

ISSN 1311-3321

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

Факултет „Обществено здраве и здравни грижи”
Faculty of Public Health and Healthcare

СБОРНИК ДОКЛАДИ
на
СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ – СНС’17

СБОРНИК ДОКЛАДОВ
СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ СЕСИИ – СНС’17

PROCEEDINGS
of
the SCIENTIFIC STUDENT SESSION – SSS’17

Русе
Ruse
2017



ISSN 1311-3321

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

Факултет „Обществено здраве и здравни грижи”
Faculty of Public Health and Healthcare

СБОРНИК ДОКЛАДИ
на
СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ – СНС’17

СБОРНИК ДОКЛАДОВ
СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ СЕСИИ – СНС’17

PROCEEDINGS
of
the SCIENTIFIC STUDENT SESSION – SSS’17

Рyse
Ruse
2017

Сборникът включва докладите, изнесени на студентската научна сесия **СНС'17**, която е организирана и проведена във факултет „**Обществено здраве и здравни грижи**” на Русенския университет “Ангел Кънчев”.

Докладите са отпечатани във вида, предоставен от авторите им.

Доклады опубликованы в виде, предоставленном их авторами.

The papers have been printed as presented by the authors.

ISSN 1311-3321

Copyright ©

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

- ♦ **ОРГАНИЗАЦИОНЕН КОМИТЕТ**

- **Съпредседатели:**

- проф. д-р Велизара Пенчева – Ректор на Русенския университет

- чл.-кор. проф. д-н Христо Белоев, ДНС – Председател на СУ – Русе и ОС на Русенски университет

- Станимир Бояджиев - Председател на Студентски съвет

- **Научни секретари:**

- проф. д-р Диана Антонова – Зам. ректор НИД
dantonova@uni-ruse.bg; 082-888 249

- доц. д-р инж. Галина Иванова – Координатор докторанти
giivanova@uni-ruse.bg; 082-888 855.

- **Членове:**

- Факултет „Аграрно-индустриален”**

- доц. д-р инж. Калоян Стоянов - kes@uni-ruse.bg, 082-888 542;

- Здравко Стоянов - студент ploх@abv.bg, 0883486551

- Факултет „Машинно-технологичен”**

- доц. д-р Велина Боздуганова - velina@uniruse.bg, 082-888 572;

- маг. инж. Виктория Карачорова - vkarachorova@uni-ruse.bg, 082-888 653

- Факултет „Електротехника, електроника и автоматика”**

- доц. д-р Милко Маринов - mmarinov@ecs.uni-ruse.bg , 082 888 356

- Георги Георгиев - jorch123@abv.bg

- Факултет „Транспортен”**

- доц. д-р Симеон Илиев – spi@uni-ruse.bg, 082-888 331;

- Салим Куйтов – salimsv1996@gmail.com

Факултет „Бизнес и мениджмънт”

доц. д-р Драгомир Илиев – diliev@uni-ruse.bg; 082 888 704

гл. ас. д-р Елизар Станев – eastanev@uni-ruse.bg, 082 888 703

Факултет „Юридически”

гл. ас. д-р Ваня Пантелеева - vpanteleeva@uni-ruse.bg, тел.
0887412662

Факултет „Природни науки и образование”

доц. д-р Юрий Кандиларов - ukandilarov@uni-ruse.bg, 0889 518 824

Слави Георгиев - georgiev.slavi.94@gmail.com

Факултет „Обществено здраве и здравни грижи”

доц. д-р Теодора Недева, дм – tshermanova@uni-ruse.bg, 0887468695

Кристина Мариянова – студент, 0876134124

Секция „Промоция на здравето и социални дейности“

доц. д-р Ирина Караганова - ikaraganova@uni-ruse.bg, 0884203004

Надежда Колева – студент, 0895859574

Филиал Разград

доц. д-р Цветан Димитров - tz_dimitrow@abv.bg , 0887 631 645

Атанас Атанасов - manager.atanasov@gmail.com , 0893 339 749

Филиал Силистра

доц. д-р Галина Лечева - glecheva@uni-ruse.bg; 086 821 521

Катрин Нивелинова - Ladykathrin95@abv.bg

СЕКЦИЯ „Здравни грижи”

ПОДСЕКЦИЯ Специалност „Акушерка“

С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

1. Роля на акушерката при профилактика на рак на маточната шийка ...	13
автори: Радостина Жечева, Мария Добрева	
научен ръководител: ас. Христина Генчева	
2. Акушерски грижи за жени в неравностойно положение	17
автори: Теодора Евтимова, Мария Добрева	
научен ръководител: ас. Христина Генчева	
3. Работа на акушерките в Европейският съюз	22
автори: Жасмина Томова, Павлина Маринова	
научен ръководител: ас. Теодора Евтимова	
4. Туберкулоза – същност и видове. Туберкулоза при бременни *.....	26
автор: Нелина Цанева	
научен ръководител: гл. ас. Огнян Шербанов, дм	
5. Основни акушерски аспекти при хранене на новородено *.....	31
автор: Фатме Нуриева	
научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп	
6. Задачи и поведение на акушерката при рубеола и бременност *.....	37
автор: Фатме Нуриева	
научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп	
7. Превантивни мерки за заболявания на млечната жлеза по време на и след бременност *.....	42
автор: Фатме Нуриева	
научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп	
8. Акушерски грижи при бременни жени с Диабет *.....	48
автор: Радостина Николова	
научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп	
9. Невромускулна електрическа стимулация, като алтернативен подход при пациентки с генитален пролапс и уринарна инконтиненция *.....	53
автор: Даниела Лютакова	
научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп	
10. Видове контрацепция. Участие на акушерката в контрацептивни процедури *.....	60
автор: Галина Георгиева	
научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп	
11. Техника използвана във Великобритания за обгрижване на пациенти *.....	65
автор: Венцислава Райкова	
научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп	
12. Антифосфолипиден синдром и бременност *.....	69
автори: Йорданка Христова, Евгения Евгениева	
научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп	

13.	Участие на акушерката при изучаване на нетрадиционни техники за улесняване на раждането *	73
	автор: Анел Бейтула научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова, дп	
14.	Акушерската документация – предпоставка за предоставяне оптимална грижа и утвърждаване на автономната акушерска практика *	77
	автор: Даниела Лютакова научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова, дп	
15.	Синдром на внезапната детска смърт *	82
	автор: Вероника Ангелова научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова, дп	
16.	Традиции и новости свързани с раждането при акушерските грижите* автори: Андрияна Стоянова, Сонгюл Мехмедова научен ръководител: гл. ас. Кина Велчева	
17.	Фактори изграждащи мотивацията за професията Акушерка *	87
	автор: Нелина Цанева научен ръководител: ас. Цвета Христова	
18.	Тютюнопушене и бременност *	92
	автор: Сибел Еминова научен ръководител: ас. Цвета Христова	
19.	Семейно планиране и контрацепция *	97
	автори: Назан Терзи, Гьонюл Ерол научен ръководител: ас. Цвета Христова	
20.	Роля на акушерката при пулсовата диагностика *	102
	автор: Айлин Сюлейманова научен ръководител: ас. Цвета Христова	
21.	Рак на млечната жлеза *	107
	автори: Вероника Ангелова, Никол Донева научен ръководител: ас. Цвета Христова	
22.	Проучване за здравна осведоменост на хигиенен метод с менструални чашки *	113
	автор: Даниела Лютакова научен ръководител: ас. Цвета Христова	
23.	Мястото на патронажната акушерка в пренаталните грижи за бременната *	118
	автор: Яна Димитрова научен ръководител: ас. Цвета Христова	
24.	Здравен риск за малолетната и непълнолетна бременност *	123
	автор: Дидем Реджебова научен ръководител: ас. Цвета Христова	
25.	Стволовите клетки – застраховка за собственото дете *	127
	автор: Ебру Матем научен ръководител: ас. Цвета Христова	
26.	Исторически данни за създаването на вагиналният спекулум	131
	автор: Цвета Христова	

* Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФО33Г-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

СЕКЦИЯ „Здравни грижи”

ПОДСЕКЦИЯ Специалност „Медицинска сестра“

С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

1.	Здравословно хранене на децата в Детска ясла	136
	автори: Галя Русева, Шерифе Мустафова, Сезел Реджеб научени ръководители: проф. д-р Соня Тончева, дм; гл. ас. Тамара Цветкова	
2.	Анализ на информираността за риска, разпространението и употребата на наркотичните вещества сред учениците от IX до XII клас на Професионална Гимназия по Строителство архитектура и геодезия - град Шумен	142
	автори: Нурай Хасан, Емине Дурлюова, Емел Мустафа Шефкет научен ръководител: гл. ас. Тамара Цветкова	
3.	Удовлетвореността на пациентите от здравните грижи на медицинските сестри в МБАЛ-Шумен	147
	автори: Хатче Мустафа, Биляна Карова, Маргарита Йорданова научен ръководител: проф. д-р Соня Тончева, дм	
4.	Лечебната прегръдка – „Кенгуру грижа“ при недоносените бебета в неонатологично отделение	153
	автори: Галина Стоянова, Емине Ирфан научен ръководител: гл. ас. Тамара Цветкова	
5.	Оценка на болката при пациенти с онкологични заболявания	159
	автори: Теодора Евтимова, Радостина Жечева научен ръководител: ас. Мария Добрева	
6.	Роля на медицинската сестра при подкрепа на психично-болни и техните семейства	163
	автори: Радостина Жечева, Теодора Евтимова, Христина Генчева научен ръководител: проф. д-р Соня Тончева, дм	
7.	Синдром на Даун – същност на заболяването и степен на информираност на населението	167
	автор: Жения Рашкова научен ръководител: ас. Веселина Василева	
8.	Рискови фактори за артериалната хипертония	171
	автори: Николина Михайлова, Зорница Здравкова-Чауш научен ръководител: ас. Веселина Василева	
9.	Промоция и профилактика на сърдечно-съдовите заболявания – роля и място на медицинската сестра	176
	автори: Зорница Здравкова-Чауш, Николина Михайлова научен ръководител: ас. Красимира Стамова	
10.	Мнение на хемодиализните пациенти с хиперпаратиреоидизъм за ролята и мястото на медицинската сестра в процеса на обгрижването им	181
	автор: ас. Красимира Стамова научен ръководител: доц. д-р Светла Стайкова, дм	

11.	Актив лърнинг – повишаване на положителният емоционален тонус у болните деца	185
	автор: Вержиния Цветкова	
12.	Имплантирани постоянни венозни източници – отговорности на медицинската сестра *.....	189
	автор: Елица Иванова-Караджова	
	научен ръководител: доц. Теодора Недева, дм	
13.	Морално – етичните аспекти на Здравните грижи в онкологията *.....	193
	автор: Елица Караджова	
	научен ръководител: доц. Кристина Захаријева, дп	
	консултант: мед. сестра Катерина Кутровска	
14.	Екстравазатът - значимо усложнение на химиотерапията *.....	197
	автор: Биляна Великова	
	научен ръководител: доц. Кристина Захаријева, дп	
	консултант: мед. сестра Катерина Кутровска	
15.	Склеродермия. Същност на заболяването и лечение *.....	201
	автор: Ралица Кичукова	
	научен ръководител: гл. ас. Огнян Шербанов, дм	
16.	Промяна в качеството на живот и необходимост от грижи при пациенти с Булозна епидермолиза *.....	206
	автор: Гамзе Яшарова	
	научен ръководител: ас. Иринка Христова	
17.	Болка, „Болкови скали“ за определяне на болката *.....	211
	автор: Елис Неджиб	
	научен ръководител: доц. Кристина Захаријева, дп	
	консултант: Светла Петрова	
18.	Глаукомата не е присъда – добрата профилактика осигурява пълноценен живот *.....	216
	автор: Бисерка Стилианова–Тодорова	
	научен ръководител: доц Кристина Захаријева, дп	
	консултант: мед. сестра Нели Иванова	
19.	Болест на Мениер *.....	220
	автор: Бисерка Стилианова–Тодорова	
	научен ръководител: ас. Татяна Атанасова	
20.	Закаляване или как да запазим здравето си в забързаното ежедневие *.....	225
	автор: Бисерка Стилианова–Тодорова	
	научен ръководител: ас. Иринка Христова	
21.	Перитонеална диализа – алтернатива при пациенти с хронична бъбречна недостатъчност. Същност, лечение и предимства *.....	229
	автор: Габриела Георгиева	
	научен ръководител: ас. Иринка Христова	
22.	Таласемия – същност и сестрински грижи за пациента *.....	233
	автор: Гюлбен Йосифова	
	научен ръководител: ас. Иринка Христова	
23.	Медицинската сестра в грижа за болния с чернодробна цироза *.....	238
	автор: Мелиса Вадет	
	научен ръководител: ас. Иринка Христова	
24.	Изменения в почерка и подписа на пациенти *.....	243
	автор: Боряна Алексиева	
	научни ръководители: доц. Теодора Недева, дм; доц. Кристина Захаријева, дп	

25.	Физическа активност и хранителен режим сред ученици във възрастовия диапазон 12 – 17 г. *	246
	автор: Габриела Георгиева научен ръководител: доц. Никола Събев, дм	
26.	Полово възпитание и семейно планиране – съвременно състояние и акценти *	251
	автор: Симона Христова научен ръководител: доц. Никола Събев, дм	
27.	Оценяване на риска за съвременните жени от развитие на анорексия	256
	автор: Симона Христова научен ръководител: гл. ас. Даниела Константинова, дузг	
28.	Множествена склероза – „болестта с хиляди лица” *	261
	автор: Ивелина Петкова научен ръководител: ас. Татяна Атанасова	
29.	Метаболитният синдром – една от причините за развитието на социално значими заболявания *	267
	автори: Невин Кязимова, Сибел Мустафа научен ръководител: доц. Деспина Георгиева, дп	
30.	Животът на едно дете с тежка комбинирана имунна недостатъчност (SCID) *	272
	автор: Лиляна Маркова научен ръководител: доц. Деспина Георгиева, дп	
31.	Аквагенна уртикария – рядка форма на алергия към вода *	276
	автор: Зехра Кадирова научен ръководител: доц. Деспина Георгиева, дп	
32.	Вредното въздействие на захарта и болестта Алцхаймер *	281
	автор: Невин Кязимова научен ръководител: доц. Деспина Георгиева, дп	
33.	Профилактика и контрол на бронхиалната астма при възрастни *	286
	автори: Атанас Атанасов, Садие Юсеин научен ръководител: доц. Деспина Георгиева, дп консултант: ст. мед. сестра Ценка Стоичкова	
34.	Връзката между емоционалните кризи и суицидните опити *	291
	автор: Дияна Димитрова научен ръководител: доц. Деспина Георгиева, дп консултант: ст. мед. сестра Бианка Сърталанска	
35.	Профилактика и контрол на бронхиалната астма в детската възраст *	296
	автор: Зерин Кязим Ахмед научен ръководител: доц. Деспина Георгиева, дп консултант: мед. сестра Гергана Стоянова	
36.	Исторически факти и личности, свързани с развитието на сестринството в Република България *	300
	автор: Сибел Айдын Мустафа научен ръководител: ас. Грета Колева, дузг	
37.	Цитонамазката като скринингов метод *	305
	автор: Снежина Митева научен ръководител: ас. Грета Колева, дузг	
38.	Исхемичен мозъчен инсулт – същност и информираност за симптомите *	312
	автор: Снежина Митева научен ръководител: ас. Грета Колева, дузг	

39.	Сомнамбулизъм – ходене на сън *	318
	автор: Елис Неджиб	
	научен ръководител: ас. Грета Колева, дузг	
40.	Евтанията като обект на дискусии и противоречия *	323
	автор: Биляна Великова	
	научен ръководител: ас. Грета Колева, дузг	
41.	Необходимост от разкриването на сестрински служби и/или центрове за домашни дългосрочни грижи в Р. България *	328
	автор: Биляна Великова	
	научен ръководител: ас. Грета Колева, дузг	
42.	Хиперпаратиреоидизъм като причина за нефролитиаза и участието на медицинската сестра в лечебно-диагностичния процес *	333
	автори: Невин Кязимова, Сибел Мустафа	
	научен ръководител: гл. ас. Даниела Константинова, дузг	
43.	Митове и реалности за синдром на Даун *	337
	автор: Зюляй Айриева	
	научен ръководител: гл. ас. Даниела Константинова, дузг	
44.	Редките заболявания и трудностите на медицинския специалист в борбата с тях *	341
	автор: Биляна Великова	
	научен ръководител: гл. ас. Даниела Константинова, дузг	
45.	Участие на медицинската сестра в профилактиката и лечението на пиелонефрит *	346
	автори: Гюлбен Йосифова, Мелиса Вадет	
	научен ръководител: гл. ас. Даниела Константинова, дузг	
46.	Оценка на риска за съвременните жени от развитие на анорексия * ...	350
	автор: Симона Христова	
	научен ръководител: гл. ас. Даниела Константинова, дузг	
47.	Трудности на родителите при отглеждане на дете с ДЦП *	355
	автор: Шамсие Пашева	
	научен ръководител: гл. ас. Даниела Константинова, дузг;	
	консултант: доц. Николина Ангелова, дм	
48.	Tresiba – инсулин от ново поколение *	359
	автор: Яница Коева	
	научен ръководител: ас. Татяна Атанасова	
49.	Употребата на алкохол в детска възраст *	365
	автор: Нели Томова	
	научен ръководител: ас. Теодора Тодорова	

** Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФО33Г-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.*

СЕКЦИЯ
„Промоция на здравето и социални дейности“

С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

1. Същност и характеристика на мобилизиращия масаж. Въздействие върху нивата на болка при пациенти с дегенеративни заболявания в шийния отдел на гръбначния стълб	369
автор: Ива Стоянова	
научен ръководител: ас. д-р Александър Андреев	
2. Зависимото поведение като вид девиантно поведение	373
автор: Иван Николов	
научен ръководител: гл. ас. д-р Ивелина Стефанова	
3. Кинезитерапия при раменни луксации и нестабилност	380
автор: Надежда Колева	
научен ръководител: гл. ас. д-р Ивелина Стефанова	
4. Кинезитерапевтични подходи при деформации на гръбначния стълб във фронталната равнина	384
автор: Велислава Стаматова	
научен ръководител: гл. ас. д-р Ивелина Стефанова	
5. Кинезитерапия при алопластика на тазобедрена става – клиничен случай	389
автор: Пламен Великов	
научен ръководител: гл. ас. д-р Ивелина Стефанова	
6. Рационалното хранене – един от основните компоненти на здравословен стил и начин на живот	394
автори: Калина Попова, Виктория Димитрова	
научен ръководител: преп. Ваня Дачева	
7. Кинезитерапия при болни със сърдечни пороци и компенсация и декомпенсация на сърцето	401
автор: Божидар Дараков	
научен ръководител: ас. д-р Александър Андреев	
8. Зависимо поведение	404
автор: Онур Зайкърров	
научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев	
9. Зависимост към психоактивни вещества – същност, специфични аспекти и рискови фактори	408
автор: Онур Зайкърров	
научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев	
10. Развитие на приемната грижа в България	412
автор: Гизям Чолакова	
научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев	
11. Нормативни аспекти на настаняването на дете извън семейството като мярка за закрила	417
автор: Гизям Чолакова	
научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев	

12. **Иновативни и добри практики в системата на социалните и здравни услуги в община Русе с принос за нейното развитие** 421
автор: Диляна Пеева
научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев
13. **Кинезитерапия при нормално протичане на бременността** 428
автор: Мейлин Сали
научен ръководител: ас. д-р Юлияна Пашкунова
14. **Кинезитерапия при патологично протичане на бременността** 435
автор: Мейлин Сали
научен ръководител: ас. д-р Юлияна Пашкунова
15. **Хранителни зависимости – същност и фактори на възникване** 440
автор: Ивайло Любенов
научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев
16. **Социалната работа със семейства и фамилна терапия** 444
автор: Елиз Арунова
научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев
17. **Групата в контекста на социалната работа като система за взаимна помощ** 448
автор: Елиз Арунова
научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев
18. **Първите християнски общности и милосърдието** 424
автор: Елиз Арунова
научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев
19. **Иновативен модел за социална работа с деца с отклоняващо се поведение** 457
автор: Георги Стефанов
научен ръководител: проф. д-р Минко Стоев Хаджийски
20. **Стажантска практика по програмата Еразъм+ в Groep Ubuntu – организацията с хора с увреждания в Белгия** 463
автори: Елвин Юсеинова, София Марку
научен ръководител: доц. д-р Лилия Тодорова
21. **Проекти за социално приобщаване с участие на студенти по ерготерапия** 467
автори: Мариела Генова, Мартин Тодоров
научен ръководител: доц. д-р Петя Минчева
22. **School Inclusion – a Comparison between Bulgaria and Belgium** 471
author: Kim Van Gasse
scientific tutor: assoc. prof. Liliya Todorova
23. **A Dutch View on an Occupational Therapy Contribution to Inclusive Education in Ruse, Bulgaria – literature and practice** 477
authors: Axel Peerenboom, Heidi Jacobs
scientific tutor: assoc. prof. Liliya Todorova

**Секция „Здравни грижи“
Подсекция Специалност „Акушерка“**

Роля на акушерката при профилактика на рак на маточната шийка

автори: Радостина Жечева, Мария Добрева
научен ръководител: ас. Христина Генчева

Role of midwife in prophylaxis of cervical cancer: High incidence and unfavorable prognosis of cervical cancer determine its significance as a serious problem of modern public health. In recent years, the incidence of the disease in developed countries has decreased due to existing screening programs and the introduction of HPV vaccines into clinical practice. **Purpose:** The goal is to investigate the level of awareness and knowledge of respondents to the prevention of cervical cancer. **Materials and method:** An anonymous survey was conducted for March and April of 20 patients from the Gynecology Department of the University Hospital in Shumen. **Results and discussion:** To the question "How many times a year do you visit a doctor for prophylactic purposes?" Most of the respondents 42% responded "once a year," followed by those who meet a healthcare professional twice a year 39%. There is also a small proportion of women who say they have not gone to a doctor 3%. A further part of the respondents visit a doctor only if a 6% problem occurs. In other words, women do not even obey the mandatory prophylactic examinations. How often do you think a cytoplasma should be done? Most respondents believe that 36% of the cytoskeleton should be made once a year, followed by a group of women who think they should go to a cytoplasm twice a year 28%. Unfortunately, 36% of women who believe that if they are well, they do not need to go to a cytoplasm. Asked about the cause of cervical cancer, respondents say that the cause of the disease is a persistent HPV infection of 32%, which means that women are aware that cervical cancer is caused by HPV. It is noteworthy that a significant 30% is unaware of the cause of cervical cancer.

Key words: prophylaxis, cytoplasm, cervical cancer

ВЪВЕДЕНИЕ

Високата честота и неблагоприятната прогноза на цервикалния карцином определят неговото значение като тежък проблем на съвременното обществено здравеопазване. През последните години честотата на заболяването в развитите страни намаля поради съществуващите програми за скрининг и въвеждането в клиничната практика на HPV ваксините. Въпреки това, цервикалният карцином е причина за 1.3% от смъртността, причинена от онкологични заболявания и 6.5% от смъртността поради гинекологични онкологични заболявания.

С дейността си акушерката може да допринесе в значителна степен за прекратяването на тази негативна тенденция. Освен в профилактичните изследвания и мероприятия, в които акушерката активно се включва, тя може да разпознава и отговаря на нуждите на отделните жени с цел промоция на здравето, предоставя достатъчна информация и подкрепа.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Целта е да се проучи нивото на информираност и познанието на анкетираните пациентки към профилактиката на рак на маточната шийка.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ: Проведено е анонимно анкетно проучване за периода март и април на 20 пациентки от Гинекологично отделение на МБАЛ Шумен.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ:

По отношение на възрастовото разпределение на пациентките се забелязва, че значителна част от включените в проучването са на възраст от 18 до 35 години 50%. На второ място с относителен дял 30% са тези, които са на възраст от 36 до 45 години. Значително по малко са тези на възраст над 46-55 години 15% и 5% са на възраст между 56-65г. (табл.1)

Таблица 1. Разпределение на анкетираните пациенти по възраст

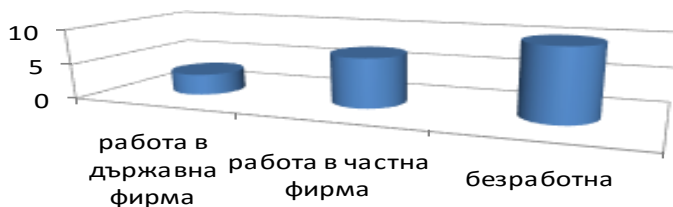
Брой лица	Възраст	Относителен дял %
10	18-35г	50%
6	36-45г	30%
3	46-55г	15%
1	56-65г	5%

Друг фактор, оказващ влияние върху мнението на анкетираните е тяхното образование. Приблизително половината от половината анкетираните са посочили, че имат средно и висше образование, което е характерно за съществуващата ситуация, относно образоваността на населението като цяло в България. С повишаване на образоваността на изследваните жени се повишава и броя на тези, които са готови да направят профилактични изследвания. По-образованите с висше образование 30% и със средно образование 30%, разбират по-добре необходимостта от профилактични онкогинекологични прегледи с вземане на цитонамазка. Те са мотивирани за участие в провеждащата се ежегодно профилактика (Табл.2)

Таблица 2. Характеристика на анкетираните по образование

Образователна степен	Брой	%
начално	3	15%
основно	5	25%
средно	6	30%
висше	6	30%

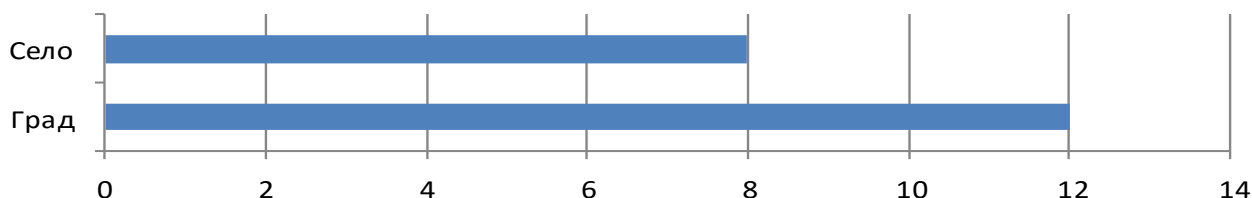
Трудова заетост на пациентите



По голяма част от анкетираните са безработни, на второ място са тези работещи в частна фирма, най-малко са работещи в държавна фирма.

Около 1/3 от анкетираните живеят в селски райони 40%, а 60% са посочили, че живеят в градовете. Живеещите в градовете имат по-широк достъп до редица медицински дейности, което обуславява по-високия процент на провеждана профилактика. Отдалечеността от градовете на голяма част от селските райони и затрудненията, които живеещите в тях срещат при необходимост от първична и специализирана медицинска помощ, поставя акцент при търсене на решения за справяне с проблемите. Би могло да се каже, че това затруднява достъпа им до информация и коствено рефлектира върху активното участие в провеждащите се профилактични прегледи.

Местоживееене на пациентите

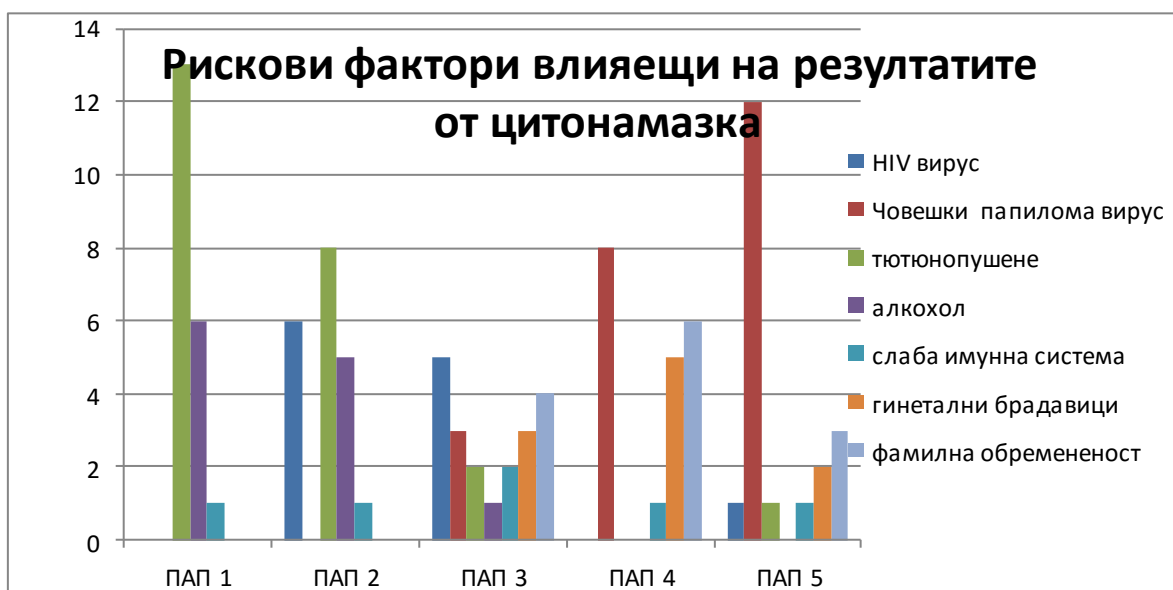


На въпроса колко често посещавате лекар с цел профилактика? Част от анкетираните 35% са на мнение, че би трябвало да ходят на преглед само при проблем, както и групата 35%, която смята, че веднъж годишно трябва да се ходи на профилактичен преглед. За съжаление, останалите 20% смятат, че трябва да се ходи на профилактичен преглед на две и повече години. Степента на запознатост на жените със съвременните изисквания и норми за добра онкопрофилактика на женските полови органи не е на необходимото ниво.



Проведените изследвания в световен мащаб, разкриват причинно-следствената връзка между рисковите фактори РМШ. Доказани са редица вредни влияния, за които непрекъснато се прилагат възможности за намаляване. Имайки в предвид, че с напредване на възрастта и рискът от карцином, както и че непрекъснато сме изложени на вредното въздействие на множество фактори, е необходимо да насочим усилията си към популяризиране на вредите и към обучение на жените за справяне с тях. Основния рисков фактор е човешкият папилома вирус 70% води до РМШ, с най-голямо клинично значение е инфекцията с човешки папиломен вирус (HPV). HPV тип 6,11,16 и 18 имат доказан онкогенен потенциал и поради тази причина срещу тях е създадена ваксина. Най-често вирусът се предава при полов контакт.

В останалите 30% се включват тютюнопушене, то води до отслабване на локалния противотуморен имунитет и пречи на локалната защитна реакция на клетките. Следващ рисков фактор е употреба на алкохол, наднормено тегло и затлъстяване, липса на физическа активност, фамилна анамнеза, ранно започнат полов живот, честа смяна на сексуални партньори са предпоставки за заразяване с инфекциозни причинители употреба на контрацептиви, брой аборти и раждания.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Повишаването на здравната култура, информираността и мотивацията на жените за участие в скринингови програми ще доведе до поведение, което неминуемо би свалило България от първите места по заболяемост и смъртност от РМШ.

Вниманието на акушерките трябва да бъде насочено към жени, които не разбират необходимостта и ползите от профилактични прегледи – жени с нисък социален статус и жени с по-ниско образование.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Костова, П. Златков, В 2000 Ефективност на цервикалния скрининг очаквания и реалност /Акушерство и гинекология/23-24
- [2] Медицински Дайджест 2008 бр.1 март
- [3] Национална програма за първична профилактика на рак на РМШ в Република България 2012-2016г стр.2
- [4] Petignat P., Roy M. Diagnosis and management of cervical cancer. BMJ 2007; 335; 765-768 <http://www.bmj.com>

За контакти:

Научен ръководител: ас. Христина Генчева Катедра, Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“ Варна, “Здравни грижи“ Филиал – Шумен, тел: 0886438576, e-mail: tina_gabi@abv.bg

Акушерски грижи за жени в неравностойно положение

автори: Теодора Евтимова, Мария Добрева
научен ръководител: ас. Христина Генчева

Abstract: Health vulnerability is the result of the exclusionary processes related to inequalities in access to education, work, money and resources, as well as the conditions in which people are born, grow, live, work and become aging, which together constitute the social determinants of health. These processes act differently throughout the community, create continuous inclusion or exclusion and systematically increase the social gradient in healthcare. This gradient increases according to the level of deprivation, ie. The lower a person's social situation, the worse his health is. People in the most disadvantaged groups and communities that are subject to many different types of exclusion processes are in much worse health than those who are subject to the same process or to a more privileged social group

Key words: care, obstetric, unequal, women

ВЪВЕДЕНИЕ

Основните групи в неравностойно положение в България, които са обект на комплексна и всеобхватна политика, свързана с опазване на майчиното и детско здраве и прилагането на здравни (акушерски) грижи в семейството и в общността са:

1. Етнически малцинства, където ранният брак (бракът в ромската традиция означава съвместно съжителство или създаване на семейство) обикновено е последван от ранно раждане. Раждането на „деца от деца“ е социално рисково, както от гледна точка на соматичното здраве, така и от гледна точка на психическата неподготвеност за изпълнение на социалната функция „отговорно родителство“.

2. Бедни - с липса на необходими материални средства и възможности за поддържане на здравословен и достоен начин на живот [1].

3. Безработни, което оказва изключително неблагоприятно въздействие върху бъдещото репродуктивно поведение на населението и качествено му възпроизводство.

4. Необразовани или с ниска степен на образование – Ниското образователно равнище и ниската сексуална култура са преки фактори, определящи негативните параметри на демографското състояние – занижено репродуктивно здраве, висока детска и майчина смъртност, голям брой аборти.

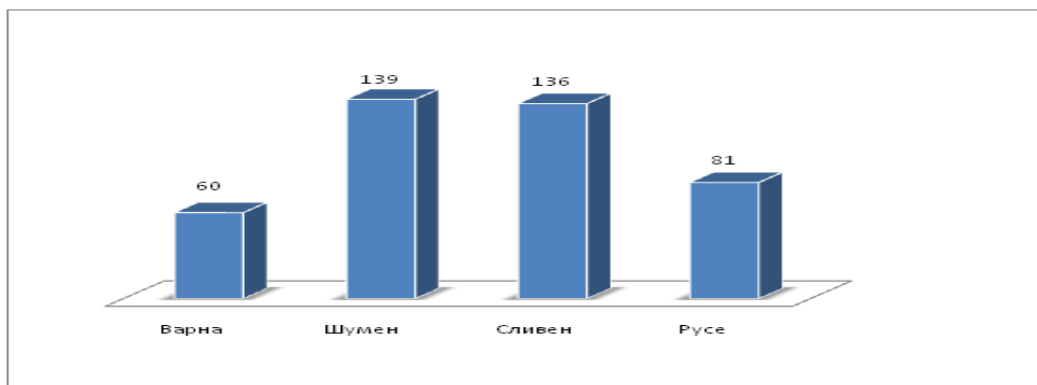
5. Емигранти – Миграцията включва законни и незаконни емигранти, жертви на трафик на хора, търсещи убежище, бежанци, изселени и завърнали се лица.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Целта на настоящия доклад е да се проучи мнението на пациентки в неравностойно положение относно участието на акушерката в прилагането на акушерски грижи, засягащи бременността, раждането, послеродовия период и първите грижи за новороденото.

Материали и методи: Проучването е осъществено чрез собствено разработен инструментариум - анонимна анкета с 27 въпроса (24 закрити и 3 открити) на пациентки, хоспитализирани в Родилни отделения на СБАГАЛ-Варна и Многопрофилните болници за активно лечение в четири града – Варна, Шумен, Сливен и Русе – общо 416 през периода май 2014 – април 2015 г.

