Невъзможност за самостоятелно преобличане	зависима
Поддържане на нормална телесна температура	Афебрилна	независима
Поддържане на лична хигиена и външен вид	Невъзможност за самостоятелно поддържане на лична хигиена	зависима
Да избягва опасностите	Родилката е на легло, но в съзнание	частично зависима
Да осъществява комуникация	В състояние е да осъществява комуникация	независима
Да изповядва вярата си	Може да извършва действия	независима
Заетост с цел реализация	Затруднена е с извършване на подобен род действия	частично зависима
Да участва в развлечения	Поради болката е затруднена със задоволяване на тази потребност	зависима
Да се обучава	Спазва указанията на акушерката, може да чете	Частично зависима

След извършения анализ се предлага следният **план на акушерски грижи**:

1. Измерване и регистриране в реанимационен лист на виталните показатели – температура, пулс, дишане, кръвно налягане.
2. Следене за кръвене от превръзката на оперативната рана, от гениталиите и проверка на тонуса на матката чрез палпация.
3. Следене и регистриране на уринирането – цвят, вид на изтичащата през катетъра урина, часова диуреза.
4. Наблюдение на външния вид и общото състояние.
5. Стриктно спазване на медикаментозната терапия.
6. Извършване на хигиенни тоалети.
7. Помощ при смяна на лично и постелно бельо.
8. Помощ при поемане на течности.

9. Грижи за превръзката на оперативната рана /при прокървяване се подменя/.
10. Грижи за дренажи и катетър.
11. Подпомагане за движения в леглото – лека кинезитерапия с крайниците и положението на тялото в леглото. Помощ при ставане от леглото на 12 час.
12. При изказано желание се предоставя литература за четене или електронни средства за комуникация.

Добрата акушерска практика изисква не само стриктно изпълнение на професионалните задължения, но и това акушерката да спечели доверието на пациентката, да прояви чувство на хуманност и емпатия, на топлота и разбиране. Опитът показва, че това в значителна степен успокоява родилката и повишава доверието и към медицинския екип.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Съвременното акушерство предоставя възможности за благоприятно завършване на бременността и чрез оперативно родоразрешение – Цезарово сечение. Не трябва да се забравя, че въпреки това, тя крие рискове за живота и здравето на майката. Това поставя изисквания пред акушерките, полагащи здравни грижи за оперираните жени да са изключително прецизни и професионално компетентни. От техният професионализъм, наблюдателност, точност и коректност зависи родилката да напусне болницата в добра кондиция и здраве. Това ще ѝ позволи да се грижи пълноценно за новороденото дете и да изпита радостта от майчинството.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Димитров, А., Абдоминално раждане – Цезарово сечение в Акушерство под редакцията на А. Димитров, МИ „АРСО“, София, 2014, стр. 388-402
- [2] Караджов, П., Е. Димитрова, Кр. Илиева, План за сестрински грижи при болни с неврохирургични операции и черепномозъчни травми // Сестринско дело, 46, 2014 №3, стр 3-5
- [3] Козовски, И., Акушерски операции, Издателско сдружение „S\$\$“, София, 1993, стр. 143-163
- [4] Сербезова, И., Специални грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, Русе, 2013г., стр.256
- [5] <http://shterevehospital.com/pregnancy>

За контакти:

Десислава Лесичкова, I курс, Акушерка, факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, e-mail: des4eto89@abv.bg

Научен ръководител: Доц. Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Методът ТЕНС – За по-комфортно раждане

автор: Теодора Димитрова
научен ръководител: Иваничка Сербезова

TENS method - for a comfortable birth: *TENS means Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation. It is alternative method of childbirth pain relief. TENS is the application of a very small electrical current to the skin to decrease the perception of pain elsewhere in the body. The current prevents pain signals from reaching the brain, just like a gate not letting anything pass. In theory this may stimulates the body's production of higher levels of endorphins.*

Key words: *transcutaneous, electrical, nerve, stimulation, childbirth.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Множеството изследвания, както и неупоримите факти, завещани ни от майката природата откак човек съществува, показват че естественото раждане е златен стандарт на ражданията, без упойки, медикаменти, скапели и други оперативни вмешателства, които често водят до патологичен пуерпериум, бавно възстановяване на жената и различни усложнения за новороденото дете. Основавайки се на акушерския принцип „Здрава и жива майка – здрав и жив плод“, ние като медицински работници се стремим да запознаем бременните с най-безопасните и ефективни методи за обезболяване на родилния процес. В тази научна статия се представя една от иновациите на акушерството, в обезболяване на раждането, а именно ТЕНС - технологията (TENS - Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Абревиатурата ТЕНС означава транскутанна електрическа нервна стимулация и е препоръчван от акушерки от цял свят, като част от плана за раждането. Използва се в редица страни като Великобритания, САЩ, Франция, Белгия, Холандия, Германия, Скандинавските страни и Русия, с повече от 25-годишна история и практика, а в България за пръв път метода се прилага в АГ отделенията в Пловдив и Пазарджик през 2012г. Устройството позволява на бременните да изпитат мобилно, немедикаментозно обезболяване на раждането с личен контрол върху облекчаването на родилните мъки. За много жени той е предпочитан и напълно достатъчен метод на обезболяване на целия родилен процес. ТЕНС апаратът е успешно използван и в постоперативния период (след Sectio Caesarea) или след епизиотомия като електродите се поставят на местата, препоръчвани по време на раждане и се избягват областите в непосредствена близост до разреза.

Най-различни проучвания сочат, че бременните са притеснени най-вече от страхът за болката от предстоящото раждане. Появата на бебето е уникален момент в живота за всяка жена, именно поради тази причина трябва да се стремим той да е свързан само и единствено с добри и приятни емоции.

Наша задача, като медицински работници, в лицето на акушерките, които имаме директен контакт с пациентките в родилна зала е в това да се стремим да им предоставим едно благоприятно и успешно раждане, минимални травми за плода и майката, както и прицизност и отговорност във всяка една манипулация, извършена от нас.

Запознавайки бременните с ТЕНС метода на обезболяване ние им преотстъпваме информация за лесен и достъпен начин без излишни медикаменти и инвазивни манипулации, да постигнат доста добри резултати в потискането частично или напълно от болката. По този начин те намаляват риска от компликациите, в резултат от медикаментозното обезболяване или оперативното

родоразрешение. Показан е при жени с нормално протичаща бременност и очакване тя да завърши с нормално "per vias naturales".

Методът е достъпен за бременни с неограничение във възрастта, паритета, образованието и други фактори. Той може да се използва най-рано след 30г.с. при наличие на болки в гърба и кръста, характерни за този период от бременността, поради увеличаващото се тегло на плода. Желателно е жените, които имат намерение да използват ТЕНС апарата за обезболяване, да преминават през предварително обучение след 37г.с.. За целта акушерките трябва да са добре запознати с ръководството, устройството, механизмите на действие на ТЕНС метода и добре да боравят с апарата [2].

Обезболяването чрез ТЕНС се извършва посредством портативни ТЕНС апарати, които имат специални електродни подложки, две или четири на брой, които са самозалепващи се и хипоалергични. Те са изработени от хидрогел на водна основа, неустойчив на вода. Електродите се прикрепят към кожата на раждащата, най-често върху акупунктурните точки, които имат връзка с повишаването силата на контракциите и тяхната честота. Стандартно използваната честота на тока е до 30 Hz.. ТЕНС устройството тежи около 90 грама, с компактен размер и е лесно преносимо. Четирите подложки се поставят на гърба, като първият чифт лежи под нивото на сутиена на около 10см разстояние. Вторият чифт подложки се поставя на около 2,5см над вдлъбнатините в края на гърба, точно над глутеусите, отново на 10см разстояние помежду им [6].

Апаратите ТЕНС предлагат три интересни опции:

- 1. Водене на дневник на раждането** – тази опция позволява на акушерката, лекаря и пациентката да регистрират продължителността, честотата и паузите на контракциите.
- 2. Аларма за неправилно поставени подложки** – тази опция ни предупреждава, ако се наруши контакта между подложките и кожата, тъй като това е много важно, за да се осигури максимален ефект на обезболяване.
- 3. Контрол на силата на стимулацията** – системата следи съпротивлението на кожата и подложките, и регулира мощността, за да поддържа постоянно чувство на комфорт [5].

Родилната болка е специфично комплексно усещане, в резултат на наславането на болкови импулси идващи от половите органи и психоемоционални компоненти, детерминирани от участието на лимбичната система. Тя е вследствие, главно от усилието на родилните сили да преодолеят съпротивата на долния маточен сегмент и да постигнат неговото дилатиране. Фактори, които допринасят за формирането на болката по време на раждането, са: степен на податливост на мускулите и тъканите на родилния канал и тазовото дъно, степента на податливост на разпъване на маточните връзки, перинеума; налягането, което се упражнява върху пикочния мехур, уретрата и ректума [3]; кръвонапълване на малкия таз. Особено важен фактор представлява емоционалният болков фон, който включва типът на нервна система, емоционалното състояние, праг на търпимост към болка, подготовка за раждането, възпитание, култура и други. От значение за възникването на болката са и възрастта, паритета, съотношението между големината на плода и костния таз и други [1,3].

Методът на обезболяване ТЕНС се основава на това, че електрическата стимулация на нервите блокира предаването на болковите импулси до главния мозък и стимулира организма да произвежда естествени болкоуспокояващи. По време на процедурата болният усеща топлина, мравучкане, леко боцкане, изтръпване или стягане, в зависимост от силата и вида на подаваните импулси.

Обезболяването се реализира по три механизма:

1. Освобождаване на естествени болкоуспокояващи – в лицето на ендорфините. Това става, когато апаратът е настроен да действа на ниска честота (2-5 Hz). Токът стимулира хипофизата да секретира ендорфини, които действат като невротрансмитери, потискащи усещането за болезненост. Те са естествени обезболяващи, които увеличават прага на търпимост към болката. Действието на ендорфините започва след 40-60мин., затова се препоръчва апарата да се включи, колкото се може по-рано, за да може ефекта от ТЕНС да е по-успешен.

2. Потискане на болковите сигнали. Този механизъм се основава на теорията за „порталния“ контрол. Смята се, че болковите импулси се насочват към ЦНС по нервни влакна с малък диаметър, а електрическите импулси, изпращани от ТЕНС, се движат по сетивни влакна, които са с по-голям диаметър от предходните. Електрическите импулси достигат по-бързо ЦНС, от съответно бавните болкови импулси, и така ги изместват и „затварят“ вратата за тях. По този начин болките от раждането биват потиснати.

3. Краткотрайна интензивна стимулация. Обезболяването става посредством много силен сигнал, точно до нивото на поносимост, предизвиквайки много силна болка. Така се постига бърз ефект на обезболяване, но се използва само в кратък период от време, най-често в края на първи период от раждането за около 15мин [2].

Предимствата и недостатъците на ТЕНС метода в сравнение с най-честото медикаментозно обезболяване (Таблица 1):

Таблица 1.

	Епидурална и спинална упойка	ТЕНС технология
<u>Предимства</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Води се за „златен стандарт“ в акушерското обезболяване; 2. Използват се при патологични раждания или наличие на някаква по-сериозна патология; 3. В случай че се наложи спешна операция през катетъра може да се инжектира по-голяма доза локален анестетик, с по-висока концентрация; 4. Бързо се постига обезболяващ ефект; 5. Подходящ метод за жени с нисък праг на болка; 6. Обезболяването е по-ефективно е от всеки друг метод; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Може да се съчетава с други медикаментозни и немедикаментозни начини на обезболяване; 2. Не оказва влияние върху ДСТ и състоянието на плода; 3. Лесен и достъпен метод за използване; 4. Не оказва влияние върху производителността на маточните контракции; 5. Бъдещата майка може сама да контролира облекчаването на болката; 6. Позволява мобилност на жената в хода на раждането; 7. Може да се изключи по всяко време на раждането, без да причини странични ефекти; 8. Не сформира зависимост към метода; 9. Може да се използва при водене на раждане на многоплодна бременност; 10. Може да се използва в постпарталиния и постоперативния период; 11. Намаля дозите на медикаментите използвани по време на раждане; 12. Неинвазивен и ефективен метод на обезболяване;

<p>Недостатъци</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Скъп и инвазивен метод на обезболяване; 2. Родилката изключително зависи от грижите и инструкциите на медицинския екип; 3. Неподходящ метод ако раждането е напреднало; 4. Крие риск от потискане на дихателния център на плода; 5. Риск от развитие на алергия към медикаментите; 6. Необходимост на точност в момента на поставянето, прецизност и правилна техника от страна на анестезиолога; 7. Честа причина за забавяне на родилния процес, тъй като майката не усеща напъните и не може да упражнява силен контрол върху тях; 8. Често води до по-продължително раждане, особено в периода на изгонване; 9. Предпоставка за спешно секцио; 10. Понижава кръвното налягане; 11. Не достатъчно ефективно обезболяване, при което се налага допълнително медикаментозно обезболяване; 12. Главоболие и гадене след излизане от упойката; 13. Риск от увреждане на нерв; 14. Риск от абсцес; 15. Риск от менингит; 16. Риск от образуване на хематом на мястото на катетъра; 17. Рядко се стига до загуба на съзнание; 18. Необходимост от строго спазване правилата на асептика и антисептика. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. По време на раждане може да се наложи изключване на апарата, ако ДСТ се следят с електронен монитор; 2. Изисква специално обучение за използването му както на родилката така и на медицинския персонал, водещ раждането; 3. Не се използва при наличие на расемакег или ритъмни нарушения на сърдечната дейност на майката; 4. При епилептички; 5. Противопоказано е през първите 26 седмици от бременността; 6. Противопоказано е поставянето на подложките по корема по време на цялата бременност или раждане; 7. Противопоказано при инфекциозни процеси или тумори; 8. Не може да се използва във вода, но може да се комбинира с водното раждане, като ТЕНС апарата се използва до момента на влизане в басейна; 9. Подложките не бива да се поставят върху места с нарушена цялост на кожата, очите, върху Sinus caroticus, места, където липсва нормална чувствителност; 10. Трудна и специфична поддръжка на апарата и придаватците му; 11. Леко кожно зачервяване около електродните подложки, ако имате чувствителна кожа.
---------------------------	---	---

Алгоритъм за поставяне на ТЕНС апарата и съответните задължения на акушерката (табл.2):

Таблица 2.

1. Иска информирано съгласие от пациентката.
2. Измива и дезинфекцира ръцете си.
3. Подготвя необходимите пособия в табличка: ТЕНС апарат, лента за врата, колан за кръста, щипка за колана, 4 броя електродни подложки, които са групирани в два чифта, 2 алкални батерии 1,5V; ръкавици, антибактериални салфетки, спирт 70°, стерилни марли и тупфери, стерилен инструмент,бъбрековидно легенче;
4. Придава необходимото седнало положение на пациентката в леглото;
5. Уверява се в изправността на апарата, поставя батериите и изключва ТЕНС устройството преди да постави електродите върху кожата на пациентката;
6. Със стерилен тупфер, напоен със спирт, дезинфекцира областта, където ще се поставят електродите и след това подсушава със стерилните марли; Кожата на пациентката трябва да е чиста, суха, без лосион и нарушена цялост;
7. Свързва кабелите на първи и втори чифт подложки в съответните гнезда от апарата;

8. Внимателно отстранява найлоновото покритие от електродните подложки;
9. Ако хидрогелът на електродите е много мек предварително може да се постави в хладилника за няколко часа, като ги поставя легнати и облечени в предпазните си пликосе; ако гелът е сух може да се накапят няколко капки вода или да се подменят електродите с нови;
10. Електродните подложки се фиксират на правилните им позиции – I чифт под върха на лопатките на разстояние 10см една от друга; II чифт на 2,5см над вдлъбнатините на кръста отново на 10см разстояние помежду им;
11. През цялото време спазва правилата за асептика и антисептика;
12. Провежда се кратко обучение на родилката (най-добре тя да е преминала през такова, преди да постъпи за раждане); Обучението включва разясняване в устройството, начина на действие и работата с апарата. Той се включва от бутона ON и има три налични програми използвани в различен етап от раждането. Препоръчително е ТЕНС апарата да се постави 60-80мин. преди началото на окситоциновата инфузия за стимулиране на родовата дейност;
<ul style="list-style-type: none"> Програма А – предизвиква пулсиращо усещане, спомагайки за отделянето на обезболяващия хормон ендорфин, който предизвиква чувство на релаксация и спокойствие; А програмата има два режима А1 и А2; автоматично при включване на апарата на LSD екрана се изписва А1. А1 режим се използва между контракциите, а А2 по време на контракциите, като превключването между двата режима се извършва с натискането на Boost бутон.
<ul style="list-style-type: none"> Програма В - се използва, когато контракциите се засилват и станат на по-чест интервал от време. За да се превключи програмата се натиска бутон Program. Тук отново има два режима В1 и В2, които са на същия принцип, както А1 и А2;
<ul style="list-style-type: none"> Програма С – на LSD екрана се изписва С1. Прилага се по-време на финалните контракции, като програмата използва силно изменение на мощността. Помежду контракциите се натиска и задържа горната стрела, докато се достигне комфортно ниво на стимулация. Когато започне контракцията се натиска Boost бутон и задържайки го, мощността на импулсите се увеличава прогресивно, докато не се пусне бутон и импулсите веднага намалят. При последващо натискане на Boost бутон се дава екстра доза на обезболяване. Тази програма може да се използва и ако ТЕНС апарата е сложен прекалено късно за достигане на по-бърз обезболяващ ефект за кратко време.
13. ТЕНС устройството се закрепя на кръста с колан, на врата с лента или се оставя в ръката на родилката в зависимост от желанието ѝ.
14. ТЕНС метода може да се използва и в постпарталния период, ранния пуерпериум или в постоперативен период след Sectio или гинекологична операция;
15. След завършване на раждането или по желание от страна на родилката се премахва ТЕНС устройството. За целта акушерката трябва да се увери, че е изключила апарата от бутона OFF.
16. Свалят се подложките и се дезинфекцират с антибактериалните салфетки. Облечат се в предпазен плик и се съхранява заедно с апарата, на съответното място, до следващото им използване. Електродите са изградени от хидрогел на водна основа, който е неустойчив на дезинфекция със сапунена вода или друг течен дезинфектант.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ТЕНС методът е иновационен, немедикаментозен начин на обезболяване на родилния процес, стимулиращ естествените механизми на тялото за борба с болката при раждане, с неоспоримо предимство – 100% безопасност за здравето на пациентката и липса на странични ефекти. Той дарява родилката с приятни усещания през целия период на раждане, за да може с усмивка да посрещне рождабата си. Ние смятаме, че е време, ТЕНС методът да се разпространи по-широко в акушеро-гинекологична практика в България, в името на по-комфортното раждане на българската майка.

ЛИТЕРАТУРА:

[1] Димитров, А., Акушерство, учебник за студенти по медицина, Медицинско издателство АРСО, 2014, стр.285;

[2] Димитрова, Д., Немедикаментозни методи за обезболяване на раждането, Книгоиздателство ЗОГРАФ, Варна, 2014, стр.44;

[3] Сербезова, И., Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, Русе, 2013, стр.129;

[4] Хаджиев, Ал., И. Карагъзов, Акушерство за студенти по медицина, Медицина и физкултура, София, 2005, стр.187;

[5]<http://mamatens.bg/wp-content/uploads/2013/10/MamaTENS+My+Time-rakovodstvo.rotated.pdf>

[6] <http://mamatens.bg/mamatens/#opisanie-na-produkta>

[7] <http://mamatens.bg/informacia-za-mama/>

[8]http://www.oaaanaes.ac.uk/assets/_managed/editor/File/Info%20for%20Mothers/PR_leafls/3ed_pr_bulgarian.pdf

За контакти:

Теодора Димитрова, II курс „Акушерка”, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, тел.: 0879587766, silistra_ss@mail.bg

Научен ръководител: Доц.Ивничка Сербезова, РУ “Ангел Кънчев” - гр. Русе, email: iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Актуални проблеми на имунопрофилактиката. За и против имунизациите

автор: Атидже Дурхан
научен ръководител: Иваничка Сербезова

Actual problems of immunotherapy. For and against immunization: Specific immunization is basic medical direction and powerful tool of modern health and epidemiology applied to combat infectious diseases by introducing into the body of biological preparations. Immunizations are required and we recommend. In addition, there are medical contraindications when applying a vaccine. Overall immunization calendar is an important part of the health care system of the Republic of Bulgaria, which helps to combat the permanent eradication of infectious diseases.

Key words: immunization, medical contraindications, mandatory immunizations, recommended immunizations, vaccines, hepatitis B, tuberculosis, Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, Measles, Mumps, Rubella, Cancer of the cervix..

ВЪВЕДЕНИЕ

Специфичната имунопрофилактика е основно медицинско направление и мощно средство на съвременното здравеопазване и приложната епидемиология за борба с инфекциозните заболявания. Тази профилактика цели чрез въвеждане в организма на биологични препарати (ваксини, серуми, имуноглобулини) да се индуцира развитието на имунизационен процес - имунен отговор спрямо едно или повече инфекциозни болести. Разликата между термините имунизация и реимунизация се изразява в това, че имунизирание означава поставяне на ваксина за имунна защита срещу определена болест, а реимунизирание е поставяне на същия вид ваксина през определен период от време за поддържане на имунната система [1, 2].

ИЗЛОЖЕНИЕ

В системата на здравеопазването съществуват два основни термина – промоция и превенция. Промоцията цели да подобри здравословното състояние на детския организъм, а превенцията се стреми да предпази организма от вредните въздействия на околната среда. Специфичната имунопрофилактика допринася за образуването на изкуствено придобит имунитет, чрез въведените биопродукти. Основните актуални проблеми на имунопрофилактиката се установяват от експерти от различни страни, които наблюдават създалия се парадокс - ваксините стават жертва на собствения си успех. Това се получава вследствие на различни и сложни психологични причини, които водят успеха, безопасността и ефективността на имунизациите до страх и недоверие от тяхната употреба, поради намаления брой на заразни болести. Преустановяването на имунизациите се смята за предизвикване на големи епидемии, които трудно могат да се овладеят. Пример за такъв случай е епидемията от Морбили през 2009 - 2010г., където имало над 24000 заразени деца. Също така се смята, че не имунизиранията деца са най-често на неуки, необразовани и неинформирани родители, както и при страх от възможните нежелани реакции на дадената ваксина. Според биологичната и физичната характеристика ваксините биват живи, убити, анатоксини, рекомбинантни, химични, субединични, полизахаридни и моноклонални антитела [1, 2, 4].

Медицински противопоказания за имунизациите, включени в имунизационния календар на РБ:

1. Остри инфекциозни заболявания;
2. Фебрилно състояние;
3. Активна форма на туберкулоза;
4. Декомпенсиран сърдечен порок;

5. Диабет, тиреотоксикоза и надбъбречна недостатъчност в стадий на декомпенсация;

6. Остри възпалителни заболявания на централна нервна система - имунизациите на преболедувалите лица се отлагат за срок от една година след оздравяването;

7. Хронични активни хепатити и чернодробна цироза - имунизациите се прилагат след консултация с профилиран специалист;

8. Остри гломерулонефрити - имунизациите се отлагат до 6-я месец след оздравяването;

9. Нефротичен синдром - имунизациите се отлагат до спиране на кортикостероидното лечение;

10. Автоимунни заболявания - имунизациите се отлагат след влизане в ремисия и консултация с профилиран специалист;

11. Алергия – противопоказание за имунизация са анамнестични данни за шок, едем на Квинке и други тежки алергични реакции спрямо съдържащи се във ваксините алергени;

12. Гърчов синдром;

13. Проведени кръвопреливания;

14. Недоносеност - недоносени деца с клинични и параклинични симптоми за интравентрикуларен кръвоизлив не се имунизират до 6-месечна възраст. Здравите недоносени деца не се имунизират до навършване на коригирана двумесечна възраст, т.е. два месеца след определения термин за раждане;

15. Деца с много висок риск (родени с тегло под 1500 грама) се отлагат от имунизации до навършване на 6-месечна коригирана възраст, при тези деца не се провежда имунизация срещу коклюш;

16. Недоносени деца с клиника на неонатален сепсис не се имунизират до 6 месечна възраст;

17. Недоносени деца с клиника на бронхопулмонална дисплазия не се имунизират с ДТК преди навършване на едногодишна възраст.

Имунизациите в Република България са регламентирани от министъра на здравеопазването от януари 2015 г., като те биват задължителни и препоръчителни имунизации и реимунизации [1].

1. Задължителни имунизации и реимунизации:

➤ Имунизация срещу хепатит „Б“ – тази ваксина се извършва през първите 24ч., 3 и 6 месец след раждането, като в България е въведена през 1992г. Поради тази причина е препоръчително хората родени преди тази година, както и застрашаващите хора от заразяването на това заболяване да се имунизират. Ваксината, която се прилага е рекомбинантна (ENGERIX) и начинът на прилагане е интра мускулно – 0,5 мл. Нежеланите реакции могат да бъдат раздразнителност, болка, зачервяване или уплътненост на мястото на инжектиране, загуба на апетит, сънливост и най-редките едем на Квинке, Анафилаксия и др.

➤ Имунизация против туберкулоза – тази ваксина се извършва от 48 ч. след раждането, като в България е въведена задължителна БЦЖ ваксина от 1951г., която се прилага вътрекожно – 0,1мл. На 7-ят месец се прави проверка за белег и ако няма такъв се прави проба Манту или реимунизация, както и на 7, 11 и 17г. За гранична стойност се приема диаметърът 5мм /отрицателна реакция и трябва да се имунизират най-късно до 15-я ден след извършване на пробата. При отчитане на пробата - от 6 до 14мм пробата е положителна, а когато уплътнението е по-голямо от 15 мм пробата се отчита като хиперергична и детето се консултира с фтизиатър за уточняване причината за тази реакция. Нежеланите реакции, които могат да се наблюдават са най-често при неправилна инжекционна техника – обширни язви, абсцеси и др.

➤ Имунизация против Дифтерия – тази ваксина се извършва през 2 - ри, 3 - ти, 4 - ти и 16 - ти месец, както и на 6, 17 и 25 г., като на всеки 10 г. се прилага отново – 0,5 мл интра мускулно. Тя е комбинирана шесткомпонентна ваксина – HEXACIMA към която влизат и против Тетанус, Коклюш, Хепатит Б, Хемуфилус инфлуенце, Полиомиелит, както и петкомпонентна - PENTAXIM, при която отпада против Хепатит Б и се прилага през 16 - ти месец, а на 17 г., 25 г. и на всеки 10 г. се прилага TETADIF / DIFTET. Също така тази ваксина е задължителна от 1951 г. и нежеланите реакции, които се наблюдават са зачервяване, подуване и уплътнение, покачване на температурата, уртикария и едем на Квинке или грипopodobни симптоми, които възникват в първите 24 часа след ваксинация. Анафилактични реакции се наблюдават много рядко и са противопоказаня за следващо продължаване на имунизацията с тази ваксина.

➤ Тетанус – това е заболяване с висок леталитет и новородените от имунизирани майки получават пасивен имунитет, който ги предпазва от заболяването в първите месеци след раждането. Тази ваксина също се извършва като дифтерийната, като задължителната имунизация на населението в България е въведена през 1959 г., като при раждане в домашна обстановка, без медицинска помощ, се провежда активна и пасивна имунопрофилактика. Неимунизирани бременни жени се имунизират и реимунизират 1 месец преди раждането. Нежеланите реакции след имунизацията могат да бъдат зачервяване, подуване, уплътнение, лека болезненост, повишена температура, уртикария, едем на Квинке и др.

➤ Коклюш – заболяване с тежко протичане предимно в кърмаческа и ранна детска възраст, като след преболедуване остава траен имунитет. Имунизацията в България е Въведена през 1957 г., като тази ваксина се извършва през 2 - ри, 3 - ти, 4 - ти и 16 - ти месец – 0,5 мл. интра мускулно. Нежеланите реакции могат да бъдат локални и общи. Наблюдават се зачервяване, болка, подуване и уплътнение. Обикновено тези симптоми са бързопреходни и отзвучават без лечение. Лекарите и средно-тежките общи реакции включват повишена телесна температура, раздразнителност, продължителен плач, сънливост, безапетитие и повръщане. Появяват се обикновено през първите 24 часа.

➤ Полиомиелит – това заболяване е достигнало етап на предликвидация, като до пълното ликвидиране на болестта и на нейния причинител продължава имунопрофилактиката с полиомиелитни ваксини, които се извършват, както при Коклюш . Живата орална ваксина на САБИН е въведена за имунизация от 1960 г. и е най-широко прилаганата поливаксина, включена в препоръките на СЗО. Не се наблюдават сериозни нежелани реакции, свързани е приложение на инактивираната ваксина.

➤ Хемофилус инфлуенце – Нiв инфекциите са типични за ранната детска възраст, като след 5 – 6 годишна възраст децата придобиват естествен имунитет след прекарана безсимптомна или лека инфекция. Тази ваксина се прилага така както Коклюшната, защото те са съставни части на 1 имунизация.

➤ Имунизация против Стрептококус пневмоние - инвазивните пневмококови инфекции като пневмония, бактериемия, менингит и др. са важна причина за заболяемостта и смъртността на населението в света, като те засягат често по-малките деца. Пневмококовите ваксини, които се прилагат през последните 20 – 25 г. са поливалентни и конюгирани – SYNFLORIX (Prevenar). Те се извършват през 2 - ри, 3 - ти, 4 - ти и 12 - ти месец.

➤ Имунизация против морбили – това е остро инфекциозно заболяване, което след преболедуване остава траен пожизнен имунитет, свързан с образуване на специфични антитела, които защитават от повторно заболяване. Трансплацентарно предадените Ig G обуславят имунитета при кърмачета, който в края на първата година след раждането децата 100% стават възприемчиви към

инфекция. Задължителната имунизация в България е въведена през 1969г., като тя се извършва на 13 месец след раждането и на 12г., чрез триваксината PRIORIX – 0,5 мл. интра мускулно или под кожно.

➤ Имунизация против паротит – това е остро инфекциозно заболяване, което засяга жлезите с екзокринна секреция и не рядко ЦНС. Имуניתетът след преболеждане е траен, пожизнен, независимо от формата на прекараното заболяване. Пасивно предаваните Ig G - антитела от майката защитават детето в кърмаческия период. След 6-9 месец значителна част от кърмачетата изгубват трансплацентарния имунитет и към края на първата година стават възприемчиви към заболяването. В България поетапно имунизирание на населението започва през 1974 г., като ваксината е същата като морбилната.

➤ Имунизация против рубеола – това е остро екзантемно заболяване, протичащо с тератогенно действие и е причина за ембрио- и фетопатии. Имуניתетът след преболеждане е траен, пожизнен. Болеждат предимно деца до 10 г. възраст, но в последните години рубеола се наблюдава и в по-късна детска възраст – 14 - 16 години. Трансплацентарно предаден, вирусът в периода на ембриогенезата уврежда ЦНС и ССС. Живата рубеола вакцина е въведена у нас през 1988 г., като начинът на прилагане е същия както при морбилната имунизация [1,2].

2. Препоръчителни имунизации и реимунизации - тези ваксини са много дискотабилни и се извършват срещу заплащане в имунизационни кабинети, областни РЗИ-та, в лечебните заведения, както и от личните лекари. Препоръчителните имунизации за деца и възрастни, съгласно указанията на Министерство на здравеопазването на Република България, са:

Таблица 1.

Препоръчителни имунизации и реимунизации

Навършена възраст	Имунизация против	Ваксина	Начин на приложение
За лица родени преди 1991г.	Имунизация срещу морбили, паротит и рубеола	PRIORIX	Мускулно или подкожно
За деца до 5г. възраст, родени преди 2010 г.	Имунизация срещу хемофилус инфлуенце тип В	PENTAXIM	Мускулно
За лицата, родени преди 1992 г	Имунизация срещу вирусен хепатит тип В	ENGERIX	Мускулно
За деца над 2 годишна възраст	Имунизация срещу стрептококус пневмоние	SYNFLORIX	Мускулно
За възрастни и деца, навършили 6 месеца	Имунизация срещу грип	Vaxigrip	Мускулно или подкожно
За възрастни и деца, навършили 6 месеца	Имунизация срещу жълта треска	STAMARIL	Мускулно или подкожно
2 месец (най-късно до 6 мес.)	Имунизация против ротавирусни заболявания (I прием)	ROTARIX	Перорално
3 месец	Имунизация против ротавирусни заболявания (II прием)	ROTARIX	Перорално
24 месец (2 години)	Имунизация срещу Хепатит тип А (I прием)	HAVRIX / AVAXIM	мускулно
	Имунизация срещу инвазивни менингококови заболявания, причинени от серогрупи А и С	MENINGOCOCCAL polysacc.vaccine A+C	Мускулно или подкожно
2 години и 6 месеца	Имунизация срещу Хепатит тип А (II прием)	HAVRIX / AVAXIM	мускулно
12 години	Имунизация срещу човешки папиломен вирус (I прием)	CERVARIX / SILGARD	мускулно

12 години и 1 месец	Имунизация срещу човешки папиломен вирус (II прием)	CERVARIX / SILGARD	мускулно
12 години и 6 месеца	Имунизация срещу човешки папиломен вирус (III прием)	CERVARIX / SILGARD	подкожно

Като цяло препоръчителните имунизации са въпрос на личен избор на родителите и за да се вземе информирано решение, преди поставянето им е необходимо да се консултират с медицински специалист [3, 5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За и против ваксините е дискусатбилна тема, която се характеризира с това, че против имунизациите са най-често хора, които са обкръжаващи или лично пострадали от прилагани ваксини. В зависимост от съществуващите нежелани реакции или допринасянето и към патологичен процес те не са желани от родителите на децата. Смята се, че ако им се предостави пълна и разбираема информация спрямо имунизационния календар на РБ, да се изяснят точните причини за наличието на дадена смърт в рамките след поставена ваксина, както и показанията и доводите за прилагането на имунизациите и реимунизациите то тогава тяхното негативно желание ще може да се отстрани. С прилагането на ваксините в света се наблюдават трайни ликвидации на някои заразни болести и техните причинители. Ето защо прилагането на задължителните имунизации е важна част от поддържането на здравеопазната система в норма, както и укрепването на имунната система на дадения човешки организъм.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Илиева, П., М. Карчева., М. Атанасова. Инфекциозни болести и епидемиология, С., Медицина и физкултура 2013, с. 107
 [2] Сербезова, И. Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени., Р., 2013, с. 278
 [3] www.apteka.framar.bg/
 [4] www.Credoweb.bg
 [5] www.srzi.bg

За контакти:

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

Научен ръководител: Доц.Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Аспирация на чуждо тяло – задачи на акушерката

автор: Айгюл Раим

научен ръководител: Иваничка Сербезова

***Aspiration of a foreign body - tasks of midwife:** The report addresses the problems of ingress of foreign bodies in the airways of children and future midwives need to be trained on the issues to be able to have quality when it helpful as parents in their skills to observe the child and take into account changes and they recognize foreign body.*

***Key words:** aspiration, foreign body, nose, mouth, trachea, larynx, bronchi, obstetric care.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Чуждо тяло в дихателните пътища е сериозно, неотложно състояние, съпроводено с драматични моменти и нерядко с фатален изход и все още е сериозен проблем в ото-рино-ларингологичната и педиатричната практика, което изисква бърза медицинска намеса [2].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Чуждите тела в дихателната система са проблем главно на детската възраст. Сравнително рядко се наблюдават чужди тела в дихателните пътища при възрастни. Тези инциденти се случват най-често при децата на възраст от 1 до 3 години – 78,4%. Следват бебетата от възрастовата група 6 месеца – 1 година, групата на 4-7 годишните и накрая от 8 до 14 години. Момчетата леко доминират над момчетата. Чуждите тела, с които може да настъпи пълно или частично запушване на дихателните пътища, са най-разнообразни по големина, форма и консистенция.

Наблюдават се тела от най-различен произход: растителни (семки, ядки, зърна, класове от треви и др.), от неорганичен (метални, стъклени, пластмасови), от животински или ендегенен (кости, месо, зъб или парчета от него при ваденето му).

Органични чужди тела причиняват тежко възпаление на лигавицата на дихателните пътища. Ако чуждо тяло не се отстрани незабавно, хроничното възпаление води до развитието на грануляционна тъкан около чуждото тяло и инфекция на белите дробове. При тези условия, често се развиват пневмонии. Според научни изследвания, 5 % от всички смъртни случаи при деца под 4 годишна възраст се дължат на задушаване поради попадане на неорганично чуждо тяло. По-голямата част от случаите се появяват при деца на възраст под една година [6].

Механизмът, по който чуждото тяло попада в дихателните пътища, е следният: ако по време на хранене детето се размее или разплаче при внезапно поемане на въздух, въздушната струя го увлича и то попада в дихателните пътища. В голяма част от случаите, чуждото тяло веднага се изхвърля обратно, поради бурна кашлица, която се предизвиква по рефлексен път [7].

Ако чуждото тяло е много голямо, може да причини пълно запушване на дихателните пътища, което е реална заплаха за живота на детето. Чуждите тела на трахеобронхиалното дърво е сериозна патология, има остри и внезапно начало и изисква незабавна помощ. Наличието на тежки усложнения на аспирация на чужди тела в дихателните пътища може да доведе и до смърт [3].

Локализация

Чуждо тяло в ушите. Попадането на чуждо тяло в ухото е предимно случайно. Най-често е при малки деца, които по време на игра поставят в слуховия канал различни предмети – костилки, играчки, семки, хертийки, и други. Чуждите тела в ухото предизвикват характерна симптоматика и изискват своевременно отстраняване, защото могат да предизвикат възпаление и

перфорация на тъпанчевата мембрана. Попадналите дребни и с гладки ръбове чужди тела могат да престоят продължително време без да дават никакви сериозни оплаквания, докато тези с остри ръбове, обемистите или набъбващи дават бързо оплаквания – дразнене, болка, намаляване на слуха и т.н. Живите чужди тела се характеризират с много неприятни оплаквания поради движението си, което в комбинация с твърда хитинова обвивка (при някои членостоноги) може да увреди тъпанчевата мембрана, макар това да се случва рядко. Живите чужди тела предизвикват много оплаквания – болка, силен шум, дразнене, сърбеж. Неживите чужди тела предизвикват по-различни оплаквания. Обемистите и набъбващите най-често застават на стеснението между хрущялната и костната част на слуховия канал. Те предизвикват чувство за пълнота, натиск в ухото и намаляване на слуха. Продължителния престой на чуждо тяло може да предизвика възпалителни промени в слуховия проход поради постоянния натиск върху стените.

Чуждо тяло в носа. Чуждото тяло в носа представлява предмет, попаднал в носната кухина, което смущава физиологичните функции – дихателна, обонятелна, защитна, респираторна и рефлексорна. Най-често телата биват поставени в носа на пациента от самия него, по-рядко в резултат на травми, оперативни интервенции и други. Чуждото тяло обикновено се заклещва в долния носен ход. Пациентите с чуждо тяло в носа са предимно деца, умствено изостанали или психично болни индивиди. Пациентът се оплаква от кихане, сърбеж в носа, изтичане на бистра секречия или кръв (при по-остри предмети), стичане на секретията назад към гърлото, сълзотечение, понякога и главоболие. След няколко дни, когато лигавицата на носната кухина набъбне покрай чуждото тяло, се появява едностранно запушване на носа, придружено от едностранно изтичане на секретия от носа, която понякога е зловонна или кървава.

Чуждо тяло в дихателните пътища. Попадането на чуждо тяло в дихателните пътища е състояние, което е свързано с нарушаване на основните биологични функции – дихателна, защитна и респираторна функция. Чуждите тела преминават последователно през устата, гълтаче и гъркляна. След това попадат в долните дихателни пътища – трахея и бронхи. Попаднали там, те обуславят едни от най-драматичните моменти в медицинската практика, нерядко завършващи летално за секунди. Често срещана находка са при децата, обичайно във възрастта между 1 и 3 години [3].

Това е свързано със следните особености, налични в ранна детска възраст:

- липса на кътни зъби за ефективно стриване на храната;
- несъвършени защитни механизми, поради което чуждите тела попадат лесно при смях, плач, кашлица, игра, съпроводени от внезапно дълбоко вдишване;
- децата по-често поставят различни предмети в устата си по време на игра;
- по време на игра често тичат и поемат дълбоко въздух в един и същ момент;
- чуждите тела могат да попаднат и да заседнат в областта на ларинкса, трахеята или бронхите.

По-големите по обем тела обичайно се заклещват в ларинкса или трахеята и достигат бронхите, най-често попадат в десния главен борнх, тъй като той е по-широк от левия и по-отвесно разположен [1].

В тези случаи е необходимо оказването на първа помощ:

1. Акушерката или родителят, докато седи или стои зад детето, закопчава ръцете си около кръста, оказва се натиск върху корема (в средната линия на корема между пъпа и мечовидния процес) и произвежда рязко сътресение до 5 пъти, с интервал от 3 сек. Ако пациентът е в безсъзнание е необходимо да лежи на едната си страна, медицинският специалист определя епигастриума му с дланта и с десния юмрук причинява кратки повторни удари (5-8 пъти) под ъгъл от 45° до страната на диафрагмата „метод на Хаймлихт“. При изпълнението на този метод са възможни усложнения: перфорация или руптура на коремни и гръдни кухини.

2. Проверка на устата, и ако чуждото тяло може да се види - се екстрахира. При липса на ефект методите се повтарят до пристигането на бърза помощ [3]. Поради риска от влошаване и обструкция отстраняване с пръст на чуждо тяло при децата на сяпо е противопоказано! Ако, се установи чуждо тяло: е възможно да се наложи извършване на трахеотомия или интубация при спешна хоспитализация в УНГ или хирургично отделение. Стремежът при чуждо тяло в бронхите е към спешна хоспитализация за бронхоскопия, за да се отстрани чуждо тяло [5].

Премахването на чужд обект трябва да се извършва само от специалист. В никакъв случай не се прави в домашни условия, тъй като това може да изостри ситуацията.

Детето има цианоза, дишането става трудно, периодична насилствена кашлица забавено и придружено от шум, усещане за чуждо тяло. Възможно е повръщане, а понякога има загуба на съзнание, лицето се покрива със студена пот [1].

Атаките на задух и магарешка кашлица след известно време (от няколко секунди до няколко минути) минават, и околните и пациентът смятат, че чуждото тяло е излязло. Въпреки това, подобни атаки могат да бъдат повторени няколко пъти на ден. Интервалите между тях са значителни. Астмата зависи от спазъма на ларинкса. Между пристъпите се наблюдавана пресипналост и дрезгав глас, който може да се дължи на подуването на лигавиците, повреди на гласните струни и пречка за затваряне на гласните струни от чуждото тяло. При наличие на чуждо тяло в трахеята дишането става подобно на подсвиркване. Характерно е хлътване на интеркостални пространства и епигасриума. В други случаи, дишането може да бъде освободено. В дългосрочен план оставането на чуждото тяло причинява възпаление на лигавицата на ларинкса, белите дробове. Следва кашлица придружена от обилно отхрачването. Температурата е висока [4].

Диагнозата не представлява трудност при наличие на характерни симптоми и добре извършен оглед от специалист оториноларинголог. Най-важно за поставяне на диагноза е снемане на щателна анамнеза на пациента и неговите близки, както и прилагане на образни методи за изследване:

- рентгеновото изследване е изключително полезно при всякакви чужди тела, най-вече метални, стъклени и пластмасови предмети.

- физикалното изследване при попадане на чуждо тяло в дихателните пътища варира в различни граници – може да е ясно визуално дишане, с удължено издишване, при засядане в трахеята дишането е стридорозно [6].