Резултати и обсъждане: В проведеното изследване взеха участие 416 пациентки с цел да се проучи мнението им относно предоставените им акушерски грижи (фиг.1).

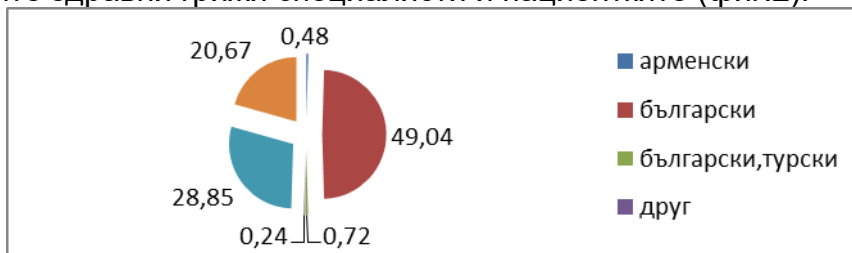


Фиг. 1. Разпределение на пациентите според населеното място

Най-голям е броят на изследваните пациентки в гр. Шумен – 139 души, което е 33,42% от генералната съвкупност. Малко по-малък брой са изследваните пациентки в гр. Сливен (32,69 %) , следван от гр. Русе (19, 47%) и най-малък е броят на изследваните пациентки в гр. Варна (14,42%).

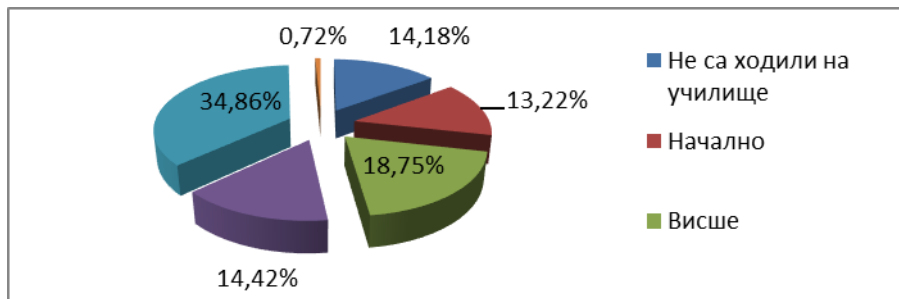
Разпределението на пациентките по възраст варира от 15 до 45 годишна възраст, с връх – възрастовия диапазон 19÷23 г.

Етническата група на пациентките бе изследвана чрез анализ на майчиния език. Приблизително половината от анкетираните (49,04%) са посочили, че говорят български. В областите Шумен и Сливен немалка част от населението се определя като турска етническа група. С майчин език, различен от български, са почти половината от респондентите: турски език – 28,85% и цигански – 20,67%. Това поставя под въпрос резултатността на вербалната комуникация между предоставящите здравни грижи специалисти и пациентките (фиг.2).



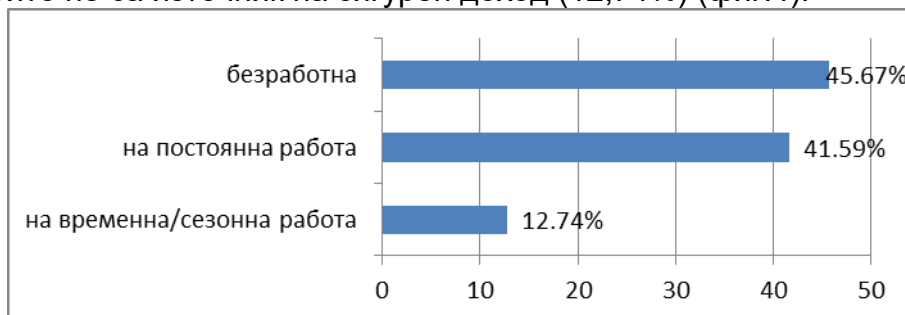
Фиг.2. Разпределение на пациентките според езика, който говорят

На фиг.3 е представена структурата по образователна степен на пациентките. Оказва се, че една трета от анкетираните са с ниско образование (основно и начално) – 27,64%. Ако към тях се прибавят и 14,18% от извадката, които не са ходили на училище се формира рискова по признак „образование“ група. Ниската и абсолютна неграмотност предполагат неразбиране на информацията и съветите, които им се предоставят от здравните специалисти и формира като тенденция ниска здравна култура при тези групи.



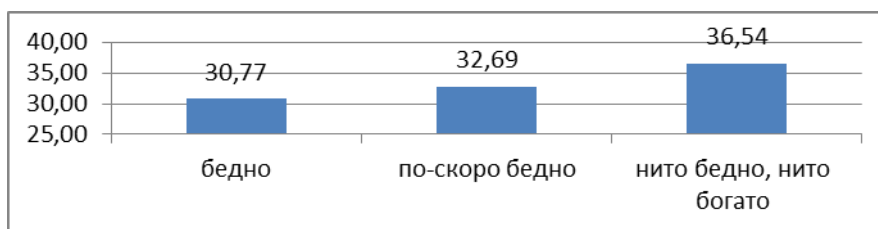
Фиг.3. Разпределение на пациентките според тяхното образование

Ниската образователна степен ги поставя в неравностойна позиция на трудовия пазар. Висок е относителният дял на пациентките (45,67%), които са посочили, че са безработни. Почти половината от респондентите (41,59%) са с постоянна трудова заетост, а малък дял са ангажирани със сезонна работа или временни и случайни дейности, които не са източник на сигурен доход (12,74%) (фиг.4).



Фиг.4. Разпределение на пациентките според трудовата им заетост

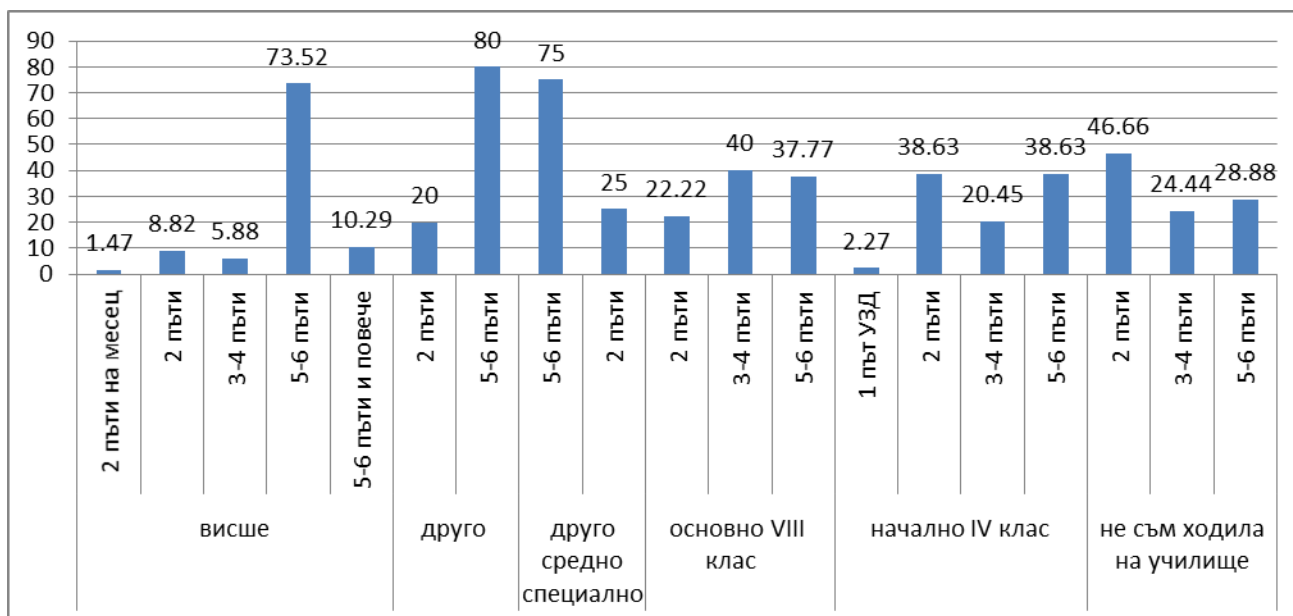
Според 1/3 от анкетираните материалното състояние на семейството е „нито бедно, нито богато (36,54%) – критерий за тази самооценка е месечната сума (в случая до 200 лева), която семейството може да осигури за отглеждане на детето си. По - малко от 1/3 са посочили по-скоро бедно (до 100 лева) –32,69% или бедно (до 50 лева) –30,77% (фиг.5).



Фиг.5. Материално състояние на семейството

Сравнително висок процент от анкетираните са здравно осигурените (79,57%), но относително висок е дялът и на здравно неосигурените (20, 43%). Това е не само негативен социален феномен. Особено сериозен проблем представлява медицинското наблюдение и акушерски грижи на бременните жени, които са здравно неосигурени. Те не посещават ЖК, бременността им не е проследявана и срещата им с лекар и акушерка е при постъпването им за раждане. От 2007 година с Наредба № 26 от 14 юни 2007г. [2] Министерство на здравеопазването заплаща един профилактичен преглед по време на бременността, който обаче е крайно недостатъчен за проследяването дори на нормално протичаща бременост.

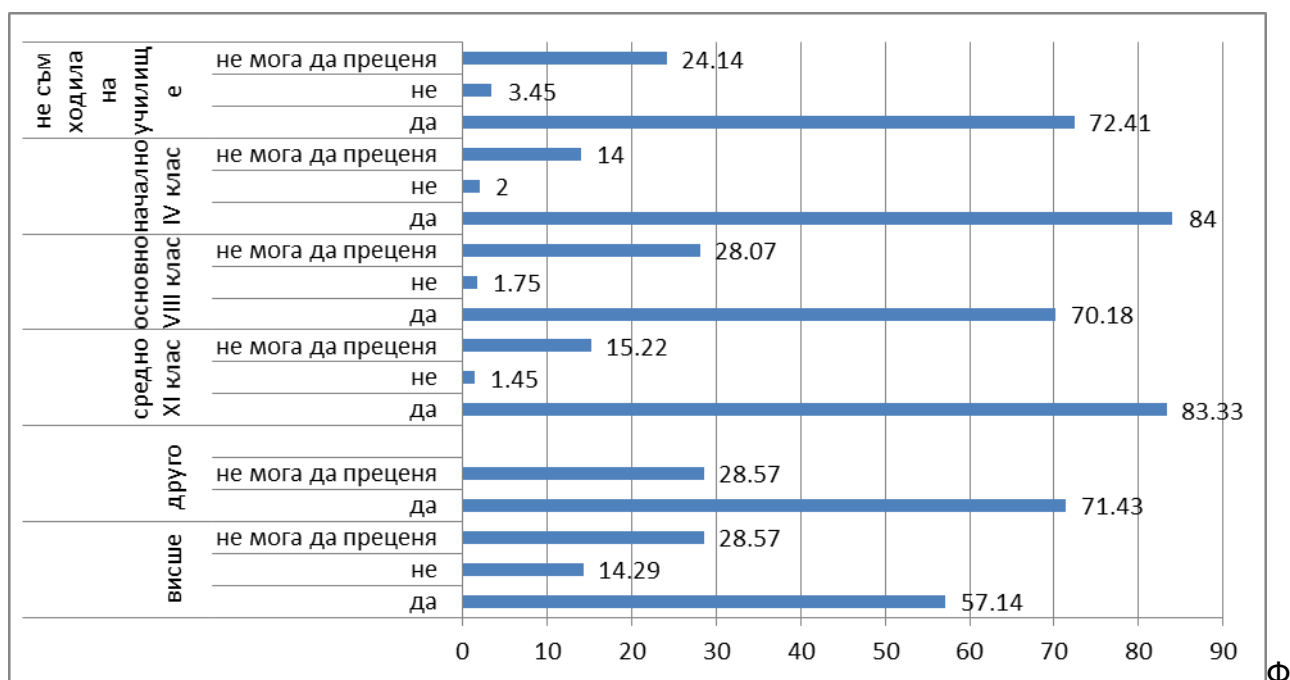
Образователната степен корелира правоопорционално с броя на посещенията на пациентките в ЖК. Броят на редовните профилактични посещения в ЖК нараства с повишаване на образованието. По-образованите пациентки показват по-висока здравна култура и поведение, което съответства на редовните посещения на ЖК през периода на бременността – 5,6 и повече пъти. Те са по-заинтересовани за своето здраве и по-отговорни към износването на живо, доносно дете. Пациентките без образование и ниско образованите в по- голямата си част са посещавали ЖК от 2 до 4 пъти (38÷47%) (фиг.6).



Фиг.6. Сравнителен анализ на признаците образование на пациентки /брой посещение в ЖК

Домашните посещения като своеобразна форма на акушерска грижа в семейна среда са предпочитани от всички пациентки, независимо от тяхната образователна степен (при пациентки с начално образование – 84%, средно образование – 83 %, следвани от тези които не са ходили на училище – 72%).

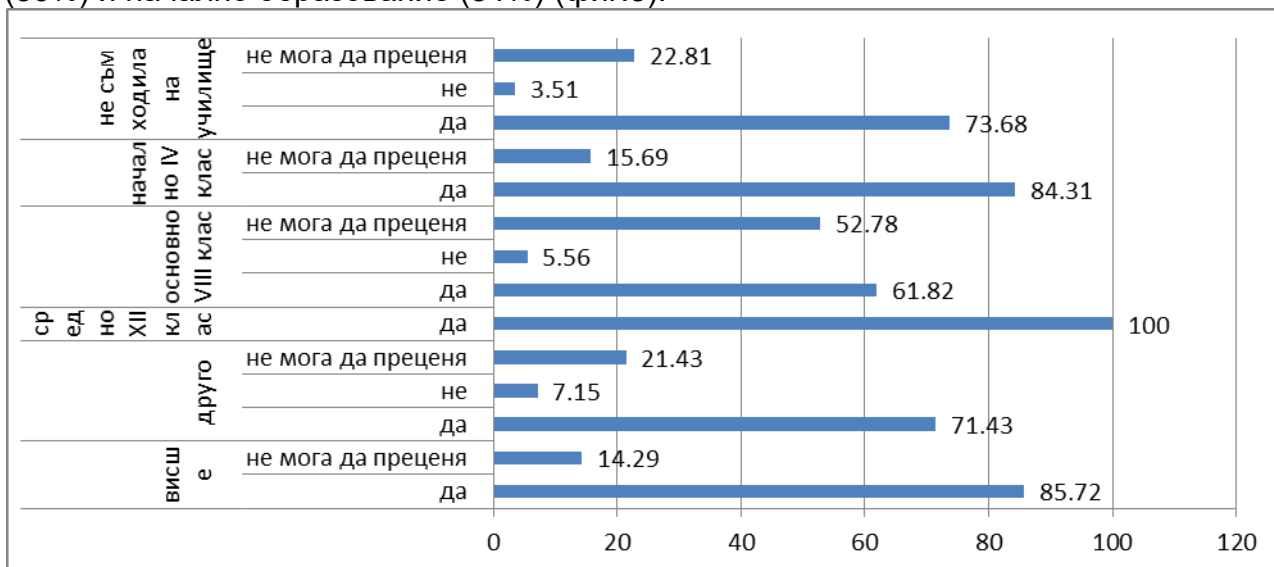
Чрез домашните посещения пациентките могат да получат преди раждане информация по въпроси, свързани с бременността, подготовката на необходимите принадлежности за отглеждане на новороденото в домашна обстановка. Това е средата, където те се чувстват сигурни и подкрепяни от семейството. По този начин може да се повиши здравната култура на семейството и да се въздейства върху някои предразсъдъци и негативни практики, касаещи отглеждането на детето (фиг.7).



Фиг.7. Сравнителен анализ на признаците образование на пациентки /домашни посещения преди раждане

Аналогичен е и анализът на резултатите за необходимостта от посещения на акушерката след раждане.

Потребностите от тях са свързани с въпроси за отглеждане на детето (къпане, обработка на пъпния остатък, кърмене, масаж на новороденото) и е представено мнението на майките за посещенията на акушерката и нейния принос за повишаване знанията и уменията им за правилното отглеждане на децата. Предпочитащите по-чести посещения са заявени от пациентките със средно образование (100%), висше (86%) и начално образование (84%) (фиг.8).



Фиг.8. Сравнителен анализ на признаците образование на пациентки / домашни посещения след раждане

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Изследваните пациентки в неравностойно положение, показват значителна уязвимост поради: майчин език, различен от български (51%), което е бариера пред комуникацията със здравни специалисти; ниско образование (42%); бедност (31 %).
2. Установяват се значителни потребности от акушерски грижи във връзка с бременността, раждането и послеродовия период при пациентки в неравностойно положение за удовлетворяването на които акушерката притежава необходимите компетенции.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Валентинова, Цв., Работата на основните екипи в общата практика през погледа на участващите в тях медицински сестри, фелдшери и акушерки/Социална медицина, XI,2003,№3, с.40–41
- [2] Наредба № 26 от 14 юни 2007 г за предоставяне на акушерска помощ на
- [3] здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени (обн. ДВ, бр. 51 от 2007 г.)
- [4] Рамкова програма за интегриране на ромите в българското общество 2010/20
- [5] Tunçalp O, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. BJOG; 2015; 122; 8; 1045-1049. doi: 10.1111 / 1471-0528.13451

За контакти:

Научен ръководител: ас. Теодора Евтимова, град Шумен, ул.“Васил Априлов“ № 63, Филиал Шумен, valitedi@abv.bg

Работа на акушерките в Европейския съюз

автори: Жасмина Томова, Павлина Маринова
научен ръководител: ас. Теодора Евтимова

Abstract: *The creation of a number of committees and associations are working to achieve a single model of work in midwifery practice. The purpose of the study is to examine in detail all the differences in the field of work of the European midwife in the individual countries as well as the tasks that these committees perform to achieve a unified model of work. In the various European countries, the obstetric profession differs not only in the teaching method, but also in the rights and autonomy of midwives. In order to improve the work in the field of obstetrics and gynecology in Europe, it is necessary to set up European committees, bringing together the different needs, views and working methods in the individual countries. The rapidly advancing technologies and the increasing needs of women's health at any stage in the development of the female organism impose the formation of European Midwives Association. Created in 1967 in UK, 35 full members from 31 countries are taking part in the committee. The association is focused on uniting global innovations in the profession, developing a common methodology and a common standard of vocational training, as well as a common promotion of maternal and infant health throughout Europe.*

Key words : *committees , European midwife , women's health*

ВЪВЕДЕНИЕ

Създаването на редица комитети и сдружения в големите държави членки в Европейския съюз, работят за постигане на единен модел на работа в акушерката практика. Целта на проучването е да се разгледат подробно всички различия в сферата на работа на европейската акушерка в отделните държави както и задачите, които изпълняват тези комитети за постигането на единен модел на работа.

Бързо напредващите технологии и все по-големите нужди на женското здраве във всеки един период от развитието на женския организъм, налагат формирането на Европейска асоциация на акушерките (European Midwives Association). Създаден през 1967г. със седалище във Великобритания в комитета участват 35 пълноправни членове от 31 страни. Сдружението е фокусиран да обедини световните иновации в професията, да наближи единна методика и общ стандарт на професионално обучение, както и една обща промоция на здравето на майките и бебетата в цяла Европа.

По този начин се цели развитието не само в професионален аспект, но и подобряване качеството на работа, придобиване на по-широки автономни права на акушерките и възможност за работа във всички Европейски страни.

Основния възглед е, че щом европейската акушерка има качествено образование и съвременна сфера на работа, ще се подобри и репродуктивното и сексуалното здраве сред жените в Европа.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Френската камара на акушерките и Европейска асоциация на акушерките са органи създадени с цел насърчаване и защита на общественото здраве, и помощ на жените и новороденото. Благодарение на тези компетентни организации се създава и се поддържа общ минимален стандарт за акушерско образование и практика в страните членки на Европейския съюз. С тяхна помощ можем да направим и точна картина на акушерската професия по отношение на статистики в сферата, изисквания за обучение, условия за практикуване, предмет на дейност, както и мисии на организациите.

Целта на нашето проучване е да направим преглед както на основните моменти в работата и задълженията на акушерките в по-големите страни от Европейския съюз, така и да проследим развитието на професията през годините.

Едни от страните в които акушерките имат най-много автономни права са Франция, Австрия, Белгия и Великобритания. В тези страни на акушерките им е дадено правото да предписват лекарства, като при първите три от изброените в пълномощията им се включва и правото да предписват и контрацептиви и противозачатъчни.

Ще спрем погледа си първо във Франция, където обхвата на акушерките дейности и компетенции е по-широк, отколкото в останалите страни от ЕС. Това бързо развиване на професията налага създаването на регулаторен орган – ONS. Това е компетентен орган на професията на акушерките създаден през 1945г. Организацията има автономни регулаторни права и е създадена от френската държава с цел да защитава общественото здраве, както и да защитава и помага на жената и новороденото. Организацията обединява всички акушерки, упълномощени да практикуват професията на територията на страната.

Главни цели на организацията са:

- Да регистрира и контролира достъпа до професията
- Да изготви и приложи Кодекс за Акушерската етика
- Да приложи правилата за етика чрез дисциплинарни наказания
- Да представи професията на национално, европейско и международно ниво
- Да защитава независимостта на професията.

Благодарение на тази организация можем да направим статистика, че в момента на територията на държавата от 22 000 акушерки, 20 000 практикуват професията. В държавата са вписани 834 000 раждания годишно. Във Франция обучението е с 5 години на следване. Родилните центрове тепърва навлизат в страната и поради тази причина все още няма достатъчно информация за сферата и условията на работа на акушерките в тях.

Следващата държава на която бихме искали да се спрем е Великобритания. Като все още равнопоставена членка на Европейския съюз, държавата има добре развито професионално поле за изява и добре развити автономни права. Във страната е създадена организация на медицинските сестри и акушерки, които да изготвят статистики и доклади за дейността на медицинските кадри. Първото проучване на организацията е през 2009г. като има за цел да събере данни за акушерската дейност в Европейския съюз. Издадени са специални книжки за всички заинтересувани страни участващи в организацията.

Второто проучване имаше за цел да направи по-точна картина на акушерската професия свързана с изисквания към обучението, условия за практикуване, предмети на дейност, мисия на организацията и изготвяне на статистики.

В страната професията може да се практикува след регистрация и получаване на професионален номер. Срока на обучение е 3 години като в него влизат практиките и стаж в болниците.

В страната броят на посещенията на бременните при акушер-гинеколог са ограничени. Поради тази причина на акушерките е дадено правото да следят състоянието на бременната, да общуват с нея, както и да й дават съвети през цялата бременност, раждане и следродилния период.

През 1993г. във Великобритания се развива моделът на акушерската помощ, който се казва „едно на едно“. Всяка бременна получава не само възможност през целия период на очакване на бебето да бъде наблюдавана от една акушерка и да ражда заедно с нея. Тази акушерка има правото да провежда всичките срещи в дома на бременната. Там се правят всички необходими прегледи и анализи.

Великобритания е една от страните, която първа въвежда родилните центрове. В тези центрове работят само акушерки, атмосферата в тях е по-близка до домашната. Те не са болнични заведения.

На територията на страната са създадени и консултативни организации в които отново работят само акушерки. Целта им е защита на жените, майките и бебетата.

В България ситуацията е малко по различна. След влизането на страната в Европейския съюз се налагат редица промени както в методиката на обучение, така и на методите на работа. Професионалистите получили квалификация преди този период и в малко по-късен етап нямат правото да практикуват професията в другите европейски страни. Срока на обучение се променя от 3 в 4 годишно следване, като квалификационната степен се променя на бакалавър.

През 2012г. в България е създадено юридическото сдружение на Алианс на българските акушерки, което има за цели:

- да консултира и информира населението не само за семейното здравеопазване, но и за развитието на професия акушерка и приносът и за женското здраве и здравето на новороденото
- да осигури правото на избор на жените и техните семейства
- да работи за издигането на авторитета на българската акушерка сред обществото
- да работи със законодателните органи както на територията на страната, така и Световната здравна организация и Европейския съюз
- да оказва подкрепа на бременната, родилката, новороденото и тяхното семейство и да съдейства за защита на техните права

Различията в методиката на обучение в различните страни, както и условията на работа и права на акушерките в отделните страни в Европейския съюз налага създаването на една единна Европейска асоциация на акушерките.

Създадена през 1967г. има за цел да осигури възможност на акушерките да работят в други европейски страни.

Организацията е съставена от представители на Белгия, Франция, Германия, Люксембург, Германия, Италия и Холандия. Фокусът на организацията се спира върху създаването на единно европейско акушерство, образование и общи стандарти на образование. В организацията членуват 35 пълноправни члена от 31 страни и един подпомагащ борд в лицето на: Великобритания, Франция, Белгия, Финландия, Словения, Малта.

Възгледи на организацията са да се укрепи професията и статуса на европейската акушерка, за да се промотира репродуктивното и сексуалното здраве сред жените в Европа.

Главна цел на организацията е да се постигне напредък в осигуряването на акушерски грижи чрез създаване и поддържане на общ минимален стандарт за акушерско образование и практика, за разпространение на актуални акушерски знания. Промотиране на общото и репродуктивното здраве на жените, да се повлияе на развитието и прилагането на законодателство на равнище ЕС за акушерско

В бъдеще организацията си е поставила цели като достъп до акушерството на ниска цена, развитие на технологиите, осигуряващи качество и безопасност в грижите за майките, както и кампания за хуманно и справедливо раждане.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В различните европейски страни акушерската професия се различава не само по метод на обучение, но и по правата и автономията дадени на акушерките. След проучване на Френската камара на акушерките през 2009г. в което участват всички страни от Европейския съюз, както и държави кандидат членки се разбира, че различията са и в много други сфери.

За подобряване работата в областта на акушерството и гинекологията в Европа се налага сформирание на Европейски комитети, обединяващи различните нужди, възгледи и методи на работа в отделните страни.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Joeri Vermeulen - "EUROPEAN MIDWIVES ASSOCIATION"

[2] <http://www.ordre-sages-femmes.fr>

[3] "Survey of European Midwifery Regulators, Second Issue, February 2010"

За контакти:

Жасмина Томова Томова, Медицински университет "Проф . Д -р П.Стоянов", гр.Варна, Филиал - Шумен, студент специалност Акушерка, e-mail: zhasmina.tomova@abv.bg

Павлина Валентинова Маринова, Медицински университет "Проф.Д-р Параскев Стоянов" гр.Варна, Филиал Шумен, студент специалност Акушерка, e-mail: marinova_pavlina@yahoo.com

научен ръководител: ас. д-р Теодора Евтмова, Медицински университет "Проф. Д-р Параскев Стоянов" гр.Варна , Филиал Шумен, e-mail : valitedi@abv.bg

Туберкулоза – същност и видове. Туберкулоза при бременност.

автор: Нелина Цанева

научен ръководител: гл. ас. Огнян Шербанов, дм

Tuberculosis – nature and types. TB in pregnancy: Tuberculosis (TB) is an infectious disease caused by the bacterium *Mycobacterium tuberculosis* (MTB). Tuberculosis generally affects the lungs, but can also affect other parts of the body. It exists in various forms. During pregnancy can affect fetal - antituberculosis agents can cause abnormalities on the fetal. There is also a genital tuberculosis, which is one of the main causes of ectopic disease and infertility in women.

Key words: tuberculosis, tb in pregnancy, genital tuberculosis, types

ВЪВЕДЕНИЕ

Туберкулозата (на латински: *Tuberculosis*) е хронично протичащо специфично възпалително заболяване, което засяга предимно белите дробове, но може да засегне и централната нервна система, лимфните съдове, храносмилателната система, костите, ставите и дори кожата. [4]

Целта на настоящия доклад е да представи Туберкулозата, нейната същност и видове, също така да проучи доколко запознати са хората, сред които и бременните с нейната същност.

Специфичният причинител на туберкулозата е *Mycobacterium tuberculosis*, наречен още бацил на Кох. Той бива 5 основни типа (човешки, говежди, птичи, миши и поиклотермен), като епидемиологично значение за човека имат първите два. Лекува се с индивидуална антибиотична терапия.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Туберкулозата е хронично инфекциозно заболяване, което в 90 % от случаите засяга белодробната система, а в 10% - и други органи и системи (централна нервна система, сърце, очи, кожа, органи на коремната кухина, кости и стави, уро-генитална система и други).

В миналото заболяването е било проблем предимно за населението на бедните страни. Днес, туберкулозата е разпространена в почти всички развити държави в света.

Източници на зараза могат да бъдат болните от туберкулоза хора и животни (главно едър рогат добитък, по-рядко свине, птици и други), както и техните продукти.

Проникването на инфекцията най-често става през дихателните пътища. При кашлица, кихане, разговор болният отделя туберкулозните бактерии във въздуха. Отпръските при кашляне и храчене хората, които се намират в близост, могат да се заразят непосредствено по въздушно-капков път. В храчките на болните се съдържат милиони бактерии. Заразата може да се пренесе и чрез праха в стаите и по улиците, където туберкулозните бактерии остават дълго време жизнеспособни.

Заразяване с туберкулоза е възможно и по хранителен път: чрез консумиране на мляко от болни крави или продуктите, приготвени от него; при консумация на сурови или недостатъчно сварени заразени яйца; при употреба на недостатъчно топлинно обработено месо от болни птици и свине.

Възможно е, макар и рядко, заразяването с туберкулоза да стане по контактен път, през увредена кожа и лигавици, което е характерно за хора с професии, свързани с отглеждане на животни. [3]

Симптомите са следните:

► Кашлица, която може да продължи седмици, като в началото се наблюдава леко покашляне, а при напредване на болестния процес кашлицата се засилва и става влажна;

► Храчене – болните отделят храчки главно сутрин, понякога примесени с кръв;

► Повишена температура – болните имат повишена температура за продължителен период от време (дори с месеци). Възможно е заболяването да протече и без повишена температура;

► Изпотяване – то е обилно, особено нощно време;

► Болки в гръдния кош – те се срещат при повечето болни между плешките, в раменните и страничните области на гръдния кош, като се засилват при дишане и кашлица;

► Безапетитие – то води до намаляване на телесното тегло;

► Задух – този признак е характерен за напредналите стадии на болестта;

► Отпадналост и безсилие – тези симптоми продължават дълго време.

► Туберкулозата може да протече и напълно безсимптомно в около 15% от случаите. При възрастни хора често наподобява пневмония или друго инфекциозно заболяване. [3]

Поставяне на диагнозата туберкулоза изисква незабавно лечение, което е еднакво важно както за здравето на майката, така и за здравето и развитието на плода. Нелекуваната туберкулоза представлява много по-голям риск за плода, отколкото медикаментите използвани за нейното лечение. Терапията на остра туберкулоза при бременни жени е същата както при небременни. Лечението на болестта започва с тройна комбинация противотуберкулозни средства и продължава общо от 9 до 12 месеца. При някои от използваните препарати се забелязва малък процент на малформации – от 2 до 6%, в зависимост от вида на медикамента. Тези лекарства преминават през кърмата, но в ниски концентрации. При желание от страна на майката тя може да продължи да кърми. Съществуват обаче някои изисквания, които трябва да се спазват стриктно - медикаментите да се вземат след кърмене, а следващото хранене да е от бутилка. Поради тази причина се препоръчва използването на адаптирани млека, за по-голяма сигурност от страна на новороденото. Противотуберкулозните средства могат да предизвикат аномалии в плода като деформация на ребрата, полидактилия, чернодробни увреждания, скелетни аномалии, дегенерация на слуховите клетки, проблеми с вестибулацията и др. [1]

В някои случаи инфекцията се придвижва по кръвта до други части на тялото. По този начин може да доведе до вторична инфекция в гениталния тракт, тазовата област, бъбреците, мозъка и гръбначния стълб. Когато бактерията достига гениталния тракт, това причинява генитална туберкулоза. Тя засяга гениталния тракт както при мъжете, така и при жените (маточните тръби, матката, яйчниците). В някои случаи се отразява и на шийката на матката, вагината, вулвата. Жените, които боледуват от белодробна туберкулоза дълго време, могат да развият и генитална туберкулоза, ако не се лекуват. При жените гениталната туберкулоза засяга главно фалопиевите тръби и може да причини запушване. Ако туберкулозата се диагностицира в ранен етап и инфекцията се лекува навреме, увреждането на матката и фалопиевите тръби е лечимо. Ако не се лекува дълго време, може да доведе до безплодие. Гениталната туберкулоза може да доведе дори до рак на матката.

Профилактиката на заболяването включва:

- Ваксиниране с БЦЖ ваксина след 48-ия час от раждането на бебето и реимунизирание - на 7, 11 и 17-годишна възраст;
- Поддържане на естествените съпротивителни сили на организма чрез: пълноценно хранене, богато на белтъчини и витамини (месо, мляко и

млечни продукти, риба, пресни плодове и зеленчуци); редовно практикуване на физически упражнения и туризъм;

- Отказване от тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и употреба на психоактивни вещества (наркотици);
- Поддържане на добра лична и обществена хигиена;
- Консумиране само на хранителни продукти (месо, мляко и яйца), преминали ветеринарно-санитарен контрол;
- Приемане на лекарственото средство римицид, ако размерът на инфилтратата при кожната туберкулозна проба (Mantoux) е над 5 мм.
- Незабавно консултиране с лекар при установяване на някои от симптомите на болестта, а също така и при съпътстващи заболявания или прекарани наскоро инфекции.[3]

Проведени са две паралелни проучвания сред различен контингент от хора:

ЦЕЛ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО (1) - Целта на изследването е да проучи информираността сред хората за заболяването Туберкулоза, нейните форми, дали са наясно как да се предпазят или методите за лечение.

ОБЕКТ НА ИЗСЛЕДВАНЕ - Обект на изследване стават хора (40 души), избрани на случаен принцип, в различни сфери на общуване, на различни места в периода март/април 2017г.

МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕ - Проведено е проучване, под формата на анкетна карта по списък с въпроси.

АНАЛИЗ И ИЗВОДИ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО:

- ✓ Средната възраст на анкетираните е 26-35 години.
- ✓ Според отговорите в Анкетната карта процента на хората, които са запознати със заболяването Туберкулоза е 46%, а останалите 54% са посочили, че не са запознати със същността ѝ.
- ✓ Процента на запознатите с начините, които болестта се предава е 27%, тези които не знаят са 65%, а тези, които са дали отговор „Не се интересувам“ са 8%.
- ✓ Сред Анкетираните само 5% са отговорили, че са против имунизацията срещу Туберкулоза, останалите 95% са категорични, че тя е напълно необходима.
- ✓ Като фактори, анкетираните най-често посочват „Заболял познат от Туберкулоза“ – (35%), „Съмнения, че сте заболял“ – (29%), „Обогатяване на знания“ – (27%) и такива, които не могат да преценят – 9%.
- ✓ 80% от Анкетираните са посочили, че не са знаели за съществуването на извънбелодробни форми на Туберкулоза.
- ✓ На въпрос „Знаете ли как да се предпазите от Туберкулоза?“:
 - Да – 36%;
 - Не – 64%;

От всички тези данни се вижда, че процентите на повечето зададени въпроси в Анкетната карта са полза на не добрата запознатост на хората за Туберкулозата и всичко, което трябва да знаят за нея.

ЦЕЛ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО (2) - Целта на изследването е да проучи до колко са информирани бъдещите майки със заболяването Туберкулоза, как да се предпазят, как да се лекуват и до какво може да доведе Туберкулоза по време на бременност.

ОБЕКТ НА ИЗСЛЕДВАНЕ - Обект на изследване стават бременни жени в различни отделения и структури в АГ Комплекса към УМБАЛ, гр. Русе в периода март/април 2017г.

МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕ - Проведено е проучване, под формата на анкетна карта по списък с въпроси.