- компютърната томография може да се прилага за диагностициране на радиопрозрачните чужди тела в дихателните пътища [5].

- ендоскопско изследване - **bronхоскопия**. Извършва се задължително под обща анестезия при деца, при неспикойни пациенти и при екстракция на чуждото тяло. При усложнения като увеличаване обема на ядката и заклещването ѝ в бронха се извършва хирургическа интервенция [2].

Техники на бронхоскопията: Използва се два вида бронхоскопия – ригидни и флексибилни. Ригидните бронхоскопи са по-широки и се въвеждат през устата. Ригидната бронхоскопия е по-травматична. В повечето случаи се извършва флексибилна бронхоскопия с фибробронхоскоп, с който могат да се огледат сигментни и субсегментни бронхи [4]. Задачите на акушерката или медицинската сестра се свеждат до подготовка на апаратурата и асистирание по време на манипулацията.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Родителите често не са в състояние да направят оценка на риска за детето и отлагат посещения при лекар, което може да доведе до фатални последици. Необходимо е акушерката да препоръчва при ситуации за чуждо тяло в гърлото, носа, ушите, незабавно да се потърси професионална медицинска помощ.

Родителите трябва да наблюдават детето и да отчитат настъпили промени, за да се проведе своевременно консултация с медицински специалист.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Апостолов, А., Диагностично – терапевтичен наръчник при спешни състояния, с.120 - 121
[2] [https:// www.framer.bg](https://www.framer.bg)
[3] [https:// www.dar- center.bg](https://www.dar-center.bg)
[4] <https://www.puls.bg>
[5] <https://www.rae.ru>
[6] <https://www.chelsman.ru>
[7] <https://www.medik.bg>

За контакти :

Айгюл Енвер Раим ,Катедра “Здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.:0897514888, e-mail: aygul_raim@abv.bg

Научен ръководител: Доц.Иваничка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Сестрински и акушерски грижи за пациент с болка

автор: Надежда Литова
научен ръководител: Иваничка Сербезова

Nursing and obstetric care for patient with pain: Pain is a specific kind of condition. It proceeds in a different way for every single person. That is why medical specialists must know how to recognize the different types of pain.

The most important thing which should not be forgotten is that every person has his own individuality so the treatment of pain in one case would be pharmacological, in other - nonpharmacological. It all depends on different conditions and on what the person feels.

Key words: pain, chronic pain, acute pain, analgesia, pharmacological and nonpharmacological treatment

ВЪВЕДЕНИЕ

Цел на този доклад е да проучи видовете болка и начините за нейното бързо и лесно диференциране, както и ролята на медицинския специалист в грижите за пациента. Болката е абстрактно понятие, което се отнася до лично усещане за нараненост или до начин на реагиране на човешкия организъм с цел да се защити от заболяване. Тя има емоционален и субективен характер [4].

Болките са симптом, който нарушава качеството на живота на всеки човек. Когато се появи болка от някакъв характер, остра или хронична, хората променят цялото си ежедневие около нея. Резултатът от болките е липса на сън, отслабване и пълно нарушаване на обичайния жизнен ритъм. Работоспособността се нарушава или спира напълно, мислите се замъгляват и общуването се изкривява. Животът ни се фокусира основно върху болката и желанието да я намалим [6].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Много медицински сестри и акушерки работят по проблемите на болката и тяхното желание е да предложат метод за оценка и след това за преодоляване на болката и подобряване качеството на живот на пациентите.

Judith A. Schilling [1,2] счита, че сестринските и акушерски грижи при пациенти с болка могат да бъдат структурирани според "Азбука за оценяване на болката", съдържаща 5 ключови букви - П,К,Р,С и В. Чрез тези букви медицинската сестра и акушерката преценяват всички качества на болката, което им помага да формулират правилно своя план за грижи, задавайки подходящи и изчерпателни въпроси, на които пациентът трябва да отговори:

Провокативна или палиативна

- ✓ Какво провокира или усилва болката?
- ✓ Какво успокоява болката или я кара да утихне?

Качество или количество

- ✓ Как чувства пациентът болката – постоянна, интензивна, пробощаща, горяща, като спазъм.
- ✓ В момента чувства ли болка? Ако е така, то по-силна или по-лека е тя от обикновено?
- ✓ До каква степен болката влияе върху нормалните действия на пациента?
- ✓ Има ли други симптоми заедно с болката, като например гадене или повръщане?

Район и разпространение

- ✓ Къде е болката?
- ✓ Засяга ли болката и други места по тялото?

Сила

- ✓ Колко силна е болката? Как пациентът би я оценил в скала от 0 до 10, като 0 е липса на болка, а 10 е най-силната болка, която може да си представи?
- ✓ Как би описал пациентът силата на болката си в най-приемливия почти безболезнен период? А в най-лошия и нетърпимо болезнен момент? В момента?

Време

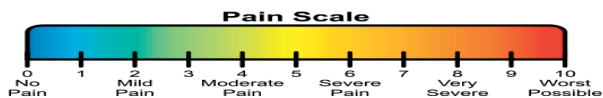
- ✓ Кога започна болката?
- ✓ През коя част на деня болката е най-слаба и през коя е най-силна?
- ✓ Рязко или постепенно настъпва болката?
- ✓ Постоянна или периодична е болката [1]?

След като пациентът отговори откровено на тези въпроси, медицинската сестра и акушерката имат изчерпателна информация за всички качества на болката и са способни да вземат необходимите мерки за нейното успокояване или отстраняване.

Силата на болката се определя най-добре чрез скала на болката (При отчитане на резултата акушерката не трябва да умаловажава факта, че различните хора имат различен праг на болка):

ЧИСЛЕНА СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА БОЛКАТА

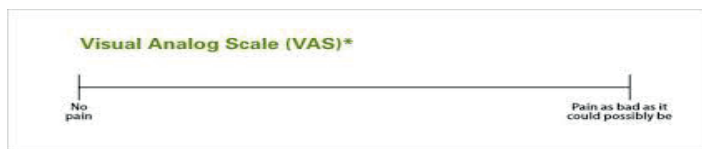
Числената скала за оценка на болката може да помогне на пациента да определи нивото на болката си. Избира число от 0 (липса на болка) до 10 (възможно най-силна болка), с което да отрази нивото на усещаната болка. Той може да огради числото в скалата или устно да заяви цифрата, описваща най-добре усещаното.



Фиг.1 Числена скала [3].

ВИЗУАЛНА АНАЛОГОВА СКАЛА

Върху визуалната аналогова скала пациентът поставя знак, чрез който акушерката да отчете резултата от неговата болка.



Фиг. 2 Визуална аналогова скала [3].

СКАЛА НА УОНГ - БЕЙКЪР ЗА ОЦЕНКА НА БОЛКАТА

Деца и възрастни с езикови затруднения понякога не са способни да обяснят точно каква е болката, която усещат. В такива случаи се използва скалата за оценка на сила на Уонг-Бейкър. Пациентът избира лице, което най-точно представя силата на болката му в скала от 0 до 10.



Фиг. 3 Скала на Уонг-Бейкър [3]

Типът болка също има голямо значение. Медицината диференцира хронична и остра болка. Преценката на медицинския специалист за вида болка се обуславя от следните разлики между двата типа, представени в табл. 1.

Табл. 1.

Характеристика на остра и хронична болка по Judith A. Schilling [2].

ТИП БОЛКА	ФИЗИОЛОГИЧНИ ПОКАЗАНИЯ	ПОВЕДЕНЧЕСКИ ПОКАЗАНИЯ
ОСТРА	ускорено дишане	неспокойност
	ускорен пулс	разсеяност
	увеличено кръвно налягане	тревога
	дилатирани зеници	умора
обилно изпотяване		
ХРОНИЧНА	нормално дишане, пулс, кръвно налягане и големина на зениците	намалена или липсваща физическа активност
	без обилно изпотяване	отчаяние, депресия безнадеждност

Болката може да се класифицира по други критерии на няколко типа:

- ✧ Ноцицептивна - възниква от стимулирането на специфични рецептори на болка и може да бъде соматична (от тъкани като кожа, мускули, стави, кости и сухожилия) или висцерална (възникваща от вътрешни органи).
- ✧ Невропатична – възниква в дълбините на централната нервна система.
- ✧ Смесена - комбинация от горните (невропатична и ноцицептивна болка) [5].

Разграничаването между различните болезнени състояния може да бъде решаващо за определянето на най-правилния подход за контролиране на болката. Преди всичко медицинската сестра и акушерката трябва да наблюдават пациента. При наличие на болка организмът му отразява поведенчески, симпатикови и парасимпатикови отгласи. Поведенческите включват променена позиция в тялото, пъшкане, стенание, гримаси, затваряне вътре в себе си, плач, неспокойност, треперене, неподвижност. Симпатиковите по-често отразяват лека до умерена болка. Те могат да бъдат бледост, повишено кръвно налягане, увеличени зеници, скелетно-мускулно напрежение, диспнея, тахикардия и обилно изпотяване [3]. Парасимпатиковите отгласи от страна на организма са предимно асоциирани със силната, дълбока болка. Сред тях са бледост, намалено кръвно налягане, брадикардия, гадене и повръщане, слабост, замаяност, загуба на съзнание [3].

СПРАВЯНЕ С БОЛКАТА (МЕНИДЖМЪНТ НА БОЛКАТА)

За успокояване на болката могат да бъдат използвани няколко вида интервенции, включващи емоционална подкрепа, осигуряване на комфорт, когнитивни техники за разсейване на пациента и прилагане на аналгетици. Силната болка обикновено изисква опиятни (наркотични) аналгетици, епидурална аналгезия или контролирана от пациента аналгезия (patient-controlled analgesia - PCA) [3].

При медикаментозна терапия медицинският специалист подготвя:

- ✧ Скала за оценяване на болката
- ✧ Вода
- ✧ Медикамент за успокояване на болката по лекарско назначение, който може да бъде:
 - Ненаркотичен аналгетик (*аналгин, аспирин, парацетамол*)
 - Уред за контролирана от пациента аналгезия (PCA)

- Среднонаркотичен аналгетик (*codeine*)
- Наркотичен аналгетик (*methadone, morphine; hydromorphine*)
- Мускулен релаксант
- Антидепресант [3].

Сестрински и акушерски грижи при пациент с болка

✧ *Партньори в борбата с болката:*

Медицинският специалист трябва да работи заедно с пациента за създаване на план за грижи, съобразен с начина на живот на пациента. Това може да включва предписани медикаменти, емоционална подкрепа, осигуряване на комфорт, когнитивни техники и обучение относно болката и справянето с нея.

Всяка личност реагира на болка по различен начин и всеки план за грижи трябва да бъде строго индивидуален.

✧ *Осигуряване на емоционална подкрепа:*

Медицинската сестра и акушерката изразяват загрижеността си като отделят време за разговор с пациента. Заради болката си, пациентът може да бъде неспокоен и раздразнителен. Такива чувства могат да влошат болката му.

✧ *Осигуряване на комфорт:*

Включва периодично препозициониране на пациента, за да се намалят мускулните спазми и напрежението. При нужда, ако болката е в някой крайник, се повдига, за да се предотврати подуване, възпаление и болка.

Подпомагане устната хигиена на пациента - Акушерката държи чаша с прясна вода до леглото на пациента, защото често медикаментите, успокояващи болката, изсушават устата.

Ръцете и лицето на пациента трябва редовно да се мият.

✧ *Използване на когнитивна терапия:*

Акушерката помага на организма на пациента да подсили действието на приетите аналгетици, като използва техники като разсейване, дълбоко дишане и релаксация.

✧ *Знаци за опасност:*

Ако пациент, който приема наркотичен аналгетик, преживее абстинентен синдром, когато медикаментът бъде спряен рязко, се предполага физическа зависимост. Знаци и симптоми за зависимост са неспокойност, раздразнителност, топли и студени вълни, обилно слюнкоотделяне и сълзене, хрема, потене, гадене, повръщане и припадъци. Тези симптоми обикновено настъпват след 6 до 12 часа, а пикът им е между 24 и 72 час. За да се намали риска за пристрастяване, аналгетикът не трябва да бъде спряен рязко, а постепенно, като всеки ден дозата се намаля [2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинските специалисти трябва да знаят, че пациентът не винаги е в състояние да съобщи за наличието на болка, нито да определи нейната сила и място, затова трябва да бъдат подготвени да разпознават кога у пациента има болка и да съумяват чрез немедикаментозни средства да го подпомагат.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Schilling, J., D. Moreau, J. Robinson et al., Nursing Facts. Incredibly Quick., Lippincott Williams&Wilkins. 2008, Philadelphia + Baltimor + NewYork, p. 153

[2] Schilling, J., J. Smith, J. Robinson et. Al., Nursing procedures made incredibly easy!, Spinghouse Corporation, Pennsylvania, 2008, p. 638

[3] Wong, D.L., et al. Wong"s Essentials of Pediatric Nursing, 6th ed St. Louis: Mosby, Inc., 2001. Reprinted with permission.

[4] Желева, Е., Сестрински и акушерски грижи, Габрово, 2013, с. 51

[5] www.revita.bg

[6] <http://drkirchev.com/bolki.html>

За контакти:

Надежда Литова, I курс, Акушерка, факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, e-mail: nanut00o95@gmail.com

Научен ръководител: Доц. Иваничка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Хернии и бременност

автор: Никол Донева
научен ръководител: Иваничка Сербезова

Hernia and pregnancy: *The purpose of this report is to examine the literature and to provide general information about the subject on the basis of which to formulate a plan of care for pregnant women with hernias.*

Key words: *Hernia, pregnancy, obstetric care.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Целта на настоящия доклад е да проучи литературни източници и да представи обобщена информация по темата, на база на която да формулира примерен план за грижи при бременни с хернии.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Определение - Под понятието „херния“ се разбира излизането на коремни органи или части от тях през вродени, придобити, патологични или нормално съществуващи отвори на коремната стена [2].

Херниите се разделят основно на външни и вътрешни. Разликата между тях е, че при вътрешните хернии излизащият орган или част от него се насочва не към предната коремна стена, а към нормално съществуващи или патологично образувани перитонеални торбички [1].

Анатомични елементи - Съставните елементи на херниите са 3 :

1. Херниален пръстен - Нарича се още херниален отвор или херниална врата. По своята същност херниалният пръстен е мястото на коремната стена, където излиза коремен орган или част от него, покрит с перитонеум. Нарича се „пръстен“, защото с течение на времето и в резултат на множеството микротравми от херниалното съдържимо отворът губи своята еластичност и загубява, като се превръща във „фиброзен пръстен“ [2].

2. Херниален сак – Тънка прозрачна ципа, често с минимално количество кръвоносни съдове. Образува се при пролабиране на перитонеума през херниалния отвор. Големината на този сак варира в широки граници. Херниалният сак се състои от шийка, тяло и дъно [1].

3. Херниално съдържимо – Коремният орган или частта от него намираща се в херниалния сак.

Видове хернии

1. Слабинна херния - Ингвиналният канал е нормална анатомична структура с дължина около 4-5 см, в който се намира облата маточна връзка при жената. Този вид херния представлява излизане на коремни органи или части от тях /тънко черво,дебело черво/ през ингвиналния канал. Причина за нея е повишаване на вътрекоремното налягане при физическа работа, вдигане на тежки предмети, скок от високо, напъни за уриниране и дефекация, кашлица, както и вродени или придобити аномалии на ингвиналния канал [11].

* Симптоми - Чувство на слабост и болки в слабинната област, ирадиращи към кръста и големите срамни устни у жени. При външно изследване личи подутина в ингвиналната област с продълговата, крушовидна форма и посока към големите срамни устни. Подутината се увеличава при напъни и кашляне, ингвиналният канал е разширен [4].

* Усложнения – Едно от най-честите усложнения е заклещване на хернията. Появява се силна и остра болка в областта на хернията. Нарушава се кръвоснабдяването на червото и се развива остра чревна непроходимост, което е спешно състояние и изисква незабавна хирургична намеса. [12]

* Лечение - Хирургично.

2. Бедрена херния - Излизане на коремни органи през феморалния канал, покрити с париятален перитонеум. Сакът при бедрена херния обикновено е малък и заоблен. При жените бедрената херния заема 20% от всички хернии, което е обусловено по-широкия таз на жената, бременностите и ражданията. [7]

* Симптоми - Теглеща болка в слабинната област. Може да има гадене, повръщане, подуване на корема. При физикалния преглед се регистрира малка подутина, не по-голяма от кокоше яйце. В легнало положение хернията се прибира спонтанно. [3]

* Усложнения - Най-честото усложнение е заклещване. Симптомите са по-бурни и тежки, защото феморалния канал е по-тесен от ингвиналния. [7]

* Лечение - Оперативно.

3. Пъпна херния - Пъпната херния се появява в пъпната ямка или в неята периферия. В тази зона има естествена слабост на коремната стена. Като причина се изтъкват наднорменото тегло, повишено вътрекоремно налягане от прекомерна кашлица, хроничен запек или бременност. Като най-високо рисковата група се категоризират жените с наднормено тегло и многоражданията. [6]

* Симптоми - Остра болка при напън или вдигане на тежест. При физикален преглед се установява подутина в пъпната област с различни размери. Възможни са смущения като тъпа болка и тежест при продължително ходене.

* Усложнения – Най-честото усложнение е заклещването, защото този вид херния има по-тясна шийка. Това води до смущения в перисталтиката, както и до некроза на пролабиралото черво. [8]

* Лечение – Лечението е хирургично. Преди да се пристъпи към него може да се използва ластичен колан, който да ограничи разрастването на хернията, което от своя страна намалява обема на операцията.

4. Епигастрална херния - Известни са още като хернии на бялата линия. Разполагат се на предната коремна стена между гръдната кост и пъпа. Получават се в резултат на повишено вътрекоремно налягане. [10]

* Симптоми - Значителна част от херниите на бялата линия са безсимптомни. Ако има симптоми, те са болка и рядко повръщане. Болката може да е силна и да наподобява язвена болест. [9]

* Усложнения – Най-често усложнение е заклещването.

* Лечение – Лечението е само хирургично. При отлагане на лечението има опасност от разрастване до огромни размери. [10]

5. Следоперативна херния – Както вече се спомена в началото херниите се появяват на места, където има слабост на околните тъкани. Всяка операция е предпоставка за слабост на тъканите, а самото оперативно поле е патологично изменение на цялостта на тъканите. Това е причината за появата на следоперативните хернии.

* Симптоми – Поява на подутина с различни размери в областта на предшестваща операция. Възможно е наличието на напрежение, тежест и болка в областта, както и болка при вдигане на тежест. В зависимост от характеристиката на хернията са възможни и смущения в перисталтиката, гадене и повръщане.

* Усложнения – Заклещване на хернията, с последващо спиране на перисталтиката и некроза на червото.

* Лечение – Лечението е строго хирургично. Поради специфичните причини за възникване на този вид херния, пациентите са предразположени към бързо увеличаване на размера на хернията, както и към по-тежки и бурни усложнения.

Бременност и хернии - Хернията може да предшества бременността или да се появи в нейния ход. Нарастващата матка и повишаването на коремно налягане са предпоставки за поява на хернии предимно в коремната и ингвиналната област. Уголемяващата се постепенно матка избутва коремните органи назад и се ограничава възможността за заклещване на хернията. [5]

Лечение на херния по време на бременност – Всяка операция, която не застрашава живота на бременната жена е противопоказна през бременността. Често задаван въпрос е защо не се оперира херния по време на Цезарово сечение. Причините за това са многобройни, но като водещи се изтъкват :

1. Опасност от навлизане на околоплодни води в оперативното поле, което е предпоставка за амниотична емболия и/или сепсис.

2. Опасност от образуване на следоперативна херния на мястото на разреза при Цезарово сечение.

3. Опасност от влошаване на състоянието на бременната при продължителна операция, тъй като обикновено Цезаровото сечение се прилага при невъзможност за вагинално раждане или някакво съпътстващо бременността заболяване на майката.

Препоръчва се операцията на херния да се извърши минимум половин година след раждането, за да се даде възможност на организма да възстанови кръвозагубата от раждането и коремните органи да възстановят състоянието си. [5]

Примерен план за грижи при бременна с херния:

1. Запознаване с общото състояние на пациентката.
2. Запознаване и изследване на физикалния статус.
3. Осигуряване на консулт с хирург.
4. Ограничаване на тежките физически натоварвания.
5. Подпомагане в извършването на ежедневните дейности на пациентката.
6. Следене на общото състояние.
7. Следене за нарастване на хернията.
8. Следене за нарушения в перисталтиката.
9. Стриктно спазване на лекарските назначения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Херниите са важни заболявания, тъй като те биха могли да доведат до сериозни усложнения както за бременната така и за небременната жена. При регистриране на херниално образуване всички физически натоварвания трябва да бъдат сведени до минимум и да се направи всичко възможно да не бъде увеличен размера на хернията. При липса на херния е много важно да бъде профилаксирана бъдещата и поява. За тази цел важна роля има доболничната помощ и женската консултация. Жената трябва да бъде приканвана да прави леки упражнения, когато това не би навредило на хода на бременността, чрез които да бъдат укрепнати мускулите на коремната стена. Чрез тези упражнения не само се профилаксира образуването на херния, но и се подпомага повишаването на продуктивността на коремните мускули, което от своя страна спомага и в хода на раждането.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Баев, Ст. и колектив, Коремна хирургия, Медицина и физкултура София 1990г. 351стр.

[2] Бовянски, А., Г. Димитров, И. Зънзов, Хирургични болести, Медицина и физкултура, София 1991г. 254стр.

- [3] <http://www.arsmedica.bg/zabolyavaniya/hirurgiya/femoralna-herniya>
[4] <http://www.evropea.com/ingvinalna-herniya.html>
[5] <http://hernia-center.eu/herniya-i-bremennost>
[6] http://hernia.vita.bg/пъпна-херния_2
[7] http://problem.famar.bg/херния/бедрена_херния.html
[8] http://problem.famar.bg/херния/пъпна_херния.html
[9] http://problem.famar.bg/херния/херния_бяла_линия.html
[10] <http://www.rossentushev.com/novini-i-statii/18-hernia>
[11] <http://www.rossentushev.com/novini-i-statii/21-slabinna-hernia-inguinalis>
[12] <http://zdravbadi.com/bolesti/bolesti/hirurgia/335-ingvinalna-hernia-slabinna-hernia>

hernia

За контакти:

Никол Донева, Факултет ОЗЗГ email : nikol_doneva@abv.bg

Научен ръководител: Доц.Иваничка Сербезова, РУ "Ангел Кънчев"-гр. Русе, iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Грижи за новородени с дихателна недостатъчност- предизвикателство пред акушерката.

автор: Хюлия Мухсин
научен ръководител: Иваничка Сербезова

Care for newborns with respiratory failure: *Respiratory failure is the leading clinical problem in premature babies. Due to incomplete structural development of the lungs and insufficient production in them surfactant- complex of phospholipids, the main function after birth is to maintain the alveoli (the most important gaseous exchange units) in the unfolded state, so that the body of the newborn have normal breathing function - supply enough oxygen and eliminate carbon dioxide.*

Key words: *respiratory failure, premature babies, surfactant, breathing function, oxygen, eliminate carbon dioxide, care of the midwife*

ВЪВЕДЕНИЕ

Целта на настоящата статия е да проучи литературни източници, свързани с дихателна недостатъчност при новородени и да изведе необходимите акушерски грижи.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Дихателната недостатъчност е водещ клиничен проблем при недоносените деца и изисква сериозно внимание и грижи от акушерките. Дължи се на незавършеното структурно развитие на белите дробове и недостатъчната продукция в тях на сърфактант – комплекс от фосфолипиди, чиято основна функция след раждането е да поддържа алвеолите (най-важните газообменни единици) в разгънато състояние, така че организъмът на новороденото да има нормална дихателна функция – снабдяване с достатъчно кислород и елиминиране на въглеродния двуокис. Децата с ниско и екстремно ниско тегло имат малки запаси от сърфактант, техните бели дробове не се разгъват добре, не функционират нормално и се получават тежки нарушения на дишането, налагащи провеждането на изкуствено дишане със специални апарати. Едно от най-значимите постижения през последните 25 години е създаването на сърфактант препарати на базата на екстракти от животински бели дробове. Те се поставят в трахеята и белите дробове на детето след раждането и заместват липсващия или недостатъчен собствен сърфактант. Лечението със сърфактант е основната причина за повишаване преживяемостта на недоносените бебета, като същевременно води до намаляване на късните усложнения. [4]

Причините, водещи до развитие на дихателна недостатъчност са многобройни.

1. Заболявания на белите дробове и дихателните пътища:

- Плеврални увреждания – плеврални изливи, пневмоторакс.

- Обструкция на дихателните пътища – чуждо тяло, оток на ларинкса, стеноза на ларинкса, трахеята, бронхите

- Белодробни заболявания – пневмония, белодробен абсцес, бронхиална астма, белодробен тромбоемболизъм, емфизем, пневмокозиози и др.

- Деформация на гръдния кош – сколиоза, кифосколиоза, гръдна травма, фрактура на ребрата.

2. Сърдечно-съдови заболявания: вродени сърдечни пороци, левостранна сърдечна недостатъчност, остра миокардна исхемия, ритъмни нарушения.

3. Нервномускулни заболявания: мозъчен инсулт, тумори, травми, полиомиелит, миастения гравис, мускулна дистрофия.

4. Промени в кръвта – намаляване на количеството кръв при остра кръвозагуба, нарушени киселинно-алкални показатели при ендокринни, бъбречни, чернодробни заболявания.

5. Интоксикация с арсен, фосфор, алкохол, цианови съединения, медикаменти (опиати, седативни средства, антидепресанти).

Под дишане във физиологията се разбира: преминаване на газовете през алвеоло-капилярната мембрана (вентилация) газообмен на тъканно ниво (перфузия) транспорт до клетката чрез кръвта (дифузия) [4].

Патофизиология: хипоксемия, хиперкапнея, респираторна ацидоза

ОДН – първична и вторична – изострена ДН при хронични пулмопатии

ХДН – различава се от острата, паради включване на компенсаторни механизми

Под термините перинатална асфиксия се разбира тежко до животозастрашаващо състояние на новороденото, в резултат на нарушение на газообмена, съответно на дишането и циркулацията.

Причини за асфиксия могат да се развият преди, по време и непосредствено след раждането:

- От страна на майката – недостиг на кислород, ниско артериално налягане (артериална хипотония), прееклампсия, сърдечна недостатъчност, шок, захарен диабет, токсични въздействия;

- От страна на фетуса – хемолiza (разрушаване на червените кръвни клетки), анемия, ускорена сърдечна дейност, сърдечна недостатъчност, инфекция, хипотрофия или вродени анатомични аномалии;

- От страна на плацентата – преносеност, плацентарна недостатъчност, предлежаща плацента, отлепване на плацентата, фето-фетална трансфузия при близнаци;

- От страна на пъпната връв – предлежаща пъпна връв, компресия, завиване около врата, възли на пъпната връв, продължително раждане, несъответствие между размерите на таза и размерите на плода

Причини от периода след раждането – дихателна недостатъчност, вродени сърдечни аномалии, шок. [5]

Според бързината на развитие дихателната недостатъчност бива:

1 Остра дихателна недостатъчност. Възниква остро (за часове или дни) нарушение на газовата обмяна в белия дроб. Прогресира бързо и организмът няма време да се адаптира към газовите нарушения. Представлява застрашаващо живота състояние.

2. Хронична дихателна недостатъчност. Характеризира се с постепенно снижаване на парциалното налягане на O₂ в артериалната кръв. Развива се в продължение на месеци или години. Бавното протичане позволява на организма да се адаптира спрямо хипоксемията и хиперкапнията чрез включване на компенсаторни механизми. [4]

Добрата акушерска практика изисква навреме да бъдат разпознати **клиничните признаци** на дихателната недостатъчност и надлежно докладвани на лекар. Характеризират се със задух, учестено дишане (над 30 в минута). Цианозата е чест, но не е задължителен белег. Наличието ѝ по устните и езика потвърждава тежка хипоксемия. Има тахикардия, хипертония, ритъмни нарушения. [5]

Дихателни смущения в неонаталния период (вродени или придобити, първични или вторични) са най-честа причина за леталитета или неврологичните усложнения обусловени от хипоксемия, асфиксия и хипоксия. Многобройно признаци за дихателна недостатъчност (тахипнея, тахикардия, затруднено или шумно дишане) могат да бъдат резултат на извънбелодробни заболявания. Особено място в перинаталния период заема патологията на сурфактанта (фактор на повърхностно налягане). Дефицитът му води до белодробна незрялост или деструкция на пневмоцитите от II тип(хиелинномембранна болест). Нарушената му структура поради забавяне на резорбция на амниотична течност се изразява с транзиторна

тахипнея и белодробен оток. Деструкция на сърфактанта се причинява от инхалация на мекониум, белодробна инфекция, белодробен кръвоизлив. [2]

Сърфактантът е вещество, което се секретира от гранулирани пневмоцити. Той се състои от фосфолипиди и покрива алвеолите. Ролята му е да поддържа оптимално повърхностно напрежение според диаметъра на алвеолата. Осигурява постояно на газообмена и намалява мускулната работа, необходима за раздуване на белия дроб при следващо вдишване. Намалението или липсата на сърфактант води до колабиране на алвеолите и ликвидиране на функционалния остатъчен капацитет, в резултат на което се получава ателектази. Синтезът на сърфактант се потиска лесно от хипоксемията, в резултат на което се развива синдромът на смутено дишане (ССД). Честота му е 1 % от всички новородени. Характеризира се с прогресивно задълбочаване на тахипнея, пъшкане, задълбочено дишане, цианоза и дихателна недостатъчност. Заболяването протича с различна тежест - лека преходна дихателна недостатъчност до фетално протичане. Симптомите са налице от самото раждане на плода. Най-важният клиничен симптом е шумното и затруднено дишане. Нормализирането му е първият признак за подобряване на състоянието на плода. При аускултация дишането е отслабено везикуларно. Вдишването се затруднява още поради намалената белодробна еластичност, мускулния тонус намалява. Цианозата се задълбочава, телесната температура се понижава и се появяват къси периоди на апнея. [2]

Пневмонията е честа причина за дихателна недостатъчност. Може да се наблюдава при ранна руптура на околоплодния мехур или при трансплацентарна инфекция още в първите часове след раждането. Придобитата след раждане пневмония се проявява след 48 час. При вродена пневмония ранната диагноза може да се постави чрез изследване на пъпна връв и плацента и търсене на амнионит. Бактериологичната диагноза изисква изследване на पोсявки от нос, гърло. [2]

Аспирация на мекониум - тя е последица от дихателни движение ин утеро. Нормално секретираният от алвеоларни клетки белодробен течност се отделя в амниотична течност. Острата асфиксия води до преждевременни дихателни движение и проникване на амниотична течност в белите дробове. Успоредно с това настъпва усилена перисталтика на червата с отделяне на мекониум. Синтезата на сърфактант е смутена. Профилактика бързо акуширане на плода в перинатална асфиксия, правилна реанимация, своевременна аспирация на устна кухина и фаринкс още при раждане, при необходимост - интубация или трахиална аспирация.

В задълженията на акушерката, свързани с лечението се включват строго изпълнение на лекарските назначения за преодоляване на идеопатичния синдром на смутено дишане – целта е поддържане на дихателна функция и създаване на условия за синтезиране на сърфактант по постнатален ензимен път, което става към 6-7 ден. Детето се поставя в затоплена среда, инкубатор или под лъчист топлинен източник, за да се намалят кислородните нужди и продукцията на въглероден диоксид. В първите три дни се осигурява парентерално хранене. При тежка диспнея или апнея, или тежка хипоксемия, която не се повлиява усиленото вдишване на кислород, се започва изкуствена вентилация. [2]

Диагноза е лекарско задължения, но акушерката е тази, която трябва да осигури необходимите условия, инструментариум, пособия и да организира точното и акуратно вземане на кръв и получаване на резултати. Диагнозата на дихателната недостатъчност е изключително лабораторна. Задължително се прави кръвно-газов анализ на артериалната кръв с определяне на PaO_2 и PaCO_2 , и параметрите на киселинно-алкално равновесие. Анамнезата, клиничната картина, физикалното изследване, рентгенографията на гърдния кош, ЕКГ имат значение за откриване на причината за дихателната недостатъчност. [5]

Акушерски грижи и участие в лечението: Първо трябва да се осигурят свободно проходими дихателни пътища. Болното дете се поставя в странично положение за избягване аспирацията на секрети, чрез аспирационна помпа се аспирират секрети от горните дихателни пътища. [3]

Започва се кислородотерапия за корекция на хипоксемията. Бронхиалната обструкция се преодолява чрез бронходилататори: β 2-агонисти (Salbutamol, Berotec), метилксантини (Novophyllin), антихолинергици, а при показани болни и кортикостероиди. За подпомагане отделянето на бронхиалния секрет се прилагат секретолитични средства (Ambroxol, Mucosist). При наличие на инфекция се прилагат антибиотици – цефалоспорино I-ва генерация. [1]

Поради висок риск за развитие на белодробен тромбоемболизъм профилактично се прилага Heparin [1]. При неуспех от максимално консервативно лечението се пристъпва към интубация и механична вентилация.[4]

Грижи при новородени и деца със заболявания на дихателната система:

1. Грижите започват още след раждането на плода.
2. Настаняване в отделен бокс.
3. Въздухът да се поддържа чист и влажен.
4. Температура в стаята 20-22 градуса.
5. Често проветряване.
6. Често къпане, преобличане.
7. Застлано и удобно легло.
8. Храната да е в малки количества, лесно усвоима.
9. Недоносените деца се хранят със сонда.
10. Отбелязване на дефекацията в документацията.
11. При повишена температура: измерване в определени часове, регистриране, даване на антипиретични средства, а при много висока температура: влажни обвивания.
12. Тоалет на носа и устната кухина, аспириране на секретите в тях.
13. Поставяне на новороденото в странично положение за да се избегне евентуална аспирация на повърнати материи.
14. Кислородотерапия: не се дава чист кислород, а смесен с въздух. Кислородът е овлажен и затоплен.
15. Поддържане на правилата на асептика и антисептика [3].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подготовката за посрещане на новороденото е важна. Най-голямата нужда на новороденото е родителската любов. В родилната зала акушерката е тази, която се грижи за раждащата жена. Важно е тя да осигури адекватна подкрепа на раждащата. Без излишна намеса, с отговор на нейните желания и нужди да създава условия тя да се чувства спокойна и обгрижена. Пред акушерките стоят редица предизвикателства на 21 век. Очаква се акушерките да допринесат за намаляване на майчината и детска смъртност чрез своя професионализъм. Акушерката е жизненоважен отговор на предизвикателствата, свързани с осигуряване на висококачествена грижа за родилки и новородени.

Акушерката трябва да предоставя квалифицирана, опитна и милосърдна грижа за жени, новородени и семейства преди бременността, по време на бременността, по време на раждането, след родилния период и първите седмици от живота. Резултатите от положените навременни акушерски грижи включват намалена смъртност при новороденото, намален брой мъртвородени, перинатална травма, инструментално раждане, намалена аналгезия и анестезия в рамките на раждането, по-малко случаи на тежка загуба на кръв, по-малко преждевременни раждания, по-малко новородени с ниско тегло при раждане и по-малко хипотермия.

Навременните и компетентни акушерски грижи полагани при новородени със заболявания на дихателната система оказват голямо влияние за подобряването на състоянието на новороденото и качеството му на живот в бъдеще.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Апостолов А., Диагностичен и терапевтичен наръчник при спешни състояния, Пловдив 2014, Остра дихателна недостатъчност, стр.139-140

[2] Ниньо Ш., Педиатрия, Медицина и физкултура, София 1984, Белодробни заболявания на новородено, стр. 96-101, 142-144

[3] Луканова Й., Опорни точки за клинична практика на акушерки, Русе 2014, Грижи при деца със заболявания на дихателната система, стр.174-175

[4] <http://www.midwivesbulgaria.org/news/>

[5] http://www.puls.bg/health/debate/news_15297.html

За контакти:

Хюлия Мерсин Мухсин, III курс „Акушерка“, Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“, РУ „Ангел Кънчев“- гр.Русе, тел. 0899121098, hulia93@abv.bg

Научен ръководител: Доц. д-р Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев“- гр. Русе, Катедра „Обществено здраве и здравни грижи“, тел: 0888731063, vania_serbezova@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Акушерски грижи при бременни с повръщане

автор: Гюлейман Георгиева
научен ръководител: Иваничка Сербезова

Obstetric care for pregnant women with vomiting: *The report examines the health problems of pregnant women with vomiting, offered advice to pregnant and the resulting study obstetric care for pregnant women with vomiting.*

Key words: *pregnancy, nausea, vomit, hyperemesis, obstetric care*

ВЪВЕДЕНИЕ

Цел на този доклад е да се проучи литературата, свързана със здравословните проблеми на родилки с повръщане и произтичащите от това акушерските грижи по време на бременността. Честотата на гаденето и повръщането при бременност е от 0,5% до 2% [6]. Гаденето и повръщането обикновено започват към 9-10 гестационна седмица, пикът им е през 11-13 седмица и обикновено спират към 12-14 седмица на бременността [4].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Гаденето и повръщането са чести явления при бременни и при ненавременната намеса на медицински специалист могат да доведат до сериозни усложнения. Ето защо е необходимо сериозно внимание от страна на обгрижващата акушерка и педантично изпълнение на лекарските назначения и акушерските грижи.

Повръщането представлява обратно изхвърляне на част от стомашното съдържимо през устата. То е рефлекторен акт, който се задейства в гърлото, стомаха, червата и коремните органи.

Повръщане през ранна бременност. Повръщане се наблюдава при бременни жени в първите месеци на бременността, поради дразнене на коремните органи от нарастващия в матката плод. Характерно за него е, че е предимно сутрин, на гладно. Причините за това не са изяснени. Установява се връзка със следните фактори:

- хормонални- повишени нива на човешкия хориогонадотропин (ЧХГ);
- отпускане (релаксиране) на мускулатурата на стомаха по време на бременност;
- недостиг на витамини;
- психични (лабилна психика) и социални фактори [4].

Според изразеността на симптомите се различават следните степени:

1. Сутрешно повръщане- *vomitus matutinus gravidarum*- бременната повръща 1-2 пъти сутрин, на гладно, няма промяна в степента и в общото състояние, няма нужда от лечение.

2. *Emesis gravidarum* – бременната повръща по-често, не само сутрин, обикновено след храна. Апетитът може да е нормален или леко намален, но общото състояние не се нарушава.

3. *Hyperemesis gravidarum* - това е най-тежката форма, която прогресира, настъпва дехидратация и нарушения на метаболизма. Честота е 0,3%. Установява се по-висока честота при първо раждане, възраст под 20 години, непущачки, многоплодна бременност. [3]

Вследствие на повръщането, пациентките с тежък хиперемезис не могат да се хранят, да приемат напитки, откъдето се стига до много тежки загуби на тегло и нарушения в електролитния баланс. В резултат на храна и течности се получава дехидратация на кожата (*exsiccosе*) и хемоконцентрация (сгъстяване на кръвта).

Следват намаляване на урина, появата на кетонни тела в нея (позитивна проба на ацетон).

При много тежки случаи, при много дълго гладуване може да се стигне до увреждане на черния дроб с проява на пожълтяване.

Терапията започва с разговор между лекар и пациентка, в който от една страна се търсят възможни психически причини за заболяването, от друга страна на пациентката бива обяснен видът на заболяването и неговото времево ограничение. В по-леки случаи може да се приложи амбулаторна терапия с антиеметик (Degan). На бременните се препоръчва да прекарват повече време на чист въздух, да се хранят на малки порции, да почиват 30 минути до 1 час. След нахранване да консумират повече плодове и зеленчуци, да приемат по 2 литра течности дневно.

При тежки случаи, най-вече при неуспех на амбулаторно лечение, се налага хоспитализация на пациентката. За освобождаване на стомаха 1-2 дни не се приема храна. Дефицитът на течности, както и състоянието на глад, се компенсират с 2000 ml. венозна инфузия на електролитен изотоничен разтвор в допълнение с витамини и 1000 ml. 5% глюкоза. Целта е да се премине към естествено хранене навреме. Започва се с малки порции течности на всеки 2-3 часа, парченца сладолед, чай или студен бульон, както и храна във формата на пюре. [1]

Акушерски препоръки към бременни с повръщане:

Избягвайте определени миризми, от които ви се гади. Много бременни жени имат свръхчувствителен нос, а миризмите могат да предизвикат гадене. Нека някой друг да готви вместо вас, а вие излезте навън през това време или използвайте микровълнова вместо конвенционална печка. Проветрявайте редовно след готвене. Ако видът или миризмата на храната ви карат да се чувствате зле, помолете някого да ви помага в кухнята и ползвайте храни, които сравнително лесно се приготвят, както и полуготови храни. Можете също да пробвате да смучете ментови бонбони, за да успокоявате стомаха си, когато миризмата на храната или пушекът ви карат да се чувствате зле – силната ментова миризма подтиска останалите миризми.

Отделяйте си време за почивка. Изследванията показват, че умората, безпокойството и стреса изострят сутрешното повръщане. Трябва да си отделяте време за почивка и релаксация. Научете се да си угаждате и забавете малко темпото на живот. Подремвайте когато и където можете. Това не винаги е лесно, особено ако се грижите за по – големите си деца или ходите на работа, но поне, като си почивате, си вдигайте краката на високо, макар и за малко.

Физически упражнения. Бременните жени, които редовно правят леки физически упражнения, намаляват риска от сутрешно повръщане, без да застрашават плода. В сравнение с жени, които не правят никакви упражнения, физически активните бременни страдат по-малко от повръщане и оттоци.

Билков чай- при някои жени чаят от билки помага. Както и при лекарствата, билковите отвари изискват внимание. [5]

Акушерски грижи за бременни с повръщане

Подпомагат се да седнат в леглото. Ако не е възможно да се изправят, се оставят в леглото в странично положение. Върху бельото с поставя найлонова кърпа или мушама, а върху нея кърпа. По време на повръщане акушерката трябва да е близо до болната. На пациентките се предоставя леген или кофа, които трябва да бъдат чисти. Осигурява се чаша с вода, салфетки за избърсване, възможност за тоалет на ръцете и лицето. При необходимост се подготвя за подмяна резервно лично или постелно бельо [2].

Гаденето има и положителна роля. Най-вероятно бременните са забелязали, че повръщат само при срещата с определени миризми и храни. Според американски учени бременната развива отвращение към онова, което би могло да навреди на детето. Установено е, че на първите места в списъка на отблъскващите миризми са тези на алкохола, кофеина и перилните препарати. Същото е валидно и за пътувания в градския транспорт, кислородът там е оскъден, а това е опасно за плода. Бебето се предпазва чрез гаденето. При доста бременни дискомфорт предизвиква и миризмата на месо, яйца и риба. Всъщност тези храни създават „плодородна почва“ за развитието на бактерии като листерия, салмонела, ешерихия коли, които са опасни за плода. Чрез гаденето и повръщането организъмът се предпазва от вредните за него вещества и така закриля здравето на бъдещото бебе [7].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Повръщанията през бременността са известни от дълбока древност. Грижите и лечението при леките форми се извършват амбулаторно. Не се изисква специален хранителен режим, но е желателно жената да избягва храни, които са ѝ неприятни – тлъсто месо, мазнини. Препоръчва се храна на малки порции. От значение са психичните въздействия – повръщанията могат да спрат при благоприятно внушение от страна на акушерката.