АНАЛИЗ И ИЗВОДИ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО:

Средната възраст на анкетираните бременни жени е 21-30 год.

- ✓ При допитване дали са запознати какво е Туберкулоза, анкетираните бъдещи майки са отговорили според данните в следната диаграма, които показват, че процента на информираност за заболяването е нисък. Повечето само са чували (50%), а тези, които са напълно запознати са 2%.



фиг.1. Анкетираните бременни жени са попитани дали знаят какво е Туберкулоза.



- ✓ От следните две диаграми, можем да кажем, че бъдещите майки, попълнили анкетната карта, не са добре информирани по какъв начин Туберкулозата може да влияе върху бременността и върху самия плод(причина за аномалии или други промени).
- ✓ 90% от жените посочват, че не ползват характера на Гениталната Туберкулоза и дори не са чували за съществуването на подобен тип заболяване.
- ✓ 70% от анкетираните бъдещи майки биха се информирали за същността на Туберкулозата, а най-често като причини посочват:
- Туберкулоза при бременна приятелка – 37%
 - Туберкулоза в семейството – 27%
 - Обогаляване на знания – 26%
 - Не бих се информирала допълнително – 10%

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Туберкулозата е специфично заболяване, за предпазването от което са необходими различни мерки, а ако вече е налице заболяване- правилно провеждано дългосрочно лечение. С оглед резултатите от проведените Анкетни карти сред различни групи хора(включително и бременни), може да направим заключението, че

нивото на информираност по отношение болестта е много ниско, което може да отчетем като негативно влияещ фактор, върху заболяемостта в страната. При едни добре информирани хора, може да се избегне риск от заразяване, както и да се проведе адекватно и навременно лечение.

Днес, с подобряване на условията на живот на хората и постиженията на медицинската наука, Туберкулозата е лечима болест, особено ако своевременно се диагностицира. [3]

ЛИТЕРАТУРА

- [1] <http://www.doctorbg.com/page.php?id=14189>
- [2] <http://www.mamatatkoiaz.bg/article/284/genitalna-tuberkuloza>
- [3] <http://www.riokoz-vt.com/tub.htm>
- [4] <http://www.bg.wikipedia.org>.

За контакти:

Нелина Цанева, I курс, Акушерка, факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, e-mail: neli_neli3@abv.bg, тел: 0894413054

научен ръководител: гл. ас. д-р Огнян Шербанов, дм; РУ „Ангел Кънчев”, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, e-mail: bat_ogan@abv.bg, тел: 0884 657 892

Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Основни акушерски аспекти при хранене на новородено

автор: Фатме Нуриева

научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова, дп

***Feeding of a newborn:** Nutrition is one of the most important exogenous factors that influence the growth and development of the child. Maternal food, infant formula or a combination of both is the main food of the newborn baby in the first one year. The main task of the mother is to build a healthy diet of baby and to ensure an adequate intake of calories needed. The main concern of the mother after birth is to provide natural feeding to newborn.*

Key words: feeding, newborn, breastfeeding, colostrum, adapted milk, breast care, role of midwife

ВЪВЕДЕНИЕ

Храненето е един от най-важните екзогенни фактори, които оказват влияние върху растежа и развитието на детето. Майчината храна, адаптираното мляко или комбинация от двете е основната храна на новороденото бебе през първата 1 година. Основна задача на майката е да изгради здравословен режим на хранене на бебето и да му осигури достатъчен прием на нужните калории. Основна грижа на майката след раждането е осигуряване естествено хранене на новороденото. Днес почти никой не се съмнява, че за него най-добра храна е майчиното мляко. Проблемът е как да се осигури достатъчно мляко от майката за детето. Важни са факторите, от които зависи нормалното отделяне на майчиното мляко, поради което много са и изискванията към режима на майката кърмачка. [3]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Рационално хранене

Рационално е храненето, което задоволява оптимално физиологичните потребности от енергия и пластични материали, осигуряващи правилното протичане на обменните процеси в организма и нормалното физиологично развитие.

Основните принципи на рационалното хранене могат да бъдат формулирани по следния начин:

1. Доставената чрез храната енергия задоволява оптимално нуждите на кърмачето.
2. Необходимата енергия трябва да се доставя от основните хранителни съставки: белтъчини, мазнини, въглехидрати в оптимално физиологично съотношение 1:3:6.
3. Хранителните продукти, доставящи основните хранителни вещества, трябва да осигуряват в оптимално количество есенциалните хранителни съставки:
 - есенциални аминокиселини – левцин, изолевцин, метионин, фенилаланин, треонин, триптофан, валин, хистиди, цистин;
 - полиненасителни мастни киселини – линолова;
 - глюкоза.
4. Храната е основен източник на витамини, които трябва да бъдат доставяни в оптимални количества, за да се избягват хипо- и евентуално хипервитаминозните състояния.
5. Чрез храната се доставят необходимите за нормалното развитие и функциониране на организма електролити, минерални вещества и микроелементи.
6. С храната и чрез допълнителното даване на вода трябва да се осигурява оптимално количество вода, което зависи от енергийния внос.
7. Рационалното хранене изисква доставката и на баластни вещества, които не са енергиен източник, но регулират изпразването на стомаха, чревната

моторика и диспергират чревното съдържимо, като го правят по-достъпно за ензимите.

Естественото хранене е рационалното хранене през първите 4 месеца от живота на кърмачето. То може да се реализира и със съвременните адаптирани млека, при чието производство за еталон служи майчината кърма. [1]

Естествено хранене

Естествено хранене наричаме това хранене, при което кърмачето получава през първите 4-6 месеца от живота си само майчина кърма и съответните за възрастта му полутечни храни за хранване (пюрета и каши). Майчината кърма е идеалната храна, която задоволява напълно нуждите на детето през първите месеци след раждането. Поради това осигуряването на условия за кърмене е една от най-важните задачи, както на лекаря, така и на акушерката.

Кърменето, което е в основата на естественото хранене на детето, зависи от три основни фактора:

1. Здрава майка, която е убедена в предимствата на кърмата като храна за детето, желае да кърми и е уверена, че може да осигури достатъчни кърма за своето дете.
2. Здраво и активно сучещо бебе.
3. Медицински екип, който познава физиологията на лактацията и ползвайки се с доверието на майката, дава компетентни съвети за провеждане на естественото хранене и отстранява възникналите затруднения при кърменето. [2]

Непосредствено след раждането млечната жлеза секреттира коластра, към 4-6 ден се отделя т.н. преходно мляко и след първата седмица се установява секрецията на зрялата кърма. Коластрата съдържа повече белтъчини и минерални вещества и по-малко въглехидрати в сравнение със зрялата кърма. Това има важно биологично значение, тъй като по този начин у новороденото се внасят големи количества имуноглобулини и по-специално IgA, а също така и соли, включително микроелементи, които образуват депа в организма. Коластрата съдържа и големи количества клетки: макрофаги, полинуклеарни левкоцити и лимфоцити. Тези клетки заедно с хуморалните антиинфекциозни фактори участват в изграждането на специфичния и неспецифичния имунитет у детето непосредствено след раждането. Зрялата кърма съдържа всички хранителни вещества в такова количество и съотношение, което е необходимо за нормален растеж и развитие на детето през първите месеци от живота. [2]

Предимства на естественото хранене:

- ❖ Майката не губи време за подготвяне на храната.
- ❖ Кърмата е прясна, стерилна, затоплена до телесна температура.
- ❖ Съставът на майчината кърма е златният стандарт, съобразен с анатомичните особености на детския организъм.
- ❖ Протеините на женското мляко съдържат незаменими аминокиселини, без да претоварват бъбреците.
- ❖ Женското мляко съдържа специфични имуноглобулини, лизозим (който разгражда клетъчните стени на бактериите), лактоферин, който потиска растежа на желязо зависимите микроорганизми.
- ❖ Въглехидратите в женското мляко са представени главно от лактоза, която стимулира развитието на бифидум.
- ❖ Съдържанието на есенциални мастни киселини, особено линолова е високо, което има отношение към доброто зрение.
- ❖ Резорбцията на калций, желязо, цинк е по-добро, количеството на минерали е относително ниско.

- ❖ Кърмата съдържа хормони, тромбопластин, карнитин, клетъчни елементи. [3]

Фактори, имащи отношение върху количеството и състава на майчиното мляко са:

- жлезната тъкан в гърдите;
- психическото състояние на майката;
- физическото състояние;
- храненето. [3]

Необходимо е млечните жлези да се подготвят за кърмене още по време на бременността. Акушерката от Женската консултация е тази, която трябва да привлече вниманието на бъдещата майка по този въпрос и да я приучи на грижите за оформянето и „закаляването“ на гърдните зърна. Препоръчва се ръчен масаж на ареолата и зърното на гърдата в хоризонтална и вертикална посока. Така се разхлабват съединителнотъканните връзки в основата на зърното и се активират мускулните елементи. Търкането на зърната с леко груба кърпа по време на душ също действа благоприятно за подготвянето на зърната за кърмене.

Отначало кърменето се осъществява на двете гърди – на всяка по 10 мин. Майките трябва търпеливо с помощта на акушерката да се научат как да кърмят децата си. Детето трябва да бозае най-много 15-20 минути, защото след това то използва зърното на гърдата като биберон. 80% от кърмата избозава за първите 5 минути. Задължително трябва да има поне 2 часа интервал между кърменето, защото храната трябва да се преработи в корема и да премине в червата. Много често след 2-3 ден количеството на кърмата постепенно се увеличава, детето привиква да суче и кърменето се осъществява без особени проблеми. Още по време на престоя на майката в Родилно отделение трябва да се усвои 6-7 кратното кърмене през 2-3 часови интервали като последното кърмене се осъществява в 24 часа с последващ 6 часов интервал на почивка. Акушерката обяснява на майката, че кърмата задоволява не само глада, но и жаждата, поради което даването на подсладена вода между кърменията на детето не бива да се счита задължително, тъй като се утолява жаждата и се намалява активността на сукането. [3] [2]

Кърменето оказва положителен ефект и върху майката кърмачка, така че изгодата от естественото хранене е взаимна – както за детето и майката, така и за семейството и обществото. При енергичното сукане и при дразненето на рецепторите в зърното и ареолата се стимулира излъчването на пролактин и окситоцин от хипофизата. Окситоцинът предизвиква контракция на матката и ускорява обратното ѝ развитие, като предотвратява малките кръвоизливи в послеродовия период. Пролактинът от своя страна блокира гонадотропините и видоизменя отговора спрямо тяхното въздействие, главно чрез промяна във функцията на жълтото тяло. По този начин се удължава постнаталната аменорея и се потиска репродуктивната способност на жената. Кърменето увеличава допълнително разхода на енергия и допринася за по-бързото възстановяване на нормалната телесна маса и на фигурата на жената, в чийто организъм по време на бременността се натрупват 3-4 кг резервни тлъстини. [2]

Установено е значението на непосредствения контакт между майката и новороденото за оформяне на неговото поведение, който се осъществява най-естествено по време на кърмене. Това се отразява благоприятно върху морфологичното и функционалното развитие на ЦНС.

Противопоказания за кърмене възникват при някои заболявания на детето:

- мозъчен кръвоизлив с изява на дихателна недостатъчност;
- вродени сърдечни малформации, сърдечна недостатъчност;
- генерализирани инфекции;
- аномалии в устната кухина.

На майката:

- сърдечни и бъбречни заболявания в стадий на декомпенсация;
- диабет;
- злокачествени новообразовани;
- остри психози;
- активна туберкулоза и др. [2]

Искуствено хранене

Искуствено е онова хранене, при което детето е лишено напълно от майчина кърма, преди да навърши 6-месечна възраст, и се храни с животинско мляко (квасено или адаптирано) със съответните храни за захранване.

Причините за преминаване към изкуствено хранене са противопоказания за кърмене от страна на майката и рядко някои заболявания на детето, като вроден лактазен дефицит. Най-честата причина са агалактията на майката и отказът на детето да суче от гърдата, които се дължат на немотивирано и прибързано дохранване с адаптирано мляко, което се дава с биберон.

Режимът на изкуствено хранене не се отличава съществено от режима на естественото и смесено хранене. [2]

Смесено хранене

Смесено е храненето, при което поради недостатъчно кърма преди 6-месечна възраст детето получава като добавка към майчината кърма адаптирани млека и съответните храни за захранване.

Най-честата причина за преминаване от естествено към смесено хранене на детето е хипогалактията на майката. Смесеното хранене се препоръчва само след внимателна преценка на всеки конкретен случай, при сигурни данни, че детето гладува поради недостиг на майчина кърма и след неуспешен опит да се увеличи лактацията.

За да се избегне окончателното отбиване на детето, трябва да се спазват следните правила:

1. Добавката от адаптирано мляко да се дава с лъжичка, а не с биберон.
2. Избягва се прехранването на детето, което намалява активността на сукането и се понижава лактацията.
3. Детето се поставя да суче и от двете гърди, преди да му се дава добавка от адаптирано мляко.

По този начин кърменето се съхранява за по-продължително време и се предотвратява преминаването му на изкуствено хранене. [3]

При изследване взаимодействието между метода на хранене и съня при новородени са показани резултати, при които кърмените новородени имат по-малко количество сън за разлика от изкуствено хранените. От гледна точка на майките - тези които кърмят разполагат с повече време за спане през денонощието отколкото майките, хранещи децата си чрез метода на изкуственото хранене. [4]

Захранване на кърмачето

Захранването на кърмачето се дефинира като постепенно въвеждане на полутечни храни (пюрета, каши, попари), които заместват млякото под форма на майчина кърма, адаптирани млека или квасено мляко. От хранителна, физиологична, имунологична и психологична гледна точка захранването е комплексен процес.

Основната причина от необходимостта на захранването е нарастването на енергийните потребности след 4-5 месец от живота на детето.

Възрастта за въвеждане на полутечни храни в диетата на кърмачето зависи от начина на хранене (естествено или изкуствено), от физическото развитие на детето и предпочитанията на майката. American Academy of Pediatrics (1976) сочи, че: „На базата на настоящите знания въвеждането на полутечни храни, заместители на млякото, преди 4-6 месечна възраст няма никакви предимства.“ Мнозинството от

специалисти препоръчват храненето да става след 16-ата седмица и не бива да се забавя след 24-ата седмица.

Препоръчаната от МНЗ (1980) схема за въвеждане на различни немлечни кърмачески храни отговаря на съвременните изисквания и трябва да се спазва:

- През 4-ия месец (16 седмица) – фабрично приготвено зеленчуково пюре;
- През 5-ия месец (20 седмица) – млечно-плодово-брашнена каша и $\frac{1}{4}$ твърдо сварен жълтък;
- През 6-ия месец (24 седмица) – фабрично месно-зеленчуково пюре;
- През 7-ия месец (28 седмица) – попара със сирене;
- През 8-9-ия месец (32-36 седмица) – пюре със смляно месо, супа с хляб;
- През 10-ия месец (40 седмица) – опит с преходна храна.

За предпочитане е кашите на зърнена основа да бъдат с ориз, царевично или картофено нишесте, с оглед избягване ранното внасяне на глютен. [1]

Роля на акушерката

Ролята на акушерката е изключително важна за успешния старт на кърменето. Акушерката е медицинското лице, което трябва да насочи вниманието на бъдещата майка още по време на бременността към въпроса с кърменето. На бременната се дават насоки и обяснения относно подготовката на гърдите още при посещенията в Женска консултация, като се посочват всички плюсове на ранната подготовка и минусите при неангажиране на проблема. Дават се съвети за използването на специални кремове по време на бременността, които се втриват в областта на ареолата и зърната, като по този начин се намалява тяхната чувствителност и чувството за болка. Това намалява появата на неприятните рагади по време на кърмене. Към всяка бременна трябва да се подходи с търпение и уважение, за да се създаде рамка на доверие между бъдещата майка и акушерката.

Особено важни за бебето са първите три дни след раждането, когато при кърменето се отделя коластрата – „естествената ваксина“ за бебето. Този важен за храненето и развитието на бебето момент обаче много често е съпроводен с неприятни усещания за родилката поради затруднения с отделянето на кърма и болезнения в началото процес на кърмене. В този период майката има най-голяма нужда от подкрепа. Акушерката от сектор Неонатология приканва майката да не се отказва от опитите за кърмене, като посочва жизненоважните качества на кърмата и особено коластрата през първите дни. Акушерката представя позите за кърмене, като се преценява коя ще е най-подходяща както за майката, така и за кърмачето. Дава съвети за начина на кърмене и интервалът между тях. Факт е, че 88% от състава на кърмата е вода, а 12% е сухо вещество. Това е жизненоважна храна. Кърмата се преработва, усвоява се и се отделя по-бързо от организма. Всички тези качества на естественото хранене посочват пътя на акушерката заедно с медицинския екип да работят взаимно в подкрепа на кърменето. На майката се обяснява необходимостта от голямо търпение спрямо понякога болезнения процес на кърмене. Но с помощта и подкрепата на акушерката, семейството и близките, лесно се намира решение на моментните затруднения и единственото, което остава е радостта от развитието на новороденото.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Независимо от добре познатото значение на естественото хранене, практиката все още не е широко разпространена в развиващите се страни и увеличението в глобално ниво е все още много скромно с много аспекти за подобрене. Програми в световен мащаб относно храненето продължават да влагат инвестиции и ангажименти за подобряване практиките при храненето на новороденото, за да се постигне максимален ефект върху живота на децата. Данни за глобалните тенденции показват разпространение на естественото хранене сред новородените

на възраст до шест месеца в развиващите се страни се е увеличило от 33% през 1995 г. на 39% през 2010 г. [5]

Предимствата на кърмата трябва да се знаят, както от акушерите, така и от майката. Кърменето не трябва да се гледа само от гледна точка на бебето, но да се обърне внимание и на ползите за майката. Кърменето на първо място улеснява майката. Научно доказано е, че при кърмещите жени намалява рискът от остеопороза, рак на млечната жлеза и диабет тип II. Но най-голямата и незаменима полза е връзката с бебето, която кърменето по неусетен начин, и без да е нарочно търсен ефект, осигурява. Дори и понякога началото да не е лесно, усилията си заслужават и се възнаграждават с дълготрайните ефекти от естественото хранене на детето. Акушерката има съществена роля в мотивацията на бременната да кърми. Задълженията на акушерката не се свеждат само с ангажираност по време на престоя на майката в сектор Родилно. Процесът е продължителен – от посещенията в Женска консултация, през периода на престой в Родилния дом, и след изписването или домашни посещения, където заангажираната акушерка ще проследява грижите за новороденото, но в същото време и състоянието на майката.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Мумджиев, Н., Амбулаторна педиатрия, Медицина и физкултура, София, 1995
- [2] Петков, Г., Педиатрия, Медицина и физкултура, София, 1997
- [3] Сербезова, Ив., Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, Университетски издателски център при РУ, Русе 2014
- [4] Quillin, St., Interaction Between Feeding Method and Co-Sleeping on Maternal-Newborn Sleep, 2004, <<http://onlinelibrary.wiley.com>>
- [5] Xiaodong Ca, Global trends in exclusive breastfeeding, 2012, <<https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com>>

За контакти:

Фатме Нуриева, студент II курс , специалност Акушерка, РУ „Ангел Кънчев“, e-mail: fmn14@abv.bg

научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп; РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, e-mail: iserbezoa@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Задачи и поведение на акушерката при рубеола и бременност

автор: Фатме Нуриева

научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова, дп

***Rubella and pregnancy:** The report presents the necessity of awareness among pregnant women about the rubella virus infection and its complications, which can lead and preventive measures who must be taken.*

Key words: rubella, pregnant, complications, preventive measures

ВЪВЕДЕНИЕ

По време на бременност в женското тяло настъпват редица промени, които могат да доведат до много неразположения. Повечето от тях могат да бъдат избегнати като се спазва отлична хигиена, води се здравословен начин на живот и хранене, приемат се много течности и се следи за най-малкия дискомфорт.

Водеща причина за патологията на бременността са инфекциозните болести на бременните жени. Инфекцията по време на бременност винаги носи сериозен риск, тъй като преминава през плацентарната бариера и може да доведе до преждевременно раждане или сериозни усложнения при бебето. При бременност, особено през късните месеци, острият инфекциозен заболявания протичат с тежки прояви. Главната причина за това е, че естествените защитни сили на организма са отслабени поради предявените към тях по-големи изисквания с процесите на бременността. Животът на бременната е застрашен не само от инфекциозното заболяване, но понякога и от възможността да се развие пуерперална инфекция от причинителите на бременността. От друга страна, острият инфекциозен заболявания у бременните оказват неблагоприятно влияние върху протичането на бременността. В голям процент случаи се наблюдава преждевременно прекъсване на бременността или раждане на мъртво дете. Най-рискови за плода остават заболяванията на майката през първото и последното тримесечие на бременността. [3]

Благодарение на съвременната медицина и здравеопазването част от тези най-опасни инфекции за плода са изкоренени или ограничени до минимум, пример за което е рубеолата.

ИЗЛОЖЕНИЕ

История: Заболяването рубеола е известно от векове. Поради големия интерес, който предизвиква рубеолата в Германия през 18-ти век и обстойното ѝ проучване там, някои автори все още я наричат „немска брусница“. Рубеолата или дребна шарка е вирусно заболяване, което протича сравнително леко при повечето хора. Наименованието рубеола произлиза от латински и буквално се превежда като "лека червенина", а състоянието първоначално е считано за разновидност на болестите морбили и скарлатина. По тази причина рубеолата често е била наричана "третата болест". Въпреки че заболяването обикновено няма тежки последици за децата и възрастните, то причинявало тежки вродени аномалии на плода и можело да предизвика спонтанен аборт, ако жената се е заразила с вируса в по-ранен етап от бременността.

Германският лекар Даниел Сенерт за пръв път е установил случай на рубеола през 1619 година, наричайки болестта "röteln", по името на специфичния червен обрив, който я съпътствал. През 1814 година за пръв път в историята на немската медицина рубеолата започнала да бъде причислявана като самостоятелно заболяване. През 1914г., д-р Хес изказал твърдение, доказващо вирусната етиология на рубеолата. Рубеолният вирус е изолиран за първи път през 1962 г. от

Паркман и Уелър.

През 1969г. Стенли Плоткин успял да създаде ефикасна жива ваксина срещу рубеола, който щам бил наречен RA27/3. Малко по-късно американецът Морис Хилеман усъвършенствал въпросния препарат, а през 1971г. тази модифицирана версия влязла в състава на тривалентната ваксина срещу морбили, рубеола и паротит (MMR). Така следвайки съдбата на други заразни заболявания, рубеолата била "укротена" и много дечица получили шанса да се родят здрави. [6]

Същност: Рубеолният вирус принадлежи към сем. *Togaviridae*, род *Rubivirus*. Той е малък, сферичен, РНК вирус, единствен представител в рода си и няма общи антигени с други вируси. Вирусът на рубеолата е неустойчив във външната (околната) среда и се влияе от третиране с дезинфектанти. Рубеолният вирус навлиза през лигавицата на горните дихателни пътища и конюнктивите, като по лимфен и кръвен път достига до лимфните възли, където се размножава. Около 10 дни след инфектирането, вирусът отново попада в кръвта, чрез която се разпространява в много тъкани и органи, включително плацентата. Пикът на разпространението на рубеолния вирус е около 15-16-ия ден от заразяването и се последва от обрива. [2] [5]

Механизъм на предаване: Вирусът представлява антропоноза, от която боледуват предимно деца на 3-10 годишна възраст. Възприемчивостта до 2 години е 94%, между 5 и 8 години – 57%, между 10 и 15 години – 40%, и 18-27 години – 22%. Механизмът на заразяване с рубеола е въздушно-капков, чрез носни и гърлени секрети. За да настъпи заразяване с "немска брусница" се изисква по-продължителен контакт с болни от рубеола. Твърде често рубеолната инфекция протича безсимптомно- според някои проучвания около 50% от децата боледуват асимптоматично и придобиват имунитет. Децата до 1 годишна възраст са предпазени чрез пасивно предадени от майката антитела. Инфектирането (заразяването) на плода става чрез вертикално предаване от майката, заболяла от рубеола през първите месеци на бременността. Родените деца служат за потенциален резервоар на рубеолния вирус, тъй като той се размножава в тъканите им до една годишна възраст. Рубеолният вирус се излъчва със секретите на носоглътката, чрез урината, цервикалните секрети, от края на инкубационния период до изчезването на обрива (или 5 дни преди и 5 дни след появата на обрива). [4] [2]

Придобиване на имунитет: Преболедувалите от рубеола придобиват траен имунитет. Високите нива на IgG говорят за добър протективен (защитен) имунитет срещу рубеола, но при средни и ниски нива са възможни повторни заболявания от рубеола. [4]

Симптоми: При имунизирани деца рубеолата протича обикновено леко и често безсимптомно. При по-големите деца (юноши), както и при възрастните по-често могат да се наблюдават по-тежки форми на болестта. Инкубационният период при рубеолата е 14-21 дни. Първите симптоми, които се проявяват два-три дни преди появата на обрива са субфебрилна температура, главоболие, отпадналост, безапетитие, лека хрема, конюнктивит, лек фарингит и кашлица. Главните симптоми при рубеола са: лимфаденопатия (възпаление и подуване на лимфните възли) и обрив. Често се увеличават слезката и черният дроб. Обривът при рубеола се появява 1 до 5 дни след края на инкубационния период и ако преди него е имало други симптоми, те затихват. Обривът се предшества или придружава от малки, червеникави петънца по мекото небце (петна на *Forscheimer*). Обривът започва подобно на този при морбили по лицето и зад ушите и също така върви надолу, но по-бързо за 1 или 2 дни обхваща цялото тяло и предимно външната повърхност на крайниците. Той е розово-червен, макуло-папулозен, отделните единици не се сливат и е разположен върху непроменена кожа. Обривът при рубеола се задържа 2-4 дни, след това избледнява и изчезва без пигментации и залющване. Често има

отклонения от тази типична картина, а може и да не се появи изобщо. Други симптоми:

- главоболие;
- отпадналост;
- втрисане с висока температура;
- загуба на апетит;
- конюнктивит;
- кашлица;
- хрема; [4]

Усложнения

- артрити и алтралгии;
- тромбоцитопения;
- поражения на ЦНС- менингити, енцефалити и менингоенцефалит, неврити и невропатии и др.;
- аплазия на костен мозък, отит, нефрит, хепатит, миокардит и пневмония (много редки).

Прогнозата на усложненията при рубеола е добра, с изключение на рубеолен енцефалит.

При вътреутробното заразяване през първите 2-3 месеца от бременността рубеолата води до нарушение на ембриогенезата и до развитие на малформации, а също така и до смърт на плода. При новороденото може да се наблюдават: микроцефалия, хидроцефалия, вродени сърдечни пороци, изоставане в умственото развитие, поражение на очите, глухота, поражения на хемопоетичната и костната система и други. [4]

Диагноза: Лабораторната диагностика на рубеолата най-често се извършва със серологично изследване - ELISA и латексаглутинация. С тях могат да се докажат, както наличието на антитела в серума на болния, така и в слюнка или във фарингеален (гърлен) секрет. Посредством серологичните реакции се търси поне четирикратно нарастване на титъра на антителата в две серумни проби, взети през 14 дни. По типа на антителата и динамиката в титъра им се съди за това, дали инфекцията е остра или се касае за имунитет спрямо рубеола. Възможно е използването на PCR (полимеразно-верижна реакция) за диагностика на рубеолна инфекция вътреутробно. [4]

Лечение: Състоянието обикновено е леко и се подобрява без лечение в рамките на 7 до 10 дни. Не е необходимо лечение, освен ако няма усложнения.

Рубеолата обикновено протича леко при децата, за които обикновено могат да бъдат полагани грижи у дома и не е необходима хоспитализация. За да се облекчи неразположението или високата температура, може да се приема парацетамол или ибупрофен.

Важно е да се намали риска от разпространение на инфекцията на други хора.

Всяка бременна жена, която е изложена на рубеола, трябва незабавно да се свърже с лекуващия си акушер-гинеколог.

Лечението при новородени бебета е насочено към усложненията. Вродените дефекти на сърцето и катарактата могат да бъдат коригирани чрез директна операция. [4]

Вродена рубеола: За рубеолата е характерен вертикалният механизъм на предаване на заразата- от бременната жена (болна или заразноносител) на плода през съдовете на плацентата. Поради това е възможно развитието на тежки увреждания на ембриона или плода при заразяване с рубеола по време на бременността- рубеолна ембриопатия и фетопатия, известни още като вроден рубеолен синдром. Колкото по-рано в хода на бременността настъпи заразяването на бременната, толкова по-голям е рискът от вродени аномалии при новороденото.

Най-тежки и многоорганни са увредите при инфектиране на бременната през първите 8 гестационни седмици. Рубеолният вирус уврежда пряко, а така също и по имунни механизми плода. Той остава в организма на плода през цялата бременност, понякога и до 2 години след раждането на детето. Клиничното описание на вродената рубеола включва т. нар. триада на Грег - катаракта (увреждане на очната леща, водещо до слепота), сърдечни пороци и глухота, съчетани с ниско тегло на новороденото.

При бременна в първото тримесечие на бременността с изявена клиника на рубеола се дава съвет за прекъсване на бременността по медицински показания.

При бременна жена, която е контактна на болен от рубеола, се предприемат две последователни серологични изследвания през интервал от 10-13 дни. Ако титърът на антителата след 13 дни остане един и същ, това означава, че бременната най-вероятно е преболедувала в миналото от рубеола. Неколкократното нарастване на титъра на антителата говори за прясна рубеолна инфекция и в този случай се препоръчва прекъсване на бременността.

Диагнозата вродена рубеола се потвърждава чрез изолиране на вируса от назофаринкса на бебето и доказване на специфични IgM (антитела, говорещи за рубеолна инфекция), както и нарастването в последствие на IgG антителата в динамика. Вродената рубеола е с лоша прогноза, затова най-добрата профилактика е ваксинацията. Бременните жени, които не са имунизирани срещу рубеола, трябва да избягват контакт с лица, които са носители на вируса. Ваксиналната профилактика за рубеола е най-добрата инвестиция за бъдещото здраве на новородените. [4]

Поведение при рубеола и бременност: Много е важно поведението при бременни жени, контактни или болни от рубеола. Ако бременната е болна от рубеола през първото тримесечие на бременността, опасността от раждане на дете с вроден рубеолен синдром е много голяма. Настоятелно се съветва прекъсване на бременността по медицински показания.

Ако бременната е контактна на болен от рубеола се изследват две серумни проби за рубеолни антитела с интервал най-малко 14 дни като:

- ✓ ако в двете серумни проби титъра на антителата е нисък, вероятно е преболедувала в миналото асимптомно рубеолна инфекция. Бременността може да не се прекъсва;
- ✓ при нарастване на титъра на антителата във втората проба – това е ясен признак за прясна рубеолна инфекция (с или без симптоми) – съветва се прекъсване на бременността;
- ✓ ако при същата постановка вторият титър на антителата намалява, т.е. има динамика, това също е израз на прясна инфекция – съветва се прекъсване на бременността.

Ако бременната не е била ваксинирана против рубеола според действащия имунизационен календар, в никакъв случай не бива да се ваксинира по време на бременността.

Бременните жени трябва да избягват всякакъв контакт с хора, които са болни или биха могли да са заразени с рубеола. Други профилактични мерки при рубеола и бременност са:

- строга изолация на болните от рубеола;
- предпазване на бременните от контакт със заболяли от рубеола;
- извършване на серологични кръвни изследвания на контактните бременни с цел отхвърляне, респективно доказване на заболяване;
- доказване IgM антитела срещу рубеола при липса на скорошна ваксинация;
- доказване на специфичен антитяло - отговор срещу рубеола при липса на скорошна ваксинация.

Бременните жени, работещи в детски или болнични заведения, в които има рубеола също трябва да се изолират. [4]

Профилактика: От 1992 г. в Имунизационния календар на страната е включена триваксината – Морбили-Паротит-Рубеола, която се прилага на 13 месечна възраст и втори път – при децата на 12 г. Тази двукратна схема на имунизация е в съответствие с най-високите изисквания на съвременната световна имунизационна практика. В някои държави на жените в детородна възраст се определя наличието на антитела и на негативните се прилага преконцепционна ваксинация. Ваксината не може да се използва в хода на бременността поради тератогенността си. Бременността не бива да настъпва в трите месеца след ваксинацията. Ако все пак настъпи бременност, ваксинацията не е причина за прекъсване на бременността. Значението на рубеолата като проблем на общественото здраве се определя от увреждащото зародиша действие на рубеоления вирус по време на бременността. При липсата на специфично лечение на болестта, единственото сигурно и безопасно средство за защита е имунизацията. [7] [1]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рубеолната инфекция е опасна, поради склоността ѝ да уврежда нероденото дете. Заразяването на бременната жена с вируса на рубеола според периода, в който става по време на бременността може да предизвика спонтанен аборт, преждевременно раждане или раждане на новородено с тежки аномалии.

Повечето жени в детородна възраст или са били ваксинирани в детството си или са имали рубеолна инфекция. Имунитетът придобит и в двата случая е за цял живот и 95% от всички ваксинирани придобиват този имунитет. Така остават само една малка част от жените в детородна възраст, които могат да бъдат чувствителни по време на бременността. Ако бременната не е сигурна дали е боледувала от рубеолна инфекция и дали е имунизирана трябва да се свърже с личния си лекар незабавно след контакт с болен от рубеола и ако се налага да се проверят серумните нива на рубеолените антитела с кръвен тест. [4]

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Димитров, Ан., Акушерство, Медицинско издателство Арсо, София, 2014
- [2] Кънева, Ж., Наръчник по инфекциозни болести, Издателска къща Сиела, София, 1999
- [3] Щъркалев, Ил., Акушерство, Медицина и физкултура, София, 1978
- [4] Кисьова, Г., 2012, <<http://www.framar.bg>>
- [5] <<http://www.britannica.com/science/rubella>>
- [6] <<http://www.historyofvaccines.org/>>
- [7] <<http://www.rzi-vt.org/rubeola.htm>>

За контакти:

Фатме Нуриева, студент II курс специалност Акушерка, РУ „Ангел Кънчев“, e-mail: fmn14@abv.bg

научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп; РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Превантивни мерки за заболявания на млечната жлеза по време на и след бременност

автор: Фатме Нуриева

научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова, дп

Preventive measures for diseases of the mammary gland during and after pregnancy:
Unquestionable is the necessity of informing future mothers on the proper preparation of the breasts during pregnancy, giving guidance on proper technique of breastfeeding and calculate the interval between them, adherence to strict hygiene and proper diet.

Key words: *diseases, mammary gland, pregnancy, informing, proper preparation, guidance, technique, breastfeeding, cracks, puerperal mastitis*

ВЪВЕДЕНИЕ

Млечните жлези при жените са особено чувствителни към действието на различните болестотворни фактори, като се започне от въздействията на околната среда и се завърши с вътрешните сризове в организма. Начинът на живот на бъдещата родилка, подготовката на гърдите по време на бременността и след раждането, правилното позициониране и кърмене също имат значение за превенцията на заболявания на гърдата. През последните години ясно се наблюдава тенденцията за увеличаване на заболяванията на млечните жлези - 6 от 10 жени над 40-годишна възраст страдат от тази патология. Заболяванията се срещат и на по-млада възраст – при всяка 4-та жена до 30 години. [6]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Редица са състоянията, които могат да доведат до настъпването на проблеми с млечните жлези и последващи затруднения с естественото хранене на новороденото.