Хиперемезис гравидарум е най-тежката степен на повръщане през бременността. Състоянието на бременната прогресира до такава степен, че се появяват ацетонурия и нарушения на електролитния баланс. Обгрижващата акушерка трябва да е запозната с това усложнение на бременността, да го разпознае навреме, за да се насочи своевременно бременната към хоспитализация и да се предотвратят настъпващите метаболитни и нутритивни смущения.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Сербезова, И., Специални грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, Русе, 2013г., стр.256
- [2] Стамболова, И., Специални грижи при соматични заболявания, София, 2014г., стр.138- 141
- [3] Кацулов, А., Бременност с висок риск, София, 1989г., стр. 142-147
- [4] www.arsmedica.bg - Болница “Д-р Церев” – София
- [5] www.zachatie.org - Клиника "Торакс" – Пловдив
- [6] http://en.wikipedia.org/wiki/Hyperemesis_gravidarum
- [7] <http://www.9m-bg.com>

За контакти:

Гюлейман Георгиева, I курс, Акушерка, факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, e-mail: giula_bg@abv.bg

Научен ръководител: Доц. Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Нозокомиални инфекции в Неонатологични звена. Роля на акушерката за предотвратяването им.

автор: Деница Димитрова
научен ръководител: Иваничка Сербезова

Nosocomial infections in neonatal wards. Role of midwife to prevent them - In this report are derived modern problems resulting from Nosocomial infections in neonatal units and the role and functions of the midwife to prevent them.

Key words: *modern problems, Nosocomial infections, neonatal units , role and functions of the midwife*

ВЪВЕДЕНИЕ

Днес в медицинската практика все по-интензивно навлиза понятието „нозокомиални инфекции“. Това са вътреболнични инфекции или инфекции, свързани с медицинско обслужване. Понятието има гръцки произход: „posos“ – болест, „comeo“ – грижа се, както и латински произход: „nosocomium“ – болница[1]. За Нозокомиални инфекции се считат: инфекциите, придобити от пациент във връзка с медицинското обслужване по повод на друго заболяване, инфекции, придобити от медицински или друг персонал, както и специализанти, студенти и др. лица, във връзка с обслужването на пациентите и антимикробна резистентност и при нерационално прилагане на антибиотици. Те са актуален проблем на съвременното здравеопазване [4].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Честотата на възникване и разпространение на нозокомиалните инфекции е в непосредствена зависимост от профила на болничното отделение. Това дава основание да се обособи категория „рискови отделения“, към които се отнасят родилните и неонатологичните отделения. Там са най – рисковите пациенти.

В предродилния период главен риск за бъдещата майка и фетуса е преждевременната руптура на околоплодния мехур. Новороденото може да бъде инфектирано още интраутеринно (рубеола, сифилис, вирусен хепатит Б и др.) или по време на раждането, но най-често е инфектирането в постнаталния период – по време на престоя в болничното отделение и контакта с медицинския персонал (използване на инвазивни методи – венозни катетри, трахеална интубация, парентерално хранене и др.) Особено възприемчиви са новородените с ниско и екстремно ниско тегло, които се приемат в интензивен и постинтензивен сектор.

Като входна врата се явяват – кожата, пъпния остатък, носът, устата и стомашно - чревният тракт.

Пътища на предаване на ВБИ са: въздушно – капков път, който е доста чест ; контактен път; трансмисивен и фекално – орален.

Най – честите причинители на условно – патогенна флора в родилните и неонатологичните звена са: Staphylococcus spp. – 26,92% (S. aureus, CNS – 10,43%), Enterococcus spp. – 8,41%, Streptococcus spp. – 3,78% , E.coli – 25,13% , Klebsiella spp. – 3,73 , Enterobacter spp., Proteus spp. – 3,22%, Shigella spp., Salmonella spp., Pseudomonas spp., Candida spp., и др. [2] .

Едно от главните звена при имунитета е нормалната микробна флора и преди всичко чревната бифидофлора и лактобактериите. Те възпрепятстват бързото размножаване на условно - патогенните микроорганизми и проникването им в целия организъм. Контаминацията с условно – патогенна флора води до формиране на дисбактериоза, която нарушава механизмите на имунологичната хемостаза и може да предизвика инфекциозен процес [2] .

Диагнозата „нозокомиална“ инфекция се поставя на основата на комплексни данни – клинични, микробиологични, епидемиологични, данни от лекуващ лекар със съдействието на болничната комисия по ВБИ, болничничния епидемиолог и микробиолог. Вътреланчните инфекции подлежат на активно откриване, регистрация и съобщаване.

Постоянният контакт на новороденото с майката осигурява по-бързо нарастване на телесната маса в сравнение с децата хоспитализирани без своите майки. Съществува тясна връзка между контакта майка – бебе. Установено е, че бифидофлората преобладава в 87% при родилките, отколкото при медицинския персонал. Установява се, че това е така, заради физиологичната подготовка на организма на майката към лактацията, която се съпътства от усилената продукция на бифидогенни фактори. Необходимо е да се подчертае важноста на ранното захранване на детето и близкия контакт с майката още от първия ден след раждането.

Постоянният контакт с майката при отсъствие на контакт с медицинския персонал способства за оптимизиране на биоценоза и намалява вероятността на възникване на дисбактериоза и инфекциозен процес; позволява да се увеличи телесното тегло на детето – един от важните показатели за неговото физическо здраве.

Формулирането на акушерските грижи и задължения по отношение на превенцията на нозокомиалните инфекции се свеждат до спазване на следните стъпки при работа в Неонатологично отделение:

1. Дезинфектира ръцете си преди и след всяка манипулация.
2. Задължително да работи с индивидуални пособия.
3. При необходимост да използва ръкавици.
4. При необходимост да използва защитни средства за очите (защитни очила, шлемове)
5. Да използва работно облекло, което лесно се почиства и обеззаразява, при необходимост да използва предпазни престилки, шапки и калцуни.
6. Да провежда качествена дезинфекция.
7. Правилно събиране на отпадъците.
8. Стриктно следене температурата на новородените.
9. Вземане на материали за микробиологично изследване.
10. Редовно сменяне на памперсите, къпане и подсушаване на новородените и смяна на пелените.
11. Грижи за кувьозите [3] .

Необходими материали при почистване на кувьозите:

- Ръкавици;
- Дезинфектанти;
- Детергент;
- Стерилни кърпи, четки;
- Пистолет със струя;
- Дестилирана вода;

Измиването и основната дезинфекция се извършва по протокол на МБАЛ Русе:

1. Кувьозът се поставя в определено специално помещение.
2. Разглобява се, измива се с детергент и течаща вода.
3. След подсушаване всички части и повърхности се обтриват с Инцидин Екстра 1%.
4. Измива се със стерилна дестилирана вода.
5. Подсушава се със стерилен компрес.

6. Включва се за 45 мин.при зададена температура 37градуса [3].

Текущата дезинфекция се извършва два пъти дневно със Стеридин форте 1% и стерилни кърпи. Детските легла се почистват и дезинфекцират един път дневно от акушерката. Плотовете се почистват и дезинфекцират след всеки пациент. Почистването на пода се извършва три пъти дневно- прилага се метода на двете кофи [3].

Пациентните системи на респираторите и аспираторите се почистват редовно-разглобяване, киснене в детергент- 30мин. , почистване с мека четка, изплакване с чиста вода. След това се извършва стерилизация.

Епидемиологичните проучвания у нас през последните години показват, че в голяма част от лечебните заведения, условията на обслужване, диагностика и лечение на новородените са в незадоволително състояние, резултати от което са ниското тегло при повечето новородени, недоносеността ,което ги прави още по – възприемчиви към Вътреболничните щамове. По данни са доказани десетки хиляди случаи на нозокомиални инфекции, съпроводени с висока смъртност.

Съвременните нозокомиални инфекции са проблем преди всичко на икономически развитите страни [3].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблемът за нозокомиалните инфекции стои в основата на здравеопазването. Обучението на акушерките ,относно Нозокомиалните инфекции започва още от самото начало на образованието им.Това дава основа на тяхната професия и върху тази база от знания се градят останалите им професионални умения. Необходимостта от тези знания се определя от нарастващата актуалност, свързана със здравната и икономическата значимост на проблема в национален и международен мащаб. Всяка една дейност , която се извършва в Неонатологичните ,но и във всички болнични звена е свързана с измиване и дезинфекциране на ръцете и поставяне на стерилни ръкавици. По този начин медицинският служител (акушерката) предпазва не само пациента от възможна инфекция, но и себе си.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Илиева, П. , Инфекциозни болести и епидемиология, София, 2013г. , стр. 149;
- [2] Рибарова, Н. , Нозомиални инфекции, София, 2010г. , стр. 128 – 134;
- [3] Сербезова, И. , Специални грижи за бременни, родилки, раждащи, родилки и новородени, Русе 2013, стр. 276 – 278;
- [4] Помагало на клинициста за превенция на инфекциите в болничната практика, Булнозо 2014, стр. 3, стр. 47 – 50;

За контакти:

Деница Росенова Димитрова, 3 курс „Акушерка”, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе , denitcaa@abv.bg

Научен ръководител: Доц.Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Спорт по време на бременност

автор: Виктория Статева
научен ръководител: Йоана Луканова

***Sport during pregnancy:** The report presents the benefits and effectiveness of physical activity during pregnancy, the purpose of well chosen sport to the needs of pregnant and mother. Modern pregnant women and mothers more willing to take an active movement during the wear of the fetus and then.*

***Key words:** physical activity, pregnancy, sport, pregnant woman, mother.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Целта на този доклад е да се проучи литературата, свързана с различните предложения и варианти за спортна и физическа дейност по време на бременност и в следродилния период. Съвременните бременни и родилки все повече изявяват желание за активно движение през периода на износване на плода и след това. Това налага качествено проследяване на бременността и пуерпериума от акушерка и лакар, за да бъде определено най-точно състоянието на жената и необходимите за нея физически нужди и възможности.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Най-универсалният фактор, влияещ върху всички системи на човешкото тяло, е физическата активност. За физическа активност се смята всяка дейност, при която използваме нашата мускулна сила, за да извършим движение. В зависимост от нейната интензивност и системност се наблюдават в по-малка или по-голяма степен изменения във всички органи и системи. В следствие на това, че нашите мускули работят, се включват сърдечно-съдовата и дихателната система, за да доставят кислород и хранителни вещества. Така под въздействието на системната физическата активност, сърдечната и дихателната дейност стават по-ефективни и по-икономични. Метаболизмът се променя, увеличава се енергоразхода и така се поддържа нормално телесно тегло. Системната двигателна активност подобрява мускулната сила, здравината на костите и сухожилията. Хората с висока физическа активност са по-бодри, с по-добро самочувствие и страдат по-рядко от депресивни състояния. Една от основните причини за социално значимите заболявания е намалената физическа активност на съвременния човек [6].

Предимствата на упражненията по време на бременност са подобряване на психическото и физическо благосъстояние. Поддържането на здравословно тегло спомага за по-бързото възвръщане състоянието на жената преди бременността. Също така спортът и здравословното хранене намаляват риска от развитието на гестационен диабет който се среща най-често при майки с наднормено тегло. Спортът предотвратява появата на запек, подобрява кръвооросването и клетъчния обмен [6].

Друга изключително важна причина всяка жена да поддържа активна физическа дейност е самото раждане и подготовката за него. По време на бременност и по-специално по време на втори период от раждането – периодът на изгонващите сили - контракциите и натискът рефлекторно включват коремната преса, която е в синхрон със съкращенията на мускулната стена, тазовото дъно и диафрагмата. Добре тренираната и поддържана стомашна мускулатура води до по-леко и спокойно раждане. Ето защо е добре всяка жена, нераждала, бременна, родилка - да се грижи добре за тази част от тялото си [6].

Спортната дейност по време на бременност трябва да е индивидуална и подбрана според нуждите на жената. Жени, спортували преди бременността, ако тя е неусложнена, без всякакви клинични показатели, че спортът би й вредил, тя би

могла да продължи да го практикува в ненатоварваща я интензивност. Някои бременни биха могли да посетят физиотерапевт или физиолог за изготвяне на специална конкретна за състоянието на жената програма. [6,7].

Докато повечето упражнения са безопасни, има и такива, които включват позиции и движения на тялото, които са неприятни и вредни за бременната жена. Основното което бременната трябва да избягва :

Повишаване на телесната температура – да избягва дълъг престой в топли минерални бани или упражнения, които водят до обилно изпотяване;

Абсолютно се забраняват тежки физически дейности, свързани с използването на тежести или уреди за силови упражнения;

Ако бременната не се чувства добре – да не започва спортна дейност;

Да се избягват спортове, свързани с високо ниво на концентрация, съчетана със синхрона на движенията;

След четвъртият месец да се избягват упражнения в легнало положение – теллото на бебето може да забави притока на кръв обратно към сърцето;

При висок фебрилитет, тежки усложнения на бременността, спортът е абсолютно противопоказан;

Да се избягват дейности свързани със скокове, чести промени на посоката, преразтягане или трептене [2,6].

Всякакви физически дейности се спират при :

- Болки в корема;
- Подуване и отоци;
- Болки в гърдите;
- Световъртеж;
- Задух;
- Вагинално кървене;
- Екламписи и преекламписи;
- Изтичане на околоплодни води;
- Патологични отклонения в соматичните показатели (кръвно налягане, пулс, дишане, температура) [5,7].

Упражненията по време на бременност и в следродилния период, които са препоръчани от новата литература, както и от съвременните медицински специалисти са: гимнастика, аеробни упражнения, като се включват основните мускулни групи и тазовото дъно. Например: ходене, плуване, колоездене, йога или пилатес [1,7]. Пример за упражнения на тазовото дъно: бременната да е в седнало положение, като леко се привежда напред с изправен гръб. Задържане на коремната преса за около 5 секунди, след което я отпуска за около 10 секунди. Повторяемостта да е до 10 пъти, по 3-4 пъти на ден. Поддържа се постоянно, равномерно дишане. Всяко упражнение да има фаза на загряване и задължително – фаза на охлаждане. По време на физическата дейност да има прием на течности [6].

Най-добре възприета от съвременните жени е йогата. Особено по време на бременност е силно препоръчана. Йогата дава на бременната гъвкавост, спокойствие и емоционална сила. Йогистките пози се изпълняват бавно и съсредоточено, съчетани с дълбоко дишане и отпускане без резки движения [1,7].

Следродилната гимнастика укрепва дейността на централната нервна система, цялостното състояние на жената, обмяната на веществата, спомага за по бързото възстановяване. След раждането, физическите упражнения се съобразяват с общото състояние на жената, както и с начина на родоразрешение Следродилната гимнастика включва специални упражнения и масажи. Физическите упражнения са противопоказни при висок фебрилитет и тежки усложнения по време на раждането, както и тежки оперативни интервенции, при многобройни шевове на външните гениталии [3,4].

При нормално раждане физическите упражнения започват 6 часа след раждането с неколкостепенни обръщания по корем с възглавница под гърдите. При неусложнен пуерпериум, след 4 месеца от раждането, жената може да продължи с нормални спортни дейности и да възобнови двигателния си режим. Усилените тренировки влияят отрицателно върху количеството на лактация. В тази връзка е важно кърмещите жени в течение на 6-7 месеца след раждането да се въздържат от интензивни тренировки [2]. Именно за това се препоръчва най-вече умерена гимнастика или йога [6].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Спортът трябва да е важна и неизменна част от ежедневието на всеки човек, тъй като спомага за по-доброто му съществуване, във физически и психически аспект. Бременната жена може да поддържа своята цялостен тонус и състояние именно чрез умерена и регулирана спортна дейност. Добре е всички медицински специалисти, работещи с бременни и родилки при провеждане на женска консултация, да водят беседи за облагите от извършването на ежедневни упражнения, както и уменията да се изготвят качествени и ефективни тренировъчни програми и планове, съобразявайки се с конкретните специфични нужди на жената.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Иванова, Св., Моята програма, Йога за бъдещи майки, Сиела 2014 г.
- [2] Сербезова, И., „Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени“, Русе 2014 г., печатна база при РУ „Ангел Кънчев“, стр. 206
- [3] Сербезова, И., Участие и роля на акушерката при обучение на бременни в йога. Упражнения през периода на бременността, Шеста международна научна конференция, „Съвременни тенденции на физическото възпитание и спорта“, Университетско издателство „Св. Климент Охридски“, Департамент по спорт, София 2014 г., стр. 494-498
- [4] Хаджиев, Ал., И. Карагъзов, „Акушерство“, София 2005 г., изд. „Медицина и физкултура“, стр. 202
- [5] www.sport.framar.bg
- [6] www.betterhealth.vic.gov.au
- [7] www.netdoctor.co.uk

За контакти :

Виктория Статева, I курс, Акушерка, факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“, e-mail: v_stateva@abv.bg

Научен ръководител: Ас. Йоана Луканова, РУ „Ангел Кънчев“, e-mail: ylicanova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Затлъстяване и бременност

автор: Анна Митева
научен ръководител: Иваничка Сербезова

Obesity and pregnancy: *The report examines the issues of obese in modern word and complications which would receive in the combinations of pregnancy and obesity. We proposed an algorithmic plan of obstetric care for pregnant with obese.*

Key words: *obesitas, pregnancy, birth, obstetric care.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Затлъстяването е проблем в световен мащаб. То се счита за „новата епидемия“ на XXI век. Световната здравна организация (СЗО) прогнозира, че наднорменото тегло и затлъстяването скоро може да заместят по-традиционните проблеми на общественото здраве като недохранването и инфекциозните заболявания като най-важна причина за влошено здраве.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Думата „затлъстяване“ произлиза от латински език – *Obesitas* - пълен, дебел, закръглен. За пръв път е използвана като научен термин през 1611г. от Рандъл Котгрейв. Гърците са първите, които приемат затлъстяването като болестно състояние. Хипократ пише, че „Затлъстяването е не само заболяване само по себе си, но и предвестник на други такива“. Индийският хирург Сушрута (VI в. пр.н.е.) свързал затлъстяването с диабета и сърдечно-съдовите заболявания. Той препоръчвал физически упражнения, с помощта на които да се лекуват болестта и страничните ефекти от нея. През по-голямата част от историята си човечеството се е борило с недостига на храни. Затова в миналото на затлъстяването се е гледало като на символ за благосъстояние и благоденствие. То било широко разпространено сред висшите чиновници в Европа през Средните векове и Ренесанса, както и сред древните източно-азиатски цивилизации. В миналото много култури са гледали на затлъстяването като на отрицателна черта на характера. Образът на пълния човек в старогръцката комедия е бил чревоугодник и обект на подигравка. През християнската епоха на храната се гледало като на път към греховете и сладострастие. В модерната западна култура наднорменото тегло често се смята за непривлекателно и често е свързано с различни отрицателни стереотипи. Хора от всички възрасти могат да се сблъскат със социална изолация и могат да бъдат тормозени или избягвани от хората в своето обкръжение. Така затлъстяването отново става причина за дискриминация [2].

В днешно време затлъстяването се счита само за козметичен дефект, но всъщност е сериозен здравословен проблем.

Затлъстяването е медицинско състояние, което се получава вследствие на небалансирано хранене, съчетано със заседнал начин на живот и недостатъчно изразходване на енергия. При него се натрупва мастна тъкан в организма на човека.

В зависимост от количеството натрупана мазнина се различават две състояния – наднормено тегло и затлъстяване.

Свърхтеглото и затлъстяването допринасят в голяма степен за възникване на хронични болести, намаляват продължителността на живота и повлияват неблагоприятно неговото качество. На тях се дължат 6% от разходите за здравни грижи в Европейския регион. Националните проучвания на храненето и хранителния статус на населението в България, проведени през 1998 г. и 2004 г. от НЦООЗ,

показват тенденция за увеличаване разпространението на свръхтеглото и затлъстяването при възрастното население.

Наднорменото тегло е сериозен проблем и при децата. Данните от проведено през 2010/2011 год. изследване за оценка на хранителния прием и хранителния статус на ученици в България показват, че относителният дял на свръхтегло при децата на възраст 7-18 години е 16.7%, а на затлъстяване - 8.2 %. Идентифицирани са основните рискови фактори за свръхтегло и затлъстяване при децата - нездравословният модел на хранене, ниската физическа активност, липсата на училищна и семейна среда, която да създава условия и да стимулира здравословно хранене и физическа активност [4].

Обикновено наддаването на тегло се осъществява, когато се приемат повече калории с храната, отколкото тялото изразходва. Ако храната, която се консумира, осигурява повече калории, отколкото тялото се нуждае, излишъкът се превръща в мазнини. Първоначално мазните клетки увеличават размера си, но когато те повече не могат да нарастват, се увеличават на брой. При сваляне на килограми, размерът на мазните клетки намалява, но не и техният брой.

Причините за затлъстяването са различни и са строго индивидуални при всеки човек. Те могат да бъдат:

- Редовно преяждане;
- Възрастта и пола;
- Честа употреба на медикаменти;
- Някой заболявания;
- Заседнал начин на живот
- Психичното и емоционалното състояние.

Според причините за поява на затлъстяване, се разграничават:

- Първично, което от своя страна може да бъде:

Алиментарно, т.е. хранително – то се развива вследствие на системно преяждане, съчетано с намалена физическа активност;

Регулаторно - възниква при смущения в централните части на хипоталамуса, които отговарят за апетита. Възникването му е съпроводено много често от прекарани черепно-мозъчни травми, туморни образувания и енцефалит;

Метаболитно (наследствено) - налице са нарушения в процесите на обмяна на веществата;

- Вторично - то е с неизяснен произход и се среща при редица заболявания:

- хиперглюкокортицизъм;
- хипотиреоидизъм;
- псевдохипопаратиреоидизъм;
- диабет;
- поликистоза на яйчниците;
- хипогонадизъм;
- медикаменти – кортикостероиди, антидепресанти;
- депресия;
- менопауза;
- бременност.

Затлъстяването повишава рисковете от различни заболявания:

- Сърдечно съдови заболявания;
- Диабет II тип;
- Остеоартрит;
- Проблеми с храносмилателния тракт;

- Някои видове рак (рак на гърдата, рак на матката и маточната шийка);
- Безплодие;
- Разширени вени;
- Метаболитни нарушения.

Степента на затлъстяването се определя по т.н ИТМ индекс (Индекс на телесната маса) . Той представлява съотношението на телесното тегло, изразено в кг. спрямо ръста, изразен в метри и повдигнат на квадрат.

Таблица 1.
Индекс на телесната маса

ТЕГЛО	ИТМ	Риск от заболяване
Поднормено тегло	< 18 ,5	Повишен
Нормално тегло	18,5-24,9	Нисък
Наднормено тегло	> 25,0	
Свърхтегло	25,0-29,9	Повишен
Затлъстяване I степен	30,0-34,9	Умерено повишен
Затлъстяване II степен	35,0-39,9	Висок
Затлъстяване III степен	> 40	Много висок

Според статистика на Световната Здравна Организация през 2014г. в България -64.1% от населението са с наднормено тегло;
-21,8% от населението са със затлъстяване;
-22.6% от населението са с висок ВМІ индекс.

В световен мащаб статистиките са доста сериозни. База на сравнение са статистиките от 2010г. на СЗО:

- с наднормено тегло през 2010г. са 36,6%, а през 2014г. 39%;
- със затлъстяване през 2010г. са 11,5% , а през 2014г. 12.9%. [3]

За успешният край на една бременност, всяка бъдеща майка трябва да бъде в добро здраве преди забременяването и по време на самата бременност. Много често причини за затлъстяването са стресът и хормоналният дисбаланс. Съществува тенденция, при която жените забременяват на по-висока възраст, когато са по-склонни към затлъстяване.

По време на бременност телесната маса средно се увеличава с 9-12кг. Това се обуславя от промените настъпващи в майчиния организъм и нарастващите размери на плода.

Съчетанието „Obesitas” и „бременност” се приема като патологична изява. През I^{вия} триместър наддаване с повече от 4кг. се приема за наднормено. Телесната маса се развива прогресивно между IV-VIII л.м. Нарастването и с повече от 8 кг. до 6^{тия} месец и с повече от 1 200гр. през IX^{та} л.м. и X^{та} л.м. също се счита за наднормено.

По време на бременността наднорменото тегло крие висок риск от съпътстващи заболявания, като гестационен диабет, артериална хипертония, прееклампсия, еклампсия и затруднения при ултразвукова и клинична диагностика.

○ Гестационния диабет се диагностицира около 6 пъти по често при този контингент жени;

○ Артериалната хипертония често е съчетана с хиперлипидемия и хиперурикемия, от което често могат да последват хемодинамични компликации;

○ Прееклампсията е 3 пъти по-често при жените с наднормено тегло;

○ УЗД не винаги е прецизна при определяне на гестационния срок, феталния растеж и телесна маса, както и при изясняване на биофизикалния профил.

Диагностицирането на бременност в по-ранен срок е по-трудно, поради съпътстващите затлъстяването хормонални нарушения и аменорея. Маснатият тъкан

по предната стена на корема затруднява обективното акушерско изследване. Възможни са и проблеми с храносмилателната система, които могат да създадат проблеми при евентуална оперативна намеса.

Възможни са и усложнения, които да настъпят от страна на плода.

- Макрозомия на плода;
- Родилен травматизъм;
- Динамична дистоксия;
- Кръвотечение след раждане;
- Интраутеринна смърт [1].

Поради тази причина е много важно първо да се намали теглото, а след това да се премине към опити за забременяване. При затлъстяване по време на бременност е много важно да не се налагат строги диети, защото за правилното развитие на плода е изключително важно здравословното хранене. По време на бременност трябва да се приемат около 80 000 kcal. Това налага при бременни с наднормено тегло да се приложи хипокалорийна диета. За да се намали неблагоприятното влияние върху плода, бременната трябва да изключи тестените храни от менюто си. Нейният хранителен режим трябва да включва много пресни плодове и зеленчуци, храни богати на фибри и да приема много течности. За да намали теглото си е желателно да избягва пържени, консервирани храни също и големите количества сол. Процесът на цялата бременност трябва да се следи по време на Женска консултация. Водещата акушерка може да изготви примерен план за грижи, който да бъде съобразен с индивидуалността на всяка бременна и здравния статус на развиващият се плод.

Табл 2.

План за грижи при затлъстяване

Препоръчително е жените със затлъстяване да раждат *per vias naturales* (вагинално раждане), като прецизно се следи за пелвио-фетална диспропорция. При *Sectio Ceasarea*, стремежът е хирургичната травма да се сведе до минимум.

Определяне срока на бременността	По датата на последната менструация
Снемане на анамнеза	Възможна фамилна бременност, която да е предпоставка за наднорменото тегло. Придружаващи заболявания
Изследване на ПКК, урина и ехограф	Високите нива на кръвна захар, кривият риск от гестационен диабет или спонтанен аборт
Година, ръст, тегло	
Определяне вида на затлъстяване	първично (есенциално) и вторично (симптоматично).
Съставяне на подходящ хранителен режим	Без драстично намаляване на количеството храна. Обогатяване на менюто с пресни плодове и зеленчуци, протеини и храни богати на фолиева киселина. Избягване на пържени и солени храни.
Съставяне на подходящ двигателен режим	Чести разходки на чист въздух. Йога. Лека гимнастика
Проследяване на получените резултати	При загуба на 10% от теглото, намалява рисковете от бъдещи усложнения

Задължително се използва епидурална анестезия, защото 80% от смъртните случаи при обща анестезия са при затлъстели жени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въпреки широката агитация за здравословен живот – хранене, спорт – броят на жените с наднормено тегло в развитите страни расте. България не прави изключение. Поради това се увеличава възможността и честотата на комбинацията *obesitas* с бременност. Акушерките трябва да са наясно с този проблем и да съветват бременните жени, за това, че прехранването предизвиква редици неблагоприятни последици: заболявания на вените, диабет, хипертония, вътремозъчни кръвоизливи при децата, фрактури на клавикулата и други акушерски усложнения. Преди забременяването е желателна съответна диета за разумно намаление на теглото.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Танчев, С., *Obesitas* и бременност в Акушерство под редакцията на Хаджиев, Ал., Ал. Яръков, А. Василев, МИ „АРСО”, 1998, София

[2] <http://bg.wikipedia.org/wiki/Затлъстяване>

[3] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

[4]

<http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?pageid=472&home=true&categoryid=65>

30

За контакти:

Анна Митева, I курс, Акушерка, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, e-mail: anincet0_pc@abv.bg

Научен ръководител: Доц. Иваничка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев ” – гр. Русе, iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Промяна на хранителния режим на детето – хранене в периода до първата година

автор: Боряна Георгиева
научен ръководител: Иваницка Сербезова

Change the child's diet – feeding during the first year : The article summarize the way which the child passes during the transition from breast milk to solid food. Proper nutrition is the most important part from child's development. Therefore, this article discusses the types of foods and periods in which they have to be included in growing child's life.

Key words: Proper nutrition, Breast milk, Solid food, Child's development.

ВЪВЕДЕНИЕ

Най - добрата инвестиция за бъдещето на децата е здравословното им хранене днес. Научните изследвания от последните десетилетия убедително сочат огромното значение на правилното хранене от най-ранна детска възраст не само за здравето и нормалното развитие на детето, но и за предпазването от редица широко разпространени хронични заболявания (т. нар. болести на цивилизацията) в зряла възраст [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

През първата година от живота си бебето се нуждае от укрепване на мускулната си маса, калций за правилното развитие на скелета му, да запази тонуса си и да получава достатъчно количество витамини.

По време на бременността бебето набавя всички необходими му вещества чрез майчиния организъм. Когато диетата на майката е напълноценна и липсват някои хранителни вещества плода ги набавя от собствените си и запаси. След раждането детското развитие следва много бързи темпове и за да се гарантира добро физическо и психическо развитие, получените хранителни вещества трябва да бъдат в правилно количество и съотношение. До шестия месец кърмата освен че е достатъчна е и необходима, тъй като ензимите в стомаха и червата все още се формират и имунната система е незряла [2].

Захранването на детето е много важен момент от естественото хранене поради няколко причини. Първата е, че колкото и да е идеална майчината кърма се стига до момента, в който тя не може да задоволява нуждите на бързо растящия организъм дори когато детето изсухва достатъчно количество кърма. Енергийният състав, витамините, солите и някои минерали се оказват вече в недостатъчно количество. Поради това именно в този период се проявяват открито желязодефицитните анемии и рахитът. Това налага и необходимостта от ранно захранване на детето, за да се задоволят пълноценно неговите потребности. Освен това чрез немлечните храни, които се включват в хранителния режим, около четвъртия месец детето получава допълнително към кърмата и растителни и животински балтъчини, полизахариди и други важни елементи. Чрез плодовете и зеленчуците се доставят моно- и дизахариди, калциеви и фосфатни соли, магнезии, желязо и други. Друга важна причина за захранването е необходимостта детето постепенно да бъде привиквано към извънмлечни, но трърди храни с вкусови качества, за да може да осъществи преходът към храненето на възрастния човек.

В Таблица 1. е указано примерно меню за захранване на детето в периода от четири месеца до една година според Американската педиатрична асоциация.

Таблица 1.

Възраст	Вид храна	Как да я приготвим
4-6 месеца	Каши богати на зърнени култури (Зърнените закуски дават на бебето желязо, важен хранителен елемент той се нуждае в момента. Бебето се ражда с природен резерват на желязо, което започва да се изчерпва около 6-месечна възраст.)	Приготвя се с адаптирано мляко, кърма, а в някои случаи и с вода.
6-8 месеца	Пюрирани или изстискани плодове (банани, круши, ябълки, кайсии) Кисело мляко (пълномаслено мляко или соево мляко)	Измиват се всички пресни плодове, след което се пекат, варят или изстискват до пълното им размекване. Може да ги пюрират с миксер, блендер или на ръка. Добавете малко количество течност като адаптирано мляко, кърма или вода като за начало. В началото ги пригответе с водниста консистенция, като постепенно се намалява количеството на добавената течност. Към всяка от тези храни могат да се добавят оризови култури, за да се увеличи обема , ако е необходимо.
	Пюрирани зеленчуци (авокадо, моркови, грах, картофи, тиквички)	Измиват се всички пресни зеленчуци, след което се варят, пекат или размачкват до пълното им омекване. Може да се пюрират с миксер, блендер или на ръка. Добавя се малко количество течност като адаптирано мляко, кърма или вода като за начало. Може да се използва по-малко количество вода и по този начин да се спомогне привикването на детето към новите храни.
	Протеини: нарязано с рязмерите на грахово зърно и сготвено пилешко, пуешко месо; обезкостена риба, а също и бобови култури (леща, черен, червен или шарен фасул).В миналото докторите препоръчваха да се изчака преди добавянето на месо в детското меню. Днес отбелязват, че месото е богат източник на желязо особено за кърмените деца, които може да не го получават в достатъчно количество.	Нарязват се месото или рибата на много ситни късчета. Бобовите култури могат да се сварят и направят на каша.
8-10 месеца	Плодови и зеленчукови каши Яйчен жълтък, БЕЗ белтък	Не е необходимо да се пюрират зеленчуците, сваряват се до размекване и се намачкват. Същото важи и за плодвете, като при меките плодове като банан и авокадо не е нужно да се варят.
	Меки бисквити, макаронени изделия нарязани на ситно.	Макаронените изделия се нарязват на много ситни парчета, така че родителят да е сигурен , че детето няма да се задави докато ги преглъща.
	Млечни продукти: малки количества извара или пастъризирани (топени) сирена.	Нарязва се сиренето на ситни парченца.
	Яйца (цяло яйце обичайно не се дава до 1-годишна възраст, но препоръките варират. Може да се допитате до личния лекар на детето.	Бъркани или твърдо сварени и накълцани на ситно.
10-12 месеца	Детето може да опита да се храни с повечето храни от вашето меню, ако са ситно нарязани или направени на каша, за да са лесни за дъвкане и преглъщане. Освен, ако нямате фамилна обремененост с алергии, според Американската педиатрична асоциация не е необходимо да се избягват фъстъчени продукти, яйца или риба до първата година. Въпреки това мнозинството от педиатри подхождат с внимание към добавянето на този тип продукти към детското меню поради високите рискове от прудружаващите ги алергични реакции. Избягвайте кравето мляко и меда поне до 1 година. Медът може да причини опасното заболяване ботулизъм.	Докато детето се сдобива с все повече зъби, то ще се научава да дъвче по-ефективно и ще започне да се храни с по-големи парчета храна. Въпреки това то трябва са бъде наблюдавано дали дъвче правилно, и когато има съмнение , че ще се справи с по-големите късове храна – нарязват се на ситно. Особена внимание се обръща на кръгли, твърди храни, като грозде и кремвирши, които представляват голям риск от задавяне при бебетата. Трябва да бъдат нарязани на много малки парченца.

Примерно меню за захранване на детето в периода от четири месеца до една година според Американската педиатрична асоциация [3].

Изчакването няколко дни след въвеждане на нова храна е най-сигурният начин да се проследи дали са налични алергични реакции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Осигуряването на правилно развитие на детето зависи от добре изградените хранителен и двигателен режим. Тук се появява и една от основните задачи на здравния специалист или лекаря водещ детската консултация. Изграждането на правилен хранителен режим в ранна детска възраст е навременна превенция срещу редица социално значими заболявания в детско-юношеска възраст като диабет, артериална хипертония, затлъстяване.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Трифонова, Л. – „Хранене на детето”, трето издание, Издателство БЕЕСТСЕЛЪР, София, 2007

[2] <http://bebesencamino.com/articles/alimentacion-durante-el-primer-ano-de-tu-bebe>

[3] <http://www.webmd.com/parenting/baby/baby-food-nutrition-9/baby-food-timeline>

За контакти:

Боряна Венциславова Георгиева – студент трети курс, специалност „Акушерка”, факултет – Обществено здраве и здравни грижи – РУ „Ангел Кънчев”

e-mail: zak13@abv.bg; тел. – 0896 762 927

Научен ръководител: Доц. Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев ” – гр. Русе, iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Новороденото дете – основни особености и групи, според теглото при раждане

автор: Камелия Василева
научен ръководител: Иваницка Сербезова

Newborn – basic features groups according to birth weight: *An infant (from the latin words infants – meaning “unable to speak” or “speechless” is the very young offspring of a human. When applied to humans, the term is usually considered synonymous with baby or newborn. The term infant is typically applied to young children between the ages of 1 month and 12 months; however definitions may vary between birth and 2 years of age. A newborn is an infant who is only hours, days, or up to a few neonate /from latin neonatus, newborn/ refers to an infant in the first 28 days after birth. The term applies to premature infants, post mature infants , and full term infants. Before birth, the term fetus is used.*

Key words: *Newborn, premature infants, post mature infants and obstetric care.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Перинаталната медицина е сравнително млада специалност, която е тясно свързана с неонатологията и раждането. Занимава се с физиологията и патологията на феталното и неонаталното развитие. Регламентирането на неонаталните грижи и изграждането на неонатологичните звена рефлектира както върху перинаталната смъртност така и върху неонаталните показатели. Неонатологията е клинична специалност, чиито обект са новородените деца. Основната цел на тази клинична специалност е осигуряване на оптимална послеродова адаптация на новородените деца и адекватно лечение на всички патологични състояния в неонаталния период. В последно време неонатологичната помощ се развива с много бързи темпове. Предпоставки за това са въвеждането на много биохимични и биофизиологични методи и модерни технологии, както и наблюдението на бременната и оптималното водене на раждането. В цял свят като успешна практика в неонатологията се смята – интензивното наблюдение, интензивната терапия на новороденото във фазите на адаптация към екстраутеринния живот [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Организмът на новороденото притежава редица съществени и анатомични особености, които го отличават много от организма на голямото дете и възрастния и го правят особено уязвим и лабилен през неонаталния период.

В зависимост от гестационната възраст новородените се подразделят на:

- ❖ доносени – 38 – 42 г.с. / 259 – 293 дни/;
- ❖ недоносени – под 37 г. с. / 259 дни/;
- ❖ преносени – над 42 пълни г.с. / 294 дни/ [3].

Бремеността се отчита чрез т. нар. гестационна седмица. Думата произлиза от латинската дума „гестация“, която в превод означава бременност. Гестационната седмица е колкото нормалната календарна седмица – 7 дни. Гестационната седмица се определя въз основа на 5 показателя. Критериите които се прилагат от акушер – гинеколозите са:

- ❖ дата на последен менструационен цикъл;
- ❖ ехографски данни за приблизителна гестационна възраст на плода;
- ❖ антропометрични данн (тегло, ръст, обиколка на главата);
- ❖ морфологични критерии (кожа и прозрачност на съдовете, ореола и оформени мамили, разположените на пъпа, полови органи, форма на ушните миди, ноктите, верникс и др.),неврологични критерии: поза, мускулен тонус;
- ❖ електроенцефалографски и електромиографски критерии.

За потенциално жизнеспособен плод в България се определя новородено с:

- ❖ телесна маса при раждането 800 и повече грама или гестационна възраст 26 или повече седмици, независимо дали е жив или мъртъв;
- ❖ телесна маса под 600 грама и гестационна възраст под 22 седмици, ако е роден жив и е живял поне 3 денонощия [1].

Освен по тези и някой други чисто количествени параметри, доносеното и зряло новородено има редица важни анатоми – физиологични характеристики, които го отличават от недоносите и незрелите деца.

1. Анатомични особености на здраво, доносно новородено.

1. Телесна маса и ръст - два показателя за оценка развитието и зрелостта на новороденото. Те зависят от редица фактори като: генетични, конституционални, пол, възраст, паритет и режим на хранене на майката, срок на бременността, социално-икономически условия, интоксикационни влияния и други. Теглото на доносно еутрофично новородено варира от 2500 - 4500 гр. и е най-често около 3300 - 3600 гр. Ръстът – в границите между 47 - 54 см, като най-често е 50+/-1 см. Родените с тегло над 4500 г. се наричат „гиганти“.

2. Глава – новороденото има относително голяма глава. Тя е $\frac{1}{4}$ от дължината на тялото. Обиколката ѝ е средно около 34 – 35 см., с 2- 4 см. по-голяма от тази на гръдния кош. Лицевата част на черепа е малка. Костите са твърди, но шевовете не са сраснали, което улеснява конфигурацията на главата по време на раждането. Голямата /предна/ фонтанела е отворена с размери $\frac{2}{2}$ см. /с индивидуални разлики/ и ромбовидна форма. Патология е хлътнала или напрегната фонтанела. Окципиталната /малка/ фонтанела обикновено е затворена. При недоносени новородени тя е отворена. Ушите на доносеното новородено са с добре оформени ушни миди и са отлепени от главата, докато при недоносените е обратно.

3. Крайниците са относително къси - $\frac{1}{3}$ от общата дължина, почти без разлика между долни и горни крайници, флектирани /свити/ в лакътните и коленните стави и приближени до тялото.

4. Кожата е гладка и розова, с добър тургор и еластичност, покрита с нежни косъмчета – лануго /по-обилно при недоносените/. Масните жлези са по-добре развити от потните. Кожата е и орган на дишането, тя има голяма отделителна и регенераторна способност.

5. Ноктите - меки са и излизат извън нокътното ложе при родените в термин. Тяхното развитие завършва към 7 – 8 лунарен месец. При деца родени преди термин, растежът на ноктите не е приключил.

6. Мускулната система - съставлява 23% от телесната маса. Тя е недобре развита с преобладаваща интерстициална тъкан и тънки влакна, особено на крайниците. Непосредствено след раждането се наблюдава краткотрайна хипотония, заменена от физиологичен хипертонус, който е налице до 3 - 4 месец и е свързан с особеностите на ЦНС.

7. Костите – меки, еластични, съдържат много вода, малко плътни вещества и са богато кръвоснабдени. Образуването на хрущялния скелет постнатално започва след 2-я месец.

8. Дихателна система – анатомичните особености на гръдния кош /хоризонтален ход на ребрата, слабо развита интеркостална мускулатура и висок стоеж на диафрагмата/ обуславят косто-диафрагмален тип на дишане. Новороденото диша само през носа, чийто отворите са тесни, с богато кръвоснабдена лигавица.

Преминаването към екстраутеринен начин на живот е свързано с установяване на белодробната вентилация. Важни условия за това са:

- ❖ зрелостта на белодробната тъкан;
- ❖ наличие на достатъчно сърфактант, чието нормално образуване и натрупване завършва към 32 – 34 г.с.;
- ❖ освобождаването на белия дроб от изпълващата го антенатално течност, което се извършва по време на родовия акт и в първите часове след него;
- ❖ снижаване на парциалното налягане на кислорода след клампиране на пъпната връв;
- ❖ тактилни и температурни дразнения и други [3].

9. Сърдечно - съдова система - Сърцето на новороденото е относително голямо, почти хоризонтално разположено, с ударен обем 18 - 20 мл. и пулсова честота 120 - 160/мин. След раждането настъпва прекратяване на фето-плацентарния кръвоток и функционално затваряне на феталните шънтове. Персистиране на високо белодробно съдово съпротивление /ателектаза, аспирация на околоплодни води, , създава условия за шънтиране на кръвта, което при незрели деца най-често касае кръвоток през артериалния канал. Неблагоприятен ефект за неговото затваряне има и повишената активност на простагландин Е.

10. Кръвотворна система - кръвотворенето след раждането запазва ембрионалния си характер с огнища на екстрамедуларна хемопоеза. То е с подчертана неустойчивост спрямо външни фактори и голяма регенераторна способност. В първите дни след раждането настъпва физиологична хемολиза /разграждане/ на еритроцитите, чийто брой и съдържание на хемоглобин намаляват.

11. Храносмилателна система. Тя функционира още втρεутробно, но има незавършено развитие и намалени функционални възможности постнатално. Стомашно - чревният тракт се отличава със значителна пропускливост и ниска ензимна активност. В първите 24 - 48 часа той е стерилен /асептична фаза/, след което контаминацията му зависи от вида на приеманата храна /при естествено хранене – *B. bifidum*, при изкуствено хранене – *V.colii*/. Чернодробната активност е снижена. Това се отразява на билирубиновата обмяна /иктер/, влошава защитните и дезинтоксикационни функции. Устната кухина е малка, езикът е най - мощният мускулен орган. Вродени са сукателния и гълтателен рефлекс.

12. Пикочолова система - бъбреците са относително големи, ниско разположени и имат достатъчен брой гломерули /2 милиона/. Пикочният мехур е с вместимост 50 - 80 мл и съдържа урина още втρεутробно.

13. Нервна система - главният мозък е относително голям /350 - 400гр./, с тънка кора, набелязани големи бразди и добре представени ядра. Стволовите структури, гръбначният мозък и вегетативната нервна система са със завършен строеж и функционална зрялост. Постнатално ЦНС продължава да се развива, като преобладава подкорияето /кората е слабо диференцирана/ [3].

II. Недоносени новородени деца.

Деца родени преди изтичането на нормалния срок на бременността (преди 37-та седмича) с тегло под 2500 гр. и ръст под 45 см., се наричат недоносени. Те спадат към групата на рисковите новородени. У недоносените анатомичните особености се изразяват преди всичко в общите размери на детето. От тях най-съществено значение има ръстът и теглото. Несъответствието между тях говори за неправилно протичане на бременността и се изразява предимно в теглото. Теглото зависи повече от здравословното състояние на майката и плода през последните месеци и отразява здравословното състояние и жизнената годност на детето неговата приспособимост. Ето защо при определяне степента на недоносеност практически полезен се оказва тегловият показател.

Групи недоносени деца:

- ❖ Деца с тегло при раждането от 2000 до 2499 гр. са определени като група с ниско тегло и първа степен недоносеност;

- ❖ Деца с тегло от 1500 до 1999 гр. при раждането са с ниско тегло и втора степен недоносеност;
- ❖ Деца с тегло от 1000 до 1499 гр. при раждането са с много ниско тегло и трета степен недоносеност;
- ❖ Деца с тегло от 800 до 999 гр. при раждането са с екстремно ниско тегло и четвърта степен недоносеност. В България тази група деца с тегло под 1000 гр. до 2000 гр. се регистрира като живородено дете след преживяване на 7 дни [1].

Общият вид на недоносеното дете е доста характерен. То е не само по-дребно по размери, но е и слабо охранено, поради това че натрупването на подкожна тлъстина става в последните дни на бременността. Кожата му е тънка, суха, набръчкана. Липсата на подкожна тлъстина по лицето придава на недоносеното характерен старчески вид. Поради намалената жизненост движенията му са вяли и бавни. Анатомичната незавършеност на недоносеното се изразява в още по-подчертана непропорционалност в размерите на отделните части на тялото. Главата е относително голяма с малка лицева част. Черепните кости са меки и разделени с широки, невокостени шевове. В зависимост от степента на недоносеност се откриват незараснала малка и даже странични фонтанели. Очните ябълки са силно изпъкнали. Ушните миди са прилепнали до главата. Шията е тънка и къса. Коремът е голям и разлят. Половите органи са по-малко или повече недоразвити. У момчетата се наблюдава десцензус на тестисите, а у момичетата големите срамни устни не са оформени, поради което малките устни и клиторът изпъкват и вулвата зее. Окосмяването на недоносеното е недостатъчно, космите са къси, тънки. Кожата е покрита с добре изразено лануго, доста обилно по раменете и гърба, даже и по лицето. При недоносените липсва *vernix caseosa*. Крайниците са относително много по-къси, тънки с недоразвита мускулатура [2].

Първите грижи за недоносените новородени имат за цел да подпомогнат послеродовата адаптация и да снижат рисковете за здравето на бебето.

Усилията на неонатолозите са насочени към:

- ❖ мониторинг на жизнено важните показатели и топлинен комфорт;
- ❖ подпомагане на кардиопулмоналната адаптация;
- ❖ корекция на алкално-киселинния статус;
- ❖ осигуряване на енергия и течности;
- ❖ непрекъснато наблюдение и преценка на промените в състоянието [2].

III. Преносени новородени.

Те са деца родени след 42 гестационна седмица. При хронологично преносена бременност новородените всъщност са доносени, здрави, обикновено имат по-голяма от средната телесна маса, нерядко около 4000 гр. Биологична истински преносена се нарича бременността, от която се ражда дете с клинични признаци на преносеност, респективно с данни за хронична плацентарна инсуфициенция. Едрите деца на хронологично преносена бременност могат да създадат затруднения при раждането като израз на пелвео-фетална диспропорция и функционално тесен таз. Според степента на изразяване на биологичната преносена бременност и продължителността на плацентарната инсуфициенция децата се раждат с т. нар. синдром на преносване, който Clifford разделя на три степени:

1 степен- новородените имат дълги нокти, и сранително къса коса, намалена подкожна тъкан, слаби кожни гънки, ръце на „перачка“, умерено изплашен израз на лицето. В 30% се среща умерено респираторен дистрес синдром.

2 степен - към проявите на първата степен се прибавят мекониално оцветена кожа и околоплодни цици.

3 степен - жълто оцветена кожа и околоплодни цици. Тежък респираторен дистрес синдром и често увреждане на ЦНС. Децата имат сбръчкана суха кожа, старчески вид. Характерно усложнение на преносените новородени деца с т.нар.

мекониален аспирационен синдром - аспирация на мекониум от плода преди и често през време на раждането.

Поради високия перинатален морталитет и честите усложнения, преносените деца са рисков контингент и изискват интензивно наблюдение и грижи [2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мигът на първото докосване до новородената рожба, на първата милувка е най - съкровеният в живота на всяка жена. Раждането е тайнство, пред което бъдещата майка е в неизвестност. Но бъдещите родители трябва да знаят, че тяхното здраве е от първостепенна важност за здравето на децата им. Не може при родители, които не живеят здравословно, пушат, пият, употребяват наркотици, да очакваме, че ще имаме здрави деца. Много е сериозен проблемът с репродуктивните неблагоприятия, със спонтанните аборти, с мъртвите раждания, с децата, родени с дефекти. По данни на литературните източници [1, 2, 3], почти половината от новородените у нас са недоносени, с лоша прогноза. Главната причина за раждането на недоносени бебета е в качествена промяна на живота на жените, който е много повече стресов в сравнение с живота на предишното поколение. Повечето недоносени новородени са с тегло по 600, 800, 900 грама. Само до преди 15 - тина – 20 години тези деца биха били обречени, повечето такива бебета действително не оцелявали – действал естественият подбор. Задължително е по време на бременността младата майка да се пази от стрес и натоварвания. Това са част от профилактичните грижи, който трябва да спазва бъдещата майка по време на бременността. Още един от най - големите проблеми на съвременните родилки са инфекциите, както и недостатъчните количества витамин D. Здравето на детето изисква особено внимание.

Днес неонатологичната помощ се развива с много бързи темпове в унисон с техническата революция. Важна част от неонатологичната помощ е прилагането на високоспециализирани акушерски грижи при недоносени и преносени новородени. Първите грижи за новороденото са съществен фактор за състоянието на новороденото и бъдещото му качество на живот. Ето защо се вмени във функцията на акушерката да има квалификация и да може да прецени хода на адаптацията на всяко новородено дете.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Сербезова, И., Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, Русе, 2013 г., стр. 235 – 236

[2] <http://medicina-bg>

[3] <http://www.premature-bg.com>

За контакти:

Камелия Друмева Василева, III курс “Акушерка”, Факултет “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски университет „Ангел Кънчев”, тел: 0894413066, kamencee_@abv.bg

Научен ръководител: Доц. Д-р Иваничка Сербезова, Факултет “Обществено здраве и здравни грижи” Русенски университет „Ангел Кънчев”, тел: 0888731063, iserbbezova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Неонатален инкубатор и работа с него при рискови новородени деца

автор: Аксел Сами
научен ръководител: Иваницка Сербезова

Neonatal incubator and work with it at newborns in risk: The incubator is used in the care of premature babies and there are certain requirements to work with him.

Key words: incubator, newborn, prematurity, obstetric care, requirements

ВЪВЕДЕНИЕ

Преждевременното раждане е един сериозен проблем, който в България е с тенденция към нарастване. Честотата на раждане на недоносени деца е сравнително висока. Те изискват много повече специални грижи, съвременна апаратура и по-дълъг престой в болничното заведение.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Основният критерий за недоносеност е гестационната възраст (раждане преди 37 г.с.). Обикновено преждеременно родените деца са с тегло под 2500 гр. Сериозни проблеми в здравословното състояние са налице при недоносените деца с много ниско тегло (под 1500 гр.) и особено при тези с екстремно ниско тегло (под 1000 гр.) [3]. Най-тежката степен на недоносеност изисква лечение 2-3 месеца в болнично заведение[4]. Това се осъществява чрез т.н. кувьоз.

Инкубаторът(кувьоз) за интензивна терапия е конструиран с цел осигуряване на оптимални условия за грижа на родени в критични състояния. Основните дейности на инкубатора са свързани с осигуряване на среда, близка до майчината утроба.



Изисквания за инкубатора:

- 60% влажност (стерилна дестилирана вода)
- 35 градуса температура
- работещ монитор
- кислород
- подготвени пелени и постелно бельо [2].

Съвременният инкубатор трябва да осигурява стабилен топлинен комфорт, дозирана влажност и кислородотерапия. Създаването на съответния температурен режим и ниво на влажност, са основни условия за стабилизиране на състоянието на детето. Плавното регулиране на загряването на въздуха в кувъза се осъществява чрез микропроцесорен контрол, реагиращ и на най-малкото изменение на температурата на околната среда. На яркия, удобен за четене контролен панел се отразяват данните по скалата на Целзий и Фаренхайт. Инкубаторът е снабден с двойни стени, осигуряващи активно затопляне на въздуха и неговата неподвижност под капака. Конструкцията на кувъза предвижда минимално ниво на шум и вибрации, което е особено важно за деца с поражения на централната нервна система. Бактериалният филтър, създаден от специален материал, свежда до минимум риска за инфектиране на детето. Топлата въздушна завеса предпазва от загуба на топлина. Съвременният инкубатор е поставен на мобилна основа, с 4 колела, 2 от които са със спирачки.



Акушерката, работеща в интензивно отделение за новородени е длъжна да познава в детайли устройството и възможностите на инкубаторите, с които е снабдено отделението и да работи с тях. В интензивното отделение за новородени 24 часа в денонощието се поддържа стерилен, затоплен, подготвен инкубатор, готов да приеме дете при спешност. Поддържането на инкубатора в изправност, както и дезинфекцията след изписване на дете е основно задължение на акушерката.

Недоносеното или детето със застрашени жизнени функции се отглежда в кувъза голо, евентуално с памперс или триъгълна пелена. Положението „по коремче“ не винаги може да се приложи. За новородените с прикрепени към гръдния кош електроди за мониторинг контрол, кожен термометър, трайна капкова инфузия и евентуално система за събиране на урина, най-удобно е положението по гръб или на една страна. В тези случаи дишането може да се улесни чрез поставяне на прегънатата пелена под лопатките или чрез автоматично повдигане на подложката на инкубатора с наклон около 30⁰ откъм главичката. Ако детето остане трайно в това положение, може да се развие декубитус, а в белите дробове може да настъпи хипостаза – причина за така наречената хипостатична пневмония. Детето в кувъза трябва да се обръща на всеки 3-4 часа. При странично положение акушерката подpira детето с руло от пелена, поставено по протежение на гръбначния стълб. Смяната на положението се извършва от две акушерки за да се избегне екстубацията[1].

Кожата и пъпният остатък са най-честа входна врата за възникване на инфекциозна патология в организма. Акушерските грижи са насочени към поддържане на правилен хигиенен режим. Особено внимание трябва да се отдели на стерилността на кувъза, на овлажнителите, пелените и най-вече ръцете на персонала. Всеки уред или посobie, което се внася трябва задължително да се дезинфектира. При рискови новородени деца тоалет на кожата се извършва внимателно, нежно и често.

Специални грижи са необходими ако детето се обдишва с постоянно повишено налягане по назален път. Акушерката, която се грижи за недоносеното с назален тубус, трябва да внимава да не травмира носния хрущял. При назотрахеална интубация на новородени, подложени на изкуствена вентилация, акушерката контролира проходимостта на назалния тубус. Замърсените левкопластни ленти, с

които тубусът се фиксира към кожата, трябва внимателно да се подменят с чисти, без да се промени положението на тубуса [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Благодарение на усъвършенстваната медицинска апаратура, е възможно отглеждането дори и на екстремно недоносени деца(1000-800g) до достигане на оптимално тегло и доразвиване на някои органи и системи, след което те могат да преминат на самостоятелно дишане и регулиране на телесната температура. Важна роля за превенция на раждане на недоносено дете има акушерката в женска консултация, която трябва да дава съвети на бъдещата майка за хигиенните грижи, задължителни за спазване, защото до известна степен асцендиращите микроорганизми могат да доведат до преждевременно раждане. Много е важно периодичното проследяване на бременността и при най-малката ѝ застрашеност да се вземат адекватни мерки.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Сербезова, И. Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени

[2] Луканова, Й. Опорни точки за клинична практика на акушерки

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

[4]<http://www.marica.bg/>

Снимки: www.google.bg

За контакти:

Аксел Сами, Акушерка 3ти курс, Катедра „Здравни грижи“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, Русенски университет "Ангел Кънчев", моб.тел: 0897823839, имейл: aksi_sami@abv.bg

Научен ръководител: Доц. Иваничка Сербезова, Катедра „Здравни грижи“, Русенски Университет "Ангел Кънчев", e-mail: vania_serbezova@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Хранене на новороденото дете – какво още трябва да знаят акушерките.

автор: Лейля Лютфиева
научен ръководител: Иваницка Сербезова

Feeding the newborn - what else should know midwives: The present report is viewed everything connected with the natural nutrition of newborn children – breastfeeding, advantages of breastfeeding and breast milk, way of breastfeeding, breastfeeding positions, positions for belching after eating and diet from the day of birth until the end of the 12th months.

Key words: Nutrition, Breastfeeding, Newborn, Advantages of breastfeeding, Breastfeeding positions, Positions for burping.

ВЪВЕДЕНИЕ

Целта на този доклад е да се проучи литературата, свързана с естественото хранене на новородените деца – кърменето и да предостави информация на бъдещите здравни работници, които да предадат проучената информация на бременните, раждащите и родилките, за да могат след раждането те да се грижат за своите деца по най-добрия начин.

Новороденото дете може да бъде нахранено по няколко начина: естествено (кърмене до 4-6 месечна възраст, предимствата на естественото хранене го правят предпочитано от майките и препоръчвано от лекарите) [2], изкуствено (адаптирани млека) и смесено. Образоването на майчиното мляко е сложен физиологичен процес, който се осъществява в майчините гърди. Процесът на образуване на млякото, се регулира от пролактина, който се отделя от предния дял на хипофизата и окситоцин, отделящ се от задния дял на хипофизата. Пролактинът влияе върху млечните жлези и стимулира образуването на мляко: колкото по-силно суче бебето, толкова повече пролактин се секретира и съответно се образува повече мляко [6]. Факторите имащи отношение върху количеството и състава на майчиното мляко са: жлезната тъкан в гърдите, психическото състояние на майката, физическото състояние и храненето [3].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Храненето е един от най-важните екзогенни фактори, които оказват влияние върху растежа и развитието на детето [3]. Най-добрият начин за хранене на новороденото е естественото хранене. Изкуствено хранене се прилага, когато не е възможно кърмене по различни причини от страна на майката (СПИН, Луес, Хепатит В и С, Диабет, Тиреотоксикоза, Психиатрично заболяване, медикаменти, Хипогалактия и др.) и от страна на детето (Мозъчен кръвоизлив, Остра дихателна недостатъчност, Сърдечно-съдова недостатъчност, хипербилирубинемия от майчина кърма и др.) дозировката е същата, както при кърменето. Смесено хранене се започва, когато новороденото е неспокойно и плаче след нахранване, т.е. кърмата му е недостатъчна. Смесено хранене се назначава след консултация с педиатър след направено пробно кърмене [7] - съблича се бебето притегля се и след кърмене отново се тегли, за да се прецени какво количество кърма е поело за едно хранене [4]. Енергийната стойност на кърмата се измерва в джаули или калории.

Едно от основните задължения на акушерката е да мотивира жената да кърми. Кърмата съдържа незаменими аминокиселини, които не се синтезират в организма, и имат отношение към мозъчното развитие. В кърмата има въглехидрати, като лактоза, която се разгражда до глюкоза и галактоза, която води до подобряване на мозъчната дейност (миелинизация). При кърмените деца в храносмилателния тракт

се изолира Бактериум Бифидус, което спомага за развитието на ентероцитите. Докато децата на изкуствено хранене са по-склонни към разстройства и алергия, поради адаптираните млека стимулиращи Ешерихия Коли. При кърмените деца в напреднала възраст се наблюдават по-малко проблеми с очите и затлъстяването е по-рядко [3].

Предимства на естественото хранене:

Лактацията е процесът на образуване и отделяне на мляко. Чрез сучене от гърдата кърмачето контролира този процес. Образованото количество мляко се регулира от силата на сучене на кърмачето и от честотата на кърменията [6]. Майчината кърма започва с коластра (първите 5-6 дена след раждането, гърдите се усещат напрегнати. Компресите с топла вода преди кърмене улесняват изтичането ѝ). Тя е малко като количество, но е много хранителна. Преходното мляко е от 6 до 11 ден. Зрялото женско мляко е след 11 ден. В коластрата съдържанието на белтъци е 4-5 пъти по-високо в сравнение със зрялото майчино мляко. Белтъците в коластрата са албумини и глобулини и минимално количество казеини. Албумините съдържат имунни тела, които са под формата на секреторен имуноглобулин А - анти тяло, което предпазва белия дроб от инфекции. Албумините и глобулините са много повече от казеина, и това е най-голямата разлика между кърмата и адаптираните млека. Естествено хранените деца не развиват рахит. Казеинът алергизира храносмилателния тракт, не се резорбира витамин Д и калций в червата и се появява склонност за развитие на рахит. В кърмата има и секреторен глобулин А, което не се съдържа в адаптираните млека и отговаря за имунитета на детето [3].

Предимства на майчината кърма:

1. Майчината кърма е видова специфична храна, чийто състав е плод на продължителна еволюция, датираща от появата на Хомо Сапиенс.

2. Задоволява енергетичните нужди на детето през първите 4-6 месеца от живота.

❖ Съдържа повече от 20 антиинфекциозни фактори.

❖ Налице са повече от 100 ензима, които не само подпомагат храносмилането, но и стимулират развитието на чревната лигавица и нейната бариерна функция.

❖ Предпазва от инфекции стомашно-чревния тракт, дихателната система, предотвратява развитието на отити и алергизирането на организма.

❖ Създава оптимален контакт между майката и детето, който повлиява поведението на детето през следващите месеци и години [2].

3. Майката не губи време за подготвяне на храна.

4. Кърмата е прясна, стерилна, затоплена.

5. Златен стандарт, съобразен с анатомичните особености на детския организъм.

6. Протеините на млякото съдържат незаменими аминокиселини, без да претоварват бъбреците [3].

Техника на кърменето:

1. Родилката си измива ръцете с топла вода и сапун и ги дезинфекцира.

2. Прави тоалет на гърдите с топла вода и неутрален сапун, ако зърната са хлътнали ги облива и със студена вода.

3. Заема удобно положение, в зависимост от позата която е избрала.

4. Поставя показалеца на едната ръка между носа на бебето и гърдата, за да може да диша.

5. В първите дни бебето се поставя на всяка гърда за 5-7 минути, за да се улесни рефлексът за отделяне на мляко и да се избегне неговия застой. В последствие времето се удължава от 20 до 40 минути.

6. Бебето се оставя на гърда докато суче истински. Когато заспи се събужда, като се побутва по рамото. Когато започне да си играе със зърното,

майката поставя кутрето си между зърното и ъгъла на устата му, за да пусне зърното. Смученето на зърното улеснява тяхното нараняване и образуването на рагади.

7. След като го накърми, изчаква то да се оригне и го поставя на една страна в леглото му.

8. Следва изцеждане на гърдите, което през първите дни е добре да се направи на ръка, след това може да се изцеждат със специални помпички за родилки. Целта е да се избегне застоят на мляко, гърдите да се изпразнят редовно и докрай. Ако се наблюдават втвърдявания, изтичането на мляко се улеснява чрез топли компреси.

9. След изцеждане се прави отново тоалет на гърдите.

10. Третират се с подходящ подхранващ и защитен продукт.

11. Препоръчва се носене на специален сутиен с подложки, които трябва да се сменят след всяко кърмене.

12. Препоръчва се правилно хранене на майката - трябва да приема 600-800 kcal дневно, около два литра течности дневно. Трябва често да си почива. Неприятните емоции, стресът и преумората влияят отрицателно върху образуването на мляко [1].

Пози за кърмене:

1. Поза „Люлка“ – бебето се поставя с главичката в сгвката на лакътя на майката, дупето му е в дланта ѝ, бебето е изцяло обърнато към нея - корем до корем. Предимствата на тази поза са, че бебето се чувства защитено и обърнато както в утробата.

2. Легнала позиция – Тя е подходяща за дните след раждането, когато обикновено родилките изпитват дискомфорт в седнало положение, както и за нощни кърмения у дома.

3. Поза „Футболна топка“ – Бебето лежи върху възглавница поставена на бедрото на майката, крачетата му са зад лакътя на майката. Ръката към съответната гърда придържа и насочва главичката на бебето. Подходяща за кърмене на близнаци, след Цезарово сечение.

4. Поза „Конче“ – Родилката лежи по гръб, бебето е по корем върху тялото ѝ с крачетата пуснати надолу, обхващайки бедрото ѝ, сякаш е седнало на конче. Подходяща е при силен рефлекс на потичане на кърмата, при бебета с анатомични проблеми-цепки на устната, изместена долна челюст и др.

5. Изправена поза – Бебето се полага в легнало положение върху ръцете на жената, подобно на поза люлка, жената стои права.

Оригване на бебето след хранене:

Помога на бебето да се отърве от въздуха, което е погълнало по време на хранене. Когато бебето не се оригне след хранене и е погълнало твърде много въздух, това може да доведе до повръщане или образуване на газове. При бебетата, които не се оригват след хранене, може да се появят и колики, които са доста по-голям проблем.

Пози за оригване на бебето:

1. Класическа позиция през рамото – Жената сядва с изправен гръб и държи бебето срещу гърдите си. Брадичката на бебето лежи върху рамото на жената, едната ръка подкрепя бебето, а другата леко потупва гърба на бебето.

2. Позиция в скута – Жената сядва и поставя бебето изправено или седнало в скута си. Държи го с едната ръка отпред пред тялото му и го навежда леко напред. Поставя дланта си отпред точно под гръдния му кош и прилага нежен лек натиск. Може да се потупа по гърба или да се направят кръгове със свободната ръка, докато се достигне до самото оригване.

3. Поза в легнало положение – Постава се в скута на майката, в легнало положение по корем, като леко се докосва гърба му докато се оригне. Може да е по-удобно, ако се постави възглавничка в скута [5].

Обем на стомаха на бебето:

- От 1 до 3 ден – размерът е колкото грахово зърно и капацитета му е 10-15мл на денонощие.
- От 4 до 7 ден – размерът е колкото черешка и капацитета му е до 200мл на денонощие.
- От 8 до 30 ден – размерът е колкото орех и капацитета му е до 800мл на денонощие [4].

Режим на кърмене:

- 1 месец – 7 пъти през 3 часа
- От 2 до 4 месец – 6 пъти през 3 часа
- От 5 до 10 месец – 5 пъти през 3,5 часа
- От 10 до 12 месец – 4/5 пъти през 4 часа

Формула за определяне количеството на кърма:

$n-1(x70)$ или $(x80) = \text{мл кърма}$

n – броя на дните

70 – коефициент за деца с нормално тегло

80 – коефициент за по-едри деца

- След 1 месец

100 +m x 10

m – месеци

- След 2 месец

800мл дневно количество [3].

Оценка на храненето на бебето според пелените:

- 1 ден след раждането – 1 напишкана пелена и 1-2 наакани (черни или тъмно зелени)
- 2 ден след раждането – 2 напишкани пелени и 1-2 наакани (черни или тъмно зелени)
- 3 ден след раждането – 3 напишкани пелени и 2-3 наакани (кафяви, зелени или жълти)
- 4 ден след раждането – 4 напишкани пелени и 2-3 наакани (кафяви, зелени или жълти)
- 5 ден след раждането – 5 напишкани пелени и 2-3 наакани (кафяви, зелени или жълти)
- От 8 ден до края на 1 месец – 6 обилно напишкани пелени и 1-3 обилно наакани (жълти)

Бебето колко трябва да наддава на тегло:

Повечето бебета губят 5-7% от първоначалното си тегло през първите 3-4 дни след раждането. 2-3 седмици след раждането е нормално бебето да си е възвърнало теглото от раждането и до навършване на първия месец средно бебето трябва да наддава с 100-250гр. На седмица. Така средното повишаване на теглото на новороденото е с 450-900гр. на месец през първите три месеца [4].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Храненето не е точна наука. Концепциите в храненето се променят. Постоянна теза остава, че кърмата е главният хранителен източник през първата година от човешкия живот. Тя е видово специфично мляко, естествена, подходяща, пълноценна, лесно и пълно усвоима храна, безупречно нагодена от природата към

особеностите и потребностите на детето. Доказано е, че естественото хранене е добро за детето, майката, семейството и обществото.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Георгиева, М., Упражнение по Клинична практика, Русе, 2014г.
- [2] Масларски, П., Естествено хранене на кърмачето, // Медицинска сестра, 02, София, 2010г., стр.55-58
- [3] Сербезова, И., Специални грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, Русе, 2013г., стр.256
- [4] <http://www.babysling-bg.com>
- [5] <http://www.bremennost.bg>
- [6] <http://www.bulgermed.com>
- [7] <http://www.ginea.bg>

За контакти:

Лейля Юналова Лютфиева, III курс, Акушерка, факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, 0898478094, Leylya_@abv.bg

Научен ръководител: Доц.Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев ” – гр. Русе, iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Перинатални инфекции – какви въпроси и отговорности поставят пред акушерките

автор: Любена Димитрова
научен ръководител: Иваничка Сербезова

Perinatal infections - what matters and responsibilities placed in front of midwives - Prevention is the one of the most important things in wrestling with these diseases. Future parents should be known with their case history, and if in their families has any illness they need to test themselves, in order to protect their offspring.

Key words: *infectious diseases, perinatal, newborn, prevention, case history.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Перинаталният и ранният неонатален период на новороденото се отличават с това, че често се преплитат физиологични и патологични прояви. През цялата бременост преди пукането на околоплодния мехур, обкръжението на плода, а именно околоплодна течност, е стерилно. След раждането, плодът е изложен на риск от въздействие на патогенни микроорганизми. Родилният канал съдържа голямо количество аеробни и анаеробни бактерии, които може да имат неблагоприятно въздействие върху новороденото.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Етиологичните фактори на перинаталните инфекции в последно време се променят поради широката употреба на антибиотични медикаменти. Главна локализация на бактериалната колонизация при новороденото, през неонаталния период са: кожа, назофаринкс и ректум. По време на раждането контакта на детето с бактериите довежда до колонизация на бактерии в дихателната система, гастроинтестиналния тракт, конюнктивите. Не малко значение за разпространение на инфекциозния процес имат и ръцете на медицинския персонал.

Предполагаемата бактериална инфекция е една от най-честите причини за прием на новородени в неонатални интензивни отделения до 72 час след раждането. Всяка година в САЩ, 600 000 новородени се изследват в рамките на първите 72 часа след раждането, с предполагаема диагноза – ранно настъпила неонатална инфекция. Ранната неонатална инфекция трябва да се установи бързо при раждането и антибиотичната терапия трябва да започне веднага, защото отлагането и увеличава риска от късни последици и смъртен изход [3].

Причини за Неонаталните инфекции биват:

- Group B Streptococcus;
- Escherichia coli;
- Haemophilus influenza;
- Listeria monocitogenes [3].

Най-честите причини за неонатална смъртност са: инфекции, недоносеност и асфиксия при раждането [7].

Инфекциите у новороденото биват вродени и придобити. Плода може да се инфектира още в майчината утроба, по време на раждането и след него [5].

Предразполагащи фактори са:

- Преждевременно раждане;
- Преждевременна руптура на околоплодния мехур;
- Инфекции с фебрилитет през бременността;
- Нарушена цялост на кожата;
- Нестерилно обработване на пъпчето;
- Инвазивни процедури [3].

Пътищата по които се предават вродените инфекции са:

- Трансплацентарен;
- Асцендентен;
- Десцендентен [5].

Вродени инфекции

TORCH е акроним за група заболявания, които при бременни могат да причинят вродени дефекти на новородените. Изследването е скрининг за присъствието на антитела към който и да е от болестотворните агенти [6].

- Т- токсоплазмоза;
- О- други;
- R- рубеола;
- С- цитомегалия;
- Н- херпес симплекс [2].

Токсоплазмозата е една от най-честите антропонози.

- Причинител е *Toxoplasma gondii*;
- Пътят на заразяване е трансплацентарен;
- Последници за новороденото: Засягане на ЦНС- токсоплазмен менингоенцефалит, хидроцефалия, микроцефалия; Хориоретинит, микроофталмия; Калцификати в мозъчното вещество;

- Диагнозата се поставя чрез доказване на специфичен IgM.
- Лечението е с Пириметамин и Сулфадиазин продължава през цялата бременност. След раждането на новородено се изписва комбинация от Антибиотици, като лечението продължава до навършване на 1 година [2].

Рубеолата е персистираща вирусна инфекция.

- Причинител е РНК вирус от семейство *To-gaviridae*;
- Пътища на заразяване могат да бъдат: майчина вирусемия, хепатогенно и трансплацентарно;
- Последници за новороденото – в зависимост от срока на бременността: Аборт, мъртворождаване; Вродени аномалии; Тератогенни ефекти, като интраутеринна хипотрофия, сърдечни малформации, загуба на слуха, катаракта, глаукома и др.

- Диагнозата се поставя чрез Триадата на Gregg (вродени сърдечни малформации, катаракта, глухота) и доказване на специфичен IgM.

- Лечението е симптоматично с антипиретици и витамини [2].

Цитомегалията засяга 1-2% от всички новородени.

- Причинител е ДНК вирус от групата на *Herpes viridae* (CMV);
- Пътят на заразяване е трансплацентарен;
- Последници за новороденото: Менингоенцефалит; Хемолитична анемия; тромбоцитопения; Интраутеринна хипотрофия; Очни аномалии;
- Диагнозата се поставя чрез изолирана на вируса от слюнка, кръв или урина {PCR} и чрез доказване на специфичен IgM;

- Лечението е с Хиперимунен серум и Gancyclovir [2].

Херпес симплекс засяга 1-5% от всички новородени:

- Причинител е ДНК вирус от групата на *Herpes viridae*;
- Заразяването може да стане преди раждането, по време на и след него;
- Последници за новороденото: При локализирана инфекция са засегнати кожата, лигавицата на устната кухина и очите; При дисеминираната инфекция са засегнати ЦНС (менингоенцефалити), очите (хориоретинит, катаракта), черният дроб (хепатит);

- Диагнозата се поставя с ДНК тест, който бързо и категорично идентифицира вируса;

- Лечението е с Acyclovir 30 mg/kg/24h [2].

Хепатити А, В, С, D, като най-разпространеният е хепатит В.

- Причинители са вируси на хепатитите А, Б, Ц и Д;
- Заразяването става по време на раждането;
- Последници за новороденото: При леката инфекция- цитоллиза, хроничен персистиращ хепатит; При тежката инфекция- хроничен активен до фулминантен хепатит;
- Диагнозата се поставя чрез изследване на чернодробни ензими, хепатит тест и чернодробна биопсия.
- Лечението е симптоматично. Дават се хепатопротектори, витамини и противовирусни медикаменти [2].

СПИН – детето може да се роди клинично здраво, с много късна изява на болестта.

- Причинителят е HIV ретровирус;
- Заразяването става по време на бременността и по време на раждането;
- Последници за новороденото: Големи симптоми: интраутеринна хипотрофия, ниско тегло, фебрилитет; Малки симптоми: лимфаденомегалия, хепатоспленомегалия, дихателна недостатъчност, генерализиран дерматит;
- Диагнозата се поставя чрез специфичен тест ELISA и високите нива на IgM [2].

Сифилис – 70% от болните деца се раждат безсимптомни.

- Причинителят е бактерия, бледа спирохета *Treponema pallidum*;
- Пътят на заразяване е трансплацентарен;
- Последници за новороденото: Хипербилирубинемия; Анемия; Хеморагична диатеза; Хепатоспленомегалия; увредени кости; Хътчинсови зъби; Седловиден нос; Макулопапулозни промени;
- Диагнозата се поставя с бърз микротест;
- Лечението е с Penicillini G-5000 E/kg/24h [2].

Листерия – принадлежи към групата на зоонозите.

- Причинител е бактерия *Listeria monocytogenes*;
- Пътят на заразяване е трансплацентарен;
- Последници за новороденото: увреждане на ЦНС и вътрешни органи; увеличена слезка и черен дроб;
- Диагнозата се поставя чрез микробиологично и серологично;
- Лечението е АБ от групата на макролиди, тетрациклини и ампицилин [8].

Придобити инфекции

При тях инфектирането става след раждането. Те се срещат 10 пъти по-често и честотата им зависи от престоя в неонатологичното отделение, необходимост от инвазивно лечение, начин на хранене, ръцете на медицинския персонал и стерилността на работата в отделението [8].

Гонореен конюнктивит (*conjunctivitis gonorrhoea neonatorum*) представлява възпалително заболяване на конюнктивите на очите.

- Причинител е гонококът *Neisseria gonorrhoeae*;
- Заразяването се осъществява по време на раждането;
- Последници за новороденото. Симптомите се проявяват след 2-3 дни: клепачите на новороденото са оточни и зачервени; конюнктивите са силно зачервени и се отделя в началото серозно-кръвенист секрет, който много бързо става гноен; енд офталмит – възпаление на вътреочните кухини; пан офталмит – възпаление на всички слоеве на окото;
- Диагнозата се поставя след микробиологично изследване на вътреочна течност и хемокултура;
- Профилактика по Crede: на капване в конюнктивния сак няколко минути след раждането на 1 % разтвор на сребърен нитрат или с антибиотични разтвори (2-5 %) или сулфонамидни разтвори (30);

○ Лечението се извършва чрез промивки с разтвори на калиев хиперманганат или хибитан глюконат, антибиотици и сулфонамиди и локално прилагат антибиотици от групата на пеницилини под формата на капки [4].

Хламидиалната инфекция е широко разпространена инфекция. Три вида хламидии могат да предизвикат развитието на пневмония у новороденото.

- Chlamydia trachomatis причинява;
- Chlamydia psitaci;
- Chlamydia pneumoniae;
- Заразяването става по време на раждането;
- Последници за новороденото: негокококов конюнктивит, пневмония;
- Диагнозата се поставя след серологично изследване – ELISA;
- Лечението е с Erythromycin [4].

Микоплазмени инфекции – съществуват 17 вида, като 4 от тях са най-разпространени:

- Mycoplasma pneumoniae – инфекции на ГДП;
- Mycoplasma hominis – условно пагогенен за възрастни;
- Mycoplasma urealyticum et genitalium – негокококов уретрит при възрастни;
- Заразяването става по време на раждането или след него;
- Последници за новороденото: Фарингити; Трахеобронхити; Бронхиолити;

Пневмония;

- Диагнозата се поставя след микробиологично изследване и рентгенография;
- Лечението е с Tetracyclin, Erythromycin, Klarythromycin [4].

Моноилиаза (кандидоза) – постнаталната кандидоза е Нозокомиална инфекция при недоносени деца, лекувани дълго време с антибиотик.

- Причинител е Candida albicans;
- Заразяването става по време на раждането или след него в неонатологичното отделение;

○ Последници за новороденото – инфекцията се развива в: Устната кухина; Гърлото; Хранопровода; Генерализиран еритемен обрив; Сепсис;

○ Диагнозата се поставя на базата на клиничната картина (характерни бели налепи);

○ Лечението включва добра хигиена, Amphotericin B, Fluconazol – системни форми; Ketosomazol – локални форми [4].

Неонаталният сепсис бива ранен, късен и вътреболничен.

- Причинители могат да бъдат бактерии, вируси или гъбички;
- Ранният неонатален сепсис се развива от раждането до 7- мия ден.

Проявява се по-често при недоносени деца. Протича с висока температура, засягане на дихателната система - респираторен дистрес синдром или пневмония. Смъртността при ранния сепсис е по-висока от колкото при късния сепсис;

○ Реакция на новороденото: Лошо общо състояние, сърцебиене, задух, безапетитие, повръщане, диария, жълтеница, анемия, кръвене, гърчове.

- Последница за новороденото може да бъде неонаталният менингит;

○ Диагнозата се поставя след бактериологично изследване, рентгенография на бял дроб, ПКК;

○ Лечението е активно реанимационно, антибактериална терапия с Ampicillin и Gentamycin [4].

Отговорности от страна на акушерката.

Грижите за опазване на здравето и живота на новороденото, започват още през вътреутробния живот, продължават по време на Женската консултация, в периода на изгонване на плода, а след това през всички останали периоди на детството. Те се изразяват в спазване на хигиенните норми на живот и хранене на бременната, а също така опазването и от инфекции, които биха увредили плода. Голяма въздействие оказват физическите и психическите травми, които биха попречили за

износване на бременността. Изключително важно значение има правилното водене на раждането, без да се допуска родов травматизъм на новороденото.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

След раждането предпоставка за правилно развитие на здраво и нормално дете са естественото и правилно хранене, хигиенен режим, особено важно е опазването му от инфекциозни заболявания.

При възникване на перинатална инфекция е много важно да се избегнат усложнения и хронифициране на болестта. В това отношение много важно значение има повишаването на общата устойчивост на детето и специфичната му устойчивост чрез ваксините. Женската консултация е мястото, където акушерката проследява състоянието на бременната и развитието на плода, при наличие на отклонения от нормалното развитие и параметрите на изследванията, може да се мисли за наличието на инфекциозно заболяване.

Лечението на дете с перинатална инфекция изисква сериозни грижи от страна на майката и медицинският персонал, за да се осигури преживяемост и добро понататъшно развитие.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Вълканова, Н., лекция по Инфекциозни болести и епидемиология пред студенти на РУ „Ангел Кънчев”, Русе, 2014 г.

[2] Христова, Е., лекция по Неонатология пред студенти на РУ „Ангел Кънчев”, Русе, 2013 г.

[3] Сербезова, И., Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, Русе 2013 г., стр. 274-276

[4] <http://www.etilena.info>;

[5] <http://www.invitrobg.com>;

[6] <http://www.medpedia.framar.bg>;

[7] <http://www.premature-bg.com>;

[8] <http://www.riokoz-vt.com>.

За контакти:

Любена Димитрова, Факултет „Обществено здраве и здравни грижи”, Специалност „Акушерка”, Русенски университет „Ангел Кънчев”, тел.: 0897 833 204, e-mail: benity_00@abv.bg

Научен ръководител: Доц. д-р Иваницка Сербезова, Русенски университет „Ангел Кънчев”, Катедра „Обществено здраве и здравни грижи” e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Морбили. Какво трябва да знаем за дребната шарка?

автор: Никол Донева
научен ръководител: Иваничка Сербезова

Measles. What you need to know about measles?: Measles is a highly contagious infectious disease that was forgotten last 30-40 years. The reason for this is that in 1969, in Bulgaria was introduced immunization against measles. The immunization program was intended to cover all children up to 1971 have not been affected. A year later, immunization became compulsory for all children up to the age of one year and in 1983, introduces a double dose of the vaccine of one and four years of age. Following the introduction of compulsory immunization registered cases of the disease dramatically reduced in the period 2002-2004, not registered a single case. In 2005, in Bulgaria is imported measles virus from a Bulgarian citizen residing abroad, which has led to the registration of three cases of the disease in the same year

Key words: measles, immunization, cares, children, obstetric care.

ВЪВЕДЕНИЕ

Дребната шарка е силно заразно инфекциозно заболяване, което беше позабравено последните 30-40 години. Причината за това е, че през 1969г. в България е въведена имунизацията против морбили. Имунизационната програма е имала за цел да обхване всички неболедевали деца до 1971г. Година по-късно имунизацията става задължителна за всички деца до навършването на една година, а през 1983г. се въвежда двукратния прием на ваксината на една и четири годишна възраст. След въвеждането на задължителната имунизация регистрираните случаи на заболяването драстично намаляват, като в периода 2002-2004г. не е регистриран нито един случай. През 2005г. в България е внесен морбилен вирус от български гражданин, пребивавал в чужбина, което става причина за регистрация на три случая на заболяването през същата година [6].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Дребната шарка или както е още е известна в България - брусница, е една от най-силно заразните инфекциозни болести. Заболяването протича остро и строго циклично с характерни бифазни температурни криви, катарално възпаление на лигавиците на дихателните пътища и едър макуло-папулозен обрив.

Първото описание на вируса на дребната шарка прави арабския лекар Rhases(860-932г.,Багдад), а след него и Avicena(980-1037г.), като този вирус е смятан за видоизменена вариола. Двама учени Florescyus и Sydenham последователно изучават епидемиите в Лондон (1660 и 1664г.), както и във Франция, проучвани от Morlon, доказват, че брусницата, скарлатината и вариолата са три различни болести [3].

Вирусната етиология е установена в началото на 20-ти век чрез заразяване на доброволци с кръв от болни. За първи път причинителя е изолиран от тъканни култури през 1954г. Морбилният вирус принадлежи към семейството на парамиксовирусите (Paramyxoviridae). Размерът му е приблизително 120-250 nm. Описан е като сферично тяло, което се състои от нуклеокапсид и обвивка. Външната обвивка на вируса, наречена още суперкапсид, се състои от белтъчини, полизахариди, липиди и антигенни структури. От последните най-пълно е изучен антигенът с хемаглутинираща активност. Вирусът е слабо устойчив във външна среда, като запазва жизнеността си само около 30 минути [4].

Брусницата е универсална антропоноза, която засяга хора от всички възрасти. Заболяванията до шест месечна възраст са редки, поради предадения трансплацентарен имунитет от майката. Най-често засегнати от заболяването са деца в предучилищна възраст. Източник на заразата е само болният човек, който

отделя вируса със секрета на носоглътката си в последните 2-3 дни от латентния период и до петия ден от появата на обрива. Пренасянето на вируса става само по въздушно капков път при говорене, кихане и кашляне. Преди въвеждането на задължителната имунизация се е наблюдавала есенно-зимна сезонност на заболяването.

Входна врата за инфекцията са лигавиците на горните дихателни пътища и конюнктивата. Вирусът навлиза и се размножава първо в епителните клетки, като на мястото на проникване се развива катарално възпаление. От епителните клетки преминава към регионалните лимфни възли където се образуват гигантски клетки. Размножаването на вируса става както в левкоцитите, така и в Т-лимфоцитите. Виремията настъпва около третия ден след заразяването и трае 15-16 дни. Вирусът уврежда ендотела на съдовете, което му позволява по-лесно да преминава през тях и да се разсейва из целия организъм, като най-често атакува белите дробове, червата и кожата. Поради ранно активиращата се антителигенеза се развива реакция антиген-антияло на нивото на кожните съдове и води до появата на специфичен обрив. Увреждането на Т-лимфоцитите води до намаляване на общата защита на организма, което води до податливост на организма към други патогенни микроорганизми. В резултат на това към основното заболяване могат да се прибавят и разнообразни вторични инфекции, които да утежнят протичането на болестта.