Рагади: Като рагади се означават дефектите на епитела на гърдните зърна и на ареолата. Незначителни нарушения на целостта на епитела на гърдните зърна настъпват често през време на кърменето, без да довеждат до оплаквания и да нарушават самото кърмене. Клинично значение придобиват онези рагади, които предизвикват болки при кърмене и се виждат макроскопски.

Рагадите се наблюдават по-често при първескини. Развиват се обикновено между 3-5 ден след раждането. Могат да бъдат повърхностни, дълбоки и дори да доведат до разязвяване на цялото гърдно зърно.

За образуването на рагади по време лактацията са от значение следните причини:

- лошо анатомично устройство на гърдните зърна;
- неправилна, недостатъчна или липса на каквато и да е била подготовка на гърдните зърна по време на бременността;
- неправилна техника на кърменето;
- недостатъчна грижи за зърната;
- състояния на хиповитаминоза на майчиния организъм и нервнодистрофични процеси в областта на гърдните зърна.

Кърменето е придружено с болки. Понякога болките са толкова силни, че майките отказват да кърмят децата си. В някои случаи от пукнатините се отделя малко кръв. Гърдното зърно е хиперемирано, рагадите са покрити с кръвни или мръснобели корици. Понякога се образуват големи язвички с гнойно нечисто дъно. Рагадите често се инфектират от патогенни микроби и представляват входна врата за инфекция на гърдните жлези.

Неинфектираните рагади протичат с нормална температура. Постоянната мацерация на кожата на зърното от кърменето забавя процеса на епителизацията. При инфектирани рагади възпалителният процес може да се разпространи извън ареолата. В такива случаи може да има и слабо повишена температура.

Предпазването от рагади става чрез подготовка на зърната по време на бременността, поддържане на добра хигиена през време на кърменето и правилно поставяне детето на гърдите.

Най-доброто средство за лечение на рагадите е прекратяване на кърменето за известно време, но това крие опасност от хипогалактия. Най-напред се прави опит кърменето да става посредством помпа, като се изпомпва млякото и се дава на детето. Ако това не дава резултат, при силна болезненост е уместно да се прекрати кърменето за 24 часа.

Наред с медикаментозните средства необходимо е и спазването на строги хигиенни мерки. Чрез тях се ускорява процесът на оздравяването и се намаляват възможностите за развитие на мастит. Медикаментозните средства се прилагат под формата на унгвенти, разтвори, прах и др. [1]

Breast Fever. В първите 24 часа след започване на лактацията е възможно гърдите да станат напрегнати, твърди и на бучки. Тази находка може да бъде съпроводена от покачена температура. Пуерпералният фебрилитет, дължащ се на напрегнати гръдни жлези, е обичайно явление. Други причини за фебрилитета, особено инфекцията, трябва да бъдат изключени. Изцеждането на гърдите с помпа или мануално е наложително. Само след няколко дена детето може да суче нормално и поема тази функция. [1]

Следродов (пуерперален) мастит: Пуерпералният мастит представлява паренхиматозна инфекция на гръдните жлези с инфекциозно-микробен характер. За мастит може да се говори тогава, когато към застой на млякото в млечната жлеза се присъедини и инфекция. Маститът е много рядко усложнение преди раждането. [1]

Най-често се развива на 2-3та седмица след раждането, рядко в късния пуерпериум и само по изключение в течение на първата седмица на следродовия период. Пуерпералният мастит е сравнително често заболяване. Наблюдава се по-често у жени, които кърмят за първи път, отколкото у кърмили вече жени. Причините за това са лесната ранимост на кожата на зърната и липсата на опитност в кърменето. [2]

Най-често като причинител се доказва *Staphylococcus aureus*, следван от коагулазо-негативни стафилококи, стрептококи, по-рядко *E.coli*, *Pseudomonas* и др. Те могат да попаднат върху мамилата (гръдното зърно) чрез устата или носа на кърмачето, ръцете на медицинския персонал или при лоша лична хигиена на родилката. Входна врата на инфекцията най-често са рагади върху мамилите. Те може да се получат при неправилна техника на кърмене, механично дразнене вследствие сукателен проблем на кърмачето (напр. заешка устна, къс френулум на езика, ретрогнатия, високо небце и др.), продължително държане на детето на гърдата.

Развитието на пуерпералния мастит се благоприятства от застой на млякото (галактостазата). Застоят може да е първичен – вследствие на непълно изпразване на гърдата при кърмене или непълно изцеждане на млякото, и вторичен – когато при кърмене жената изпитва силни болки най-често поради наличието на рагади по мамилите и не дава на бебето да суче от гърдата. Предразполагащи фактори са също лошата хигиена, потиснатият имунитет и др.

Началният мастит започва остро. Налице са локалните признаци на възпалението: зачервяване, затопляне, подуване, болка и нарушена функция. Кърменето е затруднено и заради болката жената може да не дава на бебето да суче от гърдата, което от своя страна задълбочава галактостазата и възпалението и се получава порочен кръг. Общото състояние е увредено, температурата се

повишава. Развиват се лимфангит и аксиларен лимфаденит. Ако се вземат ранни мерки, процесът търпи обратно развитие в рамките на 3-4 дена.

При прогресиране на мастита симптоматиката се задълбочава и се оформя болезнен инфилтрат. В повечето случаи той нагноява, засегнатият участък се разширява и кожата добива синкав оттенък. Гърдата е уголемена, подвижността на ръката откъм засегнатата страна е затруднена и болезнена. При абсцедиране се установява флукутация, а при флегмонозен мастит е налице дифузно засягане на гърдата и плътен инфилтрат. Общото състояние е тежко.

Диагнозата се поставя въз основата на:

- ✓ анамнеза – търсят се причини за задръжка на мляко;
- ✓ клиничен преглед – откриват се локални и общи белези на възпаление;
- ✓ кръвни изследвания, показващи ускорена СУЕ и левкоцитоза;
- ✓ ехография – подпомага диагнозата и избора на терапевтичен подход;
- ✓ пункция – с диагностично (бактериологично и цитологично изследване) и терапевтично значение;
- ✓ микробиологично изследване на мляко и антибиограма.

Диференциална диагноза:

- препълване на гърдите, вследствие бързо образуване на голямо количество мляко в първите дни след раждането;
- галактостаз;
- галактоцеле - оформяне на киста, съдържаща мляко, но без признаци на възпаление;
- фиброкистозна мастопатия;
- дерматит на ареолата;
- специфично грануломатозно възпаление (туберкулоза, актиномикоза и др.);
- фиброаденом;
- неоплазма.

В ранния стадий лечението е консервативно:

- ❖ редовно изцеждане на гърдата при кърмене или изпомпване; при съмнение за нагнояване детето не трябва да се поставя на болната гърда – използва се помпа за изцеждане на млякото;
- ❖ антибиотици – бета-лактамни антибиотици (цефалоспорини и пеницилини), макролиди и др.;
- ❖ физиотерапия – микровълнова терапия;
- ❖ симптоматично лечение – при наличие на болка може да се приложи парацетамол;
- ❖ може да се приложат инхибитори на пролактиновата секреция – бромокриптин.

При абсцедиране освен антибиотично е необходимо и оперативно лечение – инцизия и дренаж. [3]

Профилактика:

- по време на бременността – хигиена на гърдите и гръдните зърна, обтриване с хавлиен плат, физиотерапия, носене на удобни сутиени, при аномалии в зърната системно изтегляне, рационално хранене;
- по време на пуерпериума – хигиена на ръцете и гърдите, детето се кърми посменно от двете гърди не повече от 15-20 минути, след кърмене гърдата се изцежда, оптимален прием на течности и витамини.[1]

Акушерски грижи за бременни и родилки: Активна е ролята на акушерката по време на бременността, в процеса на раждане и проследяване на следродовия период. Тя е един от най-важните хора за бременната и родилката, защото притежава професионални компетенции, опит, отговорност, което гарантира

сигурност и спокойствие не само по време на престоя на родилката в болничното заведение, но и по време на бременността. Всяка бременна има нужда да поговори за своите страхове, очаквания и притеснения относно правилните техники и подходи при грижите за новороденото. Разговорите, практическите занимания и психологичната подготовка са в основата на безпроблемното протичане на бременността и пуерпералния период. Главната роля на акушерката се основава на наблюдението и подготовката на бременната жена за момента на раждането и последващите грижи за новороденото.

Много е важна подготовката на гърдите за кърмене по време на бременността. Още от 4 – 5 месец трябва да се започне подготвянето на гърдите за предстоящото кърмене. Това се извършва с масаж на ареолите и зърната на гърдите. Отначало леко и умерено, докато постепенно се увеличава времетраенето на масажа. Целта на това упражнение е зърната да станат по-малко чувствителни и кожата им да стане по-груба. Друга профилактична процедура срещу рагади на гърдите е по време на бременността и след раждането да се спазва изключително строга хигиена на гърдите.

След раждането гърдите се измиват добре преди и след всяко кърмене с хладка вода, защото останалата кърма по зърната също може да инфектира зърната и да се получат неприятни рагади.[4]

За да не се получи галактостазата с последващи усложнения за гърдата, е изключително важно след всяко кърмене млечните жлези да се изцеждат. Редуването на гърдите при кърмене спомага за тяхното възстановяване и производството на повече мляко. Има различни пози за кърмене. Позата за кърмене трябва да бъде удобна и комфортна както за майката, така и за бебето. За да суче бебето добре, трябва:

- да се държи близо до майката;
- лицето му да е насочено към гърдата и главичката, раменете и тялото му да бъдат на една линия;
- нослето или горната му устна да са срещу зърното;
- да достига гърдата, без да се извива или протяга;
- винаги трябва да се придвижва бебето към гърдата, а не гърдата към бебето; бебето също трябва да се чувства удобно и сигурно по време на кърменето; важно е то да засуче добре, защото в противен случай няма да може да изсуче достатъчно мляко по време на кърменето и може да разрани зърната ви.

Максималната продължителност на едно кърмене е 15-20 мин. Продължителното кърмене (повече от 20 минути) е причина за разраняване на гърдите.

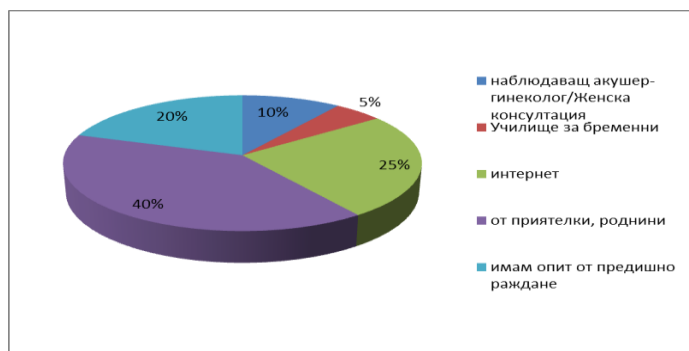
Режимът на кърмене на детето може да бъде изцяло свободен, т.е. то самото да определи броя и интервала между кърменията. Интервалът обаче в първите четири месеца не трябва да бъде по-голям от 4 часа и по-малък от 2 часа, най-често той е 3 часа. [5]

Проучване:

Във връзка с проблема за подготовката на бъдещата майка за процеса на кърмене се извърши проучване на 20 пациентки в сектор Родилен на Акушеро-гинекологичен комплекс към УМБАЛ - Русе. Интересът на бъдещите майки към подготовката на гърдите за кърмене по време на бременността е сравнително голям, като 60% от анкетираните жени посочват като отговор, че са били заинтересовани относно подготовката, 40% от родилите вече майки не са били заинтересовани, а 5% не са имали нужда от такава информация, като причина за това е опит от предишно раждане.

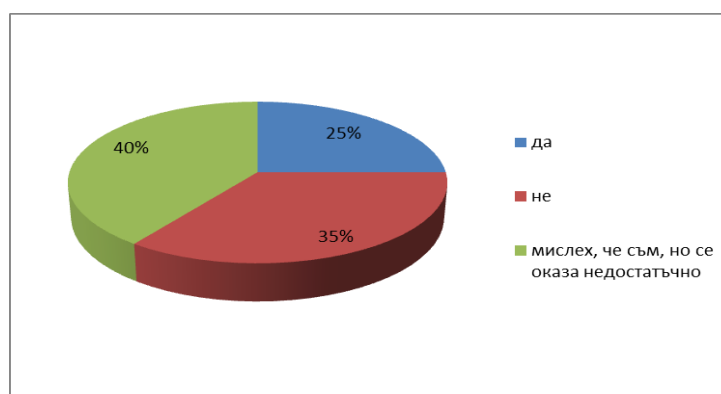
На въпрос „От къде получихте информация относно подготовката на гърдите за кърмене?“, резултатите показват като водещ източник приятелки, близки и

роднини (40%), следвани от интернет (25%), опит от предишно раждане (20%), наблюдаващ акушер-гинеколог или Женска консултация (10%) и Училище за бременни (5%).



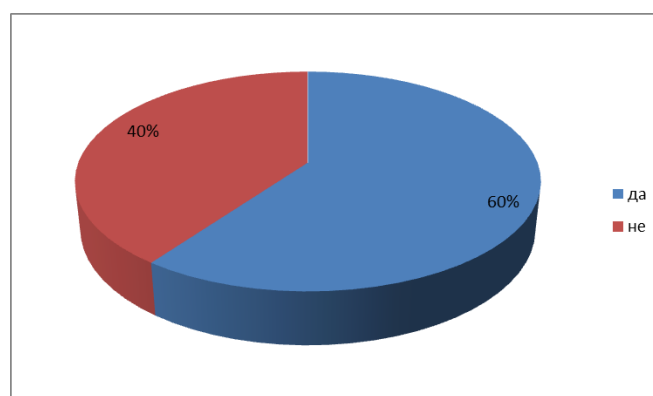
Фиг. 1 Отговори на анкетираните относно източника на информация за подготовката на гърдите за кърмене

На въпрос „Чувствахте ли се подготвена за процеса на кърмене след раждане?“ 40% от анкетираните майки са посочили, че са били убедени в подготовката си, която в последствие обаче се оказва недостатъчна, 35% са посочили като отговор „не“ и 25% са вярвали в подготовката си, като са посочили отговор „да“.



Фиг. 2.Отговори на анкетираните дали са се чувствали подготвени за кърмене след раждането

Повече от половината анкетирани родилки (60%) изпитват затруднения с кърменето на новороденото, а 40% са посочили, че нямат затруднения с процеса на кърмене.



Фиг. 3 Отговори на анкетираните изпитват ли затруднения с кърменето

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От направеното проучване могат да бъдат изведени следните изводи: Поради широко-разпространената и лесна достъпност на социални и комуникативни платформи в интернет пространството, десетки майки търсят и намират информация относно бременността и раждането именно там. Тук обаче възниква въпросът – колко достоверна и доказана е представената информация в интернет и до каква степен тази информация помага на бъдещата родилка за предстоящите събития. Неоспорима е необходимостта от информирането на бъдещите майки относно правилната подготовка на гърдите по време на бременност, даването на насоки за правилна техника на кърмене и изчисляване интервала между тях, спазването на стриктна хигиена и правилен начин на хранене, като всичко това да се извършва от високо квалифицирано и компетентно медицинско лице – акушерката. Акушерката е медицинското лице, на което бъдещата майка и родилка могат да се доверят и от която очакват най-голяма подкрепа в предстоящото събитие за отглеждането на новороденото. Акушерката от Женската консултация, от сектор Неонатология, акушерката за домашни посещения трябва да се зареди с търпение и всеотдайност, на които си качества да приучи и бременната или родилка, за да се създаде и сплоти връзката между майката и детето. Това налага студентите от Висшето училище – бъдещи акушерки да усвоят теоретични знания, практически умения и придобият компетенции за подготовка на бременни и родилки, както за предстоящото раждане, така и за последващия пуерпериум и грижи за новороденото.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Димитров, Ан., Акушерство, Медицинско издателство Арсо, София, 2014
- [2] Щъркалев, Ил., Акушерство, Медицина и физкултура, София, 1978
- [3] <<http://www.arsmedica.bg/zabolyavaniya/akusherstvo>>
- [4] < [htm http://bremennost.bg/ragadi.html](http://bremennost.bg/ragadi.html) >
- [5] <<http://www.riokoz-vt.com/kyrmene>. >
- [6] <<http://www.zdrave.bg>>

За контакти:

Фатме Нуриева, студент II курс специалност Акушерка, РУ „Ангел Кънчев”, е-mail: fmn14@abv.bg

научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп; РУ „Ангел Кънчев”, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, е-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Акушерски грижи при бременни жени с Диабет

автор: Радостина Николова

научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова, дп

A: Obstetric care for pregnant women with diabetes. The report provides overview of issues associated with the disease diabetes mellitus and its changes during pregnancy. Types of diabetes, way of controlling, delivery, expected complications, first care for newborn and also care, which need to be implemented by the midwife from "Female consultation" are described.

Key words: type 1 diabetes, type 2 diabetes, analogue insulin, human insulin, delivery, control of blood sugar, tasks of the midwife in Female consultation when dealing with women with diabetes mellitus.

ВЪВЕДЕНИЕ

Захарния диабет е метаболитно заболяване, характеризиращо се с хипергликемия, която е резултат от нарушение на инсулиновата секреция, на инсулиновото действие или на двете заедно. Захарния диабет е признат за един от най-значимите здравни проблеми в световен мащаб. Данните показват, че заболяването обхваща 3-10 % от населението в различните държави, като честотата му прогресивно нараства. Понастоящем в света има 366 милиона души със захарен диабет, като се очаква до 2030г. броя им да достигне 522 милиона. На всеки 10сек. Трима души се разболяват от диабет и един умира. Всяка година 10 милиона души се разболяват, като 78 000 от тях са деца. [1]

Захарния диабет е глобален проблем, който обхваща и нашата страна. Понастоящем има около 500 000 души в това заболяване. Над 220 000 души са с преддиабет и са склонни да го развият в следващите години. Смята се, че пациентите страдащи от диабет у нас са 9,6% - тип 1 и около 90,4% - тип 2 [1]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Класификацията на захарния диабет се основава предимно на етиологията на заболяването. Различават се следните основни типове захарен диабет [4]

- **Захарен диабет ТИП 1** – резултат от бета-клетъчна деструкция, обичайно водеща до абсолютен инсулинов дефицит. „инсулино зависим диабет“
 - Автоимунен
 - Идиопатичен
- **Захарен диабет ТИП 2** – резултат от прогресиращ инсулинов секреторен дефект на фона на инсулинова резистентност. „неинсулинозависим диабет“
- **Гестационен захарен диабет** – за първи път се установява по време на бременност и често приключва с родоразрешението.

Диабет тип 1 е със задължително инсулиново лечение. То може да бъде проведено с човешки инсулин или с инсулинови аналози.

При диабет тип 2 рецепторите на клетките стават по-малко чувствителни към действието на инсулина и той е затруднен да изпълнява основната си функция – да транспортира глюкозата. Можем да си представим инсулина като ключ, който се свързва със специфичен рецептор (ключалка), намиращ се на повърхността на клетъчната мембрана. Инсулинът „отключва“ „ключалката“ за да може „вратата“ на мембраната да бъде отворена за глюкозата. Ако „ключалката“ (рецептора) започва все по-трудно да разпознава „ключа“ (инсулина), „вратата“ все по-трудно се отваря. Подходящо лечение са лекарствени таблетки на базата на метформин.

До тук описаните лечения са ефективни и водят до добре регулирани кръвно-захарни профили, но до момента на забременяване на жената. Всички перорални и инжекционни неинсулинови антидиабетни средства понастоящем са категория С за

приложение по време на бременност, поради което приложението им не се препоръчва в този период. За сулфонилурейните препарати има данни, че оказват тератогенен ефект върху ембриона. Метформин преминава през плацентата, като нивата му в пъпната връв са дори по-високи от нивата му в майката. Все още не са приключили проучванията, анализиращи риска за настъпване на фетални усложнения при бременни жени, приемащи метформин и се очаква те да дадат отговор на много нерешени въпроси. [4]

Според последните световни проучвания жени заболели от диабет, без значение кой вид, по време на бременност най-доброто и ефективно лечение е чрез инсулинови препарати, което трае до края на бременността или до края на периода на кърмене. Целта на инсулиновата терапия е поддържане нивата на кръвната захар, близки до тези на жена без захарен диабет. Инсулиновия режим трябва да е индивидуален, съобразен с гликемичния контрол, максимално да наподобява физиологичната инсулинова секреция и да не е свързан с риск от хипокликемии. Приложението на бързодействащите човешки инсулини, всички NPH инсулини, бързодействащите инсулинови аналози лизпро и аспарт и дългодействащите аналог детемир е добре проучено при бременни, и тези препарати са категория В за приложение по време на бременност. Все още не са приключили проучванията с бързодействащия инсулинов аналог глулизин и с дългодействащия инсулинов аналог гларжин, които понастоящем са категория С за приложение по време на бременност. Налице са убедителен брой проучвания, обхващащи голям брой бременни жени, които показват по-добър гликемичен контрол, намалена честота на хипогликемиите и съответно по-добър изход от бременността при приложение на аналогови инсулини спрямо човешките. Тъй като по време на бременност постпрандиалната стойност на кръвната захар на първия час е тази, която се свързва в най-голяма степен с неблагоприятния изход за плода, прилагането на бързодействащи инсулинови аналози, определено има предимство пред конвенционалните човешки инсулини. Инсулин лизпро е първия инсулинов аналог, разрешен за употреба по време на бременност. Резултатите от множество проучвания едновременно показват по-ниски стойности на постпрандиалната кръвна захар, подобряване на гликемичния контрол и сходни резултати по отношение на риска за развитие на малформации с лизпро спрямо човешки бързодействащи инсулини. Данни от проучванията на инсулин аспарт, също показват по-добър контрол на постпрандиалната кръвна захар, по-малък риск от хипогликемии, леко снижаване на HbA1c в сравнение с бързодействащи човешки инсулини. Установено е, че инсулин аспарт, не преминава през плацентата и не достига до плода.(4)

Дозите на инсулина трябва да се адаптират системно съобразно нивото на кръвната захар, като се има предвид нарастването на инсулиновата резистентност в хода на бременността. С напредване на бременността нарастват нуждите на фетуса от глюкоза, което води до намаляване на кръвната захар на гладно и между храненията и се увеличава риска от симптоматична хипогликемия за майката.

Самоконтролът на кръвната захар има потенциал да включи активно хората с диабет в контрола на заболяването им. Той помага на пациентите да разберат заболяването си, мотивира ги и ги ангажира да участват активно в процеса на лечението. Има сериозни доказателства, че активното и ефективно участие на хората с диабет контрола и лечението на заболяването е важен елемент на добрите грижи на диабета. Лошият гликемичен контрол по време на бременност се свързва с повишен риск за неблагоприятен изход както за плода, така и за майката. При жени с известен захарен диабет е най-важно бременността да бъде планирана. Необходимо е оптимизиране на гликемичния контрол и постигане на HbA1c с максимално близък до този при жени без захарен диабет. Редица центрове за семейно планиране препоръчват отлагане на забременяването до снижаване на HbA1c с под 6,5% Клиничните проучвания са установили, че честотата на

потенциалните малформации би могло значимо да се понижи при достигане на добър гликемичен контрол преди бременността. Проучване продължило 15 години, сравняващо интензивни грижи, показва намаляване на заболяемостта и честотата на възникване на аномалии с провеждане на интензивни грижи. (2)

По време на бременност е необходимо поддържане на стойности на кръвната захар на гладно и постпрандиално (след храна) максимално близки до тези на жени без диабет. Най-критичния момент за настъпване на дефекти на плода е между 3 и 6 г.с., за това кръвната захар на жените в този период трябва да бъде максимално добре контролирана. Ендокринолозите препоръчват измерване на стойностите минимум 7 пъти:

1. Сутрешна кръвна захар, след поне 8 часова не приемане на храна
2. Един час след закуска
3. Преди обяд и преди поставяне на инсулина
4. Един час след обяда
5. Преди вечеря и преди поставяне на инсулина
6. Един час след храна
7. Преди лягане

Таргет стойностите за бременна са:

- Според Пета международна конференция за гестационен диабет:
 - На гладно 5.0-5.5 mmol/l
 - 1 час след хранене – по-малко от 7.8 mmol/l
 - 2 часа след хранене – по-малко от 6.7-7.1 mmol/l
- Според национален институт на здравето и клинично съвършенство
 - На гладно 3.5-5.9 mmol/l
 - 1 час след хранене – по-малко от 7.8 mmol/l

Гликирания хемоглобин е изследване което трябва да се пуска всеки месец и таргет стойността му е под 6,5

Ако бременната успее да поддържа такива стойности през цялата бременност, риска от аномалии на плода и от раждането на гигантски плод се свежда до минимум. За улеснение на пациентите вече има влезли в употреба устройства за продължително мониториране на нивото на глюкозата. Те дават информация за нивото на кръвната захар през цялото денонощие и осигурява подробна информация за тенденциите в кръвната захар, както и относно ефекта на храна, физическата активност. В последните години продължителното мониториране на глюкозата се превърна от средство, използвано предимно за изследователски цели, в полезна за ежедневната клинична практика възможност за контрол на кръвната захар. [4]

Родоразрешение: Определнето на точен момент за родоразрешението е с цел да се намалят усложненията както за майката, така и за новороденото. Максималното отлагане на раждането и доближаване до термина спомага за узряване на маточната шийка и увеличава шансовете за спонтанно раждане по естествен път. Оптимално време за раждане при бременност и диабет е 39 г.с. или по-късно. Ако плода не е макрозомичен и няма отклонения в проведените биофизични изследвания, би могло да се изчака до настъпване на спонтанно раждане. Установено е, че при жени с ГЗД, които имат добър гликемичен контрол, пълно развитие на плода достига една седмица по-късно, поради това при тях може да се изчака спонтанно раждане до 41 г.с. При жени със захарен диабет се препоръчва нормално раждане на термин по естествен път, ако няма акушерски или диабетен риск. Рисковете от макрозомия, травма по време на раждането или итраутеринна смърт, обаче, нарастват с наближаването на термина. Тъй като след 37-ма г.с. плодът нараства с около 100-150 гр. Седмично, то индуцирането на раждане две седмици преди термина може да намали риска от усложнения при

раждането, като например раменна дистокия. В случай когато абдоминалната обиколка на фетуса надминава тази на главичката или се очаква тегло нас 4000 гр. Трябва да се индуцира раждане. Тъй като честотата на раменната дистокия и травмите по време на раждане са три пъти по-високи при жени с гестационен диабет, ако плодът е suspectен за затлъстяване, следва да бъде обсъждано цезарово сечение. Американския колеж по акушерство и гинекология препоръчва провеждане на цезарово сечение само при определено пренатално тегло на плода – над 4500гр.

- Контрол на кръвната захар по време на раждане: нормализирането на кръвната захар преди раждането е свързано с благоприятен ефект върху неонаталната хипреинсулинемия и последващата хипогликемия. Комбинираното приложение на глюкоза и инсулин по време на раждането е често използван и ефективен метод, който цели поддържане на стойности на кръвната захар в границите 4.0 – 6.1 mmol/l. Обикновено се прилага 5% глюкоза в доза 100мл/ч и по 0,5 – 1.0 IU инсулин на час. Кръвната захар се мониторира всеки час.
- Проследяване на новороденото: Най-критична за новороденото е постнаталната хипогликемия. Ако не се провежда мониториране и коригиране на ниските нива на кръвната захар, може да се стигне до загуба на съзнание, кома и дори смърт. Най-важния предиктор за развитие на хипогликемия на плода са нивата на кръвната захар на майката по време на раждане. Препоръчва се чест контрол на кръвната захар и ранно хранене на плода, като най-добре това да стане с майчина кърма. Проучванията показват, че кърменето, независимо за колко време се провежда има позитивен ефект върху плода. [4]

Иновация в лечението на диабета са „инсулиновите помпи“. Те са съвременно техническо средство за приложение на инсулин по най-физиологичен механизъм, във възможно най-ниски дози. Дават възможност за начин на живот най-близък до нормалния и все по-енергично навлизат в грижите за пациенти в света. В България те са слабо познати сред медицинските сестри и акушерки. [3]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При бременни жени с установен захарен диабет, без значение от вида му се налага подкрепа и проследяване, както от добри специалисти по ендокринология, акушерство и гинекология, така и от наблюдаващата акушерка.

Задачите на акушерката в ЖК при жени със захарен диабет могат да бъдат формулирани по следния начин:

1. Да успеят да обяснят на бременната, че следенето на кръвната захар е много важно както за тях, така и за плода.
2. Да ги подпомогнат – психически, особено жените, които до момента са били на неинсулиново лечение. Шока от думата „инсулин“ убождаване многократно, всеки ден, може да се преодолее с помощта на акушерката.
3. Да обучат как да се поставя инсулина и на кои места.
4. Да обучат как да се следи правилно кръвно захарния профил.
5. Да обучат как да се разпознае правилно и да се реагира веднага при симптоми на хипогликемия.
6. Осигуряване на редовен консулт с ендокринолог.
7. Обяснение на акушерката за необходимостта от искреност и конкретност на раждащата при постъпване в родилно отделение. Екипът, който ще извършва родоразрешението и екипът от неонатолози трябва да са наясно със състоянието на жената, за да имат своевременна реакция при необходимост.

Правилните и навременни акушерски грижи при бременни с Диабет са от съществено значение за протичане на бременността и благоприятния изход от нея.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Борисова А-М, Захаријева С, Танкова Ц, Петкова М. Препоръки за добра клинична практика при захарен диабет. 2013, София
- [2] Борисова А-М, Шинкова А, Влахов Й, и сътр. Разпространение на захарния диабет и предиабет в България днес. Ендокринология 2012; 4/182-192
- [3] Сербезова И. Оптимизиране на сестринските и акушерски грижи за болни от диабет тип 1 и гестационен диабет чрез инсулинови помпи, Научни трудове на Русенски университет, том 53, серия 8.3, Русе, 2014, стр. 25-30
- [4] Танкова Ц. Захарен Диабет изд. Парадигма, София, 2013

За контакти:

Радостина Николова – студент втори курс, специалност акушерка, РУ „Ангел Кънчев“, тел: 0898535328, e-mail: r.nikolova@rubineks.eu

научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп; РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Невромускулна електрическа стимулация, като алтернативен подход при пациентки с генитален пролапс и уринарна инконтиненция

автор: Даниела Лютакова

научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова, дп

Abstract: In sports medicine, neuromuscular electrical stimulation (NMES) has been used for muscle strengthening, maintenance of muscle mass and strength during prolonged periods of immobilisation, selective muscle retraining, and the control of oedema. There is an increasing application of long term (i.e. chronic) electrical stimulation in order to modify or change muscle function. This work aims to describe the basic characteristics of NMES of the pelvic floor musculature (PFM) which is a popular adjunctive intervention to pelvic floor exercises in those with urinary incontinence and genital prolapse in an increasing number of EU countries. The purpose of this study was to assess efficacy of electrical stimulation in treating urinary incontinence and prolapse in women, based on different clinical studies and determine its advantages and place in the context of Bulgarian Women's health.

Key words: Neuromuscular electrical stimulation, NMES, Pelvic floor muscles, Descensus uteri, Genital prolapse, Urinary incontinence, Pelvic floor exercise,

ВЪВЕДЕНИЕ

Цел на този доклад е да проследи данните и изследванията относно ползите и предимствата на невромускулната електрическа стимулация (NMES) при употребата ѝ като алтернативен подход при пациентки с генитален пролапс и уринарна инконтиненция. Представени са някои проучвания и сравнителни анализи с класическите методи на терапия, които са дефинирани накратко, както и систематизиран очерк на NMES, устройствата за приложение и основни правила при употреба.

ИЗЛОЖЕНИЕ

С обобщеното название генитален пролапс се означава спадането на тазовите органи, което включва следните комплексни анатомични промени: недостатъчност на връзките на матката, недостатъчност на тазовото дъно; спадане на матката, на влагалищните стени, на пикочния мехур - cystocele, на уретрата – urethrocele, и на двете - cystourethrocele, на ректума - rectocele, на cavum Douglasi – enterocele. Освен с оглед анатомичната локализация, пролапсът може да бъде класифициран и спрямо степента на спускане в право положение при напъване. Като descensus е означено спадането на влагалищните стени и/или на матката, а като prolapsus – изпадането на влагалището и/или матката под introitus vaginae. Могат да се разграничат и две степени – частичен и пълен пролапс. [6]

Най-често са срещани комбинираните форми - десцензус на предна и задна влагалищна стена със спускане на матката – 65%, десцензус на влагалищните стени с нормално разположена матка – 13% . При възрастните жени процентът е по-голям на гениталния пролапс. Около 20% от жените нуждаещи се от гинекологична операция са с диагностициран пролапс, а при възрастните жени този процент нараства до 59%. [6]

Разглеждат се следните причини за развитието на пролапс на женските полови органи:

- о Конгенитални причини - вродена слабост на съединителната тъкан, вродено късо влагалище.

- о Родов травматизъм - протрахирано и трудно раждане; раждане преди пълно разкритие, последвано от разкъсвания на меките родови пътища; насилствено отделяне на плацентата преди отлепването ѝ; многократно раждане; неадекватно възстановени разкъсвания на долния генитален тракт и тазовото дъно.

о Инволютивни промени в тъканите - след настъпване на менопауза, или при друга причина за намаление на естрогените, съединителната тъкан на таза изтънява и отслабва.

о Утежняващи причини - повишено вътрекоремно налягане при констипация, тежък физически труд, затлъстяване и други, което атакува тазовите органи. [6], [12]

Уринарната инконтиненция (УИ) се дефинира като спонтанно и неволево отделяне на урина, микционна смущение с чест характер при жените. Тя генерира сериозни икономически, социални и психологически проблеми, които оказват значимо влияние върху женското здраве. След проведени прочувания е изчислено, че в САЩ, например, това състояние засяга между 3% и 55% от жените в зависимост от дефиницията за инконтиненция, както и възрастта на жените, които са били включени в изследваната популация [11]. Счита се, че към настоящия момент над 5 милиона жени във Великобритания страдат от симптоми на уринарна инконтиненция и от тях половината са на възраст между 18 и 65 години и изпитват среден до силен дискомфорт заради състоянието. Също така, около 1/3 от жените изпитват уринарна инконтиненция след раждането и около над 65% от тях все още са засегнати от състоянието 12 години по-късно. 23% от жените с уринарна инконтиненция съобщават, че това понижава нивото на тяхната активност; същият процент съобщава, че състоянието значимо повлиява сексуалния им живот, а 31% избират различно облекло, поради наличието на симптоми [9]. Състоянието може да бъде подразделено на 2 вида – стресова уринарна инконтиненция (СУИ) и позивна уринарна инконтиненция (ПУИ), като “оплакване от неволно отделяне на урина при усилие или физическо напрежение или при кихане или кашляне” и “оплаквания от неволно отделяне на урина, свързана със силен позив за уриниране”, [11]. И при двата вида диагнози са налични многобройни техники, които третират тези състояния, като всяка от тях цели да възвърне функцията на мускулите на тазовото дъно (МТД), [10].

Поведенческата терапия, песариите и вагиналните устройства, както и оперативното лечение са 3 основни опции за лечение на жените с тези състояния. Целта на терапията е да се реабилитира тазовото дъно, като се подпомогнат силата и функцията на мускулите, които поддържат пикочния мехур, уретрата, както и останалите тазови органи [11].

Поведенческата терапия е семпла, направлявана от самия пациент, не крие опасност от странични ефекти и често бива използвана в комбинация с останалите варианти за лечение, като се оказва ефективна за голяма част от пациентките с конкретен тип инконтиненция.

Песариите и интравагиналните устройства са често препоръчвана терапия при диагностицираните с генитален пролапс и инконтиненция. Тяхната употреба включва интравагинално поставяне, за да се осигури подкрепа за матката, пикочния мехур и ректума. Различни видове са достъпни на пазара, като варират по своя вид, размер, насоченост към конкретен проблем и приспособеност спрямо индивидуалната анатомия на пациентката.