Патологоанатомичното изследване установява наличието на дребноогнищни възпалителни промени в назофаринкса, белите дробове, ларинкса, кожата и ханосмилателния тракт. Катарите на бронхите и бронхиолите могат да се разпространят към алвеолите и да доведат до катарална бронхопневмония.

Заболяването има закономерна цикличност. Премахва през 4 основни стадия: 1.Инкубационен, 2.Катарален, 3.Обривен, 4.Реконвалесцентен.

Инкубационният период трае най-често от 6 до 17 дни, като за средна продължителност се приема 9 дни. Този период може да бъде и леко удължен при хора, получили по различни начини пасивен имунитет. В този случай инкубационният период трае до 21-28 дни. През този период не се наблюдават никакви болестни изменения. В много редки случаи може да има леко изразени продроми като краткотрайно повишаване на телесната температура, което съвпада с развитието на виремията.

Катаралният стадий трае от 2 до 6 дни. Характеризира се с остро начало и внезапно покачване на телесната температура до 38,5-39°C. В началото има вялост, отпуснатост и отказ от храна. Заболяването се задълбочава с появата на възпаление на очите, гърлото и ларинкса. Очите са зачервени, сълзящи, развива се фотофобия. Има изразени катарални явления от горните дихателни пътища. Появява се суха дразнеща кашлица и обилна носна секреция, която може да бъде серозна, гнойна или дори кръвениста. Кашлицата не се повлиава от обичайно лечение. Гласът може да пресипне. Може да се наблюдава гадене, повръщане и диария. Гърлото е зачервено с характерен енантем- разпръснати червеникави петна с неправилна форма или точковидни кръвоизливи. Един ден преди появата на обрива по букалната лигавица на устната кухина на нивото на горните кътници се появяват т.нар. петънца на Филатов-Коплик. Петънцата са групово разположени, надигнати над повърхността малки бели петънца, заобиколени от червеникав венец. Отделянето им от повърхността е много трудно. Те се дължат на некроза и дегенерация на епитела с последващо вроговяване и загуба на прозрачност.

Обривният стадий започва към четвъртия ден от заболяването. Появата на обрива обикновено се съчетава с остро влошаване на състоянието на болния, стръмно покачване на телесната температура и засилване на кашлицата. Обривът се развива етапно и десцендиращо. През първия ден обхваща лицето, шията и горната част на гръдния кош. Отначало обривните единици са оскъдни, ситни, кръгли и розовочервени. Общия вид на кожата наподобява географска карта, тъй

като някои от обривните единици се сливат и се образуват по-големи червенини с неправилна форма. Кожата между обривните единици остава непроменена. В повечето случаи лимфните възли по шията са леко увеличени. Сърдечната дейност е ускорена, дишането е изострено, често има ларингит с пресипване на гласа и експираторна диспнея. При малки деца са чести и ентероколитните прояви. След 6-7 дни обривът започва своето обратно развитие. Отначало придобива кафеникав цвят и избледнява, а след това изчезва без пигментация, може да има леко повърхностно излющване на кожата. Характерно е, че обривът изчезва приблизително по реда на появяването му, като първо изсветлява по лицето. Заедно с обрива постепенно изчезват катаралните и общите явления.

Реконвалесцентния период започва към 10-тия ден от боледуването. Температурата се нормализира, апетитът се възвръща, кашлицата отшумява, обривът е преминал изцяло. Характерно е, че въпреки подобряването на състоянието децата остават раздразнителни и срадат от безсъние през следващите няколко дни.

Съществуват няколко клинични форми. Те условно се делят на леки и тежки. Към леките форми се причислява митигираната брусница. При тази форма има слаба интоксикация. Катаралния и обривния стадий са по-къси. Общите симптоми са много леко изразени или изобщо липсват. Петънцата на Филатов-Коплик също може да липсват. Обривните единици са много бледи и значително по-оскъдни. Усложнения почти не се наблюдават. Тази форма обикновено се среща при деца, които са били ваксинирани срещу морбили или са били третирани с имуноглобулин през инкубационния период.

Към тежките форми спадат токсичната брусница, диспнеично-бронхиолитната и хеморагичната форма. При токсичната брусница още в началото прави силно впечатление абсолютната апатия на детето. То е много отпуснато, няма апетит, очите са затворени. Температурата се покачва бързо. Обривът е оскъден, но с нарастването на сърдечно-съдовата слабост бързо избледнява. Пулсът е много учестен и слабо напълнен. Крайниците треперят. Могат да се развият дори и парализи.

Диспнеично-бронхиолитната форма обикновено започва нормално, но бързо и внезапно се развива тахипнея, диспнея, мъчителна кашлица и цианоза. Обривът се появява, но още през първите 24 часа отшумява на повечето места. На местата, на които все пак остава той е бледосинкав. Често се развива и сърдечно-съдова недостатъчност. Общото състояние е силно влошено.

Хеморагичната форма протича с изобилен хеморагичен обрив, хематоми по лигавиците и кожата, мелена и хематурия.

Усложненията при брусницата са чести и разнообразни, като най-често са от страна на дихателната система. Често срещани са ларингити, бронхити и пневмонии. Те обикновено са следствие от вторична инфекция. Много драматично протича наричаният в миналото „псевдокруп“, който възниква внезапно нощем, изразява се с остра ларингеална стеноза и асфиксия. При кърмачета често има кандидоза в устната кухина. Най-сериозни са усложненията от страна на нервната система. Появата на гърч у дете болно от дребна шарка е много сериозен сигнал и изисква спешна помощ.

Лечението включва медикаментозна терапия и грижи за общото състояние. Детето трябва да се постави на легло в добре проветрена стая на максимална температура на въздуха 22°C. Много са важни грижите за устната кухина и кожата на детето. Храната трябва да бъде течно-кашава и затоплена. Препоръчителна е и терапията с витамини, които подпомагат оздравяването и предпазват детето от появата на вторични инфекции.

Примерен план за грижи при пациент с дребна шарка:

1. Осигуряване на постелен режим.
2. Грижи за стаята на болния – често проветряване, поддържане на оптимална температура и влажност на въздуха.
3. Оводняване по ентерален и/или парентерален път, особено при фебрилни пациенти.
4. Следене на дневно съотношение приети : отделени течности.
5. Пълноценно хранене с богата на витамини храна.
6. Грижи за личната хигиена и леглото на пациента.
7. Наблюдение и регистриране на виталните показатели на пациента.
8. Прецизно изпълнение на назначената медикаментозна терапия.
9. Проследяване за ранни и късни алергични реакции към приложените медикаменти.
10. Вземане, опаковане и изпращане на проби за лабораторни изследвания.
11. Използване на лични предпазни средства от персонала, обгрижващ пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въпреки разработената ваксина срещу дребната шарка, както и срещу много други заболявания много хора предпочитат да не се имунизират както и да не имунизират своите деца. Това от една страна е разбираемо поради различните становища на много учени спрямо ваксините, тяхното действие и рискове. Въпреки това, обаче, преди да се вземе такова решение е редно хората да бъдат информирани за характера на заболяването както и за неговите възможни усложнения. Ваксината е избор, а опазването на живота и здравето на децата - дълг!

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Бърдаров, Св., Ръководство по заразни болести, Медицина и физкултура София 1985г. 570стр.
- [2] Георгиева, А., С.Тончева, Сестрински грижи при болни с инфекциозни заболявания, Издателска къща СТЕНО-Варна, 2012г. 206стр.
- [3] Кузмов, К., Епидемиология, Медицина и физкултура София 1988г. 252стр.
- [4] Ниньо, Ш., М.Радев, Детски и инфекциозни болести, Медицина и физкултура София 1992г. 182стр.
- [5] Радев, М., Инфекциозни болести, Медицина и физкултура София 1991г. 210стр.
- [6] <http://rzi-silistra.com/RIOKOZ/home.nsf/pages/bg/NT00000FDE?OpenDocument>

За контакти:

Никол Донева, Факултет: ОЗЗГ , email: nikol_doneva@abv.bg
Научен ръководител: Доц.Иваницка Сербезова, РУ "Ангел Кънчев"-гр. Русе, iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Периоди, свързани с развитие на детето – оценка на педиатричната акушерка.

автор: Невшен Низами
научен ръководител: Иваничка Сербезова

Periods related to the child development - assessment of pediatric midwife. - At birth, the doctor began to monitor the physical development of the child - height, weight, head circumference (up to 1 year). These indicators should show steadily upward. Crucial for normal growth are heredity, nutrition, health and physical activity. In the first year babies grow quickly. Sometimes periods of intense growth are followed by periods of slower growth. This is normal. Pediatric midwife must know the different periods of development of the child and to give advice to parents on their psychological development.

Key words: growth, development, children, childhood, periods, neonatal period, puberty, fetal period, nursing period, school period, adolescence.

ВЪВЕДЕНИЕ

От момента на раждането до превръщането на детето във възрастен човек, то преминава през определени стадии или периоди на детската възраст. Този процес се характеризира с промени в морфологичните и физиологичните характеристики, поведението, битовата и социалната среда на детето, както и в болестните процеси, които могат да липсват или да доминират през определен възрастов период [2].

Растежът отразява количествените промени в организма. А развитието на детския организъм отразява качествените изменения в съответните органи и системи [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Развитие на детето може да се подраздели на следните основни периоди, което се основава върху морфологичните и функционалните особености на детския организъм и върху условията на средата, в която детето живее и се развива:

1. Период на вътреутробно развитие с два основни подпериода:
 - Ембрионален - до 3-я лунарен месец
 - Фетален - от 4-я до 10-я лунарен месец.
 - Неонатален период - от раждането до края на 28-ия ден.
 - Ранен неонатален от 1-ви ден – 7-ми ден след раждането.
 - Късен неонатален от 8-ми - 28-ми ден след раждането.
3. Кърмачески период от края на 1-ия до края на 12-ия месец.
4. Период на ранното детство - от 1 до 3 години.
5. Предучилищен период от 3 до 6 години.
6. Училищен период:
 - а. ранна училищна възраст - от 6 до 11 години,
 - б. средна - от 12 до 14 години,
 - в. юношеска - от 15 до 18 години [1].

Вътреутробното развитие започва от момента на зачатие и приключва с раждането. Неговата продължителност е 280 + 14 дни. *Ембрионален* - до третия лунарен месец, през който се извършва органогенезата на плода. *Фетален* - от края на третия лунарен месец до раждането, през който органите нарастват по размери и тегло и се диференцират функционално [2].

Неонаталният период започва от първото вдишване на новороденото и продължава до 28-я ден. Това е период на адаптация към новите условия на извънматричния живот. Установява се белодробното дишане, включва се малкия кръг на кръвообращението, затваря се артериалния проток, закръняват пъпните съдове, установява се самостоятелна, но несъвършена терморегулация и др [2].

Кърмачески период - той започва от края на първия месец и завършва условно до края на първата година. Това е периодът на най-интензивно физическо, нервно-психическо, моторно и интелектуално развитие в живота на човека. В края на първата година кърмачето утроява телесната си маса, увеличава ръста си с 24-25 см, обиколката на главата - с 11-12 см, променят се телесните пропорции и се доближават до тези на възрастния за сметка на удължаването на крайниците, поникват първите 6 - 8 зъба, научава се да разбира и да изговаря няколко десетки думи и т.н [2]. Съществено се променя и начинът на хранене на детето - след 5 - 6 месец започва въвеждането на кърмачески храни на немлечна основа и в края на периода храненето на детето е много по-близо до това на голямото дете. Интензивният растеж налага особени изисквания към храната на кърмачето. Изключително важна с ролята на детската консултация, чиято основна задача е да осигури правилното физическо и нервно-психическо развитие на детето в този период [2].

Периодът на ранната детска възраст - се характеризира с бързото усъвършенстване на двигателните функции и активността на детето, говора и психиката, разширяват се социалните му контакти и познавателните възможности. Темповете на растеж намаляват, но остават относително високи. Голямата фонтанела се затваря и приключва прорязването на млечните зъби. Игрите заемат все по-голямо място и стават важен фактор за възпитанието и изграждането на полезни навици. В тази възраст настъпва самоконтрола над тазовите резервоари [2].

Предучилищна възраст - Темповете на растеж и съзряване спадат постепенно, но в тази възраст се наблюдава първото физиологично издължаване за сметка на крайниците. В края на периода започва смяната на млечните зъби с постоянни. Храненето практически не се отличава от храненето на възрастния. Това е период на интензивно интелектуално развитие и усложняване на трудовата дейност. Към петата година децата вече свободно говорят на майчиния си език, ползват правилно основните граматични категории. Проявяват се и търсят утвърждаване индивидуални черти от характера на детето, което задължително трябва да се отчита във възпитателния процес и активното обучение, започващо в края на периода. Това е възрастта на огромното любопитство и на въпросите към възрастните [2].

Училищната възраст - се характеризира с относително по-бавно, но устойчиво развитие и растеж, които фактически доближават детето до възрастния. Интензивно развитие търпи мускуло-скелетната система и пропорциите на тялото почти се доближават до тези на възрастния. Умствените възможности нарастват значително. Училищното обучение дисциплинира децата, стимулира тяхната самостоятелност и воля, разширява кръга на интересите. Най-важната физиологична промяна, която настъпва в края на периода е пубертетът, който наред с морфологичните и функционални промени се характеризира със значителен растежен тласък - само за една година децата могат да израснат с повече от 10 - 15 см. Половото осъзнаване определя някои нови черти в поведението на децата и прави тази възраст опасна и критична за бъдещия живот на индивида. Зачестяват конфликтите между деца и родители в семейството [2].

Юношеската възраст (адоlescцентна възраст) е един преходен период от детската към зрялата възраст, който включва цяло едно десетилетие (11-21 г). Повечето автори приемат, че началото на този период е непосредствено преди пубертета и го подразделят на ранна юношеска възраст - 11-14 години, средна - 15-17 години и късна - 18-21 години [2].

Таблица 1. Периоди на развитие в детска възраст [1]

Възраст	Показатели на развитие
1 месец	Реагира на звук, премивга на ярка светлина, вглежда се и се фокусира върху лица, повдига си главата за кратко, когато е по корем.
2 месеца	Усмивка се в отговор на усмивката на обгрижващия го, следи предмети с очи, издава и други звуци освен плач.
3 месеца	Държи стабилно главата си когато е изправено, смее се и се усмивва, отваря и затваря длани, рита с крака, разпознава лица.
4 месеца	Държи глава под ъгъл 90°, когато е на корем, задържа теллото си на два крака, когато го придържат, гука, когато обгрижващия му говори.
5 месеца	Обръща се, посяга към предмети, хваща дрънкалка, играчка, обръща внимание на малки предмети, държани пред лицето му.
6 месеца	Държи главата си стабилно, когато е в седнало положение, обръща се напред и назад, заседява се за момент в седящо положение с минимална подкрепа, имитира звуци и мимики.
7 месеца	Следи без подкрепа, издава бръмчащи звуци, яде само бисквити, опитва се да вземе играчка, която е извън обсега му.
8 месеца	Започва да пълзи, премества предмет от едната в другата си ръка, реагира като чуе името си, слага в уста и дъвче предмети, посяга за лъжицата, когато го хранят, казва "мама" и "тати".
9 месеца	Задържа се изправен, като се придържа, търси изпуснати предмети, изправя се от седнало в право положение, удря два предмета един в друг, може да покаже тревожност при разделяне или в присъствие на непознат.
10 месеца	Ходи като се държи за мебелите, маха за довиждане, хваща с два пръста предмети.
11 месеца	Пляска с ръце, разбира "не", но не се подчинява, задържа се само изправено, играе с топка.
12 месеца	Бърбори, когато иска нещо го изразява с жестове различни от плача, показва страх от непознати, събува си чорапите.
13 месеца	Казва две или повече думи, различни от "мама" и "тати", добре стои изправено, навежда се да вземе предмети, прави няколко стъпки, ходи с помощ.
14 месеца	Прави няколко стъпки без помощ, изпразва кутии, шкафове пълни с предмети и поставя обратно предметите, яде храна, която се яде с пръсти.
15 месеца	Стъпва добре, казва до пет думи, изкачва стъпала, обича да гледа книжки, смее се.
16 месеца	Обръща страниците на книга, привързва се към плюшени играчки, ходи стабилно, пее, натъжава се когато е разочаровано.
18 месеца	Драска добре, бяга добре, съставя изречения, храни се с лъжица.
20 месеца	Назовава поне пет или повече части на тялото, през половината от времето използва разбираема реч, съставя изречение от три-четири думи, само облича и съблича дрехите си.
3-4 години	Използва повече от 50 отделни думи, започва да разбира причина и следствие, социализира се, обича да играе с други деца, хваща топка, изразява емоции, може да балансира на всеки от двата си крака, обича да се катери по препятствия, използва вилица и лъжица, почти не се подмокря нощем.
5-6 години	Може да говори с пълни изречения, може да повтори изречение, може да каже на обгрижващия го къде отива, показва признаци, че по лесно се отделя от родителите си, само връзва обувките си, скача на въже, изобщо не се подмокря нощем, развива много добра координация на ръце и очи, вероятно може да пише и да разпознава написани думи.

6-12 години	Кара колело, чете, брои, завързва си обувките, кара кънки, добре използва пастели или моливи, стреми се да следва правила, концентрира се върху играта и ученето, формира социални връзки.
Пубертет	Може да мисли абстрактно и да формира логически изводи чрез наблюдение, прекалено е ангажиран с външния вид, очакванията на връстниците и се опитва да установи собствена идентичност.

Растежът и развитието на детето през първата година са много важни за останалата част от живота му. Децата не се раждат еднакви, така че не растат и не се развиват по един и същ начин. Всяко дете е уникално. То има свой собствен ритъм на растеж. Никога не трябва да се сравнява с други деца, защото за развитието няма стриктни правила [3].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оценката на физическото и психическото развитие на детето през първата година от живота му е съществен аспект от работата на педиатричната акушерка. Тя трябва да умее да извършва тази оценка и да е в състояние да преценява какви съвети и грижи да предостави на родителите и децата. В доклада са разгледани основните периоди от развитието на детето и ролята на медицинските специалисти в оценката им за да се осигури правилно физическо и нервно- психическо развитие.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Сербезова, И., Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени., Р., 2013, 268 стр.

[2] <http://psychologist-timova.alle.bg>

[3] http://kidcare.bg/mod_articles_7.html

За контакти:

Невшен Низами Тюрк, III курс „Акушерка“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, 0898805566, nevi9190@abv.bg

Научен ръководител: Доц.Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Новости в неонаталната ресусцитация

автор: Радостина Мариянова
научен ръководител: Иваничка Сербезова

Novelties in neonatal resuscitation - Neonatal resuscitation is a process of revitalizing and stimulating the infant to restore their normal functions. Breathing the newborn in the first minutes of his life are essential. It is recommended that on each birth should be attended from specialist trained in neonatal resuscitation, nurse or midwife.

Key words: resuscitation, newborn, heart rate, breathing, midwife, revitalizing

ВЪВЕДЕНИЕ

Категоричният и научно обоснован отговор на всички въпроси, касаещи неонаталната реанимация, е изключително важен, тъй като това е една от най-често провежданите процедури в неонаталната медицина. По статистически данни около 10 % от всички новородени се нуждаят от активно подпомагане, за да започнат ефективно дишане и да осъществяват начална стабилизация след раждането, около 1 % имат нужда от разширени реанимационни мерки. У нас в последните години се раждат около 70 000 деца годишно. При около 10 % от тях (7 000) ще се наложи провеждане на реанимация в РЗ, а при 1 % (700) ще се наложи екстензивни кардиоциркулаторни мерки. Това изисква всяка АГ болница да има добре обучен персонал, способен да проведе начална реанимация на новороденото. Основните принципи на неонаталната реанимация са базирани на промените, настъпващи в белия дроб и циркулацията след раждането [5].

ИЗЛОЖЕНИЕ

При раждането акушерката е длъжна да предостави осигуряване проходимостта на дихателните пътища, топлинен комфорт, мониторинг на жизнено важните показатели (сатурация-стойността на кислородната концентрация в тъканите трябва да е от 90 до 96-97%, пулс, кръвно налягане) [1].

Сърдечна честота (СЧ) е първостепенен критерий за оценка както на необходимостта, така и на ефикасността на реанимацията. Най-точна е регистрацията на сърдечната честота чрез аускултация на прекордиума. Пулсоксиметрията дава възможност за непрекъсната преценка на сърдечната честота и оксигенацията без прекъсване на реанимационния процес. Най-надеждни резултати дава предукталното поставяне на електрода. Границата за нормална и патологична СЧ при начална оценка е 100/мин. При недоносени стойностите са 96(72 до 122) Следователно при началната преценка за нуждата от реанимация двата критерия – дишане и СЧ, трябва да се оценяват синхронно. При депресирани новородени бързината на повишаване на СЧ през първите 60-90 сек., зависи и от тежестта на асфиксията. Затова при тях по надежден критерий за ефективността на реанимация е постепенното покачване на СЧ, а не нейната моментна стойност.

Цвета на кожата вече не е критерий за начална оценка на състоянието и необходимостта от реанимация. Аспирация – при деца с бистри околоплодни води рутинна oro-и назофарингеална аспирация непосредствено след раждането не се препоръчва. Тя е индицирана само при клинични симптоми на обструкция на ГДП или при необходимост от обдишване [3].

Вентилация – Белодробната адаптация през първите 24 часа включва – разгъване на алвеолите, намаляване на феталната белодробна течност, засилване на резорбционната функция на белодробния епител, стимулиране функциите на пневмоцитите, белодробното съдово русло получава цялото количество кръв от дясната камера, Дуктус артериозус се затваря до 24-тия час, установява се

постоянно ритмично дишане, съзряват пневмоцитите 2-тип, синтезиращи сърфактант, стабилизира се сърдечната честота [1].

Препоръчва се използването на пулсоксиметър в РЗ при всички недоносени и доносени деца, нуждаещи се от реанимация. Трябва да се има в предвид, че отчитането на реални стойности при пулсоксиметрия е възможно най – рано след първата минута от живота, когато началните реанимационни стъпки трябва да са завършени. При асфиксия прилагането на високи O_2 концентрации не подобрява изхода и може да бъде потенциално токсично на клетъчно ниво. При недоносени деца започване на реанимацията с дозирана O_2 концентрация води до по-ниска честота на хипо – или хипероксични епизоди в сравнение със започване на вентилацията с въздух или 100 % O_2 . Най – съществената промяна в консенсуса за неонатална реанимация касае използването на въздух и дозирана кислородна концентрация [4].

✓ При доносени деца, при които се налага обдишване, е по добре да се започне с въздух, а не с 100% O_2 .

✓ При недоносени деца се препоръчва обдишването да започне с дозирани ниски O_2 – концентрации и продължава според данните пулсоксиметрията до достигане на целевите редукални стойности.

✓ Ако след първите 90 сек, въпреки адекватно обдишване с въздух или с ниски O_2 концентрации, състоянието не се подобри и СЧ остане брадикардично, се продължава с дозирано повишаване на O_2 до 100%.

✓ При използване на O_2 дозирането му трябва да бъде контролирано чрез пулсоксиметрия, като целевите стойности се съобразяват с физиологичната динамика на SpO_2 в първите минути.

✓ Ако липсва възможност за контролиране на O_2 концентрация се започва обдишване с въздух и допълнително обогатяване на сместа с O_2 ако брадикардията персистира след първите 90 секунди[3].

Грижи за носните ходове – Специални грижи са необходими ако детето се обдишва с постоянно повишено налягане по назален път. Акушерката, която се грижи за недоносеното с назален тубус, трябва да внимава да не травмира носния хрущял, което може да остане причина за неостраними козметични дефекти. При назотрахеална интубация на новородени, подложени на изкуствена вентилация акушерката контролира проходимостта на назалния тубус [1].

Сърдечен масаж за кардиоциркулаторно подпомагане

Показания: сърдечна честота над 60/min въпреки провеждане адекватна вентилация за 30 s след интубацията.

Принципи: Осигуряване на ефективно дишане. Брадикардията след раждането обикновено е резултат на тежка хипоксемия в следствие асфиксия и нарушено дишане. Сърдечният масаж се прилага само паралелно с адекватна вентилация.

Провеждане: Най – ефективната е техниката на обхващане на гръдния кош с две ръце, палец върху долната трета на стернума, за което е необходим втори реаниматор. При липса на асистент по – неефективен е методът с притискане на долната трета на стернума с 2 и 3- ти пръст. Оношението е 3:1 – 90 компресии [2].

Медикация и обемозаместване:

Медикаментозна стимулация на сърдената дейност се налага рядко при реанимация в РЗ, тъй като адекватната вентилация обикновено е достатъчна за стимулиране на сърдечната дейност. При определени условия се налага приложение на Адреналин или обемозаместване. Използването на бикарбонатни разтвори или антагонисти на морфина не се препоръчва при начална реанимация в РЗ.

АДРЕНАЛИН – индикации: СЧ < 60 min на 2 мин от живота, въпреки адекватна вентилация и сърдечен масаж, интраумбиликално в пълната вена, ендотрахеално проложение [2].

Отложено клампиране на пъпната връв: Кожата и пъпният остатък са най-честа входна врата за възникване на инфекция в организма на новороденото. Акушерските грижи са насочени към поддържане на правилен хигиенен режим. Особено внимание трябва да се обръща на стерилността на куввоза, на овлажнителите, пелените и най-вече на ръцете на персонала. Всеки уред, който се внася трябва задължително да се дезинфекцира. При рискови новородени деца тоалет на кожата се извършва внимателно, нежно и често. При недоносени, които се отглеждат при повишена влажност на въздуха, пъпния остатък пада по – трудно. Поради това при всяко подменяне на памперса върху пъпния остатък се накарва 90 градусов спирт [1].

При доносени без нужда от реанимация са налице доказателства за ползата от отложеното клампиране на пъпната връв, поради намаляване на анемиите. При раждане на недоносено дете, което е активно и с добро дишане, забавеното клампиране с 30 s – 3 min също има доказани позитивни ефекти : по добро артериално налягане в стабилизационния период [2].

Температурен контрол: При реанимация трябва да се поддържа температурен комфорт, като не се допуска нито хипо, нито хипертермия. Това е трудно при недоносени деца – препоръчва се веднага след раждането те да се покрият с полиетиленово фолио (без подсушаване) [6].

ЗАЛА ЗА ПЪРВИЧНА РЕАНИМАЦИЯ НА НОВОРОДЕНОТО

Съвременните болници оборудват РЗ, освен с кът за новородено, където се обгрижват новородените, доносени деца и с реанимационни маси за първична ресусцитация и подаване на кислород. Заадължително оборудване – реанимационна маса с радиантен отоплител, възможност за аспирация и подаване на кислород; - Ларингоскоп с права лъжица; - Щипка тип „Мажил“ за новородени деца; - Неонатален балон за обдишване с клапа и неонатална маски за обдишване Номер 1, 2 и 3; - Неонатален респиратор НеоПуф за ресусцитация на новородени деца [1].

Спешен шкаф, оборудван със следните медикаменти:

- Адреналин 1 мг/1 мл – 2 амп.,
- Натриев бикарбонат 8,4% - 2 амп.,
- Налоксон – 2 амп.,
- Физиологичен разтвор – 4 амп.,
- Калциев глюконат 10% - 1 амп.,
- Разтвор на Креде [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Препоръките за неонатална реанимация се променят и актуализират периодично на базата на научни доказателства с цел да се подобри изхода и прогнозата за новородените. Разработен е ясен и точен алгоритъм за поведение. Познанието му, както и поддържането на добра практическа квалификация, са първата стъпка за осигуряване на оптимални грижи за новороденото. Грижите, които неонатологичната акушерка трябва да изпълнява са много важни, за да бъде обгрижвано добре новороденото. Акушерката трябва стриктно и отговорно да изпълнява задълженията си и да актуализира знанията си.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Сербезова, И., Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, Русе – 2013 г.

[2] Rabe H, Reynolds G, Diaz – Rosello J. A systematic review and meta-analysis of a brief delay in clamping the umbilical cord of preterm infants. Neonatology. 2008;93:138-144

[3] <http://medicina-bg>

[4] <http://www.neonatology.org.tr/>

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

[6] <http://www.premature-bg.com>

За контакти:

Радостина Белчева Мариянова, III курс “Акушерка”, Факултет “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски университет „Ангел Кънчев”, тел:0883425517 , popobka@abv.bg

Научен ръководител: Доц. Д-р Иваничка Сербезова, Факултет “Обществено здраве и здравни грижи” Русенски университет „Ангел Кънчев”, тел: 0888731063, vania_serbezova@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Неонатална жълтеница - активно участие на акушерката в лечението и грижите

автор: Невяна Недева
научен ръководител: Иваничка Сербезова

Neonatal icterus - active involvement of the midwife in cares: Jaundice in newborns is a common condition that is usually harmless. Caused by the high levels of bilirubin, a yellow pigment obtained during normal destruction of red blood cells which is not broadcast in the not sufficiently mature liver. Namely it helps yellowing of the skin of the baby and his sclera.

Key words: *obstetric care, jaundice, newborns, bilirubin, liver, red blood cells*

ВЪВЕДЕНИЕ

Целта на настоящата статия е да проучи литературните източници, свързани с неонаталната жълтеница и да изведе необходимите акушерски грижи.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Първите 28 дни от живота извън утробата се считат за неонаталния период. Това е уязвим момент от живота, особено ако детето е родено преждевременно. Много неща се случват след раждането, включително започване на независимо дишане, начало на температурна саморегулация и започване на хранене с шише или гърда [8]. Акушерските грижи през този период трябва да са изключително прецизни, тъй като не всички деца се раждат здрави и развиват различни патологични и физиологични състояния. Обект на вниманието на този доклад е физиологичната неонатална жълтеница.

В продължение на векове, неонаталната жълтеница (icter neonatorum) се наблюдава при новородени. Още през 1724, Junker, в конспекта "Medicinae Theoretico praecticae", започнал да прави разлика между "истинската жълтеница" и "жълтеникав оттенък, който може да се наблюдава при бебета, веднага след раждането". През 1875 г., Orth забелязал по време на аутопсията наличието на билирубин в базалните ганглии на децата, които имат тежка жълтеница, която е отбелязана като керниктер от Shmorl през 1903г. През 1958 г. една медицинска сестра в детската стая на Многопрофилна болница в Ротфорд, Есекс, Великобритания, съобщава за "привидно изчезваща жълта пигментация в кожата на бебетата, когато те са били за кратко време на слънчева светлина" [4].

Неонаталната жълтеница настъпва в около две трети от всички новородени в първата постнатална седмица. Тя е резултат от отлагане на билирубин в кожните и лигавичните мембрани [4]. Около 50 % от новородените имат жълтеница в първата седмица от живота си, която най-често се изяснява до 5-тия ден. Всъщност тук се касае не за заболяване, а за нормално физиологично състояние. Черният дроб на новородените не може ефективно да преобразува жлъчния пигмент (билирубин) - продукт от разграждането на червените кръвни телца (хемоглобин) - във водноразтворима форма, която се отделя чрез бъбреците. Повишената концентрация на билирубин води до пожълтяване на кожата и бялото на очите (склери) [1].

Причини. Детската жълтеница най-често се причинява от *излишък на билирубин*. Билирубинът е отпаден продукт в резултат на остатъчния хемоглобин (преобладаващият протеин в червените кръвни клетки), получен при разграждането на червените кръвни клетки, които пренасят кислород в организма.

Нивото на хемоглобина в матката е различно от нивото на хемоглобина след раждането. Тялото на новороденото не може да успее да преработи перинаталните еритроцити, защото в същото време след раждането започва да образува нови

много бързо. Това от своя страна води до повишаване нормалните нива на билирубина, който трябва да се филтрира от кръвния ток през черния дроб и от там да стигне до бъбреците, от които се изхвърля. Въпреки това черния дроб не може да филтрира билирубина със скоростта, с която се продуцира и това води до хипербилирубинемия.

Други причини са :

Новородени с Rh или АВ/О фето-майчина несъвместимост. Тази форма на жълтеница се случва, когато има несъвместимост между кръвните групи на майката и плода. Това води до повишени нива на билирубин от разграждането на червените кръвни клетки (хемолиза) от плода. [8] При Rh несъвместимост на детето трябва да се прелее 0 отрицателна еритроцитна маса, ако има анемия. Ако бащата е А група, а майката 0 и детето вземе групата на баща си, се прелива 0 отрицателна еритроцитна маса [2].

Жълтеница от кърмата. Тази форма на жълтеница се среща в кърмените новородени и често се появява в края на първата седмица от живота. Смята се, че някои химични вещества в майчиното мляко са отговорни. Жълтеницата обикновено е безвредна и преминава спонтанно. Майките не трябва да се преустановят кърменето [5].

Кърменето и жълтеница. Тази форма на жълтеница се проявява, когато кърменето новородено не получи адекватен прием на кърма. Може да се случи, защото има забавено или недостатъчно производство на мляко от майката или поради лошото хранене на новороденото. Тези незадоволителни резултати водят до дехидратация и по-малко движения на червата за новороденото, което довежда до намаляване на билирубинната екскреция от организма [5].

Кефалхематом (колекция от кръв под кожата на главата). Понякога по време на родилния процес, новороденото може да претърпи натъртване или нараняване на главата, в резултат от което е образуването на хематом в областта на скалпа. В следствие от естественото разграждане на тази кръвна колекция, се наблюдава внезапно повишаване нивата на билирубин, което може да натовари способността за обработка на все още незрелия черен дроб на новороденото. Това от своя страна води до неонатална жълтеница [5].

Клетъчни ензимни дефекти на червените кръвни телца. Наследствени генетични нарушения на ензими, такива като глюкозна-6-фосфат дехидрогеназна недостатъчност (G6PD недостатъчност), например, може да доведе до увеличаване на хемолизата и последващото увеличение на нивата на билирубин [5].

Дефекти на клетъчната мембрана на червените кръвни телца. Аномалии в мембраната и формата на червените кръвни клетки (например, сфероцитоза) могат да доведат до увеличаване на хемолизата и последваща хипербилирубинемия [5].

Недоносени новородени деца. Развиват високи стойности на билирубин, защото ензима глюкорунилтрансфераза е много малко [2].

Чернодробни заболявания [9].

Сепсис [9].

Запушване на жлъчните пътища или червата [9].

Бактериални или вирусни инфекции [9].

Хипотиреоидизъм [9].

Хепатит [9].

Майки с диабет [9].

Братя и сестри, които са имали неонатална жълтеница [9].

Родители от Източна Азия или Средиземноморието [9].

Симптоми. Жълтеницата обикновено се появява около три дни след раждането и изчезва с времето, когато бебето е на възраст две седмици.

При недоносени бебета, които са по-податливи на жълтеница, може да отнеме 5-7 дни, за да се появи и обикновено трае около три седмици. Това може да продължи по-дълго при бебета, които са кърмени. Ако бебето има жълтеница, кожата му ще изглежда малко по-жълта. Пожълтяването на кожата обикновено започва по главата и лицето, преди да се разпространи по гърдите и стомаха. При някои бебета, пожълтяването достига до краката и ръцете. Промените в цвета на кожата може да се забележат по-трудно, ако бебето има по-тъмен цвят на човешката кожа. В тези случаи, пожълтяването може да бъде по-ясно изразено на друго място, като например: в бялото на очите, вътре в устата, на стъпалата на краката, по дланите на ръцете.

Други свързани симптоми на новороденото с жълтеница могат да са: лошо сучене или хранене, сънливост, писклив вик, изтощеност (отпуснатост), тъмно-жълта урина (урината на новородено бебе трябва да е безцветна), бледи изпражнения (фекалии), вместо жълти или оранжеви на цвят [6].

Диагноза. Неонатална жълтеница може да се диагностицира чрез изследване на новороденото и получаване на кръвен тест за проверка на общото ниво на серумния билирубин (по-малко от половин чаена лъжичка или 2.5 мл). Медицинският специалист трябва да следи отблизо новороденото за развитие на жълтеница и много болници редовно проверяват нивата на общия билирубин върху новородените преди изписването. Въпреки, че кръвния тест е най-точният, в някои случаи се използва транскутанно билирубин четене - поставяне на ръчен сензор срещу кожата на новороденото. Ако стойностите са високи, кръвния тест може да бъде помощен и да потвърди общото ниво на билирубина. Допълнителни изследвания на кръвта могат да бъдат направени за тези новородени, които се нуждаят от лечение и наблюдение, или за тези, които могат да имат други основни заболявания[4].

Грижи и лечение. Фототерапията е един от най-ефективните и най-често използваните методи на лечение при неонатална жълтеница - синята светлина подпомага и дори ускорява разпадането на натрупания билирубин. Той реагира с кислорода до образуване на безцветни окислителни продукти, които лесно се изхвърлят от тялото (чрез урината). Облъчването продължава няколко дни, докато черния дроб стане достатъчно зрял, за да се справи с разграждането на билирубина. Фототерапията при неонатална жълтеница може да се провежда 24 часа в денонощието. Бебето е с пелени и мека превръзка на очите. Странични ефекти не се наблюдават. Изключително важно е кърмачето да бъде хранено на всеки 2-3 часа и да не се допускат обезводняване. При необходимост, бебето трябва да се дохранва след кърмене.

При тежка форма на жълтеница (когато са налице твърде високи стойности на серумния билирубин) може да се проведе имунотерапия или кръвопреливане (обменна трансфузия). Това се налага, когато фототерапията не е дала ефект и има сериозен риск от натрупване на билирубин в мозъка (керниктер). Това може да доведе до оглушаване или възникване на двигателни проблеми [7].

Biliblanket (phototherapy system, bilirubin blanket, phototherapy blanket) е преносимо устройство за фототерапия за лечение на неонатална жълтеница. Името е комбинация от билирубин и одеяло. Други използвани имена са система за домашна фототерапия, билирубин одеяло, одеяло за фототерапия или фиброоптична фототерапия. Фототерапията се извършва чрез лампа, която излъчва синя светлина върху кожата на бебето. Biliblanket е форма на фототерапия, която използва фиброоптични влакна, излъчващи ярка светлина, за да третира жълтеницата при бебета. Одеалцето е поставено директно срещу кожата на бебето и оптичните влакна се използват да транспортират светлинни източници до него. Абсорбирането на светлината води до намаляването на билирубина [3].

Обменно кръвопреливане. Обменното кръвопреливане се използва за премахване на билирубина от кръвообращението, когато интензивната фототерапия

не успее. Той е особено полезен за деца с повишена продукция на билирубин от имунно-медирана хемоллиза, защото циркулиращите антитела и чувствителните червени кръвни клетки, също се отстраняват. Рисковете от обменни преливания са резултат от използването на кръвни продукти и от самата процедура. Възможни усложнения включват инфекции по кръвен път, тромбоцитопения, коагулопатия, некротизиращ ентероколит, тромбоза на порталната вена, електролитни нарушения, сърдечни аритмии и внезапна смърт [10].

Фармакологични агенти. Фармакологични средства, включително интравенозен имуноглобулин (IVIG), глюкоза 10 %, плазма, фенобарбитал и металопорфирини могат да бъдат използвани за инхибиране на хемолизата, увеличаване на конюгацията и екскрецията на билирубин, и инхибират образуването на билирубин. Въпреки това, IVIG понастоящем се използва само за лечение на неконюгирана хипербилирубинемия [10].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Неонаталната жълтеница е състояние, което е често срещано сред новородените и известно на медицината вече десетки години. Подходът към всяко бебе е индивидуален и след установяване на типа жълтеница се назначава съответната терапия. При навременно проведено лечение, съчетано с адекватни акушерски грижи и индивидуализирано внимание се постигат добри резултати.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Вахтер, К., К.Саркада, Всичко за детските болести, КОАЛА ПРЕС, 2011г., стр. 159-161
- [2] Сербезова, И., Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, 2013, стр.284
- [3] Bryon J. Lauer and Nancy D. Spector Hyperbilirubinemia in the Newborn, Pediatrics in Review DOI: 10.1542/pir.32-8341<http://www.macped.com/documents/Case-BasedLearningModuleSJH-Jaundice-learnercopycombined.pdf>
- [4] Doerr, S. 10 Mistakes New Parents Make Slideshow Pictures *Medically Reviewed by a Doctor on 3/24/2014* http://www.medicinenet.com/newborn_jaundice_neonatal_jaundice/article.htm
- [5] Фондация „Нашите недоносени деца” ВГ, 2014, <http://www.premature-bg.com/polezna-informacia/v-neonatologichnoto-otdelenie/obshta-medicinska-tehnika.html>
- [6] NHS choices. Newborn jaundice - Symptoms Symptoms of jaundice in newborn babies, UK 2015, <http://www.nhs.uk/Conditions/Jaundice-newborn/Pages/Symptoms.aspx>
- [7] <http://www.medpedia.framar.bg>
- [8] <http://www.latshaws.net>
- [9] <http://www.medicalnewstoday.com>
- [10] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

За контакти:

Невяна Петрова Недева, III курс „Акушерка”, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, 0898870751 , nevqna_93@abv.bg
Научен ръководител: Доц.Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Новородени деца с хипербилирубинемия – съвременно лечение и грижи.

автор: Силвена Дънева
научен ръководител: Иваничка Сербезова

***Newborns with hyperbilirubinemia - modern treatment and care.** - Almost all babies are jaundice to some degree. Usually a normal physiological process and results in yellowing of the skin and whites of the eyes caused by excess bilirubin in the blood. Normally bilirubin passes through the liver and is excreted through the intestines.*

Jaundice is a tendency to be more frequent and continue a little longer in breastfed babies.

Key words: jaundice, yellowing, skin, bilirubin, blood, liver, intestines, breastfed, babies.

ВЪВЕДЕНИЕ

Почти всички бебета прекарват жълтеница в някаква степен. Обикновено е нормален физиологичен процес и се изразява в пожълтяване на кожата и бялото на очите, причинено от излишък на билирубин в кръвта. Обикновено билирубинът преминава през черния дроб и се екскретира през червата.

Жълтеницата е тенденция да се среща по-често и да продължи малко по-дълго при кърмените бебета [3].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Преди да се родят, бебетата се нуждаят от големи количества червени кръвни телца за извличане кислород от майчината кръв. Непосредствено след раждането, когато започнат сами да вдишват кислород от въздуха, те вече не се нуждаят от ембрионалния си хемоглобин. Червените кръвни телца, съдържащи ембрионалния хемоглобин, сега трябва да бъдат разрушени и изхвърлени от телата им. Билирубинът е страничен продукт от разпадането на тези кръвни телца, елиминира се от кръвта чрез работата на черния дроб и се изхвърля чрез изпражненията. Акумулира се в мекониума (ембрионалните изпражнения през първите дни след раждането) и ако не се изхвърли от тялото, може да се абсорбира в бебешкия организъм. Незрелият черен дроб на бебето може да не успее да обработи и да изхвърли достатъчно бързо билирубина през първите дни след раждането и така често се развива жълтеница. Това е особено обичайно за преждевременно родените бебета.

Черният дроб преработва билирубина във вид, който може да се изхвърли от тялото. Ако все пак дробът не функционира добре, както се случва при някои инфекции, или пътицата, по които билирубинът се придвижва към червата са запушени, този преработен билирубин може да се натрупа в кръвта и също да предизвика жълтеница. Когато това стане, преработения билирубин (т.нар. свързан билирубин), се появява в урината и я оцветява в кафяво. Този кафяв цвят е знак, че жълтеницата не е от обикновения вид. Жълтеницата, която се дължи на свързан билирубин, винаги е ненормално явление, често е опасна и трябва да се изследва внимателно и веднага. Освен в някои изключително редки случаи на заболявания на метаболизма, кърменето може и трябва да бъде продължено [2,3].