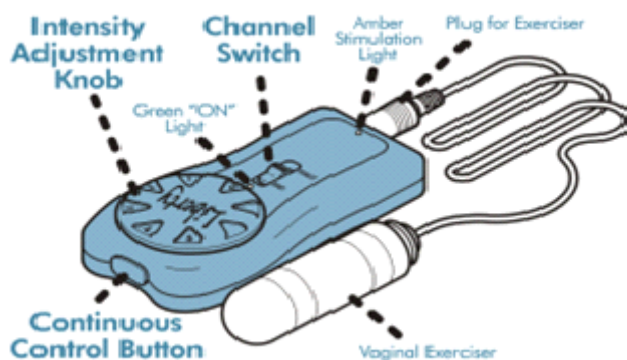
Оперативното лечение на инконтиненцията възвръща нормалната анатомична позиция на уретрата и пикочния мехур, като има два основни типа оперативна намеса. Техните предимства и недостатъци един спрямо друг са все още въпрос на дебат в медицинските среди и се подчертава нуждата от индивидуализиран подход при взимане на решение за оперативна намеса. Оперативното лечение при генитален пролапс включва предна влагалищна пластика с пликация на фасцията на Halban под пикочния мехур и сфинктерография; задната влагалищна пластика се прави с пришиване МТД (леваторопластика), но без прекалено стесняване на влагалището. В литературата се споменава, че предпочитан метод при жени с изпълнени репродуктивни функции и над 40 години възраст е влагалищната

хистеректомия по Mayo с предна влагалищна пластика, тъй като дава малко рецидиви.

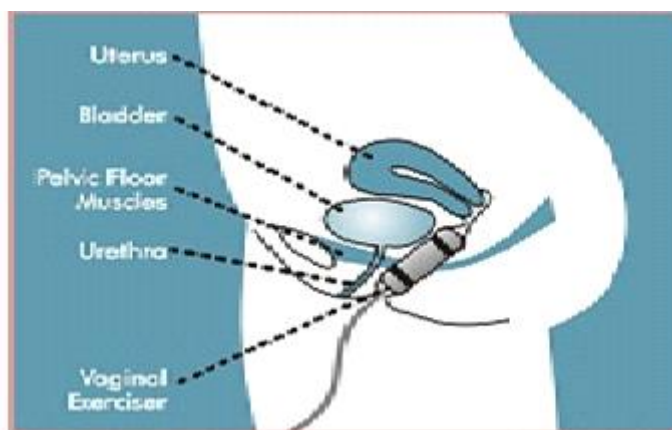
Медикаментозно лечение – в момента не съществуват на пазара медикаменти, които да са насочени конкретно към третирането на гениталния пролапс и стрес инконтиненцията. Въпреки това, редно е да отбележим, че съществуват няколко експериментални медикамента, които биват разработвани към момента, тоест в бъдеще може да се очаква и такъв тип терапия. Няма данни Естрогеновите препарати, приемани като заместителна терапия, под формата на таблетки или с кожно приложение да представляват ефективно лечение за двете разглеждани състояния. Вагинално прилаганият естроген (кремове, вагинални рингове или пелети) могат да бъдат полезни за намаляване на инфекциите на уринарния тракт при жени след менопауза. Няма данни за употребата на същите с цел повлияване на стрес инконтиненцията или генитален пролапс. При позивната инконтиненция, състоянието може да бъде повлияно от медикаменти, като те се предписват в комбинация с друга методика на терапия. Тяхното приложение цели да се релаксира пикочният мехур и да се осигури някакво облекчение на симптомите, също и редуциране или елиминиране на проблемите с контролиране на пикочния мехур, но не е вероятно пълното излекуване. [4], [6]

Невромускулна електростимулация (НМЕС/ NMES), позната още като Електрическа стимулация (ЕС). Невромускулната електрическа стимулация на тазовото дъно включва използването на нискостепенен електрически поток, обичайно около 5-10 Hz, който да стимулира сензорните аферентни влакна на *pervius pudendus* или най-високи честоти - 30-50 Hz, които да активизират кортикалния отговор и да стимулират влакната от тип II да се контрахират. Това цели да подпомогне слабите или неактивни тазови мускули да възвърнат тонус и да заздравеят, като придобият по-голяма сила и капацитет. Електродните сензори изпращат електрически поток, когато се позиционират в близост до или срещу конкретен мускул. Тогава, този поток бива предаден по нервните влакна, които контролират съответната част от този мускул, като го стимулират да се контрахира. Тоест, изкуствената стимулация на мускула, може да го активира, но това представлява само локализирана или повърхностна стимулация на само няколко мускулни влакна. Сензорът с формата на дамски тампон се свързва към ръчно устройство с възможност за настройка (фиг. 1). С поставен във вагината сензор, пациентът увеличава токовия поток до нивото на поносимо дразнене, „гъделичкане“ или поносим дискомфорт (фиг. 2). Потокът бива провеждан по цикличен начин – обичайно около 5 секунди активност, а след това 5 или 10 секунди – пауза. Редовните сесии на електрическа стимулация могат да бъдат използвани, за да се добавят към различни режими на трениране на МТД или да бъдат ускорени ефектите. В страните, където биват комерсиално използвани, разходите за тези устройства се покриват от здравните осигуровки или частни застрахователни фондове, [4],[8]. Главните цели на НМЕС могат да се групират в 4 основни посоки, [15]:

- Силови тренировки за атлети (от мъжки и женски пол);
- Рехабилитация - постоперативно или след преживяна травма;
- Мобилизиране на слаби или изцяло неактивни мускули (мускулна атрофия);
- Тестване на мускулната сила и капацитет.



Фиг.1 Схематично представяне на НМЕС устройството [14]



Фиг. 2 Изглед на сензора на НМЕС устройството, поставен интравагинално [14]

В проучване проведено сред 118 жени биват избрани на случаен принцип тези от тях, които получават терапия с упражнения за МТД ($n=31$), Електростимулация ($n=30$), Вагинални песарии ($n=27$), и никакво лечение ($n=30$). Пациентките биват проследявани преди и след завършването на 6-месечната терапия, чрез различни тестове, анкета относно качеството им на живот и спрямо други показатели. При отчитане на резултатите се наблюдава значима редукция на епизодите на стрес инконтиненция при пациентите ($p<0.001$), и значително подобрение на качеството на живот ($p<0.001$) при пациентките, използвали упрежнения на МТД, песарии и електростимулация в сравнение с тези без лечение от какъвто и да е характер в контролната група. Не се намира значителна разлика в уродинамичните параметри. При оценяването 58%, 55%, и 54% от жените използвали респективно упражнения на МТД, електростимулация, песарии, съобщават, че са удовлетворени от терапията. При контролната група, процентът на удовлетворените е 21% от жените. В заключение, и трите метода са еднакво ефективни и значително по-добър вариант за пациентките в сравнение с никакво лечение при жените със стресова уринарна инконтиненция, [1].

Според друго изследване, целящо да проследи ефективността на ежедневната спрямо ежеседмичната (през ден) употреба на електростимулация при инконтиненция от смесен тип, се изследват 72 жени, като им се прилага или ежедневно, или ежеседмично третиране (15 минути, 2 пъти на ден) със стимулация на МТД. Оценява се ефективността на база (1) епизоди на изпускане, нощно изпускане, честота на освобождаване на пикочния мехур, общ брой изпразвания, брой на използваните превръзки и (2) субективните възприятия на пациента за

качеството му на живот. Резултатите сочат, че от всички 72 пациентки, 68 изпълняват целия 20-седмичен протокол: 33 с ежедневна терапия и 35 с терапия през ден (ежеседмична). Цялата изследвана група ($n = 68$) свидетелства за значително намаление на общия брой изпускания ($P < 0.001$), нощни епизоди ($P = 0.001$), брой превръзки ($P = 0.002$), и общ брой изпразвания на пикочния мехур ($P = 0.003$). 69% ($n = 46$) от субектите с позивна или смесена инконтиненция биват излекувани или състоянието им е подобро с поне 50%, а 28% ($n = 19$) – излекувани. Не се наблюдават значителни разлики при приложението на ежедневна спрямо ежеседмична терапия. Като цяло, 72% ($n = 47$) са удовлетворени от терапията. Заключениета от това изследване сочат, че 20 седмици терапия с електростимулация са ефективен подход при лечението на позивна или смесена инконтиненция, без значение дали бива прилагана ежедневно или ежеседмично (през ден), [2].

Друго изследване, [3], акцентира нуждата от проследяване с УЗД при терапията с НМЕС, за да бъде наблюдавано наличието на реална контракция на МТД. Резултатите от него демонстрират, че при изследваните общо 6 жени, се установяват контракции само при 1 от тях, въпреки че всички 6 съобщават за субективно усещане за контрахиране на МТД. Това изследване очертава и нуждата от по-обширни и задълбочени изследвания относно терапията с НМЕС устройства, както и сравнителни анализи с обичайните самостоятелни физически тренировки на МТД (като например упражненията на Кегел). Независимо, че последните могат да бъдат изключително благотворни за състоянието на пациента, се счита, че 50% от жените не съумяват да произведат ефективна мускулна контракция [7]. Това резултира в тренирането на само 40% от точните мускули. Поради тази причина, НМЕС устройствата намират все по-голямо място сред пациентките, страдащи от генитален пролапс и различни видове инконтиненция, тъй като те успяват да активизират 90% от мускулите и то точните мускули, без нужда от активното участие на самата пациентка, [14].

Важно е да отбележим и някои основни насоки за правилна употреба на НМЕС устройствата, които целят оптимизиране на честотата и дължината на пулсовата вълна за изграждане сила и издържливост на мускула. С цел това оптимизиране, сертифицираните устройства предлагат избор на различни програми, които да бъдат подбрани за пациента спрямо индивидуалните му нужди. Основните настройки касаят следните параметри: правилна честота спрямо вида на мускулите и тяхното състояние, измерена в Херцове (Hz), продължителност на пулсовата вълна за големи и малки мускули (изчислява се в микросекунди (μs), при по-дълга, ефектът е по-дълбок), интензитет (измерван в mA, селектиран спрямо индивидуалните нужди на пациента), време за увеличаване и спад (Ramp) (нетренираните да бъдат първо адаптирани), продължителност на контракцията (избира се спрямо целта на стимулацията), продължителност на паузите (различни при тренирани и нетренирани), форма на вълната – монофазна и бифазна (която се счита за по-щадяща). [13]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гениталният пролапс и различните видове уринарна инконтиненция представляват сериозно социално и икономическо бреме, което значително повлиява качеството на живот на жените в негативна насока. Водейки след себе си затруднено изпълнение на ежедневните дейности, силно изразен физически дискомфорт и психологическо страдание, тези състояния представляват сериозно предизвикателство, както за пациентките, които биват диагностицирани, така и за специалистите, анагажирани с грижата за тях. Острата необходимост от съвременна здравна грижа и индивидуализиран подход към пациента налагат търсенето на нови, алтернативни методики за повлияване здравния статус на жените по отношение

тези състояния. Тук идва ролята на Невромускулната електростимулация при лечението на гениталните пролапси и уринарни инконтиненции, като метод за неинвазивна, но ефективна терапия, която би могла да донесе значителни ползи за пациента и по-добра целесъобразност на здравните грижи. Въпреки, че в голяма част от Европейския съюз съществува добре установена практика в този вид терапевтиране, в България тя все още не е достатъчно позната и интегрирана, а клиничните изследвания, които проследяват ефективността на метода не са съвсем категорични и толкова добре популяризирани. Всичко това насочва към нуждата от по-задълбочено проучване на Невромускулната електростимулация като вид терапия, която може да бъде интегрирана у нас и провеждане на самостоятелно проучване, което да докаже ефективността и ползите от методиката.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Rodrigo A. Castro, Raquel M. Arruda, Miriam R. D. et al., Single-Blind, Randomized, Controlled Trial of Pelvic Floor Muscle Training, Electrical Stimulation, Vaginal Cones, and No Active Treatment in the Management of Stress Urinary Incontinence., Clinics (Sao Paulo). 2008 Aug
- [2] Siegel SW1, Richardson DA, Miller KL, et al., Pelvic floor electrical stimulation for the treatment of urge and mixed urinary incontinence in women., Urology. 1997 Dec;
- [3] Maher, Ruth M. PT, DPT, WCS; Hayes, Dawn M. PT, PhD, GCS, Does Transvaginal Neuromuscular Electrical Stimulation Elicit a Pelvic Floor Muscle Contraction? A Pilot Study Using Ultrasonography in Healthy Women, Journal of Women's Health Physical Therapy: May/August 2012 - Volume 36 - Issue 2 - p 102–107
- [4] Bladder and Prolapse Problems – Treatment, The University of California, San Francisco, CA 94143, (415) 476-9000 Copyright © 2009, The Regents of the University of California.
- [5] Griffiths, S., How Can Electrical Stimulation Help My Pelvic Floor Muscles?, Jane Appleyard Chartered Physiotherapist
- [6] Карагъзов, И., Атанасов, А., Доганов, Н., кол., Гинекология. Учебник за студенти по медицина., Медицина и физкултура, София, 1994, 1999, 2002, 2005, стр. 303
- [7] Johns Hopkins University Press Blog, (2012). The Doctor Is In: Women's pelvic health, fact or fiction?[online] Available at: <http://jhupressblog.com/2012/10/09/the-doctor-is-in-womens-pelvic-health-fact-or-fiction/> [Accessed 4 Aug. 2014]
- [8] Najihah, R., Woman Health - Incontinence & Pelvic Organ Prolapse
- [9] Elneil S. Incontinence and prolapse. In: Annual Report of the Chief Medical Officer: 2014. p. 122-123. & MacArthur C, Wilson D, Herbison P, et al. Urinary Incontinence persisting after childbirth: extent, delivery, history, and effects in a 12-year longitudinal cohort study. International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2015
- [10] Berghmans et al., Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. Br J Urol. 1998 Aug
- [11] C. A. Brown, R. Sharples, Does neuromuscular electrical stimulation increase pelvic floor muscle strength in women with urinary incontinence with an ineffective pelvic floor contraction? Brown Norfolk and Norwich University Hospital NHS Foundation Trust, Norwich, UK, R. Sharples Allied Health Professions, University of Bradford, Bradford, UK
- [12] www.framar.bg
- [13] <https://tens-ems.com>
- [14] <http://www.libertyfromincontinence.com/about.htm>
- [15] <http://www.kegel8.co.uk/glossary/term/nmes---neuromuscular-electrical-stimulation/>

За контакти:

Даниела Лютакова, студент I курс, специалност Акушерка, факултет Обществено здраве и здравни грижи, РУ „Ангел Кънчев“, e-mail: lachezarova@gmail.com

научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп; РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Видове контрацепция. Участие на акушерката в контрацептивни процедури

автор: Галина Георгиева

научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп

Participation of the midwife in contraceptive procedures- in this report represent what contraception, distribution of contraceptives knowledge of contraceptive methods algorithm for placing a spiral side effects.

Key words: *contraception, abortion, pessary, obstetric care, midwife.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Целта на настоящият доклад е да проучи възможностите за предпазване от нежелана бременност, да запознае бъдещите акушерки с видовете контрацептивни средства и начинът по който те се използват. За да могат те безпроблемно да информират своите пациенти. Контрацепцията, наричана още противозачатие е свързана с контрола на раждаемостта. Представява начини и средства, използвани с цел предотвратяване на бременност. Съществуват различни методи за контрацепция, като природни методи, бариерни средства, спермициди, вътрематочни средства, перорална хормонална контрацепция и др.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Употребата на контрацептивни средства е известна още от древността. Съществуват данни, че още в миналото жените са използвали различни продукти, предимно от растителен произход, за да се предпазват от нежелана бременност. Възникването на оралната контрацепция, създадена от биолог Gregory Pincus, който посвещава живота си на създаването на оралната контрацепция. Първият орален контрацептив (Enovid-10) е пуснат на пазара в САЩ през 1960 година и е бил използван предимно за лечение на различни менструални разстройства. Впоследствие започва да се използва и като средство за предпазване от нежелана бременност. [5]

В световен мащаб статистиката посочва, че през 2009г. приблизително 60 % от хората, които са женени и са в състояние да имат деца, използват методи за контрол на раждаемостта. Най-разпространеният контрацептивен метод в развития свят са презервативите и пероралните контрацептиви, докато в Африка най-използвани са оралните контрацептиви. В Латинска Америка и Азия се практикува стерилизацията. Световната статистика доказва, че в развиващия се свят 35 % от контролът на раждаемостта е чрез женска стерилизация, 30 % чрез хормонално вътрематочно устройство, 12 % е чрез орални контрацептиви, 11 % чрез презервативи и 4 % е чрез мъжка стерилизация.[4]

Считано от 2012 г, 57 % от жените в детеродна възраст искат да избегнат бременност (867 от 1520 милиона). Но около 222 милиона жени не са били в състояние да получат достъп до контрацептивни методи, 53 милиона от които са в Субсахарска Африка и 97 милиона от които са в Азия. Това води до 54 милиона непланирани бременности и почти 80 000 смъртни случаи на родилки на година.[3]

Ефективността на даден антиконцепционен метод се определя от броя на настъпилите бременности при правилното му приложение от 100 жени за период от 1 година. Терминът ефективност на употребата включва развитието на бременност, както в резултат от недостатъците на метода, така и вследствие на неправилната му употреба от пациентките. Ефективността на употребата се различава значително от тази на метода, когато антиконцепцията се прилага по време на coitus. Неуспехът на

антиконцепционния метод е обратно зависим от мотивацията, възрастта, социално-икономическо положение и образуването. Съществува голямо разнообразие на контрацептивни методи и комбинации между тях, поради което не съществува общоприета точна класификация. Въпреки това те могат да се разделят на естествени, бариерни, вътрематочни и хормонални. [1]

Карагъзов и съавтори, предлагат разпределение на ефективността на различните контрацептивни методи, като ги представят според недостатъците им. Данните са показани в табл.1.[1]

Табл. 1 Ефективност на контрацептивните методи по Карагъзов И., Н. Доганов, И. Щъркалев [1]

Метод	Бременности при 100 жени за 1 година поради	
	Недостатъци на метода	Недостатъци на употребата
Комбинирана перорална контрацепция	0,2	2
Вътрематочни песари	1,5	4
Кондоми	3,0	10
Диафрагми	3,0	13
Спермициди	5,0	15
Календарен	11,0	20

От анализа на предложената таблица следва, че най-малко ефективен за предпазване от забременяване е календарният метод, следван от спермицидните средства. Според авторите на изследването в най-висока степен се оказват ефективни пероралните контрацептиви и вътрематочните песари.

В литературата се намират данни за широко използване на така наречените **естествени методи** за контрацепция. При тях се употребяват допълнителни средства, процедури или медикаменти. Тези методи са обвързани с фертилните периоди на менструалния цикъл. [1,6]

Те могат да бъдат описани така:

Календарен метод се основа на три предложения: яйцеклетката е годна за оплождане до 24ч, сперматозоидите могат да запазват своята оплодителна способност в цервикалния канал до 4 дни, овулацията настъпва 14 дни преди очакваната менструация. В този период трябва да се избягват половите контакти.

Методът на базална температура има за цел да определи времето на овулация. Покачването на базалната температура показва навлизане в лутеиновата фаза, когато забременяването е невъзможно. Методът има 6,6% неуспех и практически е рядко приложим, тъй като изисква редовно измерване на базалната температура и полови контакти се осъществяват в не повече от 10 дни на месеца.

Прекъснатото полово сношение е също естествен метод на контрацепция, при който членът се изважда преди настъпване на оргазма и еякулатът се излива извън гениталиите. Методът е широко разпространен у нас. Неудобството му е в необходимостта от голям самоконтрол на мъжа и в непълното понякога задоволяване на партньорите. Смята се, че coitus interruptus е неприложим при 50% от мъжете поради невъзможността им за контрол на еякулацията или ejaculatio praesox.

Следващите методи за контрацепция които предлага медицинската наука са обединени по названието **бариерни контрацептивни методи**. [5]

Кондомите са механично средство, разпространено и често употребявано за антиконцепция. Кондомът трябва да се поставя преди започване на полово

сношение, да не приляга много плътно, така че резервоарът за спермата да е свободен. Необходимо е презервативът да е подходящо смазан за предпазване от разкъсване или дразнене на влагалището, например със спермацидни средства. Кондомите са подходящи за мъже, склонни към ејасулатио праесох, тъй като намаляват сексуалното дразнене и с това удължават половия акт. Кондомът е особено подходяща контрацепция при случайни полови контакти с цел предпазване от СПИН и сексуално-трансмасивни инфекции.

Друг вид метод според автори на медицински издания, са **диафрагмите**. Това са гумени механични средства, които трябва да прилягат точно от задната част на симфизата до задния влагалищен свод, така че шийката да е някъде по средата. Много големи размери предизвикват тазов дискомфорт, а малките за дадена жена диафрагми могат да се изместват по време на coitus. След избиране на подходящия размер жената трябва да се научи сама да поставя и изважда диафрагмата, която остава на мястото си 6-8ч след coitus. За постоянна употреба на метода един път дневно жената изважда диафрагмата, почиства я, намазва със сперматидни средства и я поставя отново. Те са относително неприложими при жени с релаксирано тазово дъно, десцензус и ретроверзия на матката.[1,2]

Използва се и метод който спада към групата на химичните предпазни средства, това са **спермицидите** те са под формата на кремове, желета, пяна, вагилани таблетки. Тези средства се поставят най-малко 10-15min преди половия контакт по начин, описан в съответната търговска форма, действието им продължава 1ч. Ако в това време не се осъществи контактът или ако той повтори, необходимо е отново поставяне на спермицида. Не се препоръчва влагалищна промивка 6ч след половия контакт, за да бъдат унищожени всички сперматозоиди. Спермицидите са удобни главно за жени, желаещи отлагане на следващата бременност, при редки полови контакти, при риск от сексуално-трансмисивни инфекции. Недостатъците на метода са, че е в зависимост от времето на половия акт, гениталните пътища стават хлъзгави и понякога се явява алергия.[1]

Съществува и друг тип контрацепция и това е **хормонална контрацепция**. Тя се изгражда в началото на века, когато се установява, че екстракт от яйчниците може да блокира овулацията. Практическото приложение става възможно след лабораторната синтеза на естрогени и прогестагени. Пред 1859г. за първи път на пазара се появява хормонална перорална контрацепция, която е комбинация от естроген и прогестаген.[5]

Видове фармакологични контрацептиви- Ethinyl estradiol, Mestranol, Anteovin, Cilest, Femoden, Novynette и др. Таблетките трябва да се прилагат по следния начин: от 5тия ден на цикъла се приема по 1 таблетка в продължени на 21 дни. Обикновено 2-4 дни след спирането на таблетките настъпва псевдоместруално кръвотечение.[1,6]

Контраиндикации за хормоналната контрацепция:

- нередовна менструация;
- депресия или промени в настроението;
- коремна болка или гадене;
- наддаване на тегло;
- болка в гърдите, в гърба или главоболие;
- вагинит или вагинална сухота;
- виене на свят.

Все по-често, жените предпочитат да използват метода **вътрематочна контрацепция**. Този метод се постига чрез поставяне в cavum uteri на специални за целта устройства- песари (спирали). Методът датира от началото на века. Широкото му приложение се налага в последните 20-30 години, като елемент на мащабни програми за семейно и демографско планиране. Не се нуждае от чест контрол и

проследяване и има ниска финансова стойност при висока ефективност. Те представляват малък т-образен предмет, изработен от пластмаса и мед, платина, сребро или злато, с две тънки и меки корди накрая. Най-съвременните спирали съдържат и хормони – за допълнителна безопасност. Действието и е в продължение на 3 или 5 години. Тя може да бъде извадена и преди това ако жената иска да забременее. Препоръчват се на жени, които вече са имали една или няколко бременности. Спиралата спира придвижването на сперматозоидите към яйцеклетката. Затруднява нидацията на оплодената яйцеклетка в ендометриума. Ефектът се дължи на действието на металните йони, които се съдържат в спираловидната нишка.[1]

Основните изисквания към вътрематочните песари са:

- Ефективно предпазване от бременност;
- Лесно поставяне и минимален дискомфорт за жената;
- Възможност за оставане в матката, докато е необходимо;
- Липса на странични ефекти и усложнения.

Според мнението на работещи акушер-гинеколози от няколко години насам има новост в областта на вътрематочните контрацепции, която все още се нуждае от популяризация, защото представлява иновация в тази сфера. Това е модела спирали "Мирена". На външен вид изглежда като повечето от досегашните модели, но във вертикалната част на тялото на спиралата има контейнер, който съдържа определено количество от медикамента левоноргестрел, който се излъчва бавно, строго дозирано за петте години на ефективна дейност /живот/ на спиралата. Чрез този медикамент се постигат уникалните ефекти на "Мирена".[8]

Страничните ефекти при апликация на песара са леки и преминават бързо. Освен болката поради дразнене на цервикалния канал някои жени развиват вазовагинални симптоми - бледост, потене, брадикардия, хипотония и дори синкоп. За избягването им се прилагат слаби аналгетици или М-холинолитици преди апликацията.[1]

Индикации и контраиндикации при ВМК.

Вътрематочната контрацепция е подходящ метод за по-възрастни жени (около 40г.), особено при раждали и с контраиндикации за хормонална контрацепция. При кърмещи жени, песарите не влияят на лактацията и са предпочитани пред пероралните хормонални контрацептиви.

Рядко срещан метод е **стерилизацията** у нас, тя е разрешена само при раждали и по строги медицински индикации с писмено съгласие на партньорите. Съществуват два вида стерилизация - на жената и на мъжа. Женската стерилизация, представлява прекъсване на маточните тръби. В съвременното се осъществява с лапароскоп. Ефективността се изразява в това, че се получават 1-2 бременности на 1000 случая. Сравнително нов метод е поставянето на малко устройство във фалопиевите тръби, което е механична бариера и не позволява достигането на яйцеклетката от сперматозоидите. Стерилизация на мъжа, представлява прекъсване на семепроводите. Тази процедура се осъществява чрез вазектомия. Мъжът се смята за стерил, когато не се установят сперматозоиди в две последователни през месец изследвания. Възможно е след процедурата да се върне проходимостта на семепроводите, но често сперматозоидите губят способността за оплождане по естествен начин.[1]

Често срещан и използван метод е **спешната контрацепция**. Този метод се използва след полов акт, за предпазване от нежелана бременност в случай, че партньорите не са използвали никакви контрацептиви по време на coitus. Необходимо е след половото сношение в рамките до 72 часа, жената да приеме таблетка, която ще спре отделянето на яйцеклетка. Спешните хормонални контрацептиви пречат на закрепването на оплоденото яйце в маточната кухина.

Предимствата са, че това е един сравнително удобен метод, при неочаквани полови контакти. Недостатъците са, във връзка с нарушения в менструалния цикъл.[7]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Днес акушерките трябва да са изградили умения и компетентност, относно използването на контрацептивните методи, за да са полезни за своите пациенти. Подходящо подобрите методи за контрацепция намаляват критичните ситуации - полово предавани болести и нежелана бременност. В противен случай се налага прекъсване на бременността чрез аборт и дълго продължаващи лечебни процедури, което носи сериозни рискове, особено в по-млада възраст.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Карагъзов И., Н. Доганов, И. Щъркалев Гинекология- учебник студенти по медицина 2005, София 349-367
- [2] Richard A. Lehne. Pharmacology for Nursing care, "Elsevier" 2011, 799-800
- [3] <https://bg.wikipedia.org/wiki/Контрацепция>
- [4] <https://www.guttmacher.org>
- [5] <http://problem.framar.bg/>
- [6] <http://www.thinkcontraception.ie/Contraception>
- [7] <http://escapelle.bg/bg/what-is-morning-after-pill-for/information-on-emergency-contraception>
- [8] <http://www.dr.dinchogeorgiev.com/pesari.html>
- [9] <https://www.abort.bg/>

За контакти:

Галина Георгиева, студент специалност Акушерка, Русенски университет "Ангел Кънчев", тел.:0882127236, e-mail: galina_mg90@abv.bg

научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова, РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Техника използвана във Великобритания за обгрижване на пациенти

автор: Венцислава Райкова

научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп

In England using many techniques and devices to help the patient. These technologies are helping to move the patient's location and prevention of decubitus. They require very physical strength, which reduces incidents when moving the patient and health care specialist.

Key words: Security, Prevention, Easier, Manual handling

ВЪВЕДЕНИЕ

Великобритания, като икономически развита страна има точни и ясни планове за обслужването на пациентите от здравни и социални работници. В този доклад се разглеждат някои от използваните приспособления за преместване на пациент, помощ при къпане и подкрепа в двигателния режим. В случаите, когато пациента е слабо подвижен или напълно липсва двигателна активност се нуждае от специалист, който да подпомогне и удовлетвори нуждите му. Преди да се изготви индивидуален план, специалист по грижи оценява специфичните нужди на пациента, неговите личностни особености- ръст, тегло и двигателни умения. Според оценката дава препоръки за подходящите съоръжения и начина по който да се използват, за да бъде ежедневната работа полезна и безопасна. Това се налага с цел предотвратяване на инциденти, сигурно преместване на пациента и не на последно място запазване физическото здраве на специалиста по грижи. При работата без технически средства за помощ, транспортирането на болния ще е невъзможно или ще е свързано с използването на физическа сила, което може да доведе до травми на двигателния апарат. Това от своя страна води до нетрудоспособност и в много случаи продължително лечение на специалиста по грижи.

Съоръженията са с различен обхват на действие, някои използват хидравлична сила, други са лесни за експлоатация, чрез минимални усилия. Целта им е да се намали рискът от травми, да запазят достойнството и комфорта на пациента, да предпазят специалистите от физическо натоварване.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Според теорията на Флоранс Найтингел основна теза е, че сестринството и акушерството е услуга на човечеството, основана на наблюдение и опит. Състои се в това, че човекът-здрав или болен трябва да се постави в най-добрите условия на живот, така че природата да му помогне да запази и/или възстанови здравето си [1]. Според модела на Виржиния Хендерсън пациента има фундаментални човешки потребности, които са четиринадесет и са еднакви за всички хора. Здравият човек не изпитва трудности при удовлетворяването на тези потребности. При наличието на болест, бременност и по време на детството, старостта и приближаването на смъртта човек може да не е в състояние да удовлетворява тези си потребности самостоятелно. В този период от време сестрата и акушерката идват на помощ на човека-здрав или болен. [1]

Техниката и приспособленията, които са представени в този доклад са в помощ на пациента и специалистите по грижи.

Slide sheet или **плъзгащи листове** са предназначени за промяна позицията на пациента в леглото или създаване на по-комфортното му положение. Използват се главно и единствено за болничното легло и в случаите, когато пациента е неспособен сам да създаде комфортна за него позиция. Те са изключително лесни за

употреба, не изискват много място за съхранение, сгъват се лесно, елиминират необходимостта от вдигане на пациента. Това гарантира, че прехвърлянето ще е лесно, по-безопасно и по-удобно. Пациента е в легнало гръбно положение с ръце кръстосани пред гърдите, листовите се поставят под него, като размера трябва да е съобразен с телосложението на пациента. Има плъзгащи листове с различна дължина и ширина, затова е важно размера да съответства на пациента. Това е така, защото ако е твърде малък, може да е невъзможно преместването, а ако твърде голям ще е трудно правилното хващане. Двама специалисти са от двете страни на леглото, хващат листа, който е под тялото на пациента, а долния край, който е към матрака остава свободен и само с леки движения издърпват в желаната посока. Пациентът може да се мести нагоре, надолу или в странично положение в леглото, с помощта им на принципа на пързалката. Долният и горният лист се плъзгат по между си, без специалистите да използват големи физически усилия или повдигане на пациента. След приключване листовите се махат лесно и в никакъв случай не се оставят под тялото на пациента, защото при движението му в леглото може да стане инцидент.

Заради безопасността на пациента всеки който ще работи със плъзгащите листове, трябва да е преминал практически курс на обучение, в който точно се обясняват условията за безопасна работа и рисковете при неправилна експлоатация.

За правилна експлоатация специалистите по грижи правят план как точно ще работят, но при всички случаи те трябва да работят в синхрон и с ясна цел. Всяка една стъпка се обяснява на пациента, за да може да е подготвен и да не се страхува. Много е важно пациента да се наблюдава. Това е така, защото може да не му е удобно и да му се причини дискомфорт.

Hoiste машина за вдигане и преместване на пациент с хидравлична система, управлявана от дистанционно. Служи за облекчаване работата на медицинския персонал при преместване на болен от едно легло на друго, на количка и т.н. [2]. Тя е подобна на кран и това е функцията ѝ да вдигне лежащо болния и да го премести. Има два хоризонтални крака, които в края си са с колелца, две от тях имат спирачки, за да не се движи машината, когато това се налага. В единия край те могат да се отварят настрани, за да може ако е необходимо да се придвижи инвалиден стол. Краката образуват правоъгълник отворен в единия край. В другия край вертикално е хидравличната система, където се поставя батерия. От него има успоредна на краката здрава тръба, която завършва със друга тръба, на която се закачат дръжките на прашката по точно определен начин. Прашката е направена от здрав двоен плат, който в четирите си края има дръжки за закачане към подемника. Тя се поставя по строго определен начин, голямата част от плата се поставя зад торса на пациента, а по-тесните и дълги крайща се поставят под краката. Така при вдигане пациентът е като в люлка. Има строги изисквания към поставянето и вдигането на пациента. Използването на съоръжението се осъществява само от специалисти по грижи, преминали успешно курс за практическо обучение. Това се изисква с цел безопасна експлоатация и сигурност за пациента. За да се осъществи безопасно преместване са нужни двама специалисти, единият управлява и движи подемника, а другият стои до пациента и го придържа с помощта на дръжките, позиционирани на външната част на прашката. Пациентът се наблюдава, за да се избегне неудобно положение.

Подемниците са различни, може да са мобилни или да са позиционирани на тавана в помещението, в което ще бъдат използвани. Тези които могат да се движат от едно помещение в друго заемат доста място, а тези които се позиционират на тавана се движат по точно определен релсов път и не заемат място, затова са

подходящи за по тесни и малки помещения. Изискванията при работа с тях са същите, както при тези, които са мобилни.

Предварително подемника и платнената прашка се тестват и задължително се обозначава максималното тегло, което могат да вдигнат. Проверяват се редовно от технически екип, а съвета към екипа, който ще ги използва е да се проверяват всеки път преди работа с тях.

Съвети за използване на подемниците безопасно: избира се правилния размер прашка съобразен с телосложението на пациента; използване на правилния подемник; редовно се проверява оборудването; пациенти не се оставят без надзор. Не изпълнението на изискванията при работа с оборудването създава риск от падане, дискомфорт на пациента или счупването на самата техника.

Коланите за преместване на пациент се използват, като помощно средство от рехабилитатори, медицински сестри и болногледачи в осигуряване грижи за повдигане на нуждаещите се. Изработени са от специално подсилен плат, с регулируема височина и предно закопчаване на кръста. Благодарение на подсиления плат има вътрешен кант против хлъзгане, а на външния са здраво поставени дръжки. Осигуряват помощ при ставане на пациенти, които имат двигателни проблеми при ставане или не толкова силни мускули, за да го направят сами. Имат различни размери.

Създадени са и повдигачи, които са предназначени само за подпомагане на пациенти, които могат да поемат част от собствената си тежест, двигателната им активност е слаба и имат нужда от помощ при вдигане. Осигуряват комфорт, безопасност и стабилност за лесно прехвърляне на пациента. Разполагат с подплънки за упора на краката, които могат да бъдат регулирани според височината на нуждаещия се. Разполагат с колани за кръста, които придържат болния.