Физиологична жълтеница – засяга до някаква степен всички новородени. Преждевременно родените бебета, както и тези с ниско родено тегло, са по-предразположени към развитие на жълтеница. Бебетата, които не се хранят достатъчно често през първите дни и които не се изхождат често, също е вероятност да развият жълтеница. Това подчертава важността на честото хранене през първите дни. Коластрата има разхлабващо действие. Билирубинът се натрупва в бебешките екскременти и ако не се изхвърлят, се връща отново в циркулация в организма. Честото изхождане води до спадане на нивото на билирубина. Пикът на

билирубина е между третия и петия ден от живота им и обикновено е около 12-15 мг/дл. Нивото на билирубина се следи чрез кръвните тестове взети от петата на новороденото. Ако нивото бързо се повишава или е 20 мг/дл и нагоре (при недоносените деца се работи с по-ниски стойности), често се прилага фототерапия [3].

Патологична (анормална) жълтеница – причинена е от медицински състояния и обикновено се открива при раждането или през първите 24 часа след това. Нивата на билирубина често скачат бързо (с 0.5 мг/дл или повече за час). Коластрата и млякото, което бебето получава, ще активират чревната перисталтика, ускорявайки елиминирането на билирубина от тялото. В някои екстремни случаи може да се приложи кръвопреливане. Това е най-бързият начин за сваляне нивото на билирубина, но рядко се налага в наши дни, понеже фототерапията обикновено е ефективна.

Активно наблюдение се извършва при:

- новородени с Rh или АВ/О фета – майчина несъвместимост;
- новородени с хипервискозитет – хемоконцентрация (много еритроцити);
- новородени с кефалхематом – резорбира се за около 2 месеца;
- недоносени новородени деца;
- при стойности над 300 микромола/литър – определяне на несвързания билирубин;

- доносено дете с високи стойности на билирубин – фотолампа (бързо разграждане на билирубина – 4 часа);

- венозни инфузии на глюкозни разтвори;
- адекватни хигиенни грижи;
- наблюдение на детето по време на фототерапия;
- в тежки случаи – обменно кръвопреливане [1,3].

Кърмаческа жълтеница – проявява се през втората седмица от живота и пиковите на билирубина са около десетия ден или по-късно. Тя засяга много малък процент деца. Количеството на билирубина може да остане повишено седмици, дори месеци, но в крайна сметка спада до нормалното ниво на възрастни – 1 мг/дл. Диагнозата се поставя на здраво, добре развиващо се бебе, и то само след като са изключени всички патологични причини за жълтеницата. Често този тип жълтеница е наследствена, всички кърмени бебета в едно семейство най-вероятно ще я развият. Когато на бебето временно се дава адаптирано мляко като заместител или добавка към майчиното мляко, нивата на билирубина спадат бързо, повишавайки се отново когато бебето се върне на хранене изцяло с кърма. Въпреки това продължаването на кърменето по никакъв начин не може да навреди на бебето [3].

Табл. 1

План за сестрински грижи при новородени с хипербилирубинемия

Основни жизнени потребности	Акушерски грижи
1. Дишане	Няма отклонения от нормата. Новороденото се настанява в проветрена и затоплена стая.
2. Хранене	Хранене на бебето от рано и често. Коластрата действа като слабително и честото изхождане понижава нивата на билирубина. Бебето се храни поне през два часа и се стреми да се държи будно по време на сукане. Дохранва се с изцедената кърма ако има по-малко от три по-сериозни изхождания за 24 часа.
3. Отделяне	Следи се диурезата и дефекацията. Проветряване и ароматизиране на стаята.
4. Поддържане на телесна температура	Температурата е нормална. Измерване, изследване и регистриране на температура и общо състояние. Наблюдаване на общото състояние и лицето.
5. Двигателна активност	Активността е запазена, в покой, на легло.
6. Лична хигиена	Тоалет на уста, анално-генитална област, гънки. Обработка на пъл. Постелно и личното бельо се сменят при зацапване, смяна на памперса. Редовно измиване на ръцете на персонала и пациента. Наблюдение и грижи за кожата – мацерация, зачервяване.

7.Сън и почивка	Осигуряване на спокоен сън през нощта и след обяд, тиха, тъмна стая и топло легло.
8.Околна среда и безопасност	Избор на чиста и здравословна храна. Ползване на предпазни средства при опасност от инфекции, редовно измиване на ръцете.

Диагноза. Поставя се въз основа на клиничната картина и лабораторните изследвания [2].

Лечение:

Чести храненияя. Билирубина се отделя от тялото през червата след черния дроб без да го обработват. Даването на новородени чести храненияя стимулира червата, което помага за премахването на билирубина.

Фототерапия. Синята светлина подпомага и дори ускорява разпадането на натрупания билирубин. Той реагира с кислорода до образуване на безцветни окислителни продукти, които лесно се изхвърлят от тялото (чрез урината). Облъчването продължава няколко дни, докато черния дроб стане достатъчно зрял, за да се справи с разграждането на билирубина. Фототерапията при неонатална жълтеница може да се провежда 24 часа в денонощието. Бебето е с пелени и мека превръзка на очите. Странични ефекти не се наблюдават.

Преливане. При тежка форма на жълтеница (когато са налице твърде високи стойности на серумния билирубин) може да се проведе имунотерапия или кръвопреливане (обменна трансфузия) - вливане на антибилирубинови антитела. Това се налага, когато фототерапията не е дала ефект и има сериозен риск от натрупване на билирубин в мозъка (керниктер), оглушаване или възникване на двигателни проблеми [4].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

До повишение на билирубина в кръвта, респективно до жълтеница, може да се стигне чрез повишено образуване на билирубин или чрез пониженото му излъчване. Това може да се осъществи при нарушение на всеки един от посочените етапи от метаболизма на билирубина. Известно е, че жълтеница може да възникне при изолирано нарушение на един от етапите на обмяната на билирубина и при комбинирано нарушение на два или повече от тези етапи - това са така наречените жълтеници със сложна (комплексна) генеза. Именно на това се основават акушерските грижи и лечение [2].

ЛИТЕРАТУРА

[1]Луканова, Й. Опорни точки за клинична практика на акушерки, Печатна база на русенски университет, 2014, Русе , 206 стр.

[2]<http://etilena.info/>

[3]<http://maimunka.org/>

[4]<http://www.latshaws.net/>

[5]<http://medpedia.framar.bg/>

За контакти:

Силвена Тончева Дънева, III курс „Акушерка“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, 0898568449, sisiiiveeto1992@abv.bg

Научен ръководител: Доц.Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Сестрински грижи при дете с кърлеж

автор: Никол Донева
научен ръководител: Иваничка Сербезова

Nursing a child with a mite: The purpose of this report is to inform readers about the dangers and possible complications of tick bite and gave a sampling plan of nursing care in a child with a mite.

Key words: tick bite, mite, nursing, obstetric care.

ВЪВЕДЕНИЕ

Целта на настоящия доклад е да информира читателите за опасностите и възможните усложнения при ухапване от кърлеж, както и да изведе примерен план за сестрински грижи при дете с кърлеж.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Кърлежите са кръвосмучещи насекоми, които принадлежат към клас паякообразни. В Света има повече от 870 вида кърлежи. Тези насекоми се нуждаят от гостоприемник, за да могат да се развият и възпроизведат [3]. Всеки кърлеж има осем крачета. Двата чифта предни крачета имат вендузи, а задните имат дълги власинки. У мъжкия кърлеж и на последния чифт крачета също има вендузи, които спомогат за прикрепването му при копулация [2].

Кърлежите се откриват най-често в райони с гъста растителност, както и по места, обитавани от диви животни. Кърлежите са сезонно-активни, обикновено от ранна пролет до късна есен. В географските ширини, където преобладават високите температури кърлежите се срещат цялогодишно. Кърлежите биха могли да се срещнат и зимата, но само при температура над 7° С. Домашните любимци и хората се опаризират с кърлежи по време на престоя си на местата, обитавани от кърлежи [3].

Ухапванията от кърлежи предизвикват заболявания с кожни прояви. На мястото на ухапването по кожата се появява ясночервен обрив с големина 2-3 мм в диаметър, в чиято периферия се забелязва 1 мм по-светла зона. Най-често ухапванията са по краката, около половите органи и кръста [7]. Ухапването обикновено е безболезнено. При прикрепването си към кожата кърлежите освобождават невротоксин, който прави ухапването безболезнено. В редки случаи този токсин може да доведе до мускулна слабост или до парализа. Много рядко на мястото на ухапването има парене и болка. [1]

Симптомите на заболяванията, пренасяни от кърлежи наподобяват грипно заболяване – наличие на висока температура, втрисане, главоболие, мускулни болки, слабост. При децата често се наблюдава гадене и повръщане. Важен признак е конюнктивитът, който може да е слабо развит и да не се забележи в началото. Обрив съчетан с висока температура може да бъде признак за Еритема мигранс или за Средиземноморска треска. При Средиземноморската петниста треска обривът е разпространен по цялото тяло, включително и дланите и стъпалата, а при Еритема мигранс обривът се локализира само на едно място [5]. При Средиземноморската петниста треска има характерно изменение на кожата. Образува се тъмно петно-есхара/ограничена суха некроза, в резултат от нарушение в циркулацията/. Коричката на този инфилтрат е неболезнена. При децата най-често се локализира зад ушите, гърдите, под мишниците и краката [5].

Предпазване от ухапване от кърлежи:

1. Избягване посещението на райони с гъста растителност и висока влажност.
2. Използване на подходящо облекло, с възможно най-малко открити зони по тялото.

3. Използване на подходящи репеленти, отблъскващи насекоми.
4. Ежедневен оглед на тялото за наличие на кърлеж или за следи от такова.
5. Оглед на домашните животни и приложение на предпазни средства/ предпазни каишки, серуми и унгвенти/. [6]

Алгоритъм за изваждане на кърлеж:

1. Измиване и дезинфекциране на ръцете.
2. Подготовка на необходимия инструментариум:
 - * Малки пинцети
 - * Ръкавици
 - * Топла вода и сапун
 - * Дезинфектант за кожа
 - * Локален антибиотик
 - * Съд, който се затваря плътно
 - * Амбула с тетаничен токсид
3. Поставяне на стерилни ръкавици
4. Кърлежът се захваща здраво с плоска извита пинцета възможно най-близо до кожата.
5. Издърпва се внимателно.
6. Отстраненият кърлеж се поставя в плътно затварящ се съд.
7. Мястото се почиства с топла вода и сапун.
8. Поставя се дезинфектант за кожа или локално се поставя антибиотик.
9. Апликация на тетаничен токсид.
10. Отстраненият кърлеж се изпраща за лабораторни изследвания.

Изследването на кърлеж включва определяне на вида, стадия на развитие, дали е изваден цял и дали е носител на *Borrelia burgdorferi* (причинителят на Лаймската болест). Задължително е и серологичното изследване [4].

Грижи при дете с кърлеж:

1. Измиване и дезинфекциране на ръцете.
2. Оглед на цялото тяло на детето за наличие на други кърлежи и кожни изменения.
3. Отстраняване на кърлежа по предложения алгоритъм.
4. Почистване на кожата.
5. Приложение на тетаничен токсид.
6. Проследяване на общото състояние на детето.
7. Измерване и регистриране на виталните показатели.
8. Проследяване на зоната на ухапване за кожни промени.
9. Проследяване за кожни изменения и обривни единици по цялото тяло.
10. При наличие на инфекция – грижи според лекарските назначения.
11. Вземане, опаковане и изпращане на кърлежа за лабораторни изследвания.
12. Вземане на кръв и други проби за лабораторни изследвания.
13. Използване на лични предпазни средства от обгрижващия.
14. Промоция на предпазните мерки, които биха могли да предотвратят повторно ухапване от кърлеж.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ухапванията от кърлежи са често срещани, особено през пролетта и лятото, както и при хора, отглеждащи животни. За намаляване честотата на случаите с ухапвания е важно тревните площи да бъдат често обезпаразитявани, да бъдат приложени предпазни средства по бездомните и домашните животни. Хората, посещаващи рискови райони да се придържат към препоръките за лична защита.

Въпреки, че ухапването изглежда безобидно то може да доведе до множество заболявания и усложнения. При откриване на кърлеж по тялото или следи от ухапване трябва незабавно да бъде потърсена медицинска помощ, за да бъдат сведени до минимум всички възможни усложнения.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Георгиева, А., С.Тончева, Сестрински грижи при болни с инфекциозни заболявания, Медицински университет Варна 2012г. 206стр.

[2]<http://bg.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%8A%D1%80%D0%BB%D0%B5%D0%B6%D0%B8>

[3] http://www.msd-animal-health.bg/binaries/br1-86-bg_tcm42-10701.pdf

[4] <http://www.ncipd.org/UserFiles/File/laymska/Uhapvane.pdf>

[5] http://www.puls.bg/health/hot-news/news_7537.html

[6] <http://www.riokoz-vt.com/kyrleg.htm>

[7]<http://www.zdravni.com/zabolyavaniya-i-sastoyaniya/1674-karlezhi-simptomi-pri-uhapvane-ot-karlezhi.html>

За контакти:

Никол Донева, Факултет ОЗЗГ, email - nikol_doneva@abv.bg

Научен ръководител: Доц.Иваничка Сербезова, РУ "Ангел Кънчев"-гр. Русе, iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Грижи при деца със стомашно-чревни заболявания

автор: Никол Донева
научен ръководител: Иваничка Сербезова

***Care for children with gastrointestinal diseases:** The purpose of this report is to examine the literature and to provide general information about the subject on the basis of which to formulate a plan for nursing care in children with gastrointestinal diseases.*

***Key words:** gastrointestinal diseases, children, obstetric care.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Целта на настоящия доклад е да проучи литературни източници и да представи обобщена информация по темата, на база на която да формулира примерен план за сестрински грижи при деца със стомашно - чревни заболявания.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Заболяванията на храносмилателната система са едни от най-честите в детска възраст. В миналото тези заболявания са били причина за много случаи на детска смъртност както в неонаталния така и в кърмаческия период.

Причините за стомашно - чревни заболявания в неонаталната и кърмаческата възраст могат да бъдат различни. Патогените могат да бъдат предадени на новороденото от ръцете на персонала, по време на престоя в родилно отделение както и от замърсен инструментариум. Някои от заболяванията могат да бъдат предадени трансплацентрано в хода на бременността, а също така и чрез кърмата на майката след раждане. Причина за тези заболявания също могат да бъдат замърсени шишета, биберони и други.

За точното поставяне на диагнозата и адекватното лечение се изисква от медицинският персонал да следва определен диагностичен подход.

Примерен диагностичен подход:

1. Снемане на подробна анамнеза от майката, която включва давността и характера на субективните оплаквания, данни за фамилна обремененост, както и установена хранителна непоносимост.

2. Обективно изследване – включва внимателен оглед на положението на детето в леглото, формата и големината на корема, хидратацията на организма, палпация на отделни коремни органи, изследване на мускулната защита, оглед на изпражненията. Важна част от прегледа е оглада на устната кухина. Това е така, защото при редица заболявания има характерни изменения по устната лигавица, които до голяма степен улесняват и потвърждават диагнозата.

3. Лабораторни изследвания – Включват вземане на кръв и фецес. Изследванията на кръвта имат за цел да се види моментния статус на кръвната картина, както и да установят дали се касае за инфекциозно заболяване или хранителна непоносимост.

Изследването на фецес включва няколко компонента : макроскопско, микроскопско, бактериологично и паразитологично. Макроскопското изследване включва оглед на количеството, цвета, консистенцията и примесите във фецеса. Микроскопското изследване търси неразградени хранителни частици и левкоцити. При бактериологичното изследване освен патогенна флора се търсят и условнопатогенни микроорганизми [3].

4. Инструментални изследвания – УЗД на коремни органи, при съмнения за чревна непроходимост или перфорация може да се приложи и рентгеново изследване с контрастна материя /бариева каша/.

Основни симптоми на стомашно - чревни заболявания:

1. *Отказ от храна* – При внезапно настъпил отказ от храна най-често се касае за инфекциозно заболяване. За да се уточни това са важни данните, които майката дава на лекаря при снемането на анамнезата. При кърмачета отказа от храна може също да бъде израз на вродени дефекти в обмяната на веществата.

2. *Повръщане* – Продължителното повръщане може да доведе до редица усложнения като дехидратация, загуба на електролити и други. Най-честата патологична причина за повръщане у новородените е нарушената чревна непроходимост.

3. *Диария* - Диарията е остро нарушение на абсорбционната функция на чревната лигавица, което води до повишаване честотата и обема на изхожданията. Този симптом има няколко форми :

* Осмотична диария -резултат от увреждане на тънчочревната лигавица. Нарушена е абсорбцията на вода и електролити.

* Секреторна диария – изявява се при стимулиране на секрецията на червата и стомаха и отделянето на вода и електролити.

* Вирусна диария - засягат горната част на стомашно-чревния тракт и протичат като остър гастроентерит.

* Бактериална диария – засяга долната част на храносмилателната система и се проявяват като ентероколит [4].

4. *Запек* - Рядко запек се дължи на остра чревна непроходимост. В повечето случаи се касае за липса на адекватно количество приети течности, особено в температурен период.

Примерен план за акушерски грижи :

1. Измиване и дезинфекциране на ръцете.

2. Поставяне на ръкавици и лицева маска.

3. Изолиране на детето в самостоятелна стая.

4. Вземане на проба от фецес за лабораторни изследвания.

5. Вземане на кръв за лабораторни изследвания.

6. Опаковане, надписване и изпращане на материалите за изследвания.

7. Наблюдение и регистрация на броя и видът на изхожданията.

8. Измиване, подсушаване и намазване с крем на седалището на детето след всяко изхождане.

9. При повръщане се проследява видът на повърнатите материи, количеството им както и техните примеси.

10. Подсигуряване на пероралната рехидратация на детето.

11. Овлажняване на лигавиците с марля и физиологичен разтвор, като се обръща особено внимание на конюнктивите.

12. Активна промяна на положението на детето в леглото.

13. Активно проследяване и документиране на жизнените показатели.

14. При засилваща се дехидратация се подсигуряват банки на венозно оводняване.

15. При нарушение на алкално – киселинния баланс се подсигуряват банки за коригирането му.

16. Акушерката има водеща роля и в дезинфекцията и стерилизацията на съдовете /шишета, биберони/, които са били използвани за болното дете.

17. Активно наблюдение на общото състояние на детето и стриктно спазване на лекарските назначения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболяванията на стомашно – чревния тракт са от особена важност в неонаталния и кърмаческия период. Те крият много рискове и опасности както за моментното състояние на детето, така и в дългосрочен план. За да бъдат ефективни действията на медицинския персонал е нужно мероприятията да се провеждат съгласувано и в екип. Не на последно място е и ролята на майката, която трябва да даде адекватна и точна информация, която да помогне за бързото поставяне на диагнозата, да подпомага оздравителния период и да не допуска повторно развитие на заболяването.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Георгиева, А., С. Тончева, Сестрински грижи при болни с инфекциозни заболявания, Медицински университет - Варна 2012г. 206 стр.

[2] Луканова, Йо. Тематични занятия към звено "Неонатология" пред студенти от специалност Акушерка 2014г. гр. Русе

[3] Ненова, М., Инфекциозни болести, лекции пред студенти от специалност Акушерка 2014г. гр. Русе

[4] Христова, Е., Детски болести и неонатология, лекции пред студенти от специалност Акушерка 2013г. Русе

За контакти:

Никол Донева, Факултет ОЗЗГ email : nikol_doneva@abv.bg

Научен ръководител: Доц. Иваницка Сербезова, РУ "Ангел Кънчев"-гр. Русе, iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

APGAR SCORE - какво ни е известно и какво още трябва да научим

автор: Сияна Чорбаджиева
научен ръководител: Иваничка Сербезова

APGAR SCORE - what we know and what still needs to learn - The report is presented in detail developed by Virginia Apgar scoring system to assess the condition of the newborn. Emphasis is placed on the duties of the midwife caring newborns when working with Apgar Score. Algorithmic obligations are presented in terms of a newborn baby at birth proceeded normally and pathological birth occurred.

Key words: Virginia Apgar; newborn; obstetric care; Apgar score.

ВЪВЕДЕНИЕ

Virginia Apgar е известен американски лекар в областта на акушерството и анестезиологията, но повечето учени свързват името и с метода, който тя разработва. През 1952г. тя разработва скала, която се нарича Apgar – score и служи за оценка на състоянието на новороденото. Смята се, че има голяма заслуга за драстичното намаляване на детската смъртност по света. [4]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Разработената скала е на принципа на точковата система. Този метод помага на лекарите и акушерките да се ориентират бързо за моментния статус на новороденото и при някакви патологични отклонения да бъдат взети спешни мерки за коригирането им и стабилизирането на състоянието на бебето. Точковата система на Аргар е публикувана за пръв път през 1958г и представлява законово приета оценка на състоянието на новороденото след раждане. Отчитането става на 1-ва, 5–та, 10–та и 15 минута след раждането. Apgar score е въведен с цел бързо ориентиране и определяне риска при новородените деца в хода на адаптацията към новия начин на живот. И днес Apgar score е актуален и използван навсякъде по света начин за бърза ориентация и отчитане на здравословния статус на новороденото [1].

Името на професор V. Аргар не се свързва само със създаването на точкова скала, но и с интересна аббревиатура, която определя петте показателя на изследване [3].

A (appearance) – цвят на кожата

P (pulse) - пулс

G (grimace) - рефлекс

A (activity) – мускулен тонус

R (respiration) – дишане

- ❖ Сърдечна честота – 0 т. – няма; 1 т. – под 100; 2 т. – над 100.
- ❖ Дишане – 0 т. – няма; 1 т. – неефективно; 2 т. – ефективно.
- ❖ Цвят на кожата – 0 т. – блед; 1 т. – акроцианоза; 2 т. – розов.
- ❖ Рефлекс – 0 т. – няма; 1 т. – гримаси; 2 т. – плач, съпротива.
- ❖ Мускулен тонус – 0 т. – няма; 1 т. – слаба флексия; 2 т. – активни

движения.

Таблица 1.
Таблично изображение на състоянието на новороденото по APGAR SCORE.

Показател	Оценка „0”	Оценка „1”	Оценка „2”
Сърдечна честота	Липсва СЧ	По-малко от 100/мин	Повече от 100/мин
Дишане	Липсва ДЧ	Слабо	Плаче гласово
Мускулен тонус	Отпуснат	Лека флексия	Добра флексия
Рефлекси	Липсват	Гримаси	Кашля, киха
Цвят на кожата	Цианотичен	Крайниците са цианотични	Бебето е розово

Всеки един от показателите носи определен брой точки: ако сърдечната честота е под 100 се дава 1 точка. Ако дишането е неефективно се дава 1 точка. Ако има цианоза на кожата – 1 точка. Ако дишането е ефективно, има добра сърдечна честота, кожата е розова, има добър мускулен тонус и рефлекси се дават по 2 точки. И така детето получава 10 точки [2].

По точковата система от 0 до 2т се определя всеки един отделен признак от горе споменатите, а сборът им дава общата оценка на Апгар Скор:

- От 8 до 10т получава здравото дете;

- От 4 до 7т получават децата с наличие на някаква патология, като например забавена кардиопулмонална адаптация;

- При общ брой от 0 до 3т е на лице тежка хипоксия.

Оценка по Апгар се прави на 1 минута, 3 минута, 5 минута и през 5 минути до достигане на оценка 8 или 10 единици.

Грижи на акушерката при нормално протекло раждане:

1. Още при показването на главата. Акушерката премахва едната (горната) ръкавица и поема новороденото.

2. Следва клампирането и прерязването на пъпната връв. Пъпната връв се прерязва с два стерилни захващащи инструмента на около 15 см от пъпния остатък.

3. След прерязването на пъпната връв следва почистване на лицето на новороденото със стерилна марля и аспириране на съдържимото от нос, уста, фарингс чрез вакуум аспиратор.

4. Следващата стъпка е първата баня на новороденото под течаща вода с температура 38 градуса. След като се изкъпе се подсушава много внимателно, като не трябва да се търка кожата на бебето.

5. Обработката на пъпния остатък е следващата важна стъпка. Тя става едва след като акушерката измие и дезинфекцира ръцете си и постави стерилни ръкавици. Пъпният остатък се избърсва със стерилна марля, напоена със спирт, а след това се овива с нова стерилна спиртна марля. Поставя се стерилна клампа на 2 см от коремчето и се прерязва на 1 сантиметър над клампата. Пъпното чуканце се изтиква върху стерилната спиртна марля.

6. Следва антропометричното измерване. Измерват се ръста, теллото, обиколката на главата, обиколката на гърдите, обиколката на коремчето, седалищната височина.

7. След вземането и регистрирането на антропометричните данни се поставя гривничка с номерче на ръчичката на детето и на родилката, като трябва да бъде предварително проверен номера на гривничката, а цвета да съответства на пола на детето.

8. След като номера е сверен и е поставен се преминава към повиването на новороденото.

9. Следващата стъпка е тоалет на очите със стерилен тампон напоен с физиологичен разтвор. Почистването става отвън навътре, като тампона е

еднократен и след това се изхвърля. Това се повтаря до пълното почистване. Следва профилактика по Креде. Във всяко едно око се накапва една капка разтвор на сребърен нитрат 1% или антибиотични капки. Тази профилактика предпазва от гонороеичен конюнктивит. Последната стъпка е забърсването със стерилен тампон, напоен с дестилирана вода.

10. След като акушерката извърши всички тези мероприятия поставя бебето на гърдите на майката.

Грижи на акушерката при патологично протекло раждане:

1. Още при показването на главата. Акушерката премахва едната (горната) ръкавица и поема новороденото.

2. Следва клампирането и прерязването на пъпната връв. Пъпната връв се прерязва с два стерилни захващащи инструмента на около 15 см от пъпния остатък.

3. След прерязването на пъпната връв следва почистване на лицето на новороденото със стерилна марля и аспириране на съдържимото от нос, уста, фарингс чрез вакуум аспиратор до идването на реанимационния екип.

4. Прдаване на неонатологичния екип за стабилизиране на състоянието на новороденото.

5. При поставяне на мониторинг се следят жизненоважните показатели.

○ Измерва и регистрира телесната температура - децата с по-ниска температура могат да са с мозъчни увреждания. При недоносени деца се следи температурата, за да не се претоплят;

○ Следи и регистрира сърдечната дейност - нормална дейност е от 100 до 160 удара/мин. Под 100 говорим за брадикардия. Над 160 говорим за тахикардия. Тахикардията при новороденото дете е ранен симптом за страдание и своевременната диагностика дава големи шансове на детето. Брадикардията е патологичен критерий. Намаляването на вариабилността и появата на децелерации в края на контракциите са симптоми на фетално страдание на плода. Поради това при тахикардия задължително се уведомява лекар;

○ Измерва, регистрира, следи дихателната дейност – Дихателната дейност бива: ритмична, неритмична, периодична, апноична. Ритмично дишане се смята, че е нормално дишане. Неритмичното дишане се среща при активния сън. Периодичното дишане е съпроводено с дихателни паузи, които са за 10-15 секунди. Апноичното дишане е спирането на дихателната дейност над 15 секунди. Нарушенията на дишането са често срещани при недоносени деца. Точно затова мониторирането при тях е задължителен.

6. Активно наблюдава състоянието на новороденото и при отклонения да уведоми лекар.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оценката по Апгар се основава върху състоянието на новороденото веднага след раждането и представлява стандартизирана оценка, която помага на лекарите и акушерките да открият наличието на някаква патология, свързана със здравето на детето. Реанимационните мероприятия могат да доведат до благоприятен изход за новороденото. Точно затова акушерката трябва да познава оценяването, точността и дозировката на медикаментите, необходимите пособия за осъществяване на реанимационните дейности, да асистира на лекарят-неонатолог в реанимационните мероприятия, които ще повлияят благоприятно на състоянието на новороденото.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Сербезова, И., Й. Луканова, Задачи на акушерката, свързани с бързо ориентиране и определяне риска в хода на адаптацията на новороденото., Научни трудове на Русенски университет, 2013г., том.52, серия 83, стр. 67-71

[2] Сербезова, И., Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, Печатна база при Русенски университет „Ангел Кънчев“, Русе 2013г., 259стр. – 261 стр.

[3] Христова, Е., Лекции по Неонатология и Педиатрия за студенти, С. – 2012 г.

[4]. <http://americanpregnancy.org/labor-and-birth/apgar-test/>

За контакти:

Сияна Чорбаджиева, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, email siqna4@abv.bg

Научен ръководител: Доц. д-р Иваничка Сербезова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Катедра „Обществено здраве и здравни грижи“ e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Съвременни грижи за новородени деца в Родилна зала

автор: Никол Донева
научен ръководител: Иваничка Сербезова

Advanced care for newborns in the delivery room: Modern obstetric cares for her child since the registration of pregnancy. The midwife has a leading role in antenatal, as it should explain to the pregnant woman how to care for yourself, and for the child health throughout the pregnancy. After the natural end of pregnancy midwife takes the newborn and makes the first care of it still in the delivery room. The role of the midwife not ending only with the cares in the hospital and continues with frequent home visits.

Key words: Midwife, Care, Newborn, Pregnancy,

ВЪВЕДЕНИЕ

Съвременните акушерски грижи за детето започват още с регистрирането на бременността. Акушерката има водеща роля в женската консултация, тъй като тя трябва да обясни на бременната жена как трябва да се грижи за себе си, за да бъдат тя и детето в добро здраве през целия период на бременността. След естествения завършек на бременността акушерката поема новороденото и полага първите грижи за него още в родилната зала. Ролята на акушерката обаче не се изчерпва с грижите в родилния дом до изписването на родилката и новороденото, а продължава и след прибирането им вкъщи с чести посещения.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Грижите за новороденото в родилна зала започват още с подготовката на залата. Тя трябва да бъде проветрена и затоплена. Акушерката трябва предварително да е подsigурирала стерилността на залата и всички инструменти, както и чисти затоплени пелени. Същинските грижи започват с поемането на новороденото от акушерката в стерилен компрес.

Следващата стъпка е клампирането и прерязването на пъпната връв, която е естествена връзка между родилката и новороденото. Пъпната връв се клампира с два стерилни захващащи инструмента и се прерязва между тях, приблизително на 15 см. от пъпния пръстен. Най-широко разпространената практика показва, че повечето специалисти предпочитат да клампират и прережат пъпната връв непосредствено след раждането. Напоследък обаче все по-често в научните статии се появяват твърдения, според които има много повече ползи за новороденото ако пъпната връв се пререже около една минута след раждането.

Количеството кръв, която бебето и плацентата споделят по време на раждането е 450 мл. По време на раждането, в тялото на бебето има около 300 мл кръв, останалите 150 мл остават в плацентата. Когато пъпната връв бъде клампирана и прерязана непосредствено след раждането, в плацентата остават приблизително 35 % от феталната кръв. Според Д-р Джоан Стоун, професор по гинекология и репродуктивна медицина и директор на родилното отделение в медицински център Маунт Синай, късното клампиране на пъпната връв води до по-високо съдържание на желязо във феталната кръв [11].

Друг ефект от ранното клампиране е редуцираното количество кислород в кръвта. С други думи заедно с желязото, което остава неизползвано в оставащата кръв в плацентата остава и неизползван кислород. Този кислород би могъл да бъде полезен при деца, родени в депресивни състояния, като например дихателна недостатъчност. В този случай ситуацията е спорна, тъй като педиатрите смятат, че най-доброто решение за детето е да бъде прекъсната пъпната връв възможно най-бързо и да бъдат стартирани реанимационните мероприятия. От друга страна обаче кислородът, който остава под формата на „загуба“ в плацентата, би могъл не само

да повлияе благоприятно на адаптационния процес на новороденото, но и да подпомогне и улесни реанимационните действия.

През последните 4-5 години все по-често се дискутира въпросът за извличане на стволови клетки от пъпната връв при раждане. За първи път този метод е използван през 1988 година за заместване на костен мозък. Стволовите клетки се развиват в най-ранния етап на ембрионалното развитие и нямат конкретна функция. Те носят оригиналният генетичен материал на индивида и могат да се трансформират в специализирани клетки на различните органи. Най-важното за тях е, че при раждането не са засегнати от външни фактори и фактически са най-младите клетки [10].

Извличането на стволови клетки се извършва по следния начин: Изтеглят се около 60 мл кръв чрез убождане на вената на пъпната връв, но след нейното прерязване. Събраната кръв се опакова и транспортира до лаборатория, в която подлежи на обработка. Процедурата се извършва без никаква увреда за майката. Пробата се осъществява след прерязването на пъпната връв и отделянето на плацентата [10].

Непосредствено след прерязването на пъпната връв лицето на новороденото се забърсва внимателно със стерилна марля и се провежда аспирация на носа, устата и фаринкса на детето посредством вакуум. Това може да се извърши чрез механичен или електрически аспиратор. Механичните аспиратори биват различни видове, но тъй като с тях се работи малко по-бавно се препоръчва работа с електрически аспиратор в родилната зала. Електрическият аспиратор се свързва със сонда за еднократна употреба и последователно се аспирират носа, устата и фаринкса. Тази процедура се налага, тъй като по време на бременността плодът отделя мекониум в околоплодния мехур и съществува опасност по време на раждането част от този мекониум да бъде инхалиран при вдишване или при поглъщане на околоплодни води.

След аспирационните мероприятия се преминава към първата баня на новороденото. Първото хигиенно къпане се извършва под течаща вода с температура 38 градуса при преминаване на струята първо през дорзалната част на ръката на акушерката. След това се пристъпва към подсушаване чрез попиване на кожата на новороденото. Абсолютно забранено е търкането на кожата, тъй като тя е изключително деликатна и е предразположена към разраняване, което би могло да стане входна врата за инфекции.

Както по въпроса за момента за прерязване на пъпната връв, така и по въпроса за къпането на новороденото съществуват различни теории. В утробата, бебетата са защитени от водната среда от слой верникс, който предпазва кожата от мацерация. Нови изследвания доказват, че верниксът има имунни свойства и осигурява естествена защита до укрепване на организма на новороденото. Верниксът също така е и най-добрият овлажнител и помага бебешката кожа да се поддържа мека и еластична. Околоплодната течност също осигурява допълнителна устойчивост към инфекции. Различни специалисти смятат, че колкото по-дълго остане тя върху кожата, толкова по-добре е това за бебето. За това в някои страни първата баня се замества с обтриване с влажни бебешки кърпички. Доста жени продължават тази практика до края на първия месец от живота на новороденото. Американските учени, цитирани от Ройтерс, са установили, че употребата на влажни кърпички за почистване на бебето е също толкова безопасна колкото и подмиването му с топла вода и сапун с неутрално рН [12].

След подсушаването на новороденото следват грижите за пъпният остатък. Преди започване на процедурата акушерката трябва да измие и дезинфекцира ръцете си и да си постави стерилни ръкавици. Първо пъпният кордон се избърсва със стерилна, напоена със спирт марля, като след това се обвива с нова спиртна марля. Поставя се стерилна клампа на 1,5-2 см от коремчето. Остатъкът от пъпният

кордон се поставя върху спиртна марля и се прерязва на около сантиметър над клампата. Върху спиртната марля се изтискава пълното чукачче. След това се поръсва с антисептична пудра и се поставя стерилна превръзка.

След като пъчето е обработено и е изолирано от външната среда с превръзка се преминава към антропометрични измервания. *Ръстът* е най-същественният показател за степента на развитие на детето. Въпреки, че съществуват индивидуални различия в ръста на здравите деца, които са в пряка зависимост от наследствените фактори, съществува приблизително усредняване на нормалните стойности: момчета - 51см, момичета - 50см. Измерването на ръста става по следния начин: новороденото се поставя върху чисти пелени по гръб, непосредствено до тялото му се поставя скала за измерване на ръста в сантиметри. Ръста се измерва от върха на главата до петичката при изпънат крак.

Теглото е вторият по значение показател за преценка на физическото развитие на детския организъм. За разлика от ръста теглото зависи от храненето на майката, вида на храната както и някои индивидуални особености във въглехидратната и обмяна. При раждане момичетата тежат приблизително 3,300кг, а момчетата 3,400кг. Теглото се измерва като се претеглят пелените, а след това върху тях се поставя новороденото. Данните за ръста и теглото се съобщават на висок глас, след което се подканя родилката да ги повтори.

Измерването на *обиколката на главата* е от изключителна важност, тъй като дава информация за състоянието и размерите на мозъка. Прекалено бързото увеличение на обиколката на главата би могло да означава, че детето има хидроцефалия и обратно, прекалено бавното нарастване на тази обиколка би могло да означава, че мозъкът не се развива в норма. Измерването и се извършва посредством мек метър, по възможност със заоблени краища. Размерът се взема от най-изпъкналата точка на окципиталната кост до надочните хребети /непосредствено над веждите/. Отчетеният резултат е с точност до 0,1 см. За най-точни резултати се препоръчва трикратно измерване, като най-точен се счита най-голямата измерена обиколка. Обикновено обиколката при раждане е 34см.

Обиколката на гърдите е малко по-малка от обиколката на главата, като в края на първата година се изравняват. Размерът се взема с мек метър, който се поставя под ръба на лопатките до мамилите. При раждане обиколката е 32см.

Коремната обиколка също има голямо значение, особено за диагностика на заболявания свързани със събиране на течност в коремната кухина. При измерването сантиметърът минава през пъпа, гребена на хълбочната кост и петия лумбален прешлен. Размерът обикновено е 32см.

Седалищната височина се използва за преценка на съотношението между трупа и крайниците. При раждане седалищната височина е равна на 33см.

След вземането на всички размери се поставя гривна с номер на ръката на бебето, както и на родилката. Предварително номерата се сверяват, като се съобразява и цвета на гривната според пола на новороденото.

След като номерата са сверени новороденото се подготвя за повиване. Върху стерилния плот в неонатологичния кът се постилат една върху друга 3 пелени. Крачетата на новороденото се изпъват, единият край на най-вътрешната пелена покрива съответното краче и се подпъхва под него, другото краче също се изпъва и се прибира плътно до вече обгърнатото с пелена краче. Със свободният противоположен край на пелената се обгръщат двете крачета и пелената се подпъхва под седалището. Следва повдигане на ръчичките и поставяне първо на единия свободен край на втората пелена под мишниците и подпъхване на пелената към гръбчето. Ръчичките се прибират плътно до тялото, със свободния край на пелената от едната страна се преминава плътно до вратлето с избягване на гънка, която да дразни кожата. Останалата част от пелената от този край се подпъхва към гръбчето. С противоположният свободен край на пелената се прави същото, но

вместо да се подпъхне към гръбчето се прави обиколка на корема и гърба като накрая се подпъхва в предната част.

След като новороденото е повито се преминава към тоалет на очите. Със стерилен захващащ инструмент се взема стерилен тампон, който се напоява със физиологичен разтвор. Окоето се почиства отвън навътре еднократно и тампонът се изхвърля. Това се повтаря с нови тампони до пълното почистване от секретите и на двете очи. Следва профилактиката по Креде, която предпазва новороденото от гонороеичен конюнктивит. Във всяко око се накапва една капка 1% разтвор на сребърен нитрат или антибиотични капки. Очите се забърсват със стерилен тампон, напоен с дестилирана вода.

Така подготвено и обгрижено новороденото се полага на гърдите на майката, което подпомага създаването на силна емоционална връзка между тях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Грижите на акушерката за новороденото в родилна зала са от особена важност. Тя първа поема бебето в ръцете си и има отговорната задача да огледа и регистрира всички промени във външния му вид, да измери всички показатели, да се погрижи за пълният остатък и пр. Тя трябва да подпомогне родилката да поеме своето отроче и да стимулира създаването на емоционалната връзка между тях. Освен водеща фигура в родилната зала акушерката продължава да се грижи за новороденото и родилката след тяхното изписване. През този период тя продължава активно да следи състоянието на детето, както и да подпомага родилката в отглеждането на детето.

ЛИТЕРАТУРА

[1]Бакалова,А., Ив.Вапцаров, Ст.Димитров, Детски болести, Медицина и физкултура,София 1974г.,777стр.

[2]Луканова,Йо.,Опорни точки за клиничната практика на акушерки, Издателски център при Русенски университет „Ангел Кънчев“, Русе 2014г.,212стр.

[3]Ниньо,Ш., М.Радев, Детски и инфекциозни болести, Медицина и физкултура, София 1992г.,180стр.

[4]Рачев,Л., О.Каменова, Отглеждане на кърмачето и малкото дете, Медицина и физкултура, София 1970г., 239стр.

[5]Сербезова,И., Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, Печатна база при Русенски университет „Ангел Кънчев“, Русе 2013г., 285стр.

[6]<http://dulaefekt.com>

[7]http://www.estestveni-idei.com/prod/blog/baby_first_bath/

[8]<http://www.evropea.com/medicina/component/content/article/70-bremennost/521-mekonium-v-utrobata.html>

[9] http://www.puls.bg/health/childbirth/news_9638.html

[10] http://www.puls.bg/health/hot-news/news_12718.html

[11] <http://purvite7.bg/?p=4194>

[12] <http://www.zdrave.bg/?c=n&id=6116>

За контакти:

Никол Донева, Факултет ОЗЗГ , email nikol_doneva@abv.bg

Научен ръководител: Доц.Иваницка Сербезова, РУ “Ангел Кънчев”-гр. Русе, iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Потребности на студентите от специалност Акушерка от въвеждане на нови образователни ресурси в обучението по инжекционна техника

автор: Фатме Нуриева

научни ръководители: Иваничка Сербезова, Кина Велчева, Йоана Луканова

Students needs in Midwifery of introduce new educational resources in teaching injection technique: The study analyzed the opinions of students from specialty Midwife of the need to provide additional educational resources on the topics of injection technique.

Key words: training, research student opinion, midwives, injection technique, educational resources

ПОСТАНОВКА НА ПРОБЛЕМА

Промените, протичащи в съвременния свят, изискват необходимост от формиране на професионални компетентности у студентите - медицински и здравни специалисти, обучаващи се във висшите учебни заведения. Съвременните стандарти за образование на акушерки в университетите наложиха въвеждане на нови учебни планове и програми и основен приоритет е оптимизиране на обучението по Здравни грижи, което да гарантира усвояване на умения и компетентности и подобряване акушерското обгрижване на пациентите. Едно от основните задължения на бъдещите акушерки е овладяване на инжекционната техника до перфекционизъм, за да бъдат изпълнени лекарските назначения без грешка и да се осигури безопасността на пациента.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Цел на проучването е да се анализира виждането на студентите от специалност Акушерка в Русенски университет "Ангел кнчев", за да се оптимизира обучението в частта му на инжекционна техника. Мотивите за избиране на тематиката- инжекционна техника са следните:

- Първо, неовладяването на инжекционната техника в достатъчна степен носи риск за бременната, раждащата, родилката и гинекологично-болната жена;
- Второ, още по-голям риск съществува за новороденото бебе, където правилното дозиране и извършване на инжекционните процедури е безапелационно задължително.

Обемът нужен за придобиване основни теоретични и практически знания, умения и компетенции на акушерката в резултат на обучението ѝ по различните учебни дисциплини позволяват тя, да извършва Общите и специални сестрински грижи. Те са регламентирани в Наредба № 1 от 08.02.2011 г. за професионалните дейности, които акушерките могат да извършват по лекарско назначение или самостоятелно, на Министерството на здравеопазването, обнародвана в ДВ. бр.15 от 18.02. 2011година [1].