Друг продукт за помощ и комфорт е **кресло столът**, който се слива с интериора на дома на пациента. Предназначени са за удобен и безопасен престой в него, като позволяват на нуждаещия се човек по-комфортно положение, за почивка, четене или гледане на телевизия. Опцията им е да подпомогнат усилията на пациента при сядане и ставане, което подобрява чувството на автономност и енергичност. При стане столът повдига тялото на пациента, което не изисква големи физически усилия от негова страна. Специалистът по грижи следи за физическата сила и подпомага при нужда.

Столът за вана е устройство за механично спускане и вдигане на пациент от вана. Подходящ е за хора, които се нуждаят от помощ с влизането и излизането от ваната. Направен е от лесно почистващ се материал, най-често твърда пластмаса, снабден с практична облегалка за гърба и ръцете за повече комфорт и сигурност. Имат гумени вакуум крачета, за да не се движат при намокряне, за предотвратяване на инциденти, както и за лесно отстраняване от ваната. Облегалката на гърба може да се мести за повече комфорт и по-лесно измиване на косата.

При столове използващи хидравлична система има батерия, която не се уврежда от вода, ако случайно падне. Лесно управление чрез дистанционно, което движи стола надолу-нагоре. На пазара има много и различни модели. В домовете за стари хора има и специализирани бани, които разполагат с голямо пространство за по-голяма безопасност при работа. Направени са специални подови настилки, за да се избегне подхлъзване.

Матраците за болнично легло с въздушна помпа са за пациенти, които са изцяло на легло и с по-голяма вероятност да имат декубитални рани по кожата. Целта на матрака заедно с помпата която създава различно налягане е да се разпредели равномерно телесното тегло на пациента в леглото. Матракът е изграден от отделни клетки-тръби, които са напречно разположени. Чрез компресор се променя налягането на въздуха в отделните клетки, като се редува циклично надуване и спадане на въздуха. Всяка въздушна помпа има различни степени на

цикличност, взаимозависимост от нуждите на всеки пациент. Тя работи, като се свърже към електрическата система в болницата, рехабилитационния център или в дома на пациента. Може да се закачи за леглото. Тази система има за цел да подобри притока на кръв в тъканите на местата където те са притиснати и кръвообращението е намелено, както и да намали болката, причинена от притискане. Най-често те се използват при лежачо болни пациенти.

Друг подобен продукт, който е доста разпространен в превенцията против декубитуса са **възглавниците**, които работят на същия принцип, както матраците и въздушните помпи свързани към тях. Възглавниците са лесно преносими могат да се поставят на стол, канапе или в леглото. Предпазват седалището от рани при продължително седнало положение. Те се поддържат от технически компетентни лица, обикновено това са служители, работещи във фирмата производител.

При лежачо болни пациенти се използват и **ботушки**, изработени от мек и дишаш плат, като петата и пръстите на крака са отворени, за да не се изпотяват. Петата не се опира и рискът от декубитални рани там е по малък. Използват се в краен случай, с цел намаляване на болката и превенция.

Болничните легла, които се използват включително и в дома на пациента са **функционални**, управляват се от дистанционно. Подпомагат и улесняват работата на медицинските и здравни специалисти, създават комфорт на пациента. Той сам може да си нагласи желаната позиция. Матраците който са с въздушна помпа се поставят лесно и не възпрепятстват работа на специалистите.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Всички тези техники и помощни средства при комбинирано използване помагат и улесняват ежедневната работа на медицинските специалисти и болногледачи. Най-често те се използват в болници, домове за стари хора, рехабилитационни центрове, като във Великобритания повечето хора, обгрижвани ежедневно от болногледачи ги имат в домовете си. Подобряват качеството на работа и запазват достойнството и психичното здраве на нуждаещите се хора.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Желева, Е., Сестрински и акушерски грижи, Габрово, 2013, стр. 31, 32, 38
- [2] Белоев, Й., Грижи за болния и сестринска техника, София, 2000, стр. 117
- [3] www.newhopecare.co.uk
- [4] www.healthcareers.nhs.uk
- [5] www.rcn.org.uk
- [6] www.rehabmart.com

За контакти:

Венцислава Райкова, студент I курс, специалност Акушерка, РУ „Ангел Кънчев“,
e-mail: vencislava33@yahoo.com

научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп; РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ,
катедра Здравни грижи, e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Антифосфолипиден синдром и бременност

автори: Йорданка Христова, Евгения Евгениева
научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова, дп

Antiphospholipid syndrome and pregnancy: In the report an important and not well-known problem to trainee midwives is considered - the antiphospholipid syndrome. Historical data about the first studies of the problem is described. The main clinical manifestations that can characterize the antiphospholipid syndrome and the necessary tests to verify the diagnosis are declared. The problem with antiphospholipid syndrome during pregnancy is discussed. A review is made of the obstetric care and treatment. The risk factors which the midwife has to recognize on time and indicate in order to prevent future complications for the patient are stated.

Key words: Antiphospholipid syndrome, APS, pregnancy, abortion, trombosis

ВЪВЕДЕНИЕ

Антифосфолипидният синдром е смущение на имунната система, което се характеризира с прекомерно съсирване на кръвта и/ или конкретни усложнения по време на бременността (преждевременно раждане, спонтанен аборт, внезапна необяснима ембрионална смърт) и с наличието на антифосфолипидни антитела (кардиолипин или лупус антикоагулантни антитела) в кръвта. Пациентките с антифосфолипиден синдром развиват необичайни симптоми, докато в същото време кръвните им тестове показват наличие на антифосфолипидни антитела. APS може да се появи при хора с системен лупус еритематозус, други автоимунни заболявания, или в иначе здрави индивиди. Антифосфолипидният синдром е известен още с името синдром на фосфолипидните антитела. Освен това, той бива наричан и синдром на Хюз, в чест на лекаря, който описва симптомите му за първи път. [2]

ИЗЛОЖЕНИЕ

APS е описан за първи път през 1983г. От Хъджис като триада от венозни и/или артериални тромбози, тромбоцитопения, и рецидивиращи спонтанни аборти и мъртви раждания.

Когато заболяването е представено самостоятелно, се нарича първичен антифосфолипиден синдром, а когато е в контекста на друго заболяване – вторичен. Най-често вторичният антифосфолипиден синдром се свързва със системен лупус еритематодес. От последни проучвания в световен мащаб става ясно, че в патогенетично отношение не могат да бъдат диференцирани двата вида. Поради тази причина някои автори оспорват делението. През 1992г. Ашерсон описва при редица пациенти с доказан антифосфолипиден синдром остра полиорганна недостатъчност, развиваща се в рамките на дни и седмици. Това състояние е наречено катастрофален антифосфолипиден синдром.[3]

Статистиката показва, че:

- 1-5% от населението като цяло се смята, че имат APS.;
- 15-20% от всички случаи на кръвни съсиреци в големите вени (дълбока венозна тромбоза), включително кръвни съсиреци, които отиват в белите дробове (белодробна емболия) се дължат на APS.;
- 10-25% от жените с повтарящи се аборти имат APS.;
- Една трета от инсултите срещани при по-младите хора (на възраст под 50) се дължат на APS.;
- 75-90% от засегнатите от APS са жени.;
- 40-50% от пациентите с лупус също имат APS.[4]

Клинични прояви на APS:

Хората с антифосфолипидни антитела са с повишен риск от развитие на един или повече от следните проблеми:

- Кръвни съсиреци във вените, особено дълбока венозна тромбоза (DVT);
- Кръвни съсиреци, които отиват в белите дробове (белодробна емболия);
- Кръвни съсиреци в артериите;
- Спонтанен аборт - това може да се случи във всеки етап от бременността, но са най-често се среща в края на първия триместър или началото на второто тримесечие;
- Прееклампсия, еклампсия, забавяне растежа на зародиша, преждевременно раждане;
- Инфаркти, ангина;
- Инсулти;
- Преходни исхемични пристъпи (ПИП), например, загуба на зрение;
- Понижени нива на тромбоцити
- Устойчиви или преходни петна, дантелен синкав обрив (ливедо ретикуларис);
- Кожни язви, най-често на краката и ходилата;
- "Катастрофалните" APS - много рядко, животозастрашаващ синдром, при който се съсирва кръв в малките кръвоносни съдове на множество органи (като например сърцето, белите дробове, мозъка, бъбреците)

Други функции, които може да са свързани с антифосфолипидни антитела включват:

- Проблеми с мисленето (загуба на концентрация, проблеми с четене с разбиране и изпълняване на изчисления, загуба на паметта)
- Неврологични проблеми, подобни на множествена склероза.
- Мигрена, главоболие, понякога със зрителни нарушения
- Други неврологични симптоми, включително епизоди на частична или пълна загуба на зрение, замайване, световъртеж, загуба на равновесие, припадъци и други необичайни движения.

Диагноза - При подозрение за проявление на АФС е необходимо да бъдат проведени изследвания за доказване на наличието на антифосфолипидни антитела, които се разделят на две основни групи:

- автоантитела срещу фосфолипиди /кардиолипин/
- автоантитела срещу белтъчни кофактори /бета2-гликопротеин I B2-GPI/

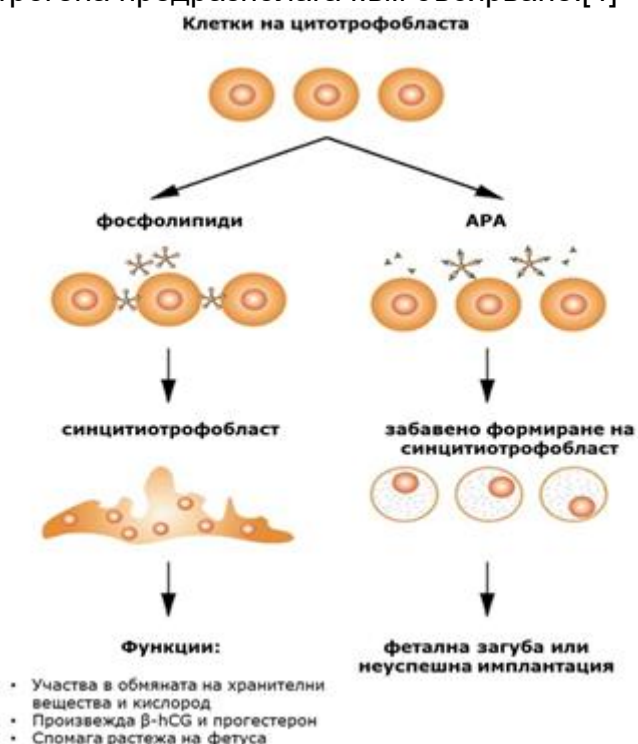
Автоантитела срещу I B2-GPI се приемат като доказателство на автоимунен процес, който е в основата на развиващия се АФС

При лабораторно изследване се установяват и други отклонения от нормалните стойности като активирано парциално тромбопластиново време, фалшиво позитивен тест за сифилис, тромбоцитопения и др.

За да се дефинира, че даден пациент има Антифосфолипиден синдром е необходимо 8 седмици след първия кръвен тест той да се повтори и отново да бъде положителен. [1]

APS и бременност: Жените с APS могат да имат затруднения при бременност. По време на бременността жените са изложени на по-висок риск от развитие на кръвни съсиреци и пееклампсия. Някои жени могат да имат проблеми със забременяването, докато други могат да получат повтарящи се спонтанни аборти. Кръвни съсиреци, които се развиват в плацентата може да предизвика проблеми в растежа на зародиша фетален дистрес, преждевременно раждане, или загуба на бременността. (Фиг.1) По време на бременността, лекарите могат да препоръчат ниски дози аспирин и ежедневни инжекции за разреждане на кръвта (хепарин). Това дава на плода около 80% шанс за оцеляване, драстично подобрене от 1980 година, когато преживяемост на плода е около 20%. Скоро след раждането, лечението продължава за около шест седмици заради повишен риск от съсирване в

следродовия период. В по-тежки случаи на прееклампсия може да се наложи планиране на преждевременно раждане. Хепарина може да доведе до загуба на костна маса, така че жените може да се наложи да вземат допълнително калций по време на бременността. В допълнение, жените трябва да бъдат наблюдавани за развитие на нисък брой тромбоцити. В дългосрочен план, много лекари препоръчват жените да продължават да вземат малка доза аспирин за намаляване на риска от развитие на опасни кръвни съсиреци. Много жени с APS не са наясно, че имат състоянието, но това може да се диагностицира с кръвен тест. Лекарите могат да обмислят диагнозата, когато една жена е претърпяла няколко спонтанни аборта. Безплодието също е свързан с антифосфолипидни антитела. Тестване за тези антитела се превръща в рутина в клиники по безплодие. Жени които използват противозачатъчни и хормоно-заместителна терапия трябва да избягват естрогенна терапия, тъй като естрогена предразполага към съсирване.[4]



Фиг.1 – Ефекти на наличието на антифосфолипидни антитела при бременност – АФА и бременност по [5]

Лечението е в зависимост от нивото и вида на антителата, както и от клиничните прояви на Антифосфолипидния синдром. При наличие на бременност, освен рутинното проследяване на хода на бременността е необходимо и периодично изследване за състоянието на АФС. Най-често се провежда монотерапия с аспирин, а при по-тежки случаи в комбинация с антикоагуланти или имуномодулиращи средства. При случаи с тромбози се прилага хепарин, с последващо поддържащо лечение с таблетна форма на антикоагуланти. Задължително е лечението на хипертонията, корекция на високото серумно ниво на холестерола, както и спиране на приемане на контрацептивни таблетки и тютюнопушенето. Желателно е продължителността на терапията и лечебната схема да се консултират с лекар-специалист в съответната област.[1]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Необходимостта от дългосрочна орална антикоагулантна (за разреждане на кръвта) терапия оказва значително влияние върху начина на живот на пациентите, което създава необходимостта от редовен мониторинг на антикоагулация (за разреждане на кръвта) ефект и обръща специално внимание на диетата и до ситуации, с кръвене риск (например, травми). Възможността за използване на

новите перорални антикоагуланти, които не се нуждаят от редовния мониторинг е в процес на оценка от текущите клинични проучвания. Корекция на конвенционалните рискови фактори за тромбоза (диабет, високо кръвно налягане, висок холестерол, затлъстяване, и тютюнопушенето) е задължително при пациенти с антифосфолипиден синдром.

По-голямата част от жените могат да имат здрави бебета. Антифосфолипидният синдром е автоимунно заболяване, но диагнозата му не означава, че пациентът ще се развие друго автоимунно заболяване.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Медицински център „Вяра“, Имунология, Антифосфолипиден синдром (АФС), <http://viara-clinic.eu/dpages/view/14>
- [2] Пънчев А., Какво представлява антифосфолипидния синдром?, <http://pregnancy.medical.bg/pregnant/infertility/antiphospholipid-syndrome.html>
- [3] Стоилов Н., Р. Рашков, Р. Стоилов, Антифосфолипиден синдром – исторически данни, етиология и патогенеза, Клинична ревматология, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“, МУ-София || Ревматология год. XIX, бр.4/2011, София, стр. 26-32, http://nt-cmb.medun.acad.bg:8080/jspui/bitstream/10861/416/1/Stoilov-N_et-al_rev-4-2011.pdf
- [4] APS Foundation of America, Inc., Антифосфолипиден синдром, 2006г. <http://www.apsfa.org/aps.htm#top>
- [5] Repro Inova laboratory, Лабораторни тестове, Антофосфолипидни антитела, АФА и бременност - <http://reproinova.com/дейности-2/лабораторни-тестове/антифосфолипидни-антитела/афа-и-бременност>

За контакти:

Йорданка Христова, студент II курс, специалност Акушерка, РУ „Ангел Кънчев“, e-mail: danityyy_666@abv.bg

автор: Евгения Евгениева, студент II курс, специалност Акушерка, РУ „Ангел Кънчев“, e-mail: evgeniq5656@abv.bg

научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп; РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, e-mail: iserbezoova@uni.ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Участие на акушерката при изучаване на нетрадиционни техники за улесняване на раждането

автор: Анел Бейтула
научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп

Midwife participation in learning non-traditional techniques to facilitate childbirth: The purpose of this report is to familiarize readers with some techniques to facilitate childbirth and the role of the midwife in their implementation. Various methods of relaxation, breathing exercises, waterborne and hypnosis are presented. The methods are described in detail, the algorithm of performing some and the way they affect the mother and the fetus.

Key words: *Pregnancy, birth, baby, breathing techniques, relaxation, hypnosis, waterborn*

ВЪВЕДЕНИЕ

Всяка бременна жена очаква момента на раждането с възбуждане и радост, но голям процент от тях изпитват истински страх, защото този процес е непредвидим и е придружен от силна болка. Целта на този доклад е да запознае с някои нефармакологични методи на обезболяване и техники за подготовка на майчиния организъм и родилните пътища за по-лесно и атравматично раждане.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Водещ проблем по време на раждането е болката. Голяма част от жените не са запознати с нейният произход, характер и сила, което всъщност поражда страха от раждането. Роля на акушерката е да запознае родителите с бременността и раждането, да спечели доверието на бременната, да приучи майката на някои техники за улесняване на раждането, да я увери, че раждането е физиологичен процес. Това се постига чрез провеждане на подходящи беседи и физически упражнения започващи след 32 гестационна седмица.[1]

Родилната болка е специфично комплексно усещане, което се дължи на разтягане и разширение на маточната шийка, както и на маточните контракции. При повишаване на интраутеринното налягане по време на контракция се притискат болковите рецептори в стената на матката и това поражда болка. През втория период тя се дължи на спускането на плода в малкия таз, което води до опъване, разтягане на маточните връзки, влагалищните стени и перинеума, както и до натиск върху пикочния мехур и ректума. [1]

Техники за релаксация

Терминът релаксация означава „отпускане“ и се характеризира с понижена психофизиологическа активност, и усещания в целия организъм или в отделна негова система. Релаксационните техники помагат на майката да използва пълноценно почивките между контракциите, да отпусне мускулатурата, да запази спокойствие, да синхронизира своето състояние. Това предполага хармонично протичане на раждането.

Мантеада

Този метод широко се прилага в Мексико, като се използва мексикански шал наречен Ребозо. Ребозото се прави от тъкан плат, а размерът му е около 2,40 x 0,70 м. Материята е много важна – не трябва да е хлъзгав, много тънък, нито грапав или прекалено разтеглив.

На първо място Ребозо може да се носи за подкрепа на корема по време на бременността, особено ако коремните мускули са по-слаби или жената чака второ, трето или следващо бебе. Ребозо масажът се прави от акушерката по време на всяка пренатална консултация. Чрез този масаж жената си почива, отпуска се и се концентрира върху тялото си и бебето, което расте в корема ѝ. Такива срещи с

традиционните акушерки не продължават 5-10 минути, а много повече. Жената споделя своите усещания и притеснения, обсъждат нейния режим на хранене, говорят на бебето, акушерката ѝ дава информация за бременността и.

По време на раждането Ребозо отново се използва, за да се подпомогне релаксацията. Благодарение на нежните ритмични движения майката се справя с болката по-лесно. Мускулите на тазовото дъно се отпускат по този начин и това може да подпомогне прогреса на раждането. Увисването и люлеенето на такъв шал също отпуска точно тези мускули, които трябва и подпомагат слизането на бебето.[6]

Изпълнение: Ребозото може да се увие около главата, раменете, гърба, корема, таза или краката и чрез ритмични люлеещи движения се постига пълна релаксация на съответните части на тялото.

1. Шалът се разтиля на земята;
2. Бременната ляга, така че шалът се оказва в областта на кръста;
3. Акушерката взема краищата на шала и ги повдига, като поема тежестта на корема, но без да повдига жената от пода. Започва внимателни бързи, люлеещи движения, наподобяващи сеене със сито.

Другият начин е с голяма топка, като жената се обляга на нея, а шалът обгръща корема и, и отново се извършват люлеещи движения.[3]

Освобождаване на тазовото дъно

Тази техника се използва за релаксация на мускулите в тазовото дъно, най-често при първородки поради характерния им мускулен тонус.

Изпълнение:

1. Жената ляга на една страна върху твърд матрак.
2. Краката и са перпендикулярни на повърхността, на която лежи. Единият и крак е непосредствено върху другия.
3. Едната ръка е под главата, а другата свободна върху тялото.
4. Долния крак върху, който лежи е прав.
5. Акушерката застава права срещу нея и поставя ръцете си на илиачната кост, така че да поеме тежестта и.
6. Така, жената плъзва горния си крак напред, да виси свободно пред нея. Тежестта на крака разтяга мускулите в тазовото дъно.
7. Жената понася позата в продължение на 3 контракции и между контракциите сменя страната и прави същото от другата страна.

Често около час след тази техника жената е готова да напъва и обикновено изгонването на плода протича по-леко, понеже мускулите са отпуснати и симетрични. [3]

Хипно-раждане

Този метод е създаден от американския хипнотерапевт Мари Монган. Хипно-раждането предполага усвояване на самохипноза, навлизане в състояние на лек транс, за да може да се намали активността на съзнанието.[5] По думите на акушерка Благовеста Костова, която е член на Алианса на българските акушерки в страната, има само две обучени акушерки, като едната работи вече във Великобритания. „За хипнораждането се изисква по-продължителна работа с жената, която ще ражда по този начин, най-вероятно тя се нуждае и от наличие на психолог, тъй като този процес предполага проникването дълбоко в съзнанието" [7]

Водно раждане

През последните години тази тенденция се увеличава. Водното раждане цели използването на отпускащият ефект на топлата вода. По този начин се съкращава продължителността на раждането, намалява рискът от разкъсвания, намалява болката, а за бебето е по-плавен и по-нежен прехода към новата среда.[2] Опасността тук е, че бебето може да аспирира вода, също така не е изключен рискът от инфекция.

Техники на дишането

Ролята на дишането по време на раждането е огромна, тъй като помага на майката да се справи с болката, напрежението, увеличава нивата на ендорфините, доставя кислород на майката и плода. Изучаването на техниките на дишането по време на бременност е полезно, защото следването на конкретни техники по време на раждането би било доста объркващо за жената.

Дълбоко коремно дишане

Подходящо е за първи период на раждането. Жената заема удобна позиция, вдишва бавно и постепенно през носа. С вдишването трябва да се надигне корема, след което следва бавно издишване.

Пълно йогийско дишане

Пълното дишане осигурява насищане на организма с кислород, увеличава капацитета на белите дробове, нормализира обмяната на веществата и др. В него участват коремът, гърдите и ключиците. Първо се издишва максимално, за да се отстрани застоялият въздух от дробовете. При вдишване се издига коремът, постепенно гърдите и ключиците, а при издишване в обратен ред. Дишането трябва да бъде равномерно без прекъсване и без задържане на въздуха.

Дишане уджай

Изпълнява се с присвито гърло, имитиращо леко хъркане, което позволява да се удължи дишането.

Алтернативно дишане

Запушват се последователно ноздрите, вдишва се с едната ноздра, въздухът се задържа за малко, след това се издишва с другата ноздра и обратно.

Дишане със задържане

Жената задържа въздух 5-7 сек. след вдишването, което подпомага рефлексорните и усилия по време на напъните, след което издишва.[4]

В миналото жените са се движели много повече, като основно са се занимавали със селскостопанска работа, където позата е предимно наведена напред и коремът виси свободно. По този начин тъканите и връзките са отпуснати и за бебето е лесно да застане в правилната позиция с помощта на гравитацията. Съвременният заседнал начин на живот води до изместване на центъра на тежестта, нарушава се симетрията и се стягат коремните мускули. Правилната стойка на майката може да доведе до правилно положение на бебето. Например, през втората половина на бременността е добре майката да заема разкрячена позиция при сядане, имайки предвид, че главата е най-тежката част от тялото на плода, силата на гравитацията би му помогнала да заеме правилна позиция. Друг метод за осигуряване на оптимална позиция на бебето е инверсията. Това означава, че коленете и тазът трябва да са на 30-50 см. по-високо от главата и раменете. Обърнатата поза, в която матката виси за момент на лигаментите си им помага да се разтеглят от тежестта. След това връщането в изправена позиция ги отпуска и помага на матката да заеме симетрична позиция. Продължителността на тази техника е няколко минути. Тя може да помогне на инверсията на бебе, което е със седалищно, косо или с лицево предлежание. [8]

Движението и поддържането на добра физическа форма по време на бременността има благоприятен ефект върху протичането на раждането. Предвид това, че движенията на бременната са затруднени в края на бременността, е добре да се практикува плуване. Водата улеснява движенията на майката и осигурява заемане на правилно положение на бебето в матката.

Положителните ефекти от упражнения по време на бременност могат да се обобщят в следните 5 пункта:

1. Предпазване от наднормено тегло.
2. Поддържане на кардиореспираторната функция и мускулите.

3. Намаляване на болките в кръста и гърба.
4. Намаляване на риска от развитие на варици.
5. Намаляване на риска от развитие на гестационен диабет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Физическата активност е един добър метод за поддържане на здравето, както по време на бременност, така и в небременно състояние. Обучението на бременните жени на нетрадиционни техники за облекчаване на раждането от акушерки, би могло да доведе до намаляване на честотата на ражданията чрез цезарово сечение, медикаментозно обезболяване и негативни последици от нормалното раждане.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Сербезова, И., Специални грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, 2014г., 129-136 стр.
- [2] Болница Свети Лазар, Водно раждане, 2014г.; www.st.lazar-hospital.com/bg/водно-раждане.html
- [3] Драганова, И., Техники и упражнения по време на бременността и раждането, 2009г. www.estestveno.com/node/42
- [4] Дукат, О., Дишане в помощ на раждането, 2011г.; www.olgadukat.com/2011/05/05/breathing,.
- [5] Дукат, О., Методи за подготовка за раждане, 2011г. ; www.olgadukat.com/2011/05/19/birth-preparation
- [6] Дукат, О., Магията на Ребозо масажа, 2012г.; <http://olgadukat.com/2012/02/08/rebozo-magic/>
- [7] Костова, Б., Информационна агенция "Фокус", 2016г. <http://www.focus-news.net/opinion/2016/05/09/38137/blagovesta-kostova-akusherka-mnogo-patsientski-organizatsii-svarzani-s-maychinoto-zdrave-rabotyat-po-vavezhdaneto-na-akusherskata-grizha-v-balgariya.html>
- [8] Стефанова, Н., Как да си помогнем за по-леко раждане – оптимална позиция на бебето, 2011г.; <https://babysling-bg.com/2011/03/10/как-да-си-помогнем-за-по-леко-раждане/>

За контакти:

Анел Бейтула, студент специалност Акушерка, Русенски университет "Ангел Кънчев", e-mail: anel_953@mail.bg

научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп; РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Акушерската документация – предпоставка за предоставяне оптимална грижа и утвърждаване на автономната акушерска практика

автор: Даниела Лютакова

научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова, дп

Abstract: *Good record keeping is an integral part of nursing and midwifery practice and is an essential component of safe, effective and person centered care provision. This article explores the possibilities of implementing specialized midwife documentation as an integration tool for autonomous midwife care. The positive aspects of recording information in such documentation are reviewed and explained and a full documentation form for monitoring a healthy low risk pregnancy is suggested. The basic principles of working with midwife documentation are also discussed.*

Key words: *record keeping, documentation, midwife care, midwife documentation, implementation, patient centered, integration of midwife care*

ВЪВЕДЕНИЕ

Цел на този доклад е да проучи възможността акушерската документация да бъде систематизирана по нов и адекватен на динамично променящата се обстановка в областта на здравните грижи начин. Акушерското досие би могло да оптимизира работата на мултидисциплинарния екип, който се грижи за бременната, родилката и жената в пуерпериум, както и да даде възможност за качествена, автономна акушерска грижа, в чийто център е самата пациентка.

Предварително подготвените форми на акушерската документация предоставят цялостен поглед към пациентката, спомагат за изчерпателно и точно анамнезиране и не на последно място, осигуряват наличието на писмен документ, който удостоверява положените акушерски грижи. Документацията, в този ѝ вид, би могла да спомогне значително интеграцията на акушерския модел грижа, прилагането на персонализиран подход и изграждането на доверие между бъдещата майка и здравния специалист. Всичко това е от особено социално и икономическо значение, тъй като има потенциала да облекчи и подобри здравната система, както и да повиши здравния резултат за пациентите в краткосрочен и дългосрочен план. Възможността за обратна връзка, предвидена в акушерската документация от нов тип, позволява и мотивира за мониторинг на акушерската дейност, който допълнително да съвършенства и адаптира грижите спрямо социо-културния и икономически контекст и да повиши както отговорността на акушерката, така и нейната увереност за автономно практикуване на професионалните познания и умения.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Ежедневно акушерки работят с документация заедно с останалите здравни специалисти и са отговорни за възпроизвеждането и поддържането ѝ (на хартиен и електронен носител), като това позволява провеждането на качествена и ефективна грижа. Документацията може да бъде разглеждана като способ, който да даде възможност на акушерката и екипа да общуват ефективно помежду си и с пациента, да приложат индивидуализиран подход, да оценят здравния резултат в следствие положените грижи и да спомогнат внимателното и отговорно съхранение на информацията в течение на времето. Не бива да се пропуска и законовият аспект на акушерската документация, тъй като тя удостоверява положените грижи и документираща състоянието на пациента, идентифицира лицето, отговорно за предвидените интервенции, предоставянето на информация и консултация. За възпроизвеждането на акушерското досие е необходимо изчерпателно, точно,

восококачествено документиране в пригодените за това форми. Акушерката е отговорна за грижите, които предоставя, принцип, който е заложен в „НАРЕДБА № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно“.

Ясно, свързано и внимателно попълване на формите е изключително важен компонент за автономната дейност на акушерката, тъй като е част от нейната отговорност спрямо позицията ѝ на здравен специалист със самостоятелни функции и професионални умения. Поради тази причина, е от жизнена важност съществуването на специализирано досие, което да предоставя възможност за получаването на систематизирана, детайлна информация, точно и щателно анамнезиране, по-широк поглед над пациентката и подробно документирани действия в рамките на професионалните услуги, които предлага акушерката в самостоятелната си практика или съвместно в мултидисциплинарния екип.

Следните принципи са основополагащи изисквания за осигуряването на качествена документация:

1. Документира се факт:

Факт е това, което акушерката е видяла, чула или извършила във връзка с грижата за пациента и неговото състояние и това трябва да бъде документирано. Трябва да бъдат подбирани такива думи и изрази, които коректно отразяват фактите без отклонения от тях. Като продължение на това правило, е необходимостта акушерката да попълва обективно досието. Без значение за кой конкретен отрязък или вид форма се касае, тя е задължена да попълва информацията така, че да бъде документацията фактологична и обективна, в никакъв случай субективна или емоционално повлияна.

2. Документира се всяка свързана информация:

Затова трябва да се вземат предвид индивидуалните обстоятелства около всеки един пациент. Акушерското досие трябва да бъде изготвено с отношение към цялостното състояние на пациента, не само клиничните наблюдения. В частност, акушерката е нужно да документира всяка промяна в състоянието на пациента, всяко действие/намеса/ненамеса и техния ефект, както и кой е бил уведомен за тази промяна. Трябва да се отрази и дали състоянието на пациента е останало непроменено по време на смяната или спрямо предишно посещение, тъй като това е свързано с отговорността към него. Здравният специалист трябва винаги да документира в съответните бележки и полета, таблици, всяко умишлено неизпълнение на назначено лечение или процедура и защо не е било изпълнено. Ако това не е попълнено, може да се счита, че това лечение или процедура са били просто negliжирани, забравени или пропуснати. Документацията относно промяна в състоянието на пациента трябва да бъде попълнена с абсолютна яснота. Това е нужно да включва точен запис относно кой аспект от състоянието на пациента изисква внимание и кой е информиран за това състояние, какво конкретно му е казано и какъв е бил отговорът.

3. Да се документира своевременно/едновременно:

Акушерката трябва да прави записи в досието възможно най-скоро след настъпването на съответното събитие, като всеки запис се придружава от дата и час. Нужно е да се отрази и име, и подпис, както и назначение/позиция на извършилия попълнението в досието. Това ясно индикира кога е бил направен записът и от кого, и осигурява надеждна документация. Акушерката не бива поради каквато и да е причина да вписва по-ранна или по-късна дата, на който и да е запис в досието на пациентката. Ако в конкретния час е приложен медикамент или е направено конкретно наблюдение, този час трябва да бъде записан отчетливо.

4. Да се поддържа достоверността на документацията:

Този принцип се отнася до изискването да се запази всичко, записано в досието на пациентката, дори и при допуснатата грешка. Акушерката не бива да се опитва да променя или изтрива грешки в бележките за пациента, тъй като това може да бъде интерпретирано като опит да се прикрият събития или да се подведат останалите от екипа. При документацията на хартиен носител, грешката трябва да бъде оставена, така че да се чете, да е зачертана с единична линия и да бъдат поставени инициали до нея. Правилният запис трябва да бъде вписан на следващия ред или колона. Не е редно да има празни отрязъци между записите, което осигурява невъзможност да бъде попълнена или добавена информация постфактум.

Случайните грешки са неизбежни, ако те са ясно отчетени като такива и е отстранена възможността за неправилна и неточна интерпретация.

Важно е да се отбележи, че лошото документиране може да даде основание за дисциплинарно оплакване от акушерката и да доведе до дисциплинарно действие спрямо нея самата и/или нейните колеги.

От съществено значение е да се отбележи, че неправилното или неточно попълнената информация е предпоставка за мискомуникация в екипа, между самите здравни специалисти. Този пропуск в информацията относно пациентката би могъл да доведе или до неизпълнение, или дублиране на назначение, или до неадекватни грижи, което не следва да бъде допускано в модерните акушерски грижи. Не бива да пропускаме, че неоптимално попълнената документация може да е такава поради самия начин оформление документ. Предложеният нов тип акушерска документация взема предвид специфичните характеристики на акушерската практика, като подпомага и навигира акушерката да запише всичко нужно, както и да обсъди със своята пациентка всички съществено важни теми около статуса на жената с нормална бременност в рамките на женската консултация.

Тук идва и значението на специализираната акушерска документация в установяването и промотирането на акушерския модел грижа. Така изготвените форми, които позволяват да се отрази в пълен обем състоянието на пациентката, включвайки както нейния здравен статус, така също и социален, културен, емоционален статус, биха изиграли съществена роля за имплементацията на акушерския модел грижа. Тъй като е налице е несъответствие между заложените в европейските директиви правомощия на акушерките и реалната практика в България, е нужно да бъдат осъвременени и адаптирани нови документи и стратегии за интеграция на самостоятелната акушерска практика. Към момента липсва изготвена документация, която да удостовери конкретните акушерски намеси и дейности и да позволи нейната автономна работа да бъде реален факт, който бива отчетен и от Здравната Каса. Една усъвършенствана и изготвена спрямо изискванията на акушерския модел грижа документация би могла да е двигател за интеграцията и популяризирането на тази грижа, да реши задачите пред бъдещето на осъвременената акушерска практика по европейски стандарт.

Разбира се, на първо място следва да бъдат ползите за пациента и в този смисъл, акушерската документация ще предостави систематизирана информация за анализ. Този преглед на обобщените досиета позволява и спомага за извършването на по-мощна оценка ефективността на предлаганата услуга и удовлетвореността на пациентката, както и на тенденциите. Като една от основите на акушерския процес, оценката на грижите е основополагащ фактор за тяхната адаптация към персонализирания подход и центрирането около пациентката – от там и за качеството им. В съвременния динамичен ход развитие на здравните грижи е от особено значение да има постоянна обратна връзка с пациентите, както и да се вземат предвид всички медицински доказателства, които имат отношение към конкретната сфера грижи. Това съчетание позволява както структурирана и безопасна, сигурна грижа, така и достатъчно адаптиран подход, който да осигури така нужната рехуманизация в сектор здравеопазване.

Неизменна част от този процес на подобряване комуникацията и отчитане на човешкия фактор при предоставянето на акушерските грижи от съвременен тип е и информираното съгласие. Акушерският модел грижа и съответната адаптирана документация подпомага този аспект в автентичния му вид и овластява пациентката в унисон с европейската конвенция за правата на човека, особено в частта ѝ относно неприкосновеността и правото на информирано решение относно приложението на различни медицински интервенции и достъп до информация за тях. По този начин се открива и възможността за осъзнатата отговорност на пациента към самия себе си, което е в основата на центрираната около самата пациентка грижа и сигурността на специалиста.

Поради силно изявената демографска криза в България, която налага изготвянето на адекватна и работеща стратегия за преодоляването на затрудненията на българските семейства, е нужно да се разгледа акушерският модел на грижа, като инструмент от приоритетно национално значение. Не бива да се подценява и недобрата финасова обстановка, свързана с понижения жизнен стандарт, чийто алтернативен подход за оптимизация на грижата за майките би могъл да бъде този модел, независещ от бюджетните ограничения. Това го извежда, подкрепен с адаптирана акушерска документация, на преден план като инструмент за подобряване на резултатите в тази област. Една всеобхватна и внимателна грижа за пациентката, неминуемо би довела до по-добро отношение към самата бременност и процесите, свързани с нея, по-добра осведоменост относно раждането и грижите за новороденото, което на свой ред, създавайки увереност и спокойствие в пациентката, следва да подобри и демографската ситуация в страната.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинските специалисти, поставени в динамично променящата се и изискваща реалност на модерното здравеопазване са изправени пред предизвикателството да предложат адекватни съвременни здравни грижи, които да бъдат както оптимални за постигане здравни резултати за пациента на оптимално ниво, така и позитивна атестация за самия специалист, неговите знания, умения и компетенции. Високата отговорност, която е ключова характеристика на медицинската професия предполага точно и изчерпателно, своевременно и обективно документиране на дейностите, извършвани от акушерката, тъй като това гарантира безопасността на пациента, високото качество на полаганите грижи, обратната връзка и не на последно място, сигурността и увереността на здравния специалист. Взимайки предвид динамичната работа на акушерката и всички комплексни фактори, които е наложително да бъдат съобразени при интеракцията с пациентките, специализираната и адаптирана акушерска документация, изготвена с подходящи бланки, които да насочват и подпомагат специалиста при анамнезиране и провеждане на женска консултация се явяват значима необходимост. Освен повишаване качеството грижа и пълнотата на общата картина относно пациента, акушерската документация дава възможност и за официално документиране на акушерските дейности, което следва да подпомогне и интеграцията на автономна акушерска дейност – акушерски модел грижа, доказал неоспоримите си предимства в голяма част от страните в ЕС. Като модерни здравни специалисти, и българските акушерки имат своето място до жената – предоставяйки квалифицирана медицинска грижа спрямо европейските изисквания – необходимо условие за положителни резултати в икономически, социален, здравен план, които са от първостепенно национално значение на фона на лошата демографска обстановка и усложнената картина в здравеопазването.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Сербезова, И., Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, Русе, 2014
- [2] Желева, Е., Сестрински и акушерски грижи, Габрово, 2013
- [3] Петкова, Б., Нешкова, И., Фъртунова, Д., Кръстева, Е., Станчева, Й., Филипова, М., Атева, Е., Янева, Х., Цекулова, Н., Пътеводител за физиологично раждане, Маргаритка – ММД, София, 2016
- [4] НАРЕДБА № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 15 от 18.02.2011 г., изм. и доп., бр. 50 от 1.07.2011 г.
- [5] Европейска конвенция за правата на човека - http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_BUL.pdf
- [6] Европейски стандарти за сестринска и акушерска практика акушерка http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/102200/E92852.pdf
- [7] The Northern Ireland Practice and Education Council for Nursing and Midwifery Standards for person centred nursing and midwifery record keeping practice
- [8] Guidelines on Documentation and Electronic Documentation Re-endorsed by Annual Conference 2010, The NSW Nurses' Association
- [9] Record keeping Guidance for nurses and midwives, published in July 2009, for implementation from 1 August 2009. It replaces Guidelines for records and record keeping (NMC 2002) and the NMC advice sheet on record keeping (NMC 2007).
- [10] Bridgit D., Legal Aspects of Midwifery, E-Book,

За контакти:

Даниела Лютакова, студент I курс, специалност Акушерка, РУ „Ангел Кънчев”, e-mail: lachezarova@gmail.com

научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп; РУ „Ангел Кънчев”, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, e-mail: iserbezova@uni.ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Синдром на внезапната детска смърт

автор: Вероника Ангелова

научен ръководител: доц. Иваницка Сербезова, дп

Sudden Infant Death Syndrome in Children:

The syndrome of sudden child death, also known as SDS. It is defined as the sudden death of a baby up to 1 year of age. If the death of the child remains unexplained, after investigating the circumstances surrounding death, involving an autopsy, an examination of the child's clinical history, then the cause of death is referred to as ODS

Key words: *Sudden Infant Death Syndrome , babies, newborn, sleep, death, children;*

ВЪВЕДЕНИЕ

Синдромът на внезапната детска смърт (СВДС) е сериозен проблем в грижата за бебета. Определя се като внезапна смърт на бебе на възраст до 1 година. Приема се за такава ако смъртта на детето остане необяснима, след разследване на обстоятелствата около нея. Това включва извършване на аутопсия и изследване на клиничната история на детето. Тогава като причина за смъртта се посочва СВДС. [4]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Синдромът на внезапната детска смърт се подозира, когато здрави по-рано на външен вид кърмачета, обикновено на по-малко от 6 месеца, биват намирани безжизнени в леглото. В повечето случаи няма признаци и не може да се идентифицира някакъв дистрес, който да е изпитало бебето преди смъртта си. Детето обикновено се е хранило нормално, преди да бъде сложено в леглото да спи. След това детето бива открито безжизнено, без пулс или дишане. Причината за смъртта остава неизвестна, въпреки детайлното обследване на клиничната история и проведената аутопсия. СВДС рядко се случва през първия месец от живота на бебето. Рискът се увеличава през 2-рия до 4-тия месец от живота и след това намалява. Около 90 % от смъртните случаи на СВДС настъпват под 6-месечна възраст.[1]

През 1969 г. консенсусната конференция на Националните институти по здравеопазване формулира първото стандартизирано определение за внезапна смърт при новородените. Според това определение за внезапна смърт на бебе или малко дете, се мисли, когато тя е неочаквана, няма предистория на заболяване и след клиничен преглед не се докаже адекватна причина за смъртта. Определението налага аутопсия за бебета, загинали от състояние, диагностицирано като СВДС.[6]

Въпреки че СВДС е дефиниран като синдром, много учени все още разглеждат СВДС като единна структура поради отличителните характеристики, които включват пикова честота на възраст от 2 до 4 месеца. Трябва да се отбележи, че не е ясно дали СВДС настъпва по време на самия сън или по време на многото преходи между сън и възбуда, които се появяват през нощта. Нито една дефиниция на СВДС не е общоприета и противоречията между проучванията на СВДС се дължат отчасти на използването на различни дефиниции на синдрома по света.[1]

Сред индустриализираните държави Япония има най-ниската честота на съобщенията за **свдс** (0,09 случая на 1000 кърмачета), Нова Зеландия има най-висок процент (0,80 на 1000 кърмачета), а САЩ имат междинна стойност (0,57 на 1000). Медицината все още не е изяснила напълно причините, поради които здравите бебета почиват внезапно.[5]

Въпреки това учените правят опити да формулират вероятни причини. Макар и в сферата на научните хипотези, те могат да бъдат групирани по следния начин

според д-р. Гордън Смит „Повишените нива на майчиния серумен алфа-фетопротеин през втория триместър на бременността са показател за плацентарна дисфункция и са мощен фактор, предсказващ риск за синдрома на внезапната детска смърт. Хроничната, умерена хипоксемия при плода води до ранно съзряване на феталните регулаторни механизми на сърдечносъдовата система, което се изразява в ниска сърдечна честота и повишено кръвно налягане.

G Smith. et al. считат, че субоптималните интраутеринни фактори могат да доведат до нарушаване на кардиореспираторната регулация, което от своя страна предразполага детето към СВДС.[7]

Според д-р Робърт Дълес и колегите му от университета Отава в Канада, „важен рисков фактор за внезапна смърт при кърмачето могат да бъдат повишените концентрации на серния диоксид и на азотния диоксид. Д-р Дълес и колегите му са сравнили честотата на СВДС с дневните концентрации на вредни газове в атмосферата в 12 канадски града в периода 1984-1999 и са установили, че високите концентрации на азотен и серен диоксид са свързани със 17.72% по-висока честота на синдрома на внезапна смърт. Резултатите от проучването имат биологично-обосновано обяснение. Серният диоксид се абсорбира лесно и дразни горните дихателни пътища. Той може да провокира бронхоспазм при предразположени индивиди. Подобни са ефектите и на азотния диоксид. Отокът на лигавицата на назофаринкса затруднява дишането и има пагубен ефект за кърмачетата, които дишат предимно с носа си. Дразненето на ларинкса провокира п. vagus с появата на апнеи. Предполага се, че СВДС възниква при кърмачета с нарушени вентилаторни механизми. Повишените концентрации на вредни газове в атмосферата могат да провокират епизоди на диспнея и дихателни паузи, които могат да бъдат фатални за децата с нарушен контрол на дихателната функция.”[3]

Проучвания на д-р Хана Кинни от Бостънската Детска Болница и Харвардското Медицинско Училище показва, „че ваксините може би възпрепятстват нормалното развитие на хипокампа при някои бебета, причинявайки различни проблеми с дишането и сърдечна недостатъчност“, които водят до СВДС. Въпреки, че е широко известно, че хипокампът регулира специфичните мозъчни функции като памет, учене и пространствена ориентация, този централен регион на мозъка също регулира дишането и сърдечната функция. Когато една структура в хипокампа, известна като гирус дентатус, съдържа двойни слоеве на нервни клетки вместо обичайните единични слоеве, резултатът е необичайно явление, известно като двуклетъчна концентрация на гранули, която може да доведе до внезапна смърт по причини, които не могат да бъдат първоначално очевидни. „Моделът на анормални промени в гирус дентатус ни подсказва, че е имало проблем в развитието му в някакъв момент в края на ембрионалното развитие или в месеците веднага след раждането“.[6]

Рискови фактори:

Въпреки че не е открита точната причина за настъпване на внезапната смърт съществуват няколко рискови фактори, които биха могли да бъдат от полза, когато се обсъжда вероятна причина СВДС. Рисковите фактори са представени в таб.№1.

Табл.1 Рискови фактори за настъпване на внезапна смърт при новородени деца. [4]

Майка	- употреба на алкохол, наркотици и тютюнопушене по време на бременност; - Преждевременно раждане преди 37г.с.; - Вътрематочна хипоксия и забавяне на развитието; - Минимален интервал между бременностите, или в случай на спонтанен аборт;

	- Различни заболявания на по време на бременност; - Възраст – под 20год.; - Нисък социално-икономически статус; - Фамилна обремененост - починали в семейството от СВДС.
Плод	- Мъжки пол; - Възраст между под 6 мес.; - Ниско тегло при раждане; - Липса на кърмене; - Реанимация на новородено при раждане; - Липса на пренатални грижи; - Прегряване или изстудяване.

Диагноза:

Преди диагностициране на синдром на внезапната детска смърт, трябва да се елиминират всички възможни причини за заболяване и смърт. Трябва да се осъществи пълно разследване включително:

- аутопсия;
- идентифициране на причината за смърт;
- преглед на медицинската история на семейството и детето.[1]

Акушерски грижи:

Акушерските грижи са насочени към вземане на превантивни мерки срещу синдрома на внезапната детска смърт. Задачите включват консултиране и подпомагане на родилката за полагане на грижи за новороденото и обучение да е в състояние да предоставя точна и прецизна информация за новороденото дете. Акушерските грижи започват по време на бременността и продължават по време на раждането и след него.[4]

Задачи на акушерката:

- консултира и проследява бременността по време на женска консултация;
- помага за нормално протичане на раждането;
- след раждането подпомага грижите за новороденото и запознава родилката с предстоящия режим за детето и за самата родилка;
- подпомага и насочва родилката към кърмене, като предоставя нужната информация за това колко по-малка е вероятността кърменото дете да заболее.

България е на едно от първите места по фетална и неонатална смъртност в Европа и една от страните с най-висок процент раждания чрез секцио - 42%. Това става ясно по време на конференцията "Съвременна наука и практика при физиологичното раждане". Продължаващата акушерска грижа помага, както за намаляване на преждевременните раждания, така и за по-малък брой интервенции по време на раждане, по-малко цезарови сечения, и по-малко фетална, неонатална и майчина смърт.[4]

Специално внимание трябва да се обърне на едно дете при :

- наличие на висока температура, особено по време на сън;
- при отказ от хранене и намалена двигателна активност;
- респираторна инфекция (фарингит, бронхит, ларингит)
- спящо бебе след дълъг период от лошо настроение и плачене;
- сън в необичайни условия, когато не е в леглото си. [2]

Профилактика на синдрома:

Премахването или предотвратяването на рисковите фактори, биха предпазили новороденото от синдрома на внезапната детска смърт.[8]

Препоръки:

1. Кърмачето трябва да се поставя в странично положение по време на сън. Гръбното положение не е безопасно и трябва да се избягва
2. Да не се използват меки спални завивки. Най-удачно е използването на твърд матрак, покрит с чаршаф.
3. Да не се поставят възглавници, одеяла, плюшени играчки и меки предмети в леглото на кърмачето, особено по време на сън.
4. Да се избягва пушенето по време на бременност.
5. Кърмачето да се поставя в самостоятелно легло, в стаята на своите родители, в близост до тяхното легло. Това позволява близък контакт и наблюдение, като улеснява майките, които кърмят.
6. Преди заспиване може да се дава биберон-залъгалка. Докато не се натрупат достатъчно доказателства, че залъгалки не са подходящи, се препоръчва те да бъдат използвани като се спазват следните правила:
 - да се поставят преди детето да заспи;
 - по време на сън, залъгалките да се отстраняват;
 - да се почистват редовно;
 - при деца, които се кърмят, да се избягва използването им през първия месец, за да не се нарушава процеса на кърмене.
7. Да се избягва претоплянето. Кърмачето трябва да бъде леко облечено, стайната температура трябва да бъде подходяща.
8. Да се избягва развитието на позиционна плагиоцефалия (плагиоцефалия представлява състояние, което се характеризира с асиметрично изкривяване на черепа).
9. Необходимо е обучение на персонала в неонатологичните интензивни отделения, в специализираните детски заведения, на детегледачки и на всички, които се грижат за деца до една година. [8]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

През последните години внезапната смърт при кърмачета нараства, като само в САЩ за година умират около 2000 бебета в съня си без видима причина, напълно здрави. В продължение на 60 години медицинската наука не намира отговор за причините на тези неочаквани и необясними инциденти при кърмачетата. Коварството на синдрома е, че не се развиват признаци и симптоми, по които да се предвиди подобен фатален развой. До откриване на точната причина, се препоръчва предотвратяване на рисковите фактори водещи до фатален край за новороденото.

В нашата страна СВДС не е застъпен в достатъчна степен при обучението на студенти – медицински сестри и акушерки. Ето защо е необходимо да се постави акцент върху този проблем и бъдещите медицински специалисти да са обучени да полагат грижи, които да предотвратяват във възможно най-голяма степен появата на синдрома на внезапна детска смърт в практиката.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Медицина- всичко около здравето и здравословния начин на живот; Синдром на внезапната детска смърт – SVDS www.omedicine.info
- [2] Boston Children's Hospital's; Research and Innovation; www.childrenshospital.org
- [3] Dales R. et al. Air pollution and sudden infant death syndrome Pediatrics 2004; 113: e628-e631 <http://pediatrics.aappublications.org>
- [4] IMedicl; Синдром на внезапната детска — всичко, което трябва да знаете; www.bg.imedicl.com

[5] James J. McKenna Professor of Antropology; Pomona College and Adjunct Clinical Assistant Professor, University of California, Irvine School of Medicine; www.math.dartmouth.edu

[6] National Institutes of Health (NIH) ; Hannah C. Kinney, M.D; www.nih.gov/brain-abnormality-found-group-sids-cases;

[7] Smith G. et al. Second-trimester maternal serum levels of alpha-fetoprotein and the subsequent risk of sudden infant death syndrome N Engl J Med 2004; 351: 978-986 www.nejm.com

[8] Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The Changing Concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic Coding Shifts, Controversies Regarding the Sleeping Environment, and New Variables to Consider in Reducing Risk. Pediatrics 2005; 116: 1245-1255 <http://pediatrics.aappublications.org>

За контакти:

Вероника Ангелова - студент специалност Акушерка, III курс, e-mail: veronikaa.angelova@abv.bg

научен ръководител: доц. Иваничка Сербезова, дп; РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, e-mail: iserbezova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Фактори изграждащи мотивацията за професията Акушерка

автор: Нелина Цанева,
научен ръководител: ас. Цвета Христова

Abstrakt: *To be a midwife, except very interesting, is also very responsible work. The responsibility of not only one, but two and something more than two lives and desire – two things that very common for midwives. People who work as midwives should improve their skills everyday, because due to innovations, workplace is changed every single day.*

Key words: *motivation, midwife, profession, factors*

ВЪВЕДЕНИЕ

Мотивацията (англ.: motivation) е движеща сила към постигането на определени цели. Тя включва целева насоченост на поведението и изисква получаването на пряка и своевременна връзка между целенасочените действия и постигнатите резултати [8].

Целта на настоящия доклад е да проучи факторите, които изграждат положителната мотивация в избора на професията Акушерка.

Акушерските здравни грижи са важна съставна част от лечебно-диагностичния процес в помощ на бременната, родилката, новороденото и гинекологично болната жена. Акушерството е хуманна професия, изискваща специфични личностни и професионални качества, нагласа и мотивация [3].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Професията на акушерката има дълго историческо развитие, корените ѝ се откриват в древността. До бъдещата майка е стояла жена оказваща помощ при раждането и първите грижи към новороденото. Името ѝ звучи различно в зависимост от езика и културата на народите по света, но ролята и задачата ѝ е една – любов и всеотдайност към майката и рожбата ѝ.

В далечни времена с акушерска практика са се занимавали самоуки акушерки. За тяхно обучение се говори още в трудовете на Хипократ (V в. пр. н. е.), в трудовете на Сараниус (98-138), който бил прочут лекар по време на императора са описани задълженията на Акушерката. За първи път официално правила за работа на Акушерката са издадени в Англия през XVI век. По това време професионалната квалификация на Акушерките (добра или лоша) е определяна само въз основа на продължителността на стажа им като Акушерки.[4]

Социалната значимост на професията Акушерка се обуславя от основният предмет на грижите за бременната, родилката, новороденото, гинекологично болната жена, тъй като здравето им е социално значим проблем. Акушерката се формира под въздействието на обучението и възпитанието ѝ във висшето училище, от отражението на реалната действителност [2].

От психологическа гледна точка, мотивацията се определя като началото в поведението на индивида за извършване на определена дейност, възникваща от желание и готовност. Мотивацията се определя като динамично състояние стимулиращо постигане на желани цели силно повлияно от стимули – възнаграждения, успехи, постижения. Мотивацията може да бъде вътрешна и външна – породена от вътрешно желание за постигането на определени резултати или следствие от външни фактори. Мотивацията трябва да се разглежда с индивидуалните черти на характера, които са постоянни и емоционалното състояние, което е временно. Тя бива:

1. Вътрешна мотивация – настъпва, когато хората са вътрешно мотивирани за да създават нещо, което предизвиква задоволство у тях.

2. Външна мотивация настъпва, когато личността е мотивирана от външно задоволство като пари, оценки, от друга личност (обикновено по-силна психически) и др.[8].

Извърши се собствено проучване сред студенти акушерки от първи курс на образователна степен бакалавър на Русенски университет „Ангел Кънчев“ град Русе и работещи акушерки в структурите на Акушеро-гинекологично отделение в УМБАЛ град Русе, февруари – март 2017 година.

Цел на проучването:

Определяне на факторите изграждащи мотивацията за обучение и професионална дейност към професията Акушерка.

Обхват на проучването:

1. Студенти акушерки от I-ви курс на обучение в степен бакалавър при РУ „Ангел Кънчев“ град Русе – 23 студентки.
2. Акушерки работещи в структурите на АГ отделение към УМБАЛ град Русе – 30 акушерки.

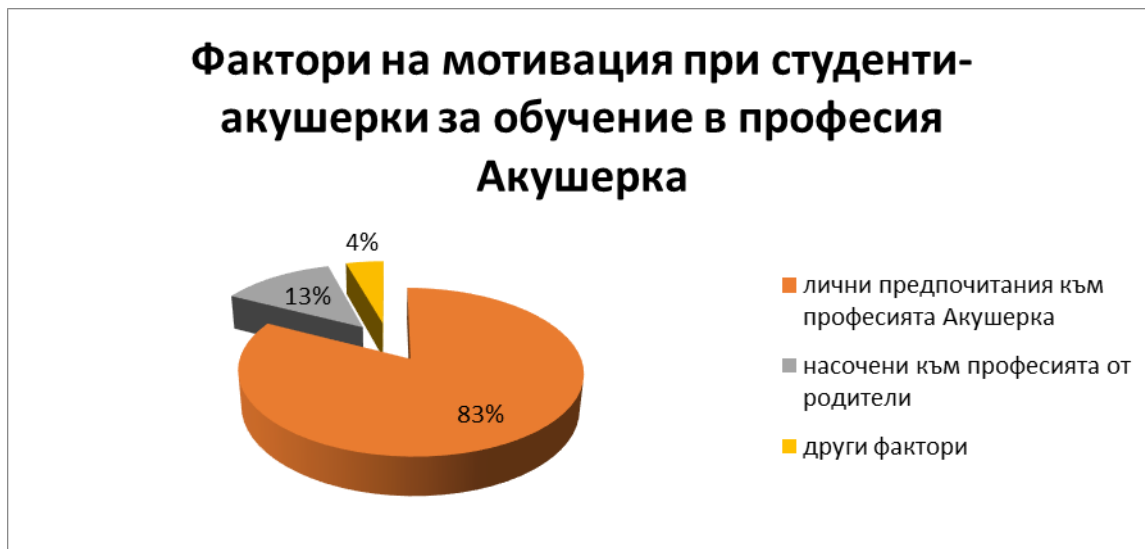
Методи на проучване:

Използвана е анкета със затворени въпроси отразяващи различни фактори изграждащи мотивацията за обучение и професионална дейност на професията Акушерка. Анкетата е анонимна и доброволна.

Анализ на резултати:

- ❖ Резултати от изследваните студенти-акушерки:

Студентите акушерки съобщават като определящ фактор за обучението в специалност Акушерка: лични предпочитания към избраната професия, желанието на родителите и други фактори (съвет от приятелка – акушерка) – данните са отразени на фиг.1.



Фиг.1. Фактори изграждащи мотивацията за обучение в професията Акушерка при студентите-акушерки.

Акушерската професия изисква задължителна и специална подготовка на този, който ще я упражнява и се изгражда върху основата на общи принципи и изисквания, върху определена система от знания, умения, навици, действия, подходи и качества, които са валидни само за тези специалисти.[3,4].

Акушерската професия е съдба. За нея не е достатъчно да знаеш много – трябва да учиш непрекъснато. Не е достатъчно да ѝ се отдадеш – трябва да ѝ се посветиш, не е достатъчно да уважаваш живота – трябва да го обичаш.[3,4].

❖ Анализ на данните при анкетираните акушерки:

Средната възраст на анкетираните акушерки е 40 годишна възраст, с професионален стаж 15 - 25 години.

Проучените акушерки съобщават, че са удовлетворени от професията (64%), съществуват причини водещи до разочарования от избора на професията (24%), 12% не могат / не искат да отговорят – данните са представени във фиг.2.



Фиг.2. Удовлетвореност от професията Акушерка.

Мотивацията за практикуване на професията Акушерка се провокира от фактори като: професионален микроклимат, обществен престиж, възможност от самостоятелна професионална реализация, финансова обезпеченост.

За бариери на положителна мотивация към професията, специалистите по акушерски здравни грижи регистрират: негативизъм от пациенти към извършената професионална дейност, липса на стимули за продължаващо обучение и такава реализация, трудовото възнаграждение – фиг.3.

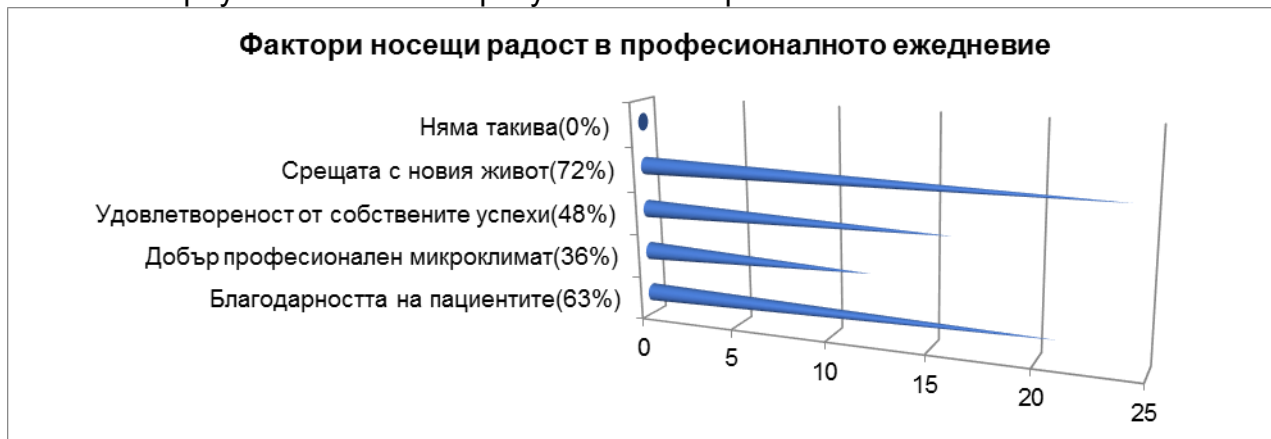


Фиг.3. Бариери пред положителна мотивация за акушерска практика.

Във времето на усилено развитие на медицината и технологиите, професията на акушерката губи идентичността и значението си – в Доболничната помощ, в Женската консултация. Акушерката се превръща в специалист оформящ медицинска документация без възможност практически да осъществи своите знания, умения и компетенции, губи връзка с бъдещата майка [6,7].

Това води до намаляване на доверието към личността на акушерката като здравен специалист от екипа в здравеопазването на страната.

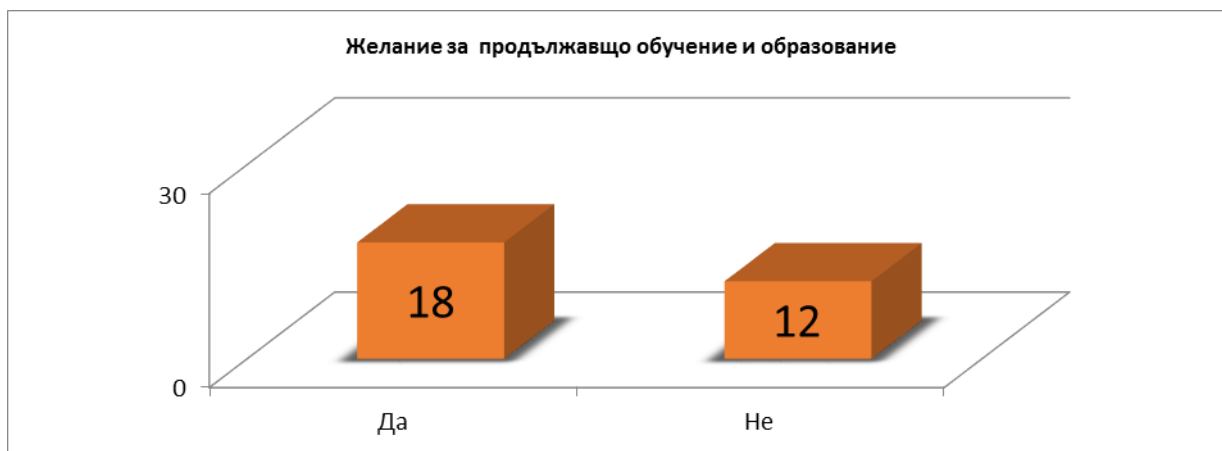
Факторите изграждащи положителна мотивация за професията според анкетното проучване включват резултатите на фиг.4.



Фиг.4. Фактори носещи радост в професионалното ежедневие според анкетираните акушерки.

Благодарността на пациента (63%) и срещата с новият живот (72%) са най-важни фактори изграждащи желанието за практикуване на благородната професия.

Неудовлетвореността от професионалната дейност довежда до липса на стимули за продължаващо обучение и надграждащи знания в значимата акушерска професия. Малка е разликата сред анкетираните, между желаещите и без такава нагласа за продължаващо обучение и образование в професията – фиг. 5.



Фиг. 5. Желание за продължаващо обучение и образование.

Липсата на стимули за продължаващо обучение в професионалната дейност на акушерката води до негативен здравен, социален и национален статус – липса на стимули за раждаемост във време на демографски срив за страната.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Председателят на УС на БАПЗГ, Милка Василева пише, че акушерките са критично необходими за системата на здравеопазването - висококвалифицирани, отговорни и с любов осъществяват здравната грижа.

За изграждане на позитивна мотивация към обучение в значимата и хуманна професия на Акушерка, към реализацията ѝ в България, трябва да имат приоритетните задачи на правителството и държавните институции.

Необходимостта от спешни промени и реформи, утвърждаващи самостоятелна акушерска професионална практика в областта на профилактиката на женското здраве, адекватен финансов еквивалент оценяващ дейността, възможности в професионално израстване след продължаващо обучение, са фактори които ще създадат подходящите условия за практикуване на акушерската професия в България.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Василева, М., Здравеопазването спешно се нуждае от надпартиен консенсус, //Здравни грижи (1), 2017.
- [2] Желева, Е., Сестрински и акушерски грижи, Габрово, 2013.
- [3] Сербезова, И., Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, Русе, 2013.
- [4] Хаджиев, Ал., Акушерство, София, 2005
- [5] Щерев, А., Следдипломно обучение на акушерките, //Здравни грижи(1), 2017.
- [6] <http://www.kozloduy-bg.info/?p=news&aid=10912>
- [7] <http://elovitza.bg/rabota/akusher-v-bulgaria/>
- [8] <http://bg.wikipedia.org>

За контакти:

Нелина Цанева, студент I курс, специалност Акушерка, РУ „Ангел Кънчев“, e-mail: neli_neli3@abv.bg, тел: 0894413054

научен ръководител: ас. Цвета Христова, РУ „Ангел Кънчев“ – гр. Русе, ФОЗЗГ, катедра „Здравни грижи“, e-mail: tshristova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Тютюнопушене и бременност

автор: Сибел Еминова
научен ръководител: ас. Цвета Христова

Abstract:*Smoking during pregnancy* Even in his mother's womb baby can absorb nicotine from cigarette smoke. The content of the substance in the amniotic fluid and fetal blood is higher than in the maternal blood that smoke. It has been shown that nicotine increases heartbeat and raises blood pressure in the embryo. Cigarettes contain over 4,000 kinds of harmful substances and not a single vitamin. Smoking harms the ovaries, reduces their functional capability and increases the risk of ectopic pregnancy and miscarriages. It also significantly affects placental abruption risk, which is a rare complication, but is one of the most common causes of fetal death with a 15-20% mortality rate.

Key words: smoking, pregnancy, nicotine, placental barrier, placental abruption, fetal death, damage.

ВЪВЕДЕНИЕ

Тютюнопушенето е фактор, който има изключително неблагоприятно влияние върху нормалното протичане на бременността, раждането и развитието на детето. Рисковете за здравето на майката и на бебето са големи и затова бременните жени и младите майки трябва да са наясно с вредните последици от употребата на цигари.

С оглед липса на действаща превенция в профилактиката на тютюнопушенето по време на бременност, се проведе проучване по темата, направи се анализ на данните и изводи, които имат връзка с необходимата акушерска здравна грижа.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Съществува грешно мнение, разпространяващо се сред бременните-пушачки, че една-две цигари не вредят, че силната зависимост към никотина не може да бъде преодоляна и т.н.

Тук е ролята на медицинските специалисти да мотивират пациентките да откажат цигарите разяснявайки им огромните вреди за тях и децата, които растат в утробата им. Пораженията са както за майката, така и за плода. Майката трябва да бъде отговорна за здравето на детето, което носи, защото то е отделен индивид и съвременната медицинска концепция включва плода като човек с права.

Тютюнопушенето уврежда както организма на майката, така и организма на бебето. Известен на медицината е фактът, че майките пушачки имат склонност към:

- повишена честота на спонтанните аборти;
- повишена честота на кръвотеченията през бременността - placenta praevia, abruption placentae, преждевременно пукване на околоплодния мехур;
- повишена перинатална детска смъртност;
- асфиксията на плода от пушачки се среща три пъти по-често в сравнение с непушачки;
- хипертония.

Главните вещества от тютюневия дим, които имат вредно влияние върху плода са въглеродният окис и никотинът. Никотинът е протоплазмена отрова за нервните клетки – след вдишване достига мозъка за 7 - 8 секунди. Той преминава през плацентата и след 20 минути нивото му в плода се изравнява с това, което е у майката. Никотиновата отрова повишава тонуса на гладката мускулатура и с това се обясняват честите аборти сред пушачките.

Цигарите съдържат вредни вещества (никотин, въглероден окис), които се вдишват от майката и се прехвърлят чрез плацентата към плода. Тютюнопушенето действа като бариера за хранителните вещества и кислорода, които трябва да достигнат до плода. Децата на майки, които са пушили по време на бременността

имат по-висок риск от респираторни проблеми във физическото си развитие, по-уязвими към настинки, ушни инфекции и кашлица.

Проучвания на обзирани автори показват, че способността на децата да учат също е засегната.

Отказването на цигарите по време на бременност не предполага увеличаване на теглото и стреса от бременността. Леки физически упражнения и правилен режим на хранене с ниско съдържание на мазнини и богато на хранителни вещества помагат на бременните да притежават нормална бременност [3].

Huch I и R.Huch доказват влиянието от броя на употребените дневно цигари върху протичането на бременността – пет цигари дневно се отразяват върху степента на недоносеност при новородените на майки пушачки [1].

Не се открива точна статистика България, колко деца се раждат със здравословни проблеми вследствие на това, че майката е пушила по време на бременността.

Повече от половината бременни българки не могат да престанат да пушат, въпреки че осъзнават вредите за бъдещото си дете. Това показва проучване, на Surecheck. Около 50% до 64% от тях не са отказали цигарите през цялата си бременност, а само са ги ограничили, близо 60% от бременните в България не отказват цигарите, а само ги намаляват [2].

Направи се проучване сред бременни жени за употребата на цигари по време на състоянието им.

Цел на проучването

Целта на проучването е да се установи разпространението на тютюнопушенето сред бременни и родилки в Русе и региона, техните нагласи и отношението им към проблема.

Обект на проучването

Бременни и родилки и употребата на цигари по време на бременност.

Обхват на проучването

Целева група по настоящото проучване са бременни и кърмачки от гр. Русе и региона.