В раздел III чл. 5.(1) от Наредбата са упоменати професионалните дейности, които акушерката може да извършва самостоятелно, а параграф 5 указва манипулациите, които са акушерско задължение:

Раздел III. Професионални дейности, които акушерките могат да извършват самостоятелно или по назначение от лекар

Чл. 5. (1) Професионалните дейности, които акушерката може да извършва самостоятелно, са:

5. манипулации, включващи:

- а) извършване на инжекции – подкожни, мускулни и венозни;*
- б) осигуряване на продължителен венозен достъп;*
- в) извършване на венозна пункция и вземане на кръв;*

г) инстилиране на лекарствени продукти през катетър (сонда), дренаж;

д) извършване на венозна инфузия;

е) извършване на очистителна и лечебна клизма;

ж) въвеждане, поддържане проходимостта и смяна на уретрален катетър при жена;

з) извършване на септични и асептични превръзки;

и) парентерално въвеждане на лекарствени продукти и инфузионни разтвори;

к) извършване на влагалищна промивка;

л) извършване на тоалет на външни полови органи;

м) поставяне на интравагинални лекарствени форми;

н) сваляне на конци и дренажи от оперативни рани;

о) отстраняване на шина;

п) извършване на промивка на конюнктивален сак;

р) извършване на стомашна промивка;

с) извършване на общ и специален тоалет;

т) измерване, регистрация и оценяване на витални показатели [1].

От изброените по-горе дейности е очевидно, че първите са свързани с овладяването на инжекционна техника.

Усвояването на компетенции по инжекционна техника за специалност Акушерка в Русенски университет „А. Кънчев“ се извършва в часовете по дисциплините „Философия и въведение в сестрински и акушерски грижи“ и „Практически основи на “сестринските и акушерски грижи” – Специални грижи за бременни с нормална бременност, включени в Учебния план на специалност "Акушерка". Освен лекционен курс са предвидени и практически упражнения в кабинет по Здравни грижи, където студентите под контрола на преподавателя върху мулаж и в забавен темп упражняват манипулациите. От студентите се изисква да придобият знания и умения, които да им позволят без грешка да извършват всички видове инжекции, преди да бъдат допуснати до реален пациент по време на клиничната си практика. Като студенти, считаме ,че основните трудности и препятствия са в следното: от една страна учебната информация е с голям обем, а от друга е страхът от причиняване на болка на друг човек, още повече – на бременна жена Това предизвиква стрес и носи несигурност. Ето защо се осъзнава необходимостта от полагането на правилни, качествени и научно обосновани грижи за нуждаещия се човек и в тази връзка и от безгрешното усвояване на инжекционната техника.

Във връзка с това се извърши анкетно проучване за мнението на студентите в различни етапи от тяхното обучение и виждането им за оптимизиране на усвояване на умения и компетенции във връзка с инжекционна техника. Проведена е анонимна анкета сред следните групи студенти в специалност Акушерка от катедра Здравни грижи, факултет Обществено здраве и здравни грижи в Русенски Университет “Ангел Кънчев“:

- Студенти I курс – 25 студента;
- Студенти II курс – 24 студента;
- Студенти III курс – 16 студента.

Обучаващите се акушерки от трите курса са почти единодушни, че теоретичното обучение по инжекционна техника е достатъчно. Лекционният курс се води от хабилитирани преподаватели с използване на мултимедийни презентации и интерактивни методи. По темите се провеждат и дискусии не само на лекции, но и на практически упражнения, които носят яснота по обсъжданите спорни моменти. По време на практическите упражнения, които обичайно следват лекцията, студентите прилагат получените теоретични знания в симулирани условия, близки до реалната болнична среда, формират технически умения по инжекционна техника. Това, обаче не носи достатъчно сигурност . При проведената анкета, повече от 50% от

анкетираните студенти (63%) считат, че биха желали да им се предоставят допълнителни възможности за упражняване на различните инжекционни манипулации.

Фигури 1,2,3 представят отговорите на въпрос „Според Вас необходими ли са повече от предоставените Ви информационни ресурси по инжекционна техника?“ Съществуват нюанси във виждането на бъдещите акушерки в различни етапи от тяхното обучение (фиг. №1,2,3).



Фиг.1 Отговори на студентите от I курс Акушерка за необходимостта от предоставяне на допълнителни информационни ресурси по Инжекционна техника

Студентите отговорили положително обхващат 43% от анкетираната група. С отрицание са отговорили 38% и без ясна позиция относно въпроса са 19%. Почти половината са студентките от първи курс, които смятат, че не са им необходими повече информационни ресурси и съвсем малко повече биха желали да получат допълнителни информационни ресурси. Около една четвърт от анкетираните не могат да преценят. Получените отговори са обясними с това, че първокурсниците не са добре ориентирани и все още не са осъзнали ясно необходимостта от перфектно усвояване на умения и компетенции по инжекционна техника.

При втори курс акушерки мненията не се различават съществено от тези на първокурсниците, въпреки че те би трябвало да са осъзнали необходимостта от прецизното усвояване на инжекционната техника.



Фиг.2 Отговори на студентите от II курс Акушерка за необходимостта от предоставяне на допълнителни информационни ресурси по Инжекционна техника

Интерес представляват получените резултати при трети курс акушерки. Резултатите от анкетата са обобщени на фиг.3. Данните показват, че 67% от анкетираните биха желали да получат допълнителни информационни ресурси по темите на инжекционната техника. Засилен е интересът на студентите, тяхната

активност и мотивацията им за учене. Осъзната е отговорността и задълженията на бъдещата акушерка да владее до съвършенство всички манипулации, в това число и инжекционните техники.



Фиг.3 Отговори на студентите от III курс Акушерка за необходимостта от предоставяне на допълнителни информационни ресурси по Инжекционна техника.

От анкетите на студентите от трите курса може да се направи изводът, че на студентите ще бъде полезно и интересно предоставянето на допълнителни образователни ресурси по темите за инжекционна техника.

Интересът към професията и изучаваните дисциплини е голям. Това обяснява и засилената активност на студентите, както и мотивацията им за учене в процеса на обучение. Предоставената възможност за свободно интерпретиране на учебния материал, използването на допълнителни информационни ресурси, включването на обучаваните в научно-изследователска работа разнообразяват до голяма степен учебния процес, правят го по-динамичен и интересен. Изготвянето и предоставянето на съвременни дидактически средства се приема много добре от студентите, още повече ако те самите участват в този процес.

За да бъде научено нещо ново, обикновено няма безброй опции. Студентите могат да усвоят новости като присъстват на лекция, от учебника и книгата, интернет или използвайки метода проба-грешка. Инжекционната техника, обаче изисква до съвършенство владее на манипулацията, на фините настройки и проба-грешка не е позволена. Когато някой медицински специалист трябва да научи нови умения, четенето на книга не винаги е достатъчно, а опитът и грешката не са опции. Освен това овладяването на манипулации или процедури в детайли и до автоматизъм преди да бъдат приложени на пациента, е задължително. Възниква въпросът как да се научи съответната манипулация без грешка, следвайки определен алгоритъм [2]?

Всичко това мотивира преподаватели и студенти от специалност Акушерка да обсъдят и подготвят видеоалгоритми за инжекционна техника, които да бъдат предоставени на всички обучаващи се медицински специалисти във ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи на Русенски университет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От направеното проучване могат да се направят следните изводи:

Първо, съществуващата практика за усвояване на умения и компетентности за инжекционна техника е добре организирана в лекционно съдържание и техники по време на практическите упражнения. Тази организация е добра практика и основа, за да бъде надградена и с иновационни подходи.

Второ, в мнението на студентите, независимо от курса, в който се обучават, се идентифицира потребността за допълнителни информационни техники за усвояване на инжекционните манипулации.

Трето, проведеното проучване е добра база за обосновка на научно-изследователски проект за въвеждане на видеоалгоритми за усвояване на инжекционната техника.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Наредба №1 от 8 февруари 2011г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение и самостоятелно. Издадена от МЗ, обн. ДВ. Бр. 15 от 18.02.2011 г., изм. ДВ. Бр. 50 от 01.06.2011 г.

[2] Проект Разработване на модел за видео алгоритми за инжекционна техника №2015 – ФОЗ – 02, Русенски университет „А. Кънчев”, Фонд Научни изследвания, Русе, 2015г.

[3] Сербезова И., Видеофилмите в обучението на медицински и здравни специалисти - монография, Печатна база на Русенски университет, Русе, 2013г.

За контакти:

Фатме Нуриева, студентка I курс Акушерка, ФОЗЗГ, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, e-mail: fatmenceto_14@abv.bg

Научни ръководители:

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

Д-р Кина Велчева, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, e-mail: kvelcheva@uni-ruse.bg

Ас. Йоана Луканова, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, e-mail: ylukanova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

План за акушерски грижи при бременни с хипертензивни заболявания

автор: Веселка Михайлова
научен ръководител: Иваничка Сербезова

Obstetric care plan for pregnant womens with hypertensive diseases: *Hypertensive conditions are one of the most frequent complications during the pregnancy. They contain a range of clinical syndromes, which occur with hypertension during pregnancy. These are conditions occurring in most cases for the first time, because of the pregnancy, or existed previously and deteriorated from the pregnancy itself.*

Key words: *Hypertension, edema, proteinuria, preeclampsia, eclampsia, pregnancy, obstetric care plan, training students*

ВЪВЕДЕНИЕ

Цел на този доклад е да се проучи литературата, свързана със здравословните проблеми на бременни с хипертензивни заболявания и да се формулира план за акушерски грижи.

Хипертензивните състояния са едно от най-честите усложнения на бременността. С това понятие се означават редица клинични синдроми, които се проявяват с хипертония през бременността. Това са състояния, проявили се за пръв път заради бременността, или са съществували преди това, и са се влошили в следствие от бременността. В миналото това усложнение се е означило като „токсикоза на бременността”, тъй като се е предполагало, че по време на бременността се отделя токсин, който уврежда жизнено важните органи и системи. Друг термин, който се използва е „ЕРН гестози”: Е-едем; Р-протеинурия; Н-хипертония. Днес се използва терминът: хипертония – редуцирана от бременността (ХИБ) [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Хипертензивните състояния се наблюдават при над 15% от бременните. Заболяването се среща по-често при първескини. Честотата варира поради редица обстоятелства:

- Възраст;
- Паритет;
- Придружаващи заболявания;
- Социални фактори.

Хипертензивните заболявания през бременността се характеризират с три главни симптома:

1. Събиране на вода в тъканите (Oedema).
2. Отделяне на белтъци в урината (Proteinuria).
3. Повишаване на кръвното налягане (Hypertonia).

В най-тежките случаи могат да се появят гърчове, загуба на съзнание или кома [2].

Според Световна здравна организация от 1990 год., хипертоничните заболявания по време на бременност са:

I. Хипертония, индуцирана от бременността:

1. Транзиторна хипертония.
2. Прееклампсия.
3. Еклампсия.

II. Хипертония влошена от бременността: присадена прееклампсия и еклампсия.

III. Хронична хипертония [3].

Транзиторната хипертония засяга обичайно първескини в по-млада възраст. Така се означават бременни, които развиват хипертония, съществуваща преди

раждането, по време на раждането или през първите 24 часа след раждането. Изразява се с артериално налягане 140/90 mmHg, без генерализирани отоци или протеинурия. Този термин се употребява в случаите, когато не се развива преекламписия и артериалното налягане се нормализира до 12 седмици след родоразрешението [4].

Преекламписията е най-честото хипертензивно усложнение на бременността. Симптомите се проявяват по време на една нормално протичаща бременност, след 20г.с. Означава се с наличие на хипертония, протеинурия и едеми : „класическа трилогия на преекламписията”. Хипертонията е главен симптом и е наличен винаги, отоците и протеинурията са по-късен симптом на преекламписията. Клиничната симптоматика е изразена с: артериално налягане над 140/90 mmHg; протеинурията е над 300mg/24h; отоци по крайниците и лицето. Преекламписията се разглежда като умерена и тежка. Разграничаването е само условно, тъй като умерената преекламписия може да прогресира в тежка. При тежка форма на преекламписия артериалното налягане е над 160/110mmHg и протеинурията над 5g в 24 часова диуреза. Основен патогенетичен и патофизиологичен феномен на преекламписията е генерализиран спазъм на артериолите. Смята се, че този спазъм лежи в основата на повишеното кръвно налягане. Вследствие на този спазъм, симптомите на преекламписията варират според това кой орган е засегнат повече [5].

Към характерните за преекламписията клинични белези се появяват и допълнителни симптоми :

1. Церебрални симптоми - главоболие, виене на свят, шум в ушите.
2. Зрителни проблеми – нистагъм, двойно виждане.
3. Гастроинтерспинални оплаквания - гадене, повдигане, повръщане.

При по тежки случаи, когато съдовият спазъм се концентрира върху плацентата, се стига до плацентарна инсуфициенция. Вследствие на промените се срещат състояния като: недоносен плод, склонност към преждевременно раждане, висок паритален морталитет [2].

Утежняваща прогноза на преекламписията е HELLP синдром. При този синдром изпъкват уврежданията на чернодробната функция и кръвосъсирването. Проявява се с триада:

1. Хемолиза – разпад на еритроцити; „H”
2. Повишени чернодробни ензими – АлА , АсА , LDH; „EL”
3. Тромбоцитопения - разрушаване на тромбоцити. „LP”

HELLP синдромът е предимно чернодробна локализация на тежка преекламписия. Клиничната симптоматика е изразена с болки в епигастриума, зрителни смущения, гадене и повръщане. Диагнозата се базира на точни лабораторни изследвания. Основните грижи се свеждат до режим на легло и контрол на артериалното налягане, кръвна захар, хемеостаза и алкално-киселинно равновесие [6].

Най-тежка форма и краен стадий на преекламписията е Еклампсията. Древните гърци я характеризират, като „гърм от ясно небе”. Изразява се със загуба на съзнание(кома) и гърч. При 25% от бременните настъпва еклампсия в трети триместър ; 50% непосредствено преди раждане и 25%, през първите 24 часа след раждане. Предразполагащи фактори за поява на еклампсия са късно открита хипертония, нерационално и късно лечение [7].

Екламптичният припадък включва четири периода :

1. Начален период – продължителност 1 минута. Изразява се с чести, къси, слаби контракции на мускулите на лицето, повишена подвижност на очните ябълки, намалена реакция на светлина.
2. Период на тонични конвулсии – продължителност 15-20секунди. Цялото тяло е неподвижно, извито е напред, краката са в екстензия, ръцете във флексия,

пръстите са свити и очите са фиксирани нагоре. Дишането е спряло в следствие на контрактурата на диафрагмата, от устата излиза кървениста пяна.

3. Период на клонични конвулсии - приодът трае 1-3 минути. Лицето е мораво и подуто, очните ябълки се въртят, силни конвулсии на горните краиници.

4. Период на кома – пациентът е в безсъзнание, дишането се възстановява, но има спазъм на ларикса. Съзнанието се възвръща.

След припадък, често телесна температура е 39 градуса, дължи се на увреждане на мозъчните центрове. Дишането е учестено. По време на екламптичен припадък, плодът е подложен на силен стрес, поради хипоксията. Раждането може да започне спонтанно по време на екламптична криза, поради повишената обща възбудимост.

Лечението се състои с родоразрешаване. За овладяване на гърчовата симптоматика се използва Магнезиев сулфат, ограничава се вноса на течности, прилага се Диазепам за превенция на повторни гърчове и се подава кислород. [1]

Таблица1.

Анализ на състоянието на бременна с еклампсия по теорията на Хендерсон

Нужди	Състояние	Степен на зависима
Дишане	Затруднено , поставя се ларингоскоп , подава се кислород за да се предотврати прехапването на езика	зависима
Хранене, пиене	Ограничава се приема течности и храни	зависима
Отделяне	Поставен уретрален катетър – следи се диуреза	зависима
Двигателна активност	Невъзможност за придвижване	зависима
Сън и почивка	Неспокоен сън, поради болка	зависима
Обличане и събличане	Невъзможност за самостоятелно преобличане	зависима
Поддържане на нормална телесна температура	Телесна температура е повишена до 39 градуса	зависима
Поддържане на лична хигиена и външен вид	Невъзможност за самостоятелно поддържане на лична хигиена	зависима
Да избягва опасностите	Бременната е на легло	зависима
Да осъществява комуникация	Изолирани са всички сетива на пациентката	зависима
Да изповядва вярата си	Може да извършва действия	независима
Заетост с цел реализация	Затруднена е с извършване на подобен род действия	частично зависима
Да участва в развлечения	Поради болката е затруднена със задоволяване на тази потребност	зависима
Да се обучава	Спазва указанията на акушерката, може да чете	Частично зависима

След извършения анализ се предлага следният **план на акушерски грижи**:

1. Осигурява се свободен дихателен път чрез ларингоскоп.
2. Измерване и регистриране в реанимационен лист на виталните показатели – температура, пулс, дишане, кръвно налягане.
3. Стриктно спазване на медикаментозната терапия.

4. Следене и регистриране на уринирането – цвят, вид на изтичащата през катетъра урина, часова диуреза.
5. Наблюдение на външния вид и общото състояние.
6. Извършване на хигиенни тоалети.
7. Помощ при смяна на лично и постелно бельо.
8. Помощ при поемане на течности.
9. Наблюдение състоянието на плода.
10. Грижи за катетър.
11. Подпомагане за движения в леглото.
12. Помощ за преодоляване на страха и стреса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С понятието хиперинтензивни състояния през бременността се означават редица клинични синдроми и нозологични единици които се проявяват с хипертония през бременността. Около 10% от всички бременности се усложняват с хипертония. Преeklampсията е заболяване, срещано само при човека. Боледуват предимно първесицини, като първите прояви са обикновено след 20г.с. Преeklampсията е сравнително често срещана диагноза в отделението Патологична бременост, поради което акушерката трябва да познава основните симптоми на заболяването, методите за лечение и направления в грижите за бременни с такава диагноза.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Димитров, А. „Акушерство, Медицинско издателство „АРСО“- АРСО-КП ЕООД, София, 2013г.,стр.425
- [2] Сербезова, И., Специални грижи за бременни,раждаци,родилки и новородени, Русе, 2013г., стр.256
- [3] Хаджиев,АЛ., Карагюзав,И., Акушерство, „Медицина и физкултура“ ЕООД, София, 2005г.,стр.430
- [4] Медицински дневник, брой 10, 2006год.
- [5] Кацулов,А., Преeklampсия-Еклампися, „Медицина и физкултура“ ЕООД, София, 1988г., стр.247
- [6] Спасов, С., Ендокринни промени при патологична бременност, „Медицина и физкултура“ ЕООД,София.1986г.,стр.200
- [7] www.arsmedica.bg

За контакти:

Веселка Михайлова, I курс, Акушерка, факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, e-mail: veselka.mihailova@abv.bg

Научен ръководител: Доц. Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев ” – гр. Русе, iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Грижи за новородени с дихателна недостатъчност- предизвикателство пред акушерката

автор: Юлия Мухсин
научен ръководител: Иваницка Сербезова

Care for newborns with respiratory failure: Respiratory failure is the leading clinical problem in premature babies. Due to incomplete structural development of the lungs and insufficient production in them surfactant- complex of phospholipids, the main function after birth is to maintain the alveoli (the most important gaseous exchange units) in the unfolded state, so that the body of the newborn have normal breathing function - supply enough oxygen and eliminate carbon dioxide.

Key words: respiratory failure, premature babies, surfactant, breathing function, oxygen, eliminate carbon dioxide, care of the midwife

ВЪВЕДЕНИЕ

Целта на настоящата статия е да проучи литературни източници, свързани с дихателна недостатъчност при новородени и да изведе необходимите акушерски грижи.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Дихателната недостатъчност е водещ клиничен проблем при недоносените деца и изисква сериозно внимание и грижи от акушерките. Дължи се на незавършеното структурно развитие на белите дробове и недостатъчната продукция в тях на сърфактант – комплекс от фосфолипиди, чиято основна функция след раждането е да поддържа алвеолите (най-важните газообменни единици) в разгнато състояние, така че организъмът на новороденото да има нормална дихателна функция – снабдяване с достатъчно кислород и елиминиране на въглеродния двуокис. Децата с ниско и екстремно ниско тегло имат малки запаси от сърфактант, техните бели дробове не се разгъват добре, не функционират нормално и се получават тежки нарушения на дишането, налагащи провеждането на изкуствено дишане със специални апарати. Едно от най-значимите постижения през последните 25 години е създаването на сърфактант препарати на базата на екстракти от животински бели дробове. Те се поставят в трахеята и белите дробове на детето след раждането и заместват липсващи или недостатъчен собствен сърфактант. Лечението със сърфактант е основната причина за повишаване преживяемостта на недоносените бебета, като същевременно води до намаляване на късните усложнения [4].

Причините, водещи до развитие на дихателна недостатъчност са многобройни.

1. Заболявания на белите дробове и дихателните пътища:

- Плеврални увреждания – плеврални изливи, пневмоторакс.

- Обструкция на дихателните пътища – чуждо тяло, оток на ларинкса, стеноза на ларинкса, трахеята, бронхите.

- Белодробни заболявания – пневмония, белодробен абсцес, бронхиална астма, белодробен тромбоемболизъм, емфизем, пневмокозиози и др.

- Деформация на гръдния кош – сколиоза, кифосколиоза, гръдна травма, фрактура на ребрата.

2. Сърдечно-съдови заболявания: вродени сърдечни пороци, левостранна сърдечна недостатъчност, остра миокардна исхемия, ритъмни нарушения.

3. Нервномускулни заболявания: мозъчен инсулт, тумори, травми, полиомиелит, миастиения гравис, мускулна дистрофия .

4. Промени в кръвта – намаляване на количеството кръв при остра кръвозагуба,

нарушени киселинно-алкални показатели при ендокринни, бъбречни, чернодробни заболявания.

5. Интоксикация с арсен, фосфор, алкохол, цианови съединения, медикаменти (опиати, седативни средства, антидепресанти).

Под дишане във физиологията се разбира: преминаване на газовете през алвеоло-капилярната мембрана (вентилация) газообмен на тъканно ниво (перфузия) транспорт до клетката чрез кръвта (дифузия). [4]

Патофизиология: хипоксемия, хиперкапнея, респираторна ацидоза

ОДН – първична и вторична – изострена ДН при хронични пулмопатии

ХДН – различава се от острата, паради включване на компенсаторни механизми

Под термините перинатална асфиксия се разбира тежко до животозастрашаващо състояние на новороденото, в резултат на нарушение на газообмена, съответно на дишането и циркулацията.

Причини за асфиксия могат да се развият преди, по време и непосредствено след раждането:

- От страна на майката – недостиг на кислород, ниско артериално налягане (артериална хипотония), прееклампсия, сърдечна недостатъчност, шок, захарен диабет, токсични въздействия;

- От страна на фетуса – хемолиза (разрушаване на червените кръвни клетки), анемия, ускорена сърдечна дейност, сърдечна недостатъчност, инфекция, хипотрофия или вродени анатомични аномалии;

- От страна на плацентата – преносеност, плацентарна недостатъчност, предлежаща плацента, отлепване на плацентата, фето-фетална трансфузия при близнаци;

- От страна на пъпната връв – предлежаща пъпна връв, компресия, завиване около врата, възли на пъпната връв, продължително раждане, несъответствие между размерите на таза и размерите на плода

Причини от периода след раждането – дихателна недостатъчност, вродени сърдечни аномалии, шок [5].

Според бързината на развитие дихателната недостатъчност бива:

1. Остра дихателна недостатъчност. Възниква остро (за часове или дни) нарушение на газовата обмяна в белия дроб. Прогресира бързо и организмът няма време да се адаптира към газовите нарушения. Представява застрашаващо живота състояние.

2. Хронична дихателна недостатъчност. Характеризира се с постепенно снижаване на парциалното налягане на O₂ в артериалната кръв. Развива се в продължение на месеци или години. Бавното протичане позволява на организма да се адаптира спрямо хипоксемията и хиперкапнията чрез включване на компенсаторни механизми [4].

Добрата акушерска практика изисква навреме да бъдат разпознати клиничните признаци на дихателната недостатъчност и надлежно докладвани на лекар.

Характеризират се със задух, учестено дишане (над 30 в минута). Цианозата е чест, но не е задължителен белег. Наличието ѝ по устните и езика потвърждава тежка хипоксемия. Има тахикардия, хипертония, ритъмни нарушения [5].

Дихателни смущения в неонаталния период (вродени или придобити, първични или вторични) са най-честа причина за леталитета или неврологичните усложнения обусловени от хипоксемия, асфиксия и хипоксия. Многобройно признаци за дихателна недостатъчност (тахипнея, тахикардия, затруднено или шумно дишане) могат да бъдат резултат на извънбелодробни заболявания. Особено място в перинаталния период заема патологията на сурфактанта (фактор на повърхностно напрежение). Дефицитът му води до белодробна незрялост или деструкция на

пневмоцитите от II тип (хиелинномембранна болест). Нарушената му структура поради забавяне на резорбция на амниотична течност се изразява с транзиторна тахипнея и белодробен оток. Деструкция на сърфактанта се причинява от инхалация на мекониум, белодробна инфекция, белодробен кръвоизлив [2].

Сърфактантът е вещество, което се секретира от гранулирани пневмоцити. Той се състои от фосфолипиди и покрива алвеолите. Ролята му е да поддържа оптимално повърхностно напрежение според диаметъра на алвеолата. Осигурява постоянство на газообмена и намалява мускулната работа, необходима за раздуване на белия дроб при следващо вдишване. Намалението или липсата на сърфактант води до колабирание на алвеолите и ликвидирание на функционалния остатъчен капацитет, в резултат на което се получава ателектази. Синтезът на сърфактант се потиска лесно от хипоксемията, в резултат на което се развива синдромът на смутено дишане (ССД). Честота му е 1 % от всички новородени. Характеризира се с прогресивно задълбочаване на тахипнея, пъшкане, задълбочено дишане, цианоза и дихателна недостатъчност. Заболяването протича с различна тежест - лека преходна дихателна недостатъчност до фетално протичане. Симптомите са налице от самото раждане на плода. Най-важният клиничен симптом е шумното и затруднено дишане. Нормализирането му е първият признак за подобряване на състоянието на плода. При аускултацията дишането е отслабено везикуларно. Вдишването се затруднява още поради намалената белодробна еластичност, мускулния тонус намалява. Цианозата се задълбочава, телесната температура се понижава и се появяват къси периоди на апнея [2].

Пневмонията е честа причина за дихателна недостатъчност. Може да се наблюдава при ранна руптура на околоплодния мехур или при трансплацентарна инфекция още в първите часове след раждането. Придобитата след раждане пневмония се проявява след 48 час. При вродена пневмония ранната диагноза може да се постави чрез изследване на пъпна връв и плацента и търсене на амнионит. Бактериологичната диагноза изисква изследване на посявки от нос, гърло [2].

Аспирация на мекониум - тя е последица от дихателни движение ин утеро. Нормално секретиранията от алвеоларни клетки белодробна течност се отделя в амниотична течност. Острата асфиксия води до преждевременни дихателни движение и проникване на амниотична течност в белите дробове. Успоредно с това настъпва усилена перисталтика на червата с отделяне на мекониум. Синтезата на сърфактант е смутена. Профилактика бързо акуширане на плода в перинатална асфиксия, правилна реанимация, съвременна аспирация на устна кухина и фаринкс още при раждане, при необходимост - интубация или трахиална аспирация.

В задълженията на акушерката, свързани с лечението се включват строго изпълнение на лекарските назначения за преодоляване на идеопатичния синдром на смутено дишане – целта е поддържане на дихателна функция и създаване на условия за синтезиране на сърфактант по постнатален ензимен път, което става към 6-7 ден. Детето се поставя в затоплена среда, инкубатор или под лъчист топлинен източник, за да се намалят кислородните нужди и продукцията на въглероден диоксид. В първите три дни се осигурява парентерално хранене. При тежка диспнея или апнея, или тежка хипоксемия, която не се повлиява усиленото вдишване на кислород, се започва изкуствена вентилация [2].

Диагноза е лекарско задължения, но акушерката е тази, която трябва да осигури необходимите условия, инструментариум, пособия и да организира точното и акуратно вземане на кръв и получаване на резултати. Диагнозата на дихателната недостатъчност е изключително лабораторна. Задължително се прави кръвно-газов анализ на артериалната кръв с определяне на PaO_2 и $PaCO_2$, и параметрите на киселинно-алкалното равновесие.

Анамнезата, клиничната картина, физикалното изследване, рентгенографията на гръдния кош, ЕКГ имат значение за откриване на причината за дихателната недостатъчност [5].

Акушерски грижи и участие в лечението: Първо трябва да се осигурят свободно проходими дихателни пътища. Болното дете се поставя в странично положение за избягване на аспирацията на секрети, чрез аспирационна помпа се аспирират секрети от горните дихателни пътища [3].

Започва се кислородотерапия за корекция на хипоксемията. Бронхиалната обструкция се преодолява чрез бронходилататори: β_2 -агонисти (Salbutamol, Berotec), метилксантини (Novophyllin), антихолинергици, а при показани болни и кортикостероиди. За подпомагане отделянето на бронхиалния секрет се прилагат секретолитични средства (Ambroxol, Mucosist). При наличие на инфекция се прилагат антибиотици – цефалоспорино I-ва генерация [1].

Поради висок риск за развитие на белодробен тромбоемболизъм профилактично се прилага Нерагін [1].

При неуспех от максимално консервативно лечението се пристъпва към интубация и механична вентилация [4].

Грижи при новородени и деца със заболявания на дихателната система:

1. Грижите започват още след раждането на плода.
2. Настаняване в отделен бокс.
3. Въздухът да се поддържа чист и влажен.
4. Температура в стаята 20-22 градуса.
5. Често проветряване.
6. Често къпане, преобличане.
7. Застлано и удобно легло.
8. Храната да е в малки количества, лесно усвоима.
9. Недоносените деца се хранят със сонда.
10. Отбелязване на дефекацията в документацията.
11. При повишена температура: измерване в определени часове, регистриране, даване на антипиретични средства, а при много висока температура: влажни обвивания.
12. Тоалет на носа и устната кухина, аспириране на секретите в тях.
13. Поставяне на новороденото в странично положение за да се избегне евентуална аспирация на повърнати материи.
14. Кислородотерапия: не се дава чист кислород, а смесен с въздух. Кислородът е овлажнен и затоплен.
15. Поддържане на правилата на асептика и антисептика [3].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подготовката за посрещане на новороденото е важна. Най-голямата нужда на новороденото е родителската любов. В родилната зала акушерката е тази, която се грижи за раждащата жена. Важно е тя да осигури адекватна подкрепа на раждащата. Без излишна намеса, с отговор на нейните желания и нужди да създава условия тя да се чувства спокойна и обгрижена. Пред акушерките стоят редица предизвикателства на 21 век. Очаква се акушерките да допринесат за намаляване на майчината и детска смъртност чрез своя професионализъм. Акушерката е жизненоважен отговор на предизвикателствата, свързани с осигуряване на висококачествена грижа за родилки и новородени.

Акушерката трябва да предоставя квалифицирана, опитна и милосърдна грижа за жени, новородени и семейства преди бременността, по време на бременността, по време на раждането, след родилния период и първите седмици от

живота. Резултатите от положените навременни акушерски грижи включват намалена смъртност при новороденото, намален брой мъртвородени, перинатална травма, инструментално раждане, намалена аналгезия и анестезия в рамките на раждането, по-малко случаи на тежка загуба на кръв, по-малко преждевременни раждания, по-малко новородени с ниско тегло при раждане и по-малко хипотермия. Навременните и компетентни акушерски грижи полагани при новородени със заболявания на дихателната система оказват голямо влияние за подобряването на състоянието на новороденото и качеството му на живот в бъдеще.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Апостолов А., Диагностичен и терапевтичен наръчник при спешни състояния, Пловдив 2014, Остра дихателна недостатъчност, стр.139-140
- [2] Ниньо Ш., Педиатрия, Медицина и физкултура, София 1984, Белодробни заболявания на новородено, стр. 96-101, 142-144
- [3] Луканова Й., Опорни точки за клинична практика на акушерки, Русе 2014, Грижи при деца със заболявания на дихателната система, стр.174-175
- [4] <http://www.midwivesbulgaria.org/news/>
- [5] http://www.puls.bg/health/debate/news_15297.html

За контакти:

Хюлия Мерсин Мухсин, III курс „Акушерка“, Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“, РУ „Ангел Кънчев“- гр.Русе, тел. 0899121098, hulia93@abv.bg

Научен ръководител: Доц. д-р Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев“- гр. Русе, Катедра "Обществено здраве и здравни грижи", тел: 0888731063, vania_serbezova@abv.bg

Докладът е рецензиран.

Нормално (физиологично) раждане - Предимства пред оперативното родоразрешение

автор: Христинка Христова
научен ръководител: Кина Велчева

Normal (physiological) birth - Advantages to operative birth: When listing the advantages of normal (physiological) birth, you first need to clarify what constitutes it. It is defined as normal when the baby is born up to 12 hours of onset of contractions through the natural forces of the mother when the process is done through the normal birth roads and no harm to the child and the mother. This simple definition is useful, but it is no guarantee of being "normal", while the birth is in progress and not yet completed fully.

A birth was defined as normal in terms of the rate and the rate of expansion of the cervix. Over the past decade or two is a trend of shortening the duration of the process. Keeping labor does not begin with the arrival of a pregnant woman in the birthing clinic or with uterine contractions. It starts from the prenatal period with preparatory training. Expectant mother learns what is imminent, when to go to the hospital, what to take out there and more. Antenatal (prenatal) preparation removes the fears of the woman acquired by stories about "terrible" births of friends and acquaintances or unfavorable memories of previous pregnancies and births.

Key words: birth, prophylaxis, normal, pregnant, uterine contractions.

ВЪВЕДЕНИЕ

Когато се изброяват предимствата на нормалното (физиологичното) раждане, първо трябва да се изясни какво представлява това родоразрешение. То се определя като нормално, когато бебето се роди до 12 часа от началото на контракциите посредством естествените сили на майката, когато процесът се осъществява през нормалните родилни пътища и няма увреждания при детето и при майката. Тази проста дефиниция е полезна, но тя не е гаранция за определението "нормално", докато раждането е в ход и още не е завършило напълно.

Едно раждане се определя като нормално и от гледна точка на темпото и на скоростта на разширението на шийката на матката. През последните едно-две десетилетия се наблюдава тенденция на съкращаване на продължителността на процеса. Воденето на раждането не започва с пристигането на бременната жена в родилната клиника, нито с маточните контракции. То стартира още от пренаталния период с подготвителното обучение. Бъдещата майка научава какво ѝ предстои, кога да тръгне за родилния дом, какво да вземе за там и др. Антенаталната (предродилната) подготовка премахва страховете на жената, придобити от разкази за "ужасни" раждания на приятели и познати или от спомени за неблагоприятни предишни бременности и раждания.

ИЗЛОЖЕНИЕ

През последните години се наблюдава ясна тенденция за повишаване честотата на раждания с цезарово сечение, казва бившият здравен министър д-р Стефан Константинов, който сега е един от най-търсените АГ специалисти в "Майчин дом". Ето какво съветва той бъдещите майки, които се чудят дали да родят със секцио: Определен процент от тези оперативни раждания нямат ясни медицински показания и се дължат единствено на предпочитание на пациентките да родят по този начин. Дали трябва и дали могат бременните сами да вземат решение за начина, по който да родят, е лесен въпрос само на пръв поглед. Две основни причини карат бременните да настояват да родят със секцио. Първата, това е насажданото мнение, че оперативното раждане е по-малко рисково и травмиращо плода. Каква е истината? Няма никакви доказателства, че новородените със секцио (когато не са близнаци и бебето е в главично прилежание) са в по-добро състояние от новородените при нормално протекло раждане – нито непосредствено след раждането, нито в по-късните етапи от живота им. Дори обратното – проучвания

показват по-голяма заболяемост при децата родени с планови операции, особено, ако са направени по-рано от термина им, т.е. преди 39-тата гестационна седмица. Има множество състояния, при които още към края на бременността може да се предполага, че раждането по естествен път би било трудно и рисковано. Например – едър плод в седалищно предлежание при жена с тесен таз (нисък ръст). Такива случаи не представяват диагностичен проблем и там поведението е ясно и недвусмислено – оперативното раждане има безспорни предимства [1].

В повечето случаи преди започване на самото раждане ние не можем да прогнозираме със сигурност дали то би могло да стане безпроблемно по естествените механизми. За това добрата практика изисква в тези случаи да се направи пробно раждане, при което се следи напредването му и състоянието на плода. В случай на значително отклонение от нормите се преминава към оперативно родоразрешение. Винаги съм се учудвал на случаите, при които колеги още в първите месеци на бременността са препоръчвали раждането да стане със секцио. Това всъщност е и една от причините за предварително формиране на нагласа у бременната и настояването и по-късно да роди с операция[2]. Ако трябва да обобщя по този въпрос – ползата на оперативното раждане за плода в сравнение с нормалното раждане е мит, пренасян механично от сравнението между резултатите от раждането със секцио и определени патологични раждания през естествените пътища.

Втората основна причина, караща жените да желаят секцио почива на страха от болка и опасенията, че естественото раждане би увредило по някакъв начин организма им. Какви са и тук реалностите? Плановото цезарово сечение естествено елиминира цялата болка съпътстваща контракциите и напъните. За сметка на това е свързано с болка в следоперативния период и значително по-бавно възстановяване. Наистина, с навлизането на модерните техники на цезаровото сечение - методът на Старк, възстановяването на оперираните изглежда значително по-бързо, а и усещането за болка намалява. Кога тя е по-силна, е изключително индивидуална оценка.

Жени, които са раждали трудно и продължително, при последващо раждане с цезарово сечение са споделяли, че болката при нормалното раждане (без епидурална анестезия) е по-силна от болката в следоперативния период на цезаровото сечение. Но има и друго мнение – жени родили нормално, дори без епидурална анестезия, при които впоследствие поради някаква причина се е наложило оперативно раждане споделят, че раждането със секцио няма предимства по отношение на болката и биха предпочели нормалното раждане. Въобще, ако страхът от болка е основният фактор, то би било много по-логично бременната да се насочи към клиника, където има възможност за поставяне на епидурална анестезия, отколкото да се подлага на секцио само по тази причина.

Схващането, че операцията е по-малко травмираща за организма, е едностранчиво. Факт, обикновено премълчаван, е, че смъртността от цезарово сечение е в пъти по-висока от смъртността при нормално раждане. Заболяемостта също. Усложненията са по-чести – особено кръвозагуба и инфекция. Наистина при днешната оперативна техника и наличието на антибиотична профилактика абсолютният дял на тези усложнения е нисък, но съпоставени с нормалното раждане пак е по-висок. Към чисто оперативните компликации трябва да добавим и тези, дължащи се на анестезията (упойката). Макар и редки, те могат да бъдат животозастрашаващи. Единствените потенциални ползи от раждането с цезарово сечение е предотвратяването на разкъсвания на външните полови органи, влагалището и вероятно (без да е напълно доказано) по-малка честота на десцензус (смъкване) на влагалището и незадържане на урина в по-късните етапи от живота, за което има определени данни от проучванията.

Това е чисто медицинската страна на въпроса. Логично е тогава да се запитаме, защо честотата на цезарово сечение се повишава по целия свят? Причините надхвърлят медицината и се коренят в множество фактори, които в различните страни имат различна тежест.

Във високоразвитите и богати държави един доста важен фактор принуждаващ лекарите да прибегват по-лесно към цезаровото сечение е страхът от съдебно преследване при евентуални неблагоприятния с новороденото. Това е един вид презастраховка, защото акушер-гинеколозите често стават обект на съдебни дела, при които по правило се приема, че щом е направено цезарово сечение, значи са положени максимални грижи плодът да се роди здрав. Факторът време също е от значение. Нормалното раждане продължава с часове, а цезаровото сечение средно между 30-40 минути [4].

Днес все повече сме свидетели на бременности след различни форми на асистирана репродукция (ин витро). Пациентките преминали през всички тези трудности не желаят да оставят никакво място на несигурността и сами настояват за планиране на раждането, като са готови да поемат всички рискове отнасящи се до собственото им тяло. Наличието на голям брой болници у нас също е фактор спомагащ за повишаване на честотата на цезаровите сечения. При явната конкуренция между заведенията опитите на лекарите да бъдат максимално обективни, включително и изразявайки съмнение в ползата дадена пациентка да роди с планово секцио, често се подкопават от реалната опасност тя да предпочете друга болница, където критериите не са толкова строги и професионални. Информацията от медиите за това как известни и богати жени са родили с цезарово сечение също влияе на общата оценка и формира предубеденост за това кое е най-доброто.

В крайна сметка всичко опира между две основни позиции – на пациентката, изхождаща от това, че става въпрос за нейното раждане и живот и тя има право да разполага с тях както намери за добре и позицията на лекаря, който е длъжен абстрахирайки се от всякакви финансови и други фактори да предлага медицинска помощ, която не би застрашила или увредила ненужно здравето на жената.

Какви са преимуществата и недостатъците на Цезаровото сечение и нормалното раждане едно към друго?

ПРЕИМУЩЕСТВА НА ПЛАНОВОТО ЦЕЗАРОВО СЕЧЕНИЕ В СРАВНЕНИЕ С ВАГИНАЛНОТО РАЖДАНЕ

1. Избягва се травмата на естествените родови пътища.
2. Операцията е безболезнена, но след излизане от упойката може да има болка, която налага допълнително обезболяване.
3. Избягват се някои травматични за майката и плода оперативни вагинални раждания – форцепс, вакуум и др.
4. ЦС се извършва в работно време, когато са налице максималните възможности на здравното заведение.
5. Плановото ЦС е улеснение за лекаря, тъй като той може да планира своята служебна заетост.
6. ЦС продължава средно от 30 до 90 мин.
7. Предната коремна стена остава по-стегната след ЦС.
8. Рискът за плода е минимален.
9. ЦС предпазва плода от допълнително инфектиране от мекия родилен канал.

НЕДОСТАТЪЦИ НА ПЛАНОВОТО ЦЕЗАРОВО СЕЧЕНИЕ В СРАВНЕНИЕ С ВАГИНАЛНОТО РАЖДАНЕ

1. ЦС е коремна операция, при която през разрез на кожата и матката се изважда бебето. След ЦС остава кожен белег и се променя анатомията на предната

коремна стена, което затруднява евентуална в бъдеще коремна хирургическа интервенция.

2. След цезарово сечение последващата бременност протича с повече рискове.

3. След цезарово сечение се наблюдава по-често стерилитет.

4. Цезаровото сечение е коремна операция от средна сложност и тежест и носи рискове като:

- по-голяма кръвозагуба в сравнение с вагиналното раждане при която (много рядко!) може да се наложи дори и да се отстрани матката

- възпаление на коремната кухина (перитонит) или на матката (ендометрит), на пикочните пътища (уроинфекция).

- нараняване на съседни на матката органи в коремната кухина (пикучен мехур и др.)

- профилактично прилагане на антибиотици

- по-бавно обратно развитие на матката

- възможно развитие на хематом в коремната стена или кухина, което налага повторно отваряне на корема

- възможно е инфектиране на коремния разрез, налагащо лечение, а понякога и вторично зашиване

5. Цезаровото сечение налага задължително обезболяване, което има рискове.

6. Цезаровото сечение по желание изисква внимателна преценка на датата за раждането, когато плодът е достигнал достатъчна зрялост. Ако плода се извади по-рано може да има проблеми с дишането и да се наложи отглеждане за известно време в кувъз.

7. След Цезарово сечение е желателно да се изчака поне 1 година преди да се забременее отново.

ПРЕИМУЩЕСТВА НА ВАГИНАЛНОТО РАЖДАНЕ В СРАВНЕНИЕ С ПЛАНОВОТО ЦЕЗАРОВО СЕЧЕНИЕ

1. Възстановяването от раждането е по-бързо.

2. Престоят в болница е по-малък.

3. Кръвозагубата е по-малка.

4. След вагинално раждане плода се приспособява по-добре и по-бързо за извънтробен живот.