Проучването се проведе през месец март 2017 г. с пряката анкета сред пациентки в Акушеро-гинекологичното отделение на УМБАЛ град Русе АД. В проучването се включиха 40 жени – 30 бременни и 10 кърмачки. 11% от тях са на възраст от 15 до 20 г., 66% са от 21 до 30 г. и 23% от 31 до 40 години.

По отношение степента на образование 37% от анкетираните са с висше, 3% с полувисше, 43% със средно и 17% с основно образование.

Метод на проучването

Проучването се извърши анонимно и доброволно, с анкетни карти съдържащи отворени и затворени въпроси. Структурата на анкетната карта е изградена от 8 въпроса разделени в три блока – блок въпроси към всички респонденти, блок въпроси към употребявали цигари преди бременността и блок въпроси към настоящи пушачи в състоянието бременност.

Първите въпроси от анкетата целят да селектират респондентите по признак тютюнопушене, както и да установят наличието на пушачи в тяхната среда на живот и обкръжение.

Анализ на резултатите

Всички анкетирани отговарят положително на въпроса „Запознати ли сте с рисковете на тютюнопушенето по време на бременността?“

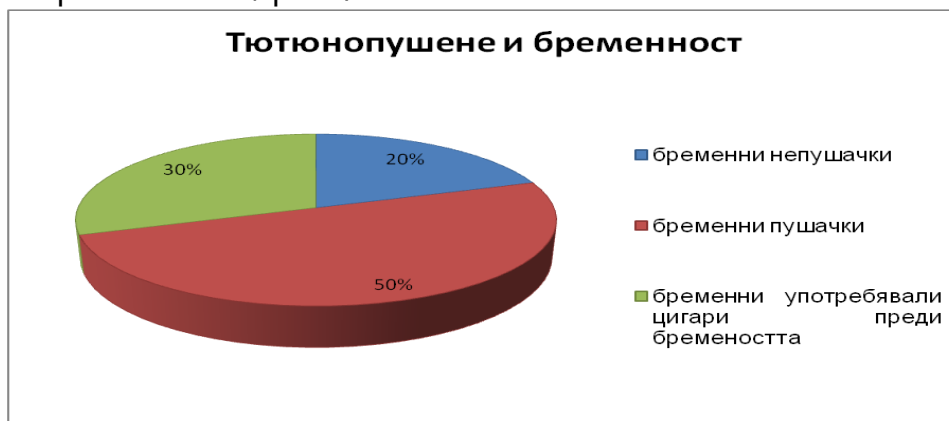
Тревожен е отговорът, който дават за източник на здравната информация по темата на изследването – фиг.1.



Фиг.1. Източник на здравна грижа

Данните от анализа показват, че участниците в проучването са запознати с: тютюнопушенето по време на бременност крие риск от недоносеност за плода (65%); рискът от спонтанен аборт е известен на 20% от тях; рискът от малформации при новороденото е известен на 20%; а 35% знаят, че тютюнопушенето през бременността дава предпоставки за често боледуващо дете.

Изследването установи, че от 20 бременни 6 са пушили преди бременността, 4 никога не са употребявали цигари, 10 продължават употреба на цигари в състоянието бременност - /фиг.2/



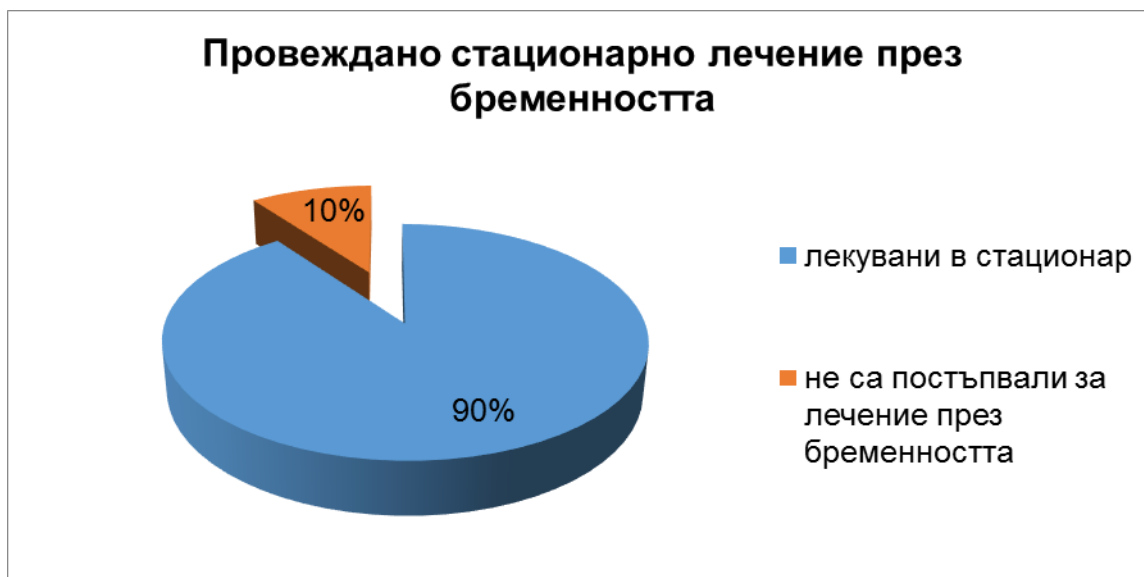
Фиг. 2. Тютюнопушене през време на бременност при участниците в проучването.

Според брой употребени цигари дневно, пушачките се групират в три групи: по 5 цигари дневно, по 10 и по 2 – 3 цигари ежедневно – фиг.3.



Фиг. 3. Дневна употреба на цигари през време на бременността при бременните пушачки.

Изследването включва анализ на данни за проведено лечение поради риск за бременността. С различни причини за риск, в стационар са регистрирани 90% от анкетираните жени - фиг.4.



Фиг.4. Осъществено стационарно лечение през бременността.

Няма възможност да се изследва зависимостта между употребата на цигари и рисковете, с които те са посещавали стационара.

Формулираха се следните изводи:

- основен проблем при всички бременни, че не са наясно от вредите и последствията от тютюнопушенето;
- тютюнопушенето е проблем който сериозно уврежда здравето на плода, нанася трайни последици;
- липса на отговорност у младите майки за бъдещето на децата им.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резултатите от проведената анкета сред бременни и родилки е с тревожни резултати свързани със здравето.

Липсва ролята на акушерката в осъществяване на здравна информация към бременните за пораженията от тютюнопушенето като цяло и в частност състоянието бременност.

За здравето на нацията е нужно обединяване на усилията в програми против тютюнопушенето от всички структури на обществото – политически, социални, икономически, образователни и здравни. В борбата срещу тютюнопушенето трябва активно да се включат медиите с антиреклама на тютюневи изделия и образователни здравни мероприятия.

Здравето е лична и обществена отговорност.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Кацулов, А., „Бременност с висок риск“ София, .
- [2] <http://www.zachatie.org/2013-08-12-22-31-43/844-бременните-българки-без-воля-да-откажат-цигарите>
- [3] <http://www.babyspace.bg/bg/пушене-по-време-на-бременност>

За контакти:

Сибел Еминова, студент I курс специалност Акушерка, РУ „Ангел Кънчев”,
email: sibel.eminova9605@abv.bg

научен ръководител: ас. Цвета Христова, РУ „Ангел Кънчев”, ФО33Г, катедра
Здравни грижи, email: tshristova@uni-ruse.bg

*Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФО33Г-01
„Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните
грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и
професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на
Русенски университет „Ангел Кънчев“.*

Семейно планиране и контрацепция

автори: Назан Терзи, Гьонюл Ерол
научен ръководител: ас. Цвета Христова

Abstract: Contraception and Family planning: *The aim of this report is to present the tasks of family planning, types of contraceptives and the most appropriate methods of contraception to prevent unwanted pregnancy.*

Key words: *Family Planning, contraception, anti-baby*

ВЪВЕДЕНИЕ

Правото на индивида и двойката да вземат съзнателни решения относно броя на родените деца и момента на тяхното раждане е основно човешко право и се нарича **семейно планиране**.

Целта на семейното планиране е да се съгласуват моментите и броят на бременностите с планирането на собствения живот. Това е възможно с помощта на подходящи методи и средства за контрацепция. Необходимо е двамата партньори да бъдат запознати с видовете контрацептиви, тяхната ефективност, да изберат най-подходящия [3].

Целта на този доклад е да представи задачите на семейното планиране, видовете контрацептиви и необходимото място на акушерката, като консултант на сексуално и репродуктивно здраве.

ИЗЛОЖЕНИЕ

За „рождена дата“ на семейното планиране се счита 1882 г., когато в Холандия е открита служба по семейно планиране.

В следващите години съществена роля играят Мери Стопс във Великобритания и Маргарет Сангър в САЩ, които реално допринасят семейното планиране от национална политика да прерастне в безалтернативно глобално и социално движение [4,6].

Около 1915 г. са налице първите опити (главно в Западна Европа и Северна Америка) за изясняването на термините „семейно планиране“, „планирано родителство“, „отговорно родителство“, „доброволно родителство“, „контрацепция“, „регулация на фертилността“, „контрол на фертилността“.

Техеранската Декларация за човешките права от 1968 година, декларира категоричното родителско право да определя свободно и отговорно броя и интервала между ражданията на децата.

От края на 80-те години на миналия век се отделя внимание на контрацепцията, като необходим компонент в семейното планиране, сексуалното и репродуктивното женско здраве.

Международната Конференция по населението и развитието /ICPD/, проведена в Кайро през 1994 година, допълва тази декларация, изтъквайки, че „жените и мъжете имат право да бъдат информирани и да разполагат с достъп до услуги по сексуално и репродуктивно здраве, а услугите трябва да бъдат ефективни, лесно достъпни и адекватни.“[1].

В България традиционното семейно планиране е реално организирано от десетилетия - Българската асоциация по семейно планиране /БАСП/ полага целенасочени усилия да подготвя актуална информация за редица аспекти на сексуалното и репродуктивно здраве [1].

При настъпване на неочаквана и нежелана бременност възможностите са приемането ѝ с негативните последици и трудности, или прекъсване.

България е на едно от водещите места в света по относителен брой на абортите - данните на Националният статистически институт /НСИ/ за 2015 година показват, че те са 31% от общия брой аборти за страната – фиг.1.



Фиг.1. Абортите в България.

Данните говорят за недостатъчна здравна информираност и здравна култура на младите хора по отношение на техните сексуални контакти. Най-рисковите моменти на тези контакти са: ранно започване на полов живот, нежелана бременност, полово преносими инфекции, аборти и др.

Днес като основни инструменти на семейното планиране могат да се посочат доброволно приетото от индивида ограничаване на възможностите за забременяване с помощта на използването на контрацептиви, сексуалното въздържане, хирургическата контрацепция и абортът по желание.

Изкуственият аборт (аборт по желание) може да бъде избегнат, ако се познават съвременните методи за предпазване от бременност.

За използване на подходяща контрацепция е необходима консултация с лекар акушер-гинеколог - табл.1

Табл.1. Контрацептивни групи, действие и ефективност

Видове	Принцип на действие	Ефективност
ХОРМОНАЛНИ КОНТРАЦЕПЦИЯ (противозачатъчни таблетки, лепенки, контрацептивна инжекция)	блокират отделянето на яйцеклетката; променят временно лигавицата на матката, така че да не може да се задържи оплодената яйцеклетка	98-99 %
СПЕШНА КОНТРАЦЕПЦИЯ (Таблетки за контрацепция след секс)	спират отделянето на яйцеклетката от яйчниците; възпрепятстват оплождането на вече отделената такава и ѝ пречат да се закрепят в стената на матката	
НЕХОРМОНАЛНИ СРЕДСТВА ВЪТРЕМАТОЧНИ СРЕДСТВА	подтискат разпространението на сперматозоидите в маточната кухина и тръбите; предотвратяват закрепването на зародиша в лигавицата на матката.	97-99 %

(спирали и песари) БАРИЕРНИ МЕТОДИ – механични и химични (презервативи, диафрагми, спермициди)	създава се механична или химична бариера, предотвратяваща проникване на сперматозоидите в маточната кухина	80-98 %
МЕТОДИ НА ПЕРИОДИЧНОТО ВЪЗДЪРЖАНИЕ – естествено предпазване	проследяване температурата на тялото и състоянието на цервикалната слуз (метод на Билингс); календарен метод; прекъснатия полов акт /прекъснат коитус/.	45-64 %
ХИРУРГИЧНА КОНТРАЦЕПЦИЯ	коагулиране или прекъсване на маточните тръби при жената; прекъсване на сепепроводите.	

Методите не ограничават правото на бременност и дете, а само я контролират, за да бъде желана и подходяща за съответната двойка, успоредно със запазване на репродуктивното здраве.

Изборът на контрацептивен метод се определя от личните предпочитания и медицинските показания, респективно противопоказания. Решаваща роля играят възраст, жизнени обстоятелства /кърмене, пушене и др./ и специални интереси /предпазване от инфекциозни заболявания [1].

Всеки един от тези методи действа по различен начин, но винаги се свежда до възпрепятстване на сперматозоида да оплоди узрялата яйцеклетка.

От древността хората търсят различни начини за предотвратяване на нежелана бременност.

- В египетски папирус от 1850 г. пр. Хр. се говори за тор от крокодили - притежава алкални свойства, полезни за контрацепция. Древните египтяни поставят топчета тор от крокодили във влагалището на жената като физическа бариера за сперматозоидите.
- В замък в Дъдли - Англия са открити едни от най-старите презервативи . от 1640 г., направени от животински тъкани /черва/.
- В Древен Китай жените приемат горещ живак, за предпазване от бременност – считат, че живакът "убеждава" женското тяло в невъзможност от износване на плода и предизвиква спонтанен аборт.
- В Канада приемат отвара от сварени тестиси на бобър - поставят изсушени тестиси от бобър в концентриран алкохолен разтвор.
- **В България** е използван чай от живовляк.
- През 30-те години на XX век немският учен Ернст Грефенберг открива първото вътрематочно средство [9].
- **Перорални противозачатъчни средства** се появяват в средата на 1900г. - медицинската сестра Маргарет Сангър се счита за откривател на ефективно хормонално противозачатъчно.
- През XIX век е изнамерена влагалищната диафрагма;
- В началото на XX век е представен първият интраутеринен песар, първото противозачатъчно хапче е произведено през 1959 г.[2].

Човешката репродукция включва широк кръг от активности и умения - от първия полов контакт до раждането на поредното дете. Всичко това е в пряка зависимост от безброй физиологични взаимодействия и връзки като полова зрялост, сексуална

зрялост, време на овулация в зависимост от менструалния цикъл и т.н. Психосоциалните аспекти на тези процеси са били винаги в центъра на вниманието на обществото и са особено важен обект на религиозен или социален натиск.

Акушерката, като здравен специалист, със знанията и компетенциите си е подходящият консултант по семейно планиране, сексуално и репродуктивно здраве. Консултации трябва да бъдат провеждани в доболничната помощ, в основни и средно образователните училища, в здравни центрове.

Темата за контрацепция има място за дискутиране и в създадените „Училище за родители“, „Център за бъдещи родители“ и др.

Задачите на семейното планиране са свързани с:

- ❖ информиран избор на бъдещите родители за времето и броя на децата;
- ❖ предотвратяване на нежелана бременност;
- ❖ предотвратяване на високо рисковите бременности;
- ❖ определяне подходяща възраст за бременност;
- ❖ *профилактика на полово предавани инфекции и болести;*
- ❖ видове методи за контрацепция;
- ❖ *мерките при безплодие [1].*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Познаването на начините за избягване на нежелана бременност има важно здравно значение за младите хора и ги предпазва от усложнения. То им дава възможност да планират своето родителство и по този начин да осигурят най-добри условия за отглеждането на своите деца.

Предизвикателствата пред репродуктивното здраве нарастват във времето на динамични промени във всички сфери на живота. Те обхващат задоволяване на потребностите на младите хора в сексуалното и семейно здраве съчетани с необходимостта от здраве.

Мястото на контрацепцията е в борбата срещу ХИВ/СПИН, в премахване на рисковете от изкуствен аборт.

Акушерката има необходимо и значимо място, тя трябва да е водеща фигура в медицинския екип за профилактиката на женското здраве.

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. БАСПСЗ, Наръчник за предоставящите услуги в областта на сексуалното и репродуктивно здраве, София, 2004.
- [2]. Кихле, М., кол., Гинекология и акушерство – наръчник, Медицина и физкултура, София, 2015.
- [3]. Хаджиев, Ал., И. Карагъзов, Акушерство за студенти по медицина, Медицина и физкултура, София, 1997.
- [4] <http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/publications/Zdrave2016.pdf>
- [5] <http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/publications/Zdrave2016.pdf>
- [6] <http://www.mamatatkoiaz.bg/article/150/metodi-za-kontracepcia>
- [7] <http://www.riokoz-vt.com/kc.htm>
- [8] <http://intimno.rozali.com/problemi/nachini-za-kontracepcia-prez-vekovete.html>
- [9] https://en.wikipedia.org/wiki/Ernst_Gr%C3%A4fenberg

За контакти:

Назан Терзи, студент I курс, специалност Акушерка, РУ „Ангел Кънчев“, e-mail: naz_97@abv.bg

Гьонюл Ерол, студент I курс, специалност Акушерка, РУ „Ангел Кънчев“, e-mail: gigityee@abv.bg

научен ръководител: ас. Цвета Христова, РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, e-mail: tshristova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Роля на акушерката при пулсовата диагностика

автор: Айлин Сюлейманова
научен ръководител: ас. Цвета Христова

Abstract: *This article aims to present pulse as one of the essential health indicators – it looks at normal pulse rates, types of pulse, reasons for pathological pulse rates; and also to explore pulse diagnostics as an exceptionally accurate diagnostic tool. Review of an independent research, conducted in the Pathological Pregnancy Ward of the Obstetrics and Gynaecology Department of Ruse's University Hospital, between the months February and March of 2017, is presented and results displaying pulse rates in the presence of pathological pregnancy treated with different medications are discussed.*

Key words: *pulse, pulse diagnostics, pregnancy, pathology.*

ВЪВЕДЕНИЕ

От дълбока древност палпаторното изследване на пулса е един от главните диагностични методи в медицината – Китай, Древна Гърция, Древен Рим, Индия, Тибет и др. Медиците от миналото използват метода като вярната посока за търсене и откриване на нови знания за човека, като хармонично единство на дух и материя – в здраве и в болест [7].

Направи се изследване на пулсовата честота на бременни жени с риск за бременността на стационарно лечение в сектор Патологична бременност, към АГ отделение на УМБАЛ, град Русе.

Целта на този доклад е да представи значимата роля на акушерката при измерване на пулсовата честота, регистриране и точно интерпретиране на резултатите.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Пулсът (от лат. pello – блъскам) – ритмичните колебания на еластичните артериални стени, синхронни с дейността на сърцето. Механизмът на образуване на артериалния пулс е свързан с периодичното изтласкване на определено количество кръв от лявата сърдечна камера към аортата [5].

Корените на пулсовата диагностика, според изследваните документи, датират още преди 1500 години.

„Жълтият император“ на Китай, Хуан Ди описва особеностите на метода в произведението „Ней – цзин“ – пулсът отразява състоянието на отделния орган и организма като цяло.

Древните медици овладяват пулсовата диагностика до съвършенство. В Тибет, където медицината има ранг на изкуство, тибетските ламы поставят диагноза само чрез измерване на пулсовата честота. Чрез него те „чуват музиката от чувства и емоции“, която изпълва човека в житейските моменти.

За медиците от Древен Китай и Индия, пулсът е отражение на физическото и психологическо състояние на човека, връзката му с космическите и необясними сили, връзката със Създателя.

Учени като Herophilus, Arhigen, Aetius, Arhimatey, Ruf Efessky, Цин-Ю-Дзен, Хуа Туо и много други достигат до откриване на систолата и дяснолатата в работата на сърдечния мускул, до механизмите на движението на кръвта по кръвоносните съдове, заболявания и състояния.

Гален пише за пулса в седем книги, отбелязва 27 вида импулси, регистрира аритмията и успешно прилага знанията си.

Аюрведичните лекари използват три пръста, за да усетят и измерят пулса - особеностите се определят в зависимост от характеристиките, които всеки пръст

усеща. Проверяват пулса се на двете китки, защото според техните знания всяка страна на тялото дава различни причини и отговори.

В традиционната китайска медицина се определят три вида повърхностен и три вида по-дълбок пулс. Лявата ръка е водеща, но се изследва пулсът и на дясната ръка. Регистрират 12 пулсови точки отговарящи на един плътен орган – джан, и един дълбок, кух орган – фу. Измерват пулсовата честота последователно 3 пъти на различни дълбочини – повърхностна, междинна и дълбока. [5,6,7]

Пулсовата диагностика е актуална и днес и намира ежедневно използване в съвременната медицина.

Отличителните качества на пулса, които се определят при неговото изследване са: честотата, ритъм, напълненост, напрегнатост, големина, форма на пулсовата вълна [2].

Пулсовата честота зависи от много фактори.

В таблица1. са показани корелациите според възрастта.

Табл.1.Пулсова честота и възраст.

Новородено 0 – 3 месеца	Новородено 3 – 6 месеца	Бебе 6 – 12 месеца	Деца 1 – 10 години	Деца над 10 години и възрастни	Добри спортисти
100 – 150	90 – 120	80 – 120	70 – 130	60 – 100	40 - 60

Честотата на пулса характеризират честотата на сърдечните съкращения за минута. Отклоненията биват физиологични и патологични, изразяват се в две направления – учестена сърдечна дейност и забавена/ [1,3,4].

Забавена сърдечна дейност под 60 уд./min се нарича брадикардия. Може да е физиологична (при сън) или при болестно явление [1,3,4].

Учестената сърдечна честота надвишаваща 90 уд./min. се нарича тахикардия. Съществува естествена тахикардия /при повишено физическо натоварване/, и патологична – причинена от нарушения във вегетативната нервна система, нарушения в ендокринната система, аритмия и др. [1].

Ритмичността на пулса зависи от интервала при редуване на пулсовите удари – ритмичен /правилен/, неритмичен /неправилен/. Отклоняването от правилния ритъм на сърдечната дейност се нарича аритмия – екстрасистола.

Напълнеността на пулса се определя от количеството кръв, изпълващо артериите в резултат на ударния обем на лява камера и разпределението на кръвта в кръвното русло - пълен и празен пулс [1,2].

Напрегнатостта на пулса се дължи на вътреартериалното налягане – определя се като твърд, средно твърд и мек. Големината се изследва и определя за оценка на функционалното състояние на сърдечно съдовата система – голям и малък пулс, филиформен или нишковиден [1,2].

Формата на пулсовата вълна се определя от скоростта на покачването и спадането ѝ при напипване на съответната артерия [1,2,3,4].

Цел на изследването: Установяване пулсовата честота при бременни с високо рискова бременност в зависимост от риска за бременността. сектор

Обект на изследването Пулсовата честота при високо рискова бременност.

Обхват на изследването Бременни от сектор Патологична бременност, към АГ отделение на УМБАЛ град Русе, през февруари - март 2017 година /10 пациентки/.

Методи на изследване – изследване на медицинска документация /ИЗ/, анамнеза и палпация на пулс.

Анализ на данните

При наличие на бременност нормалните стойности на пулса варират между 70-80 удара в минута [2]. Установи се, че при 6 от 10 пациентки стойностите са нормални. [фиг. 1.].



Фиг.1. Пулсова честота при изследвани пациентки.

Изследваните пациентки са на стационарно лечение и наблюдение с различен риск за бременността. Измерената и регистрирана пулсова честота е с индивидуални отличителни качества: две пациентки са с учестена пулсова честота, две със забавена.

От медицинската документация се установява, че с учестената пулсова честота са бременни провеждащи лечение с лекарствен препарат Gynipral и Eutyrox. Бременните жени, които са на задържаща терапия /спазмолитици/ имат забавена пулсова честота.

При бременни с придружаваща хипертония се регистрират променлива пулсова честота под влияние на медикаментозната терапия с Dopegyt, Chlophazolin. При пациентки с отклонения в характеристиките на пулса, той се проверява по-интензивно, отразява се своевременно в медицинската документация.

Участниците в проведеното проучване са на различна лекарствена терапия съобразно риска за бременността – фиг.2.

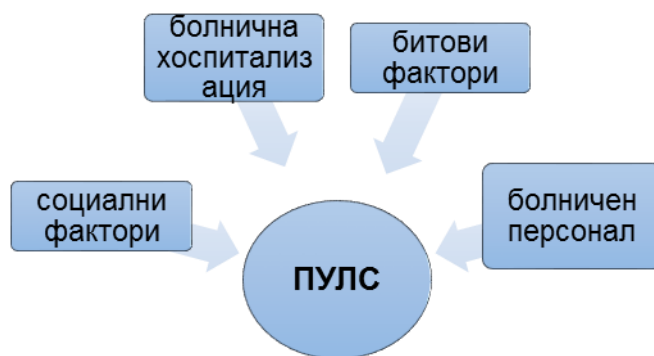


Фиг.2. Медикаментозна терапия на проучените пациентки.

Пациентки на лечение с Cormagnesin поради различни индикации притежават колебания в измерената пулсова честота. За прецизното уточняване се извършва EKG и консулт със специалист.

Установи се учестена пулсова честота с 10 уд./min. при бременна с фебрилитет $t^{\circ}38^{\circ}$.

Силно влияние върху разглежданите особености на пулсовата честота оказват различни психологически състояния: болнична хоспитализация, промени в майчиния организъм през бременността, социални фактори – бит, професионална заетост, финансова обезпеченост и др.



Фиг.3. Фактори вряещи върху пулса на хоспитализираните бременни.

Задачата на акушерката при изследване и регистриране на пулса се подчинява не само на основни теоретични правила, но и на хуманност, алтруизъм, отзивчивост при извършване на акушерските здравни грижи.

Формулираха се следните изводи:

- ☒ Пулсът е индивидуален.
- ☒ По време на бременност пулсът се учестява.
- ☒ В сектор Патологична бременност, бременните имат различни характеристики на пулсовата честота повлияни от медикаментозната терапия;
- ☒ Пулсовите особености силно се повлияват от психологическото състояние на бременната.
- ☒ Ролята на акушерката е значима – професионално и личностно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пулсът е непостоянна величина, който се влияе от различни фактори – физически и психически напрежения, болести, бременност и др. Той е един от най-важните соматични показатели даващ информация за работата на сърцето, за състоянието на човешкото здраве.

Древният опит в пулсовата диагностика подава ръка на съвременната медицина в името на човека и неговото здраве.

Ролята на акушерката при изследване, интерпретация и регистрация на пулса е значима – тя е част от медицинския екип за акушерска здравна грижа.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Белоев, Й., грижи за болния и сестринска техника, МИ APCO, София, 2000.
- [2] Желева, Е., Сестрински и акушерски грижи, ЕКС-ПРЕС, Габрово, 2013.
- [3] Луканова, Й., Опорни точки за клинична практика на акушерки, Учебно помагало, Изд. Център при Русенски университет „Ангел Кънчев”, 2015.
- [4] Сербезова, И., Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, Печатна база при Русенски университет „Ангел Кънчев”, Русе, 2014.
- [5] <https://ru.wikipedia.org/wiki/>

[6] www.puls.bg – “Всичко за здравето”

[7] www.zdrave.bg

За контакти:

Айлин Сюлейманова, студент I курс специалност Акушерка, РУ „Ангел Кънчев”, тел.: 0899257704, email: aylins97@abv.bg

научен ръководител: ас. Цвета Христова, РУ „Ангел Кънчев”, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, email: tshristova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Рак на млечната жлеза

автори: Вероника Ангелова, Никол Донева
научен ръководител: ас. Цвета Христова

Abstract: Breast cancer: Due to the high morbidity and mortality rate of breast cancer is a serious health problem with significant public and social consequences, both in the world and Bulgaria. About 85% of women who suffers from the disease are over age 40. In recent years a "rejuvenation" of morbidity-age limit dropped by frequent cases of breast cancer in women 30 years of age. According to the National Cancer Registry, breast cancer occupies 25.8% share of all cancers in women and ranks first in frequency. Year in Bulgaria are diagnosed around 3655 new cases of the disease. [2].

Key words: women, cancer, breast, age, oncology

ВЪВЕДЕНИЕ

Поради високия процент заболяемост и смъртност ракът на гърдата представлява сериозен здравен проблем със значими обществени и социални последици, както по света, така и в България. Около 85% от жените, които страдат от заболяването са над 40 годишна възраст. В последните години се наблюдава „подмладяване“ на заболяемостта - възрастовата граница спада, като зачестяват случаите на рак на гърдата при жени до 30 годишна възраст. По данни на Националния раков регистър, ракът на гърдата заема 25,8% дял от всички онкологични заболявания при жената и се нарежда на първо място по честота. Годишно в България се диагностират около 3655 нови случая на заболяването [2].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Като всички видове рак, така и ракът на гърдата води началото си от процеси провокирали хаотично и неправилно делене на клетките от млечната жлеза. Те растат неконтролируемо, различават се по големина, делят се и се размножават с различна скорост от нормалните клетки, избягвайки механизмите за контрол на организма. С времето тези клетки оформят злокачественото новообразувание. Повечето от злокачествените образувания на гърдата започват от каналчетата (т.н. дуктален рак) или от лобулите (лобуларен рак). Останалата част от неоплазмите произхожда от другите околни тъкани [1].

Исторически данни за рака на млечната жлеза:

- Съществуват документирані случаи за рак на гърдата още при древните египтяни, които са лекували болестта чрез обгаряне на заболялата тъкан. Според учението наложено от гръцкия лекар *Каудиус Гален* /1300-200 г. след Новата ера/ доминиращото медицинско схващане до средните векове е възприемало меланхолията като главен фактор обуславящ развитието на рака на гърдата. Практикуваните терапии са включвали диети, екзорсизъм и локално налагане на лапи.
- Разбирането, че ракът на гърдата може да се разпространява до съседните тъкани като лимфните възли на -подмишницата, за първи път е посочено от лекаря *ЛеДран*/1685-1770г./ . Д-р Ле Дран вероятно е първият, който свързва диагнозата рак на гърдата с разпространението му към лимфните възли. Неговото наблюдение е основополагащо в изучаването на това заболяване.
- През средата на 19 век, хирурзите първи започват детайлни записки за рака на гърдата. Основно лечение се е състояло в отстраняване на гърдата, за да се избегне последващо развитие на тумора. Показателно е схващането на медицинската общност в този период, че ракът на гърдата е системно заболяване, което би могло да засегне други части на тялото.
- Между 1930-1950г. напредъкът в лечението на рака на гърдата е забележителен. Най-важното е, че клиничните методи включват

класифицирането на стадията на развитие на болестта. Стадий 1 и 2 включват оперативни и лечими групи случаи. Стадий 3 посочва локално развитие на болестта, при което оперативната намеса е неприложима, а стадий 4 описва пациенти с разпръснати метастази.

- В средата на 80-те години, заедно с развитието на генетиката и молекулярната биология, започва разработването на нови лекарства, насочени към мишени върху раковата клетка, които удължават значително живота на болните в напреднал стадий на болестта. През 1999г. бяха въведени в употреба първите представители на този нов клас лекарства [4].

Представяме основните групи рискови фактори в табл.1.

Табл.1. Рискови фактори

Фамилна обремененост	Рак на гърдата или яйчника на майка, сестра, дъщеря, особено ако ракът на гърдата е бил на двете гърди или е открит на млада възраст
Раждане	Не раждали жени или първата бременност е била много ранна (малко над 18 години или след тридесет години);
Менструация	Ранна поява на първи мензис и късна менопауза, т.е. по-продължителна експозиция на естрогени;
Гърди	Някои промени в гърдите, за които се е наложило да бъде направена биопсия и при микроскопското изследване показва атипична хиперплазия;
Генетични промени	наличие на изменения в гените BRCA1 и BRCA2
Радиотерапия	Проведена радиотерапия в областта на гърдите особено преди тридесетгодишна възраст.
Контрацептиви	Съществува неголям риск ако се приемат повече от 10 години без прекъсване и това е започнало от много млада възраст.[3]
Кърмене	някои проучвания показват, че кърменето намалява риска от рак на гърдата особено ако то е по-продължително.
Алкохол	употребата на алкохол е свързана със слабо покачване на риска от рак на гърдата[1]

Представяме основните симптоми на рак на млечната жлеза – фиг.1.



Фиг.1.Симптоми при рак на млечната жлеза

Според своето разпространение и агресивност ракът на млечната жлеза се разделя на **неинвазивен** (in situ) и **инвазивен**:

- **неинвазивният рак** е термин използван за рак в много ранен стадий, който е изцяло ограничен в мястото на възникване..
- **инвазивен дуктален рак** - най-често срещаната форма (70-80%) на рак на гърдата. Произхожда от клетките на млечните канали и инвазира околната мастна и паренхимна тъкан на жлезата.
- **инвазивен лобуларен рак** - около 5-15% от рака на млечната жлеза. Произлиза от клетките в лобулите на млечната жлеза [2].

Диагностиката се извършва в клинична обстановка по назначение на лекар и с активното участие и асистенция на акушерката.

- мамография - рентгенова снимка на гърдите.
- ехография на гърдата особено когато е необходимо да се потвърди течно съдържание на бучката (киста) и при дифузно плътни гърди у по-млади жени;
- компютър томография (СТ) ; Магнитен резонанс (MRI), Позитронна емисионна томография (PET)

Ролята на акушерката при провеждане на горепосочените интервенции е ключова. Повечето пациентки изпитват страх и смут преди и по време на изследването. Задачата на акушерката е да успокои и предразположи пациентката към предстоящия преглед, като създаде у нея чувство за комфорт и доверие към медицинския екип, на когото е поверила отговорната задача по откриването или изключването на заболяване на млечните жлези.

Табл.2.Видове биопсия.

Тънкоиглена аспирационна биопсия	Убождане с тънка игла на засегнатата зона и изследване за наличие или не на ракови клетки.
Дрил биопсия	Вземане на повече тъкан с игла с по-широк лумен.
Хирургична биопсия	Вземане на материал за хистологично изследване чрез хирургично изрязване.

Патологоанатомичното изследване е от изключително значение за определяне степента на агресивност на рака, т.е. способността му да се разпространява по-бързо или не, за точното определяне на стадия на заболяването.[2]

И тук ролята на акушерката е от изключителна важност. Освен ангажиментите към асистенцията по време на манипулациите тя трябва да отдели време за

психическата подготовка на пациентката. Обикновено пациентките нуждаещи се от подобни процедури са много лабилни и лесно се поддават на негативните емоции, което от своя страна води до напрежение сред медицинския екип и затруднения в извършването на назначените процедури. Тези събития остават траен негативен спомен в съзнанието на пациентката, което би могло да доведе до страх от последващи медицински прегледи и интервенции. Това би затруднило евентуалното ранно диагностициране на бъдещи заболявания.

ЛЕЧЕНИЕ: Основна цел на лечението е да се постигне пълно оздравяване. Това е идеалната равностметка, която обикновено се постига чрез методите на етиотропната или патогенетичната терапия. В терминалния стадий на онкогенезата се осигурява палиативна помощ; съзнавайки невъзможността за излекуване, лекарите се насочват към овладяването на някои от симптомите, основно болката. Затова най-често под палиативна помощ се разбира препоръчването на обезболяващи медикаменти.[1]

Комплексът от лечебни мероприятия включва различни терапевтични подходи.

Оперативно (хирургическо) лечение: Тактиката на лечението при рак на гърдата зависи от стадия на патогенезата.

- В първи- втори стадий обикновено органът се съхранява и се премахва само новообразуванието с прилежаща тъкан. След операцията най-често се назначава лъчева терапия, хистологично