НЕДОСТАТЪЦИ НА ВАГИНАЛНОТО РАЖДАНЕ ПРЕД ПЛАНОВОТО ЦЕЗАРОВО СЕЧЕНИЕ

1. При вагинално раждане могат да настъпят разкъсвания на мекия родилен канал, които налагат тяхното зашиване под анестезия.

2. Години след вагинално раждане може да има отпускане на тазовото дъно с незадържане на урина или газове или някои смущения в сексуалния живот.

3. По време на вагинално раждане може да възникне ситуация, налагаща извършване на някои манипулации, необходими за успешното раждане на плода като:

- епизиотомия

- вакуум-екстрактор или форцепс

- инструментална ревизия на маточната кухина

- маточно-влагалищна тампонада

4. По време на вагиналното раждане може да се наложи плода да бъде изваден чрез цезарово сечение.

5. След раждане може да има болки поради вътрешните или външни шевове на влагалището.

6. Оперативната рана на влагалището може да се инфектира, което налага лечение, включително и вторично зашиване.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Да изберем естественото раждане – бебето се адаптира по-лесно, майката се възстановява по-бързо, двамата установяват връзка помежду си непосредствено след раждането и избягват рискове от медикаментите и интервенциите.

Повечето жени са способни да родят естествено с нужната подготовка, знания и подкрепа.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Димитров, А., В. Златков, Гинекология, Медицински издателство „АРСО“ 2013, стр. 214 – 215

[2] Карагьозов И., Н. Доган, Гинекология, Медицина и физкултура 2005

[3][http://www.ivf-](http://www.ivf-bg.com/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=87&lang=bg)

http://bg.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD_%D0%B2%D0%B8%D1%82%D1%80%D0%BE_%D0%BE%D0%BF%D0%BB%D0%BE%D0%B6%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%B5

За контакти:

Христинка Христова, студент от специалност Акушерка, катедра “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”

научен ръководител: Кина Велчева, Катедра, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, e-mail: kvelcheva@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Потребности на студентите от специалност Акушерка от въвеждане на нови образователни ресурси в обучението по инжекционна техника

автор: Фатме Нуриева

научни ръководители: Иваничка Сербезова, Йоана Луканова, Кина Велчева

Needs of students in Midwest introduce new educational resources in teaching injection technique: The study analyzed the opinions of students from specialty Midwife of the need to provide additional educational resources on the topics of injection technique.

Key words: training, research student opinion, midwives, injection technique, educational resources

ПОСТАНОВКА НА ПРОБЛЕМА

Промените, протичащи в съвременния свят, изискват необходимост от формиране на професионални компетентности у студентите - медицински и здравни специалисти, обучаващи се във висшите учебни заведения. Съвременните стандарти за образование на акушерки в университетите наложиха въвеждане на нови учебни планове и програми и основен приоритет е оптимизиране на обучението по Здравни грижи, което да гарантира усвояване на умения и компетентности и подобряване акушерското обгрижване на пациентите. Едно от основните задължения на бъдещите акушерки е овладяване на инжекционната техника до перфекционизъм, за да бъдат изпълнени лекарските назначения без грешка и да се осигури безопасността на пациента

ИЗЛОЖЕНИЕ

Цел на проучването е да се анализира виждането на студентите от специалност Акушерка в Русенски университет "Ангел кнчев", за да се оптимизира обучението в частта му на инжекционна техника. Мотивите за избиране на тематиката- инжекционна техника са следните:

- Първо, неовладяването на инжекционната техника в достатъчна степен носи риск за бременната, раждащата, родилката и гинекологично-болната жена;
- Второ, още по-голям риск съществува за новороденото бебе, където правилното дозиране и извършване на инжекционните процедури е безапелационно задължително.

Обемът нужен за придобиване основни теоретични и практически знания, умения и компетенции на акушерката в резултат на обучението ѝ по различните учебни дисциплини позволяват тя, да извършва Общите и специални сестрински грижи. Те са регламентирани в Наредба № 1 от 08.02.2011 г. за професионалните дейности, които акушерките могат да извършват по лекарско назначение или самостоятелно, на Министерството на здравеопазването, обнародвана в ДВ. бр.15 от 18.02. 2011година [1].

В раздел III чл. 5.(1) от Наредбата са упоменати професионалните дейности, които акушерката може да извършва самостоятелно, а параграф 5 указва манипулациите, които са акушерско задължение:

Раздел III.

Професионални дейности, които акушерките могат да извършват самостоятелно или по назначение от лекар

Чл. 5. (1) Професионалните дейности, които акушерката може да извършва самостоятелно, са:

5. манипулации, включващи:

- а) извършване на инжекции – подкожни, мускулни и венозни;*
- б) осигуряване на продължителен венозен достъп;*

- в) извършване на венозна пункция и вземане на кръв;**
- г) инстилиране на лекарствени продукти през катетър (сонда), дренаж;**
- д) извършване на венозна инфузия;**
- е) извършване на очистителна и лечебна клизма;
- ж) въвеждане, поддържане проходимостта и смяна на уретрален катетър при жена;

з) извършване на септични и асептични превръзки;

и) парентерално въвеждане на лекарствени продукти и инфузионни разтвори;

- к) извършване на влагалична промивка;
- л) извършване на тоалет на външни полови органи;
- м) поставяне на интравагинални лекарствени форми;
- н) сваляне на конци и дренажи от оперативни рани;
- о) отстраняване на шина;
- п) извършване на промивка на конюнктивален сак;
- р) извършване на стомашна промивка;
- с) извършване на общ и специален тоалет;
- т) измерване, регистрация и оценяване на витални показатели [1].

От изброените по-горе дейности е очевидно, че първите са свързани с овладяването на инжекционна техника.

Усвояването на компетенции по инжекционна техника за специалност Акушерка в Русенски университет „А. Кънчев“ се извършва в часовете по дисциплините „Философия и въведение в сестрински и акушерски грижи“ и „Практически основи на "сестринските и акушерски грижи" – Специални грижи за бременни с нормална бременност, включени в Учебния план на специалност "Акушерка". Освен лекционен курс са предвидени и практически упражнения в кабинет по Здравни грижи, където студентите под контрола на преподавателя върху мулаж и в забавен темп упражняват манипулациите. От студентите се изисква да придобият знания и умения, които да им позволят без грешка да извършват всички видове инжекции, преди да бъдат допуснати до реален пациент по време на клиничната си практика. Като студенти, считаме, че основните трудности и препятствия са в следното: от една страна учебната информация е с голям обем, а от друга е страхът от причиняване на болка на друг човек, още повече – на бременна жена Това предизвиква стрес и носи несигурност. Ето защо се осъзнава необходимостта от полагането на правилни, качествени и научно обосновани грижи за нуждаещия се човек и в тази връзка и от безгрешното усвояване на инжекционната техника.

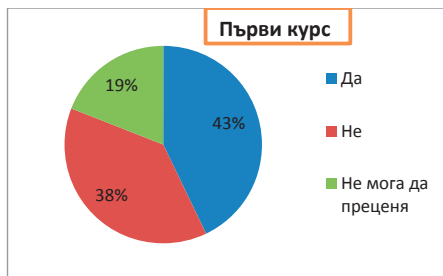
Във връзка с това се извърши анкетно проучване за мнението на студентите в различни етапи от тяхното обучение и виждането им за оптимизиране на усвояване на умения и компетенции във връзка с инжекционна техника. Проведена е анонимна анкета сред следните групи студенти в специалност Акушерка от катедра Здравни грижи, факултет Обществено здраве и здравни грижи в Русенски Университет "Ангел Кънчев":

- Студенти I курс – 25 студента;
- Студенти II курс – 24 студента;
- Студенти III курс – 16 студента.

Обучаващите се акушерки от трите курса са почти единодушни, че теоретичното обучение по инжекционна техника е достатъчно. Лекционният курс се води от хабилитирани преподаватели с използване на мултимедийни презентации и интерактивни методи. По темите се провеждат и дискусии не само на лекции, но и на практически упражнения, които носят яснота по обсъжданите спорни моменти. По време на практическите упражнения, които обичайно следват лекцията, студентите прилагат получените теоретични знания в симулирани условия, близки до реалната болнична среда, формират технически умения по инжекционна техника. Това, обаче

не носи достатъчно сигурност . При проведената анкета, повече от 50% от анкетиранияте студенти (63%) считат, че биха желали да им се предоставят допълнителни възможности за упражняване на различните инжекционни манипулации.

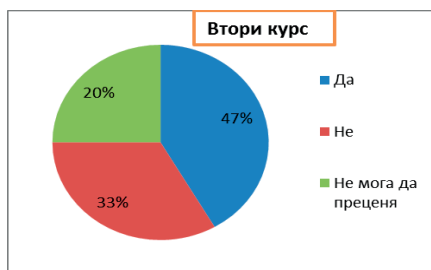
Фигури 1,2,3 представят отговорите на въпрос „Според Вас необходими ли са повече от предоставените Ви информационни ресурси по инжекционна техника?“ Съществуват нюанси във виждането на бъдещите акушерки в различни етапи от тяхното обучение (фиг. №1,2,3).



Фиг.1 Отговори на студентите от I курс Акушерка за необходимостта от предоставяне на допълнителни информационни ресурси по Инжекционна техника

Студентите отговорили положително обхващат 43% от анкетиранията група. С отрицание са отговорили 38% и без ясна позиция относно въпроса са 19%. Почти половината са студентките от първи курс, които смятат, че не са им необходими повече информационни ресурси и съвсем малко повече биха желали да получат допълнителни информационни ресурси. Около една четвърт от анкетиранияте не могат да преценят. Получените отговори са обясними с това, че първокурсниците не са добре ориентирани и все още не са осъзнали ясно необходимостта от перфектно усъвяване на умения и компетенции по инжекционна техника.

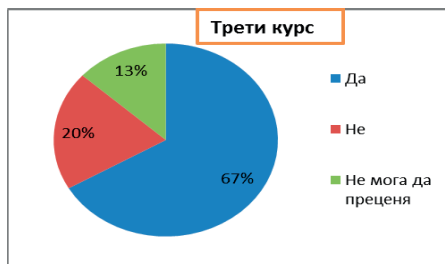
При втори курс акушерки мненията не се различават съществено от тези на първокурсниците, въпреки че те би трябвало да са осъзнали необходимостта от прецизното усъвяване на инжекционната техника.



Фиг.2 Отговори на студентите от II курс Акушерка за необходимостта от предоставяне на допълнителни информационни ресурси по Инжекционна техника.

Интерес представляват получените резултати при трети курс акушерки. Резултатите от анкетата са обобщени на фиг.3. Данните показват, че 67% от анкетиранияте биха желали да получат допълнителни информационни ресурси по темите на инжекционната техника. Засилен е интересът на студентите, тяхната активност и мотивацията им за учене. Осъзната е отговорността и задълженията на

бъдещата акушерка да владее до съвършенство всички манипулации, в това число и инжекционните техники.



Фиг.3 Отговори на студентите от III курс Акушерка за необходимостта от предоставяне на допълнителни информационни ресурси по Инжекционна техника.

От анкетите на студентите от трите курса може да се направи изводът, че на студентите ще бъде полезно и интересно предоставянето на допълнителни образователни ресурси по темите за инжекционна техника.

Интересът към професията и изучаваните дисциплини е голям. Това обяснява и засилената активност на студентите, както и мотивацията им за учене в процеса на обучение. Предоставената възможност за свободно интерпретиране на учебния материал, използването на допълнителни информационни ресурси, включването на обучаваните в научно-изследователска работа разнообразяват до голяма степен учебният процес, правят го по-динамичен и интересен. Изготвянето и предоставянето на съвременни дидактически средства се приема много добре от студентите, още повече ако те самите участват в този процес.

За да бъде научно нещо ново, обикновено няма безброй опции. Студентите могат да усвоят новости като присъстват на лекция, от учебника и книгата, интернет или използвайки метода проба-грешка. Инжекционната техника, обаче изисква до съвършенство владееене на манипулацията, на фините настройки и проба-грешка не е позволена. Когато някой медицински специалист трябва да научи нови умения, четенето на книга не винаги е достатъчно, а опитът и грешката не са опции. Освен това овладяването на манипулации или процедури в детайли и до автоматизъм преди да бъдат приложени на пациента, е задължително. Възниква въпросът как да се научи съответната манипулация без грешка, следвайки определен алгоритъм? [2].

Всичко това мотивира преподаватели и студенти от специалност Акушерка да обсъдят и подготвят видеоалгоритми за инжекционна техника, които да бъдат предоставени на всички обучаващи се медицински специалисти във ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи на Русенски университет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От направеното проучване могат да се направят следните изводи:

Първо, съществуващата практика за усвояване на умения и компетентности за инжекционна техника е добре организирана в лекционно съдържание и техники по време на практическите упражнения. Тази организация е добра практика и основа, за да бъде надградена и с иновационни подходи.

Второ, в мнението на студентите, независимо от курса, в който се обучават, се идентифицира потребността за допълнителни информационни техники за усвояване на инжекционните манипулации.

Трето, проведението проучване е добра база за обосновка на научно-изследователски проект за въвеждане на видеоалгоритми за усвояване на инжекционната техника.

ЛИТЕРАТУРА:

[1] Наредба №1 от 8 февруари 2011г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение и самостоятелно. Издадена от МЗ, обн. ДВ. Бр. 15 от 18.02.2011 г., изм. ДВ. Бр. 50 от 01.06.2011 г.

[2] Проект Разработване на модел за видео алгоритми за инжекционна техника №2015 – ФОЗ – 02, Русенски университет „А. Кънчев“, Фонд Научни изследвания, Русе, 2015г.

[3] Сербезова И., Видеофилмите в обучението на медицински и здравни специалисти - монография, Печатна база на Русенски университет, Русе, 2013г.

За контакти:

Фатме Нуриева, студентка I курс Акушерка, ФОЗЗГ, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, e-mail: fatmenceto_14@abv.bg

научен ръководител: Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, iserbezova@uni-ruse.bg

научен ръководител: Кина Велчева, Катедра, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, e-mail: kvelcheva@uni-ruse.bg

научен ръководител: Йоана Луканова, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, e-mail: ylukanova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Естествено хранене (кърмене) на новороденото дете – мястото на бъдещата акушерка

автор: Вероника Ангелова
научен ръководител: Кина Велчева

Needs of students in Midwest introduce new educational resources in teaching injection technique: In recent decades, the number of nursing mothers has increased. Scientific data demonstrate the advantages of breast milk to artificial milk. The advantages of breastfeeding and breast milk are numerous - both for the child and the mother. Breastfeeding ensure proper psychosomatic development of the baby and creates a closer spiritual relationship between mother and child. One of the major duties of midwives is the future management of the consultation on breastfeeding to perfection and to ensure unity between mother and newborn.

Key words: breastfeeding, natural feeding, baby, mother, suckling

ВЪВЕДЕНИЕ

През последните десетилетия броя на кърмещите майки се е увеличил. Научни данни доказват предимството на майчината кърма пред изкуствените млека. Предимствата на кърменето и майчината кърма са многобройни – както за детето, така и за майката. Кърменето гарантира правилно психосоматично развитие на бебето и създава по-тясна духовна връзка между майката и детето. Едно от основните задължения на бъдещите акушерки е овладяване на консултациите относно кърменето до перфекционизъм и да се осигури единство между майката и новороденото.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Овладяването на кърменето е техника, която трябва да стъпи върху теоритично и практически познание за избягване риска на неуспеха по време на самия процес.

Още по-голям риск за това съществува ако бъдещата акушерка не е запозната и не информира майката с предимствата на кърмата, които са следните:

Майчината кърма съдържа белтъци, сходни с тези на тъканите на бебето и затова не предизвиква алергия у кърмачетата.

Най-често срещаната сред кърмачетата алергия е непоносимостта към белтъците на кравето мляко. Всички “изкуствени” млека, които се използват за храна на бебетата се произвеждат от краве мляко. Тези млека се наричат адаптирани (приспособени), но не могат да заместят и не са заместители на майчината кърма.

Майчината кърма съдържа лесно смилаеми мазнини, богати на есенциални ненаситени мастни киселини, които са необходими за развитието на:

- нервната система и по-специално мозъка;
- жлезите с вътрешна секреция;
- образуването на кръвта;
- имунна система.

Майчината кърма съдържа млечна захар (лактоза), която стимулира развитието на “добрите” млечнокисели бактерии в червата на детето и подтиска болестотворните микроорганизми. Това обуславя по-рядкото боледуване на кърмачетата от чревни инфекции [1]. С майчината кърма се внасят необходимите витамини и минерални вещества, поради което кърмените деца боледуват по-рядко от анемии, рахит и хиповитаминози. Майчината кърма е единствената храна, съдържаща защитни фактори(имуноглобулини, интерферон, лизозим, левкоцити и др.),които предпазват кърменото дете от множество вирусни, бактериални и паразитни заболявания. Майчината кърма се получава директно, стерилна, с подходяща температура и в количество, което детето само регулира. Поради това стомашно-чревните разстройства, прехранването, затлъстяването и др. са по-редки

при кърмените деца. Майчината кърма се понася, смила и усвоява най-лесно от всички видове млека и храни, поради което е особено необходима за болните и недонесени деца [1].

Естественото хранене е единственият видово специфичен физиологичен начин на хранене, чрез който се осигурява оптимално количество енергия на бързо растящия детски организъм, както и достатъчно пластичен материал, необходим за бързия му ръст и развитие. Кърмата е спасение за бебетата, особено в случаите на преждевременно раждане, когато природата е предвидила майчиното мляко да съдържа повече антитела, витамини и соли отколкото при нормалното раждане. Колкото по-бързо след раждането бебето започне да бъде кърмено, толкова по-бързо се секретира млякото. Производството и секретирането на млякото става с помощта на два хормона-пролактин и окситоцин. С помощта на пролактин в лобулите се образува мляко, а с помощта на окситоцин млякото потича към торбичките [2].

Предимства на кърмените бебета :

Храносмилателна система: Изключителното кърмене през първите шест месеца от живота на бебето намалява риска му от хранителни алергии, от гастроинтестинални инфекции и значително намалява риска от улцеративен колит и болест на Крон в зряла възраст.

Уши: Кърмените бебета страдат много по-рядко от ушни инфекции (отит), сравнено с изкуствено хранените бебета.

Емоционално развитие: Кърменето дава отлична възможност на майката и бебето да общуват от рано и ефикасно да се сблизят, с много контакт кожа-до-кожа, контакт с очи, глас и докосване, предназначени само за кърменото бебе.

Ендокринна система: кърменето намалява риска от диабет както за бебето, така и за майката.

Очи: бебетата, получавали майчино мляко поне 4 месеца, са с по-остро зрение от некърмените си връстници.

Сърце и кръвоносна система: сърдечният ритъм е по-равномерен при кърмените бебета, а като възрастни ще са с по-ниски нива на холестерол, както и по-рядко ще страдат от високо кръвно налягане.

По-високо IQ: 'добрият' холестерол и специалните мастни киселини в кърмата помагат да се подпомогне по-доброто развитие на нервната и мозъчната тъкан.

Имунна система: майчиното мляко стимулира имунната система на бебето да съзрее чрез антителата в нея и по-лесно да се справя с болести и инфекции. Смята се, че кърмените бебета реагират по-добре на ваксините. Кърмените бебета са с по-малък риск от развитие на рак в детска възраст.

Стави и мускули: кърмените бебета страдат по-рядко от ювенилен ревматоиден артрит.

Бъбреци: майчината кърма съдържа по-малко сол и по-малко протеин и така е по-нежна към бъбреците на бебето.

Бели дробове и дихателна система: кърмените бебета страдат значително по-рядко от респираторни инфекции, по-малко хриптене, за разлика от изкуствено хранените бебета, сред които се наблюдават и по-чести случаи на пневмония и инфлуенца.

Уста: при бебетата, кърмени над година се налага по-рядко ортодонтията развиват по-добра захапка. Сученето от гърда подпомага по-доброто развитие на лицевите мускули в ранното детство.

Кожа: изключително кърмените поне 4 и повече месеца бебета страдат по-рядко от алергична екзема.

Небце: деликатните промени във вкуса и аромата на майчиното мляко подготвят кърменото бебе за плавен преход към храненето и приема на различни храни.

Отделителна система: кърмените бебета страдат по-рядко от инфекции на отделителната система.

Гърло: при кърмените деца по-рядко се налага отстраняване на сливиците.

Черва: благодарение на майчиното мляко бебетата имат здравословни чревни бактерии, които подпомагат доброто храносмилане и страдат по-рядко от запек и колики, за разлика от некърмените си връстници.[3]

Специални грижи на акушерката при кърмене :

Акушерката има за цел да подпомогне и да напътства родилката по време на кърмене.

Акушерката запознава родилката с позите на кърмене, и първоначално ѝ подпомага при кърмене:

При седнало положение:

- гърбът трябва да е изправен, при необходимост подпрян с възглавница;

- подбедриците, бедрата и гърба да образуват прави ъгли;

- може да има нужда от допълнителна възглавница за да повдигне бебето по-удобно към гърдата, от която ще кърми.

При легнало положение:

- ляга се удобно настрани;

- поставя се възглавница под главата така, че рамото на майката да е на леглото;

- гърбът може да е подпрян с друга възглавница.

Положение на бебето:

1. Детето се придържа полулегнало, като главичката и тялото му са на една линия;
2. Нослето му да е срещу зърното на гърдата;
3. Бебето трябва да достигне гърдата без да се извива или протяга;
4. Винаги се придвижва бебето към гърдата, а не гърдата към бебето!
5. Изчаква се бебето да отвори широко и тогава леко да се придвижи към гърдата.
6. С устата си детето трябва да обхване не само зърното но и колкото може по-голяма част от ареолата .
7. Нослето трябва през цялото време на кърмене да е свободно и проходимо!

След кърмене:

1. След всяко кърмене задължително бебето се държи изправено около 5-10 минути, за да се оригне.
2. След това му се дава да пийне 1-2 глътки преварена вода без захар с цел да се отмие млякото от устата му.
3. Изцежда се добре гърдата с ръка или със специална помпичка. Подсушава се гърдата и върху нея се поставя сух стерилен компрес, който се сменя при всяко кърмене [4].

Запознава майката с режимът на кърмене:

Медицинският специалист препоръчва през първите седмици след раждането детето да се кърми от двете гърди. По-късно при наличие на достатъчно кърма да се редуват гърдите. Кърмата е толкова повече, колкото по-често и докрай се изпразват гърдите.

Акушерката информира майката че първоначално кърменето на новороденото трябва да продължава около 5 минути и постепенно да се увеличава времетраенето в следващите дни. Максималната продължителност на едно кърмене е 15-20 минути. Детето изсухва 80-90 % от необходимото количество за около 10 мин. Продължителното кърмене (повече от 20 минути) е причина за разраняване на гърдите [2].

Режимът на кърмене на детето може да бъде изцяло свободен, т.е. то самото да определи броя и интервала между кърмененията. Интервалът обаче в първите четири месеца не трябва да бъде по-голям от 4 часа и по-малък от 2 часа, най-често той е през 3 часа. Кърменето е едно от най-ефективните начини за защита на здравето и осигуряване на оцеляването на детето, според много проучвания. По този начин не се докаже, че ако всяко дете е кърмено в рамките на един час след раждането, ако някой го дава само кърма през първите шест месеца от живота и ако кърменето се задържа до на възраст от две години, за спестяване на около 800 000 живота на децата всяка година в световен мащаб [3].

Според Световната седмица на кърменето през 2014г.

Световна седмица на кърменето се провежда всяка година 1-7 август в повече от 170 страни за насърчаване на практиката, така че децата в света са по-здрави. Тя е посветена на Декларацията "Иноченти" на защита, насърчаване и подкрепа на кърменето, подписан от СЗО и УНИЦЕФ през август 1990 година Кърменето е наистина най-добрият начин да се осигури новородени с хранителните вещества, от които се нуждаят. СЗО затова препоръчва изключително кърмене на бебета до навършване на шест месеца, а след това, че трябва да продължи до навършване на най-малко две години, чрез комбинирането с допълнително хранене уместно. [1]

Кърменето е едно от най-ефективните начини за защита на здравето и осигуряване на оцеляването на детето, според много проучвания. По този начин не се докаже, че ако всяко дете е кърмено в рамките на един час след раждането, ако някой го дава само кърма през първите шест месеца от живота и ако кърменето се задържа до на възраст от две години, за спестяване на около 800 000 живота на децата всяка година в световен мащаб.

Според статистиката, в света, тя е по-малко от 40% от децата на възраст до шест месеца, се изключително кърмено. В Мали, въпреки че кърменето е пропит с традицията, с 90% от майките кърмачки до 1 година, само 57% от бебетата са кърмени до един час след раждането [1].

В допълнение, само 20% от малките малийци възползват от предимствата на изключителното кърмене до 6 месеца, като близо 80% от тях получават друго течно мляко майчинството, главно поради културни съображения, тази които могат да окажат голямо въздействие върху здравето им и дори тяхното оцеляване. Кърменето може наистина да се намали с 13% на броя на смъртните случаи на деца под пет годишна възраст, ако бебетата са изключително кърмено продължение на шест месеца и ще продължи да бъде кърмено до една година. Броят на кърменията се променя с възрастта. През първия месец, те са най-често 6-7 (7-мо кърмене е по желание на детето), а в следващите месеци са 5-6 за ден. Като естествено се означава храненето с майчина кърма до 4-6 месечна възраст с включване на обичайните храни за захранване.

Медицинския специалист трябва да знае и да обясни на майката че особено внимание се обръща на приетите от бебето течности през летните горещини и при заболяване. Не трябва да се забравя, че бебетата и малките деца много бързо се обезводняват, а това е изключително лошо за тях [4]!

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Майчината кърма е незаменим дар от природата! Тя е най-добрият подарък, който майката може да дари своето бебе. Майчиното мляко е със специфички качества, лесно за усвояване от организма, с висока хранителна стойност, най-необходима през първите 6 месеца от живота на бебето.

Майките които кърмят предпазват бебетата си от инфекции и други неблагоприятни фактори и влияния, които могат да застрашат неговото здраве и живот.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Димитров, А. ,Акушерство, Медицинско издателство АРСО- Арсо КП ЕООД, София 2013г.
- [2] Бобев Д. Генов, Е., Педиатрия, София 2000г. издателство АРСО
- [3] Мумджиев, Н., "Детски болести" учебник за медицински колежи, София, 2000г, издателство ИК Сиела.
- [4] www.arsmedica.bg

За контакти:

Вероника Ангелова, студентка I курс Акушерка, ФОЗЗГ, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, e-mail: veronika.94@abv.bg
научен ръководител: Кина Велчева, Катедра, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, e-mail: kvelcheva@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

Проучване сред работещи акушерки относно пренаталното обучение на бременните жени у нас

автори: Ас. Тодорка Боева, Ваня Лаловска

Summary: *The prenatal education for pregnant women in the country has a history but no present. The birth psychological treatment well known by the year 1990 conducted in antenatal care by the midwife is not practiced today.*

Over 80% of respondent midwives said they found a difference in the behavior of the laboring depending on its prenatal preparation. Although opinions are evenly split between its beginning, more than half (53%) of midwives say that the courses must have a frequency not less than once a week. Fifty-nine percent of them declared willingness to provide prenatal care within the frames of their professional competence.

Keywords: *Midwife, prenatal preparation, birth*

ВЪВЕДЕНИЕ

Пренаталните грижи се дефинират като медицински грижи за бременната жена по време на бременността и раждането. Те имат за цел профилактика и лечение на отклоненията от нормалния ход на бременността. Част от тях е пренаталното образование (Prenatal Education) - система от методи и средства (предимно психопедагогически), които имат за цел да информират и обучат бъдещите родители по отношение на бременността, раждането и последващите родителски грижи. Методите на обучение намират отражение в Пренаталните обучителни програми, които се предоставят от лечебни заведения, неправителствени организации, частни лица. Световната практика изобилства от модели за пренатална подготовка: метод на Фернанд Ламаз, Шийла Китцингер, Елизабет Нобъл Пени Симкинс, НурпоBirthing и т.н. [1].

Проучване сред шведски бременни жени от 2004 година показва, че 93% от първораждащите са посещавали курсове за пренатална подготовка. Причините за неприсъствие са: безработица на бъдещата майка и тютюнопушене по време на бременността. 81% от раждащите за втори или трети път са присъствали на курсове, като причините за не посещение при тази категория бременни са възраст над 35 години, ниско образование и не планирана бременност [2].

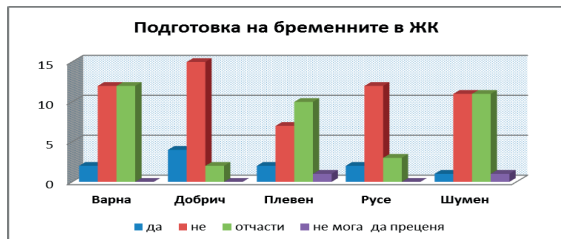
Добра и утвърдена практика е обучението да се извършва в групова среда. Изследване сред 405 жени в Англия показва, че 96% от жените предпочитат да получават пренатална грижа в групи. Този модел е интердисциплинарен и удовлетворителен, както и достатъчно ефективен при предоставянето на грижи. Той е отличен модел при тийнейджъри и за акушерки, практикуващи пренатална подготовка [4].

У нас до 1990 година в приоритетите на женската консултация влизаше и задължителна психопрофилактична подготовка на раждащата жена. Методически тези цели се постигаха с провеждане на седем групови консултации, започващи след 32 гестационна седмица.

Днес курсове за бременни жени се предлагат от много болници, частни училища за бременни и неправителствени организации. Тъй като няма приети стандарти за акушерска практика, тези курсове се ръководят както от акушерки и лекари, така и от хора без медицинско образование. От друга страна липсата на адекватни знания свързани с бременността и раждането водят до по-високи нива на тревожност, страх и опосредствено – до повишено искане на елективно цезарово сечение.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Работещите акушерки са запитани дали смятат, че бременните жени се подготвят за раждането в Женска консултация по време на бременността. Повече от половината (53%) са категорични, че такава подготовка въобще не се извършва, 35% смятат, че тя е частична, 2% не могат да преценят и само 10% отговарят утвърдително. Най-поляризирано е мнението на акушерките от град Добрич. Фиг.2.



Фиг. 2. Смятате ли, че бременните са добре подготвени за раждането в ЖК (по градове).

Приблизително половината от акушерките (49%) са убедени, че има категорична разлика в поведението на раждащите, посещавали курсове за бременни жени. Това мнение е независимо от населеното място, трудовия стаж и възрастта на анкетираните. Една трета са на мнение, че пренаталната подготовка отчасти влияе върху поведението на раждащата, а 11% нямат мнение. Фиг.3.



Фиг. 3. Мнение на акушерките относно влиянието на пренаталната подготовка върху поведението на раждащата жена

Родилните курсове са доказано ефективни: в публикация на Гроу и Байер (Stowe&Baeyer) се твърди, че „73% от жените преминали пренатални курсове предпочитат да раждат по нормален път; 94% кърмят успешно; 87% кърмят до 6-тия месец; 92% от бащите, посетили уроци по масаж и къпане се справят успешно и без притеснения с отглеждане на новороденото” [4]. Мнението на българските акушерки подкрепя тезата, че пренаталната подготовка е път към оптимално, еутокично раждане.

Относно методиката на провеждането на курсовете мнението на акушерките е полемизирано. Тридесет процента приемат, че подготовката трябва да започне още в началото на бременността, 30% са на мнение, че това трябва да се случва през втората половина, а 36% смятат, че подготовката трябва да започне преди настъпване на бременността. Световната практика (подчинена предимно на пазарни принципи) препоръчва включването в курсове да се насърчава след 36 гестационна седмица. Сред акушерките у нас се формира мнение, че честотата на посещенията трябва да са два пъти в месеца (53%). Всяка четвърта акушерка настоява, че е необходимо ежеседмично посещение. Трябва да се има предвид, че броят на

посещенията и тяхната честота се определя от възприетата методика. Според Фернанд Ламаз посещенията трябва да са ежемесечни в периода шести-осми лунарен месец и ежеседмични през последните два месеца от бременността.

Една от основните задачи на настоящото проучване бе да се оцени готовността на специалистите да провеждат пренатална подготовка в обсега на техните компетенции. Обнадеждаващ е резултатът, който недвусмислено показва, че 59% от акушерките се чувстват добре подготвени и биха приели предизвикателството да се включат като консултанти по време на бременността (Фиг. 4.).



Фиг. 4. Готовност за провеждане на пренатални курсове

Всяка пета акушерка не е в състояние да прецени дали е в състояние да поеме такъв професионален ангажимент, а 23% се чувстват недостатъчно подготвени.

Медицинските специалисти черпят допълнителни знания или по пътя на самообучението или в организираното от Асоциацията на специалистите по здравни грижи и Алианса на българските акушерки следдипломно обучение. Обмяна на знания се получава и по време на различни научни форуми, организирани в сферата на Медицинските университети.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пренаталната подготовка оказва положително влияние върху хода и изхода на раждането. Бременните жени у нас не получават адекватно обучение в женската консултация. По-голяма част от работещите акушерки биха могли да се справят с организацията и провеждането на курсове за подготовка на бременните жени. Допълнително обучение под формата на следдипломна квалификация е уместно допълнение към базовото акушерско образование.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]Димитрова Диана, Пренатална и перинатална психология, Програми за родителска подготовка. Изд. Колор принт, Варна, 2011 с. 143-151
- [2]Helena M. Fabian, MA, RN, b, Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy, Midwifery, Volume 20, Issue 3, September 2004, pp. 226–235
- [3]Centering Pregnancy: An Int Journal of Nurse-Midwifery, Volume 43, Issue 1, 1998, pp. 46–54
- [4]Crowe Kathryn., Carl von Baeyer Birth. Volume 16, Issue 2, pages 59–63, June 1999.

За контакти:

Тодорка Боева - асистент, Ваня Лаловска-преподавател, Медицински Университет- Катедра „Здравни грижи“ към ФОЗ в Медицински университет – Варна, Mail-boevat@mail.bg, тел. 0889313411

Докладът е рецензиран.

Оптимизиране работата на неонатологичната акушерка в зала за първична реанимация на новороденото

автор: Неше Мехмед
научен ръководител: Доц. Иваницка Сербезова

Optimize the performance of neonatal midwife hall for primary resuscitation of newborn.
Primary resuscitation team consists of obstetrician, neonatologist and neonatal midwife. Midwife alone or with doctors take health care to the pregnant woman, mother, newborn and gynecological sick woman. Active resuscitation in newborns RZ subject in moderate and severe depressive state.

Keywords : *midwife, newborn, resuscitation*

ВЪВЕДЕНИЕ

Екипът за първична ресусцитация се състои от акушер гинеколог, неонатолог и неонатологична акушерка. Акушерката самостоятелно или съвместно с лекаря полага здравно-медицински грижи за бременната жена, родилката, новороденото и гинекологично болната жена. На активна реанимация в РЗ подлежат новородени в средно тежко и тежко депресивно състояние.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Грижите за новороденото започват от момента на раждането му. В родилна зала е обособен детски реанимационен кът с високотехнологични възможности за първична реанимация. Всички действия се извършват по разработени и утвърдени протоколи, съобразени с най-съвременни изисквания за качествено лечение и грижи. На активна реанимация в РЗ подлежат новородени в средно тежко и тежко депресивно състояние.

При раждането акушерката е длъжна да осигури : проходимост на дихателните пътища, топлинен комфорт и мониторинг на жизнено важни показатели (сатурация, пулс, кръвно налягане и дишане).

Задължително оборудване в зала за първична реанимация на новородено:

Реанимационна маса (Фиг. 1) за новороденото осигуряваща [2]:

- топлинен комфорт;
- кислородни изводи и маски;
- вакуумни изводи за аспирация, сонда за еднократна употреба;
- ларингоскоп с права лажица;
- щипка тип "Мажил";
- стерилни пелени;
- стерилни престилки и ръкавици;
- антисептик за ръце;
- антисептик за кожа на новородено;
- пакет за и обработване на пъп;
- пакет за обработване на очи;
- комплект за интубация



Фиг.1. Реанимационен кът
Спешен шкаф [2]:

- Адреналин 1мг - 2 амп.;
- Натриев бикарбонат - 2 амп.;
- Налоксон (стимулатор за дихателния център) - 2 амп.;

- Физиологичен разтвор - 4 амп.;
- Калциев глюконат - 1 амп.;
- Разтвор на Креде.

Спешен шкаф за консумативи: Набор за стерилно прерязване на пъпния остатък, стерилни пъпни клампи, спиртен разтвор, стерилни ръкавици, нестерилни ръкавици, аспирационни катетри F6, F8, трахеални тръби ID 2; 2,5; 3; 3,5, спринцовки 1-2-5ml, перфузорни спринцовки 50 мл, пъпни катетри;

- неонатална теглилка, ръстомер;
- инфрачервен термометър, дигитален термометър;
- хронометър (часовник със секундомер);
- неонатален монитор
- газова инсталация за кислород и сгъстен въздух;
- централна аспирационна система (електрически аспиратор).

Новородените неизискващи реанимация могат да се определят по следните критерии[1]:

- Дали бремеността е износена;
- Цвят на околоплодната течност (цвят и наличие на мекониум);
- Дали бебето диша и плаче;
- Определяне на мускулния тонус;
- Цвят на кожата.

Очакването, адекватната подготовка, точната оценка, и бързината на действия са от решаващо значение за успешната неонатална реанимация.

Кардиопулмонална адаптация на новороденото [1, 3] - първо вдишване и плач, осигуряваща белодробна оксигенация и циркулация; прекъсване на умбиликалната циркулация; затваряне на foramen ovale и ductus arteriosus. Адаптирането към дишане на въздух се извършва чрез реанимация със стаен въздух.

Кислородотерапия се провежда при рискови новородени деца със забавена кардиопулмонална адаптация.

Сатурация - на здравите деца са необходими 5 - 10 мин за да се насити кръвта с кислород след раждането и имат сатурация 90%. При забавена кардиопулмонална адаптация и по-ниско насищане се налага пулсоксиметрия. Представлява неинвазивен метод за отчитане на пулс, сърдечна честота и сатурация с апарат.

Преждевременно родените деца имат недоразвити бели дробове и са по-уязвими по отношение на вредата от вентилация с положително налягане. Те имат незрели кръвоносните съдове в мозъка и са предразположени към кръвоизливи; тънка кожа и голяма площ, която да допринесе за бърза загуба на топлина; повишена чувствителност към инфекции и повишен риск от хиповолемичен шок, причинен от малък обем кръв.

Аспирация на нос и уста [2] за осигуряване на проходими дихателни пътища, поставяне на ларингоскоп и ендотрахеална аспирация при необходимост. Аспирацията е основна функция на акушерката. При тази манипулация може да се диагностицират аномалии на носните ходове и атрезия на хранопровода.

Извършва се при проблем с дишането, причинен от слуз, мекониум, верникс или кръв в горните дихателни пътища. За аспирация се използват меки гумени катетри с централен отвор, а за аспириране на стомаха - със страничен отвор. Първо се аспирират устата и гърлото, след това се почиства и носа, като катетърът не се

движи напред - назад. Сондирането на хранопровода и аспирирането на стомаха се извършва след първичната адаптация на новороденото.

- Алкализираща терапия се извършва чрез вливане на алкализиращи разтвори. Извършва се с Натриев бикарбонат. Най-точната корекция се извършва на базата на АКС, определен с проба от артериална крив.

- Медикаментозна стимулация на сърдечната дейност с Адреналин. Първоначалните дози адреналин трябва да се приложат чрез ендотрахеална тръба, защото дозата може да се прилага по-бързо, отколкото, когато трябва да се установи интравенозен път.

- За засилване на сърдечната систола се използва калциев глюконат.

- За корекция на хипогликемията и при обемен дефицит се прилага Хуман албумин.

- При шокови състояния се прилага Метилпреднизолон.

Контрол на температурата - подсушаване и повиване със стерилни пелени и одеало; предварително затопляне на помещението; поставяне на бебето кожа-до-кожа с майката.

Основен тоалет на новороденото [2]

Необходими принадлежности:

- течаща вода с температура 37 - 38 градуса;
- неутрален сапун;
- памучни тампони;
- комплект чисти пелени;
- пелени за подсушаване.

Техника: Акушерката измива, дезинфекцира ръцете си и поставя стерилни ръкавици. Детето се поставя на лявата ръка на акушерката, която здраво обхваща телцето през рамо с хватка на "вилката". Водата тече върху дясната ръка на акушерката, с нея се извършва миенето.

Обработка на пъпния остатък. Пакетът за обработка включва [2]:

- ножица;
- кохер;
- стерилни марли;
- тампони;
- пъпна клампа;
- стерилен конец;
- стерилни ръкавица.

Акушерката измива и дезинфекцира ръцете си и поставя стерилни ръкавици. Задължително е спазването на правилата на асептика и антисептика, тъй като пъпният остатък може да е входна врата за инфекция. Пъпната връв се завързва със стерилен конец или се прищипва със стерилна клампа на 1 см от кожата на коремчето на детето. Почиства се със стерилна марля, тушира се със спирт и се третира с антибиотична пудра. Поставя се стерилна превръзка.

Очи: Почистват се с тупфери напоени с физиологичен разтвор. Почистването става в посока от външния ъгъл навътре към носа. За всяко око се използва различна марля.

Уши: Почистват се с тупфери напоени с физиологичен разтвор.

Нос: Почистването на нослето не бива да се пропуска - улеснява дишането и храненето. Почиства се чрез аспирация на назофарингса, фитили напоени с физиологичен разтвор или спрей за нос (Стеримар, Риномер и др.).

Антропометрични показатели: Снемане и задължително вписване в документацията на родилката и новороденото на антропометричните размери на новороденото:

- Тегло измерено в "кг" ;
- Ръст - от теменната част на главата до ходилата в "см" с ръстомер;
- Обиколка на глава (бипариетална);
- Обиколка на гръдния кош.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Необходимостта от първична реанимация трябва да бъде предвидена преди раждането и средствата за приложение да бъдат подготвени. Акушерката проверява изправността на аспирационната система, изправността и готовността на апарата за обдишване, ларингоскоп, наличните медикаменти и документация.

Използвана литература:

[1] Хаджиев, Ал., Карагъзов, И., Акушерство, Медицина и физкултура, София, 2005

[2] Сербезова, И., Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, Русе, 2013, стр. 254

[3] <http://www.etilena.info/med/ag/u0228.html>

[4] <http://shterevhospital.com>

[5] Снимков материал: www.google.bg

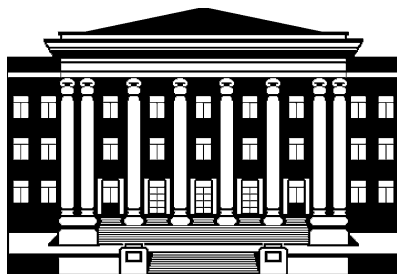
За контакти:

Неше Мехмед, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност Акушерка, II-ри курс, e-mail: flirt_4et@abv.bg

Научен ръководител: Доц. Иваничка Сербезова, Катедра “Здравни грижи“, Русенски университет “Ангел Кънчев”, e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран.

**РУСЕНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
“АНГЕЛ КЪНЧЕВ”**



**СТУДЕНТСКА НАУЧНА
СЕСИЯ
СНС'16**

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’15**

Под общата редакция на:
ас. Грета Колева

Отговорен редактор:
проф. д-р Ангел Сфрикаров

Народност българска
Първо издание

Формат: А5
Коли: 18
Тираж: 20 бр.

ISSN 1311-3321

ИЗДАТЕЛСКИ ЦЕНТЪР
на Русенския университет “Ангел Кънчев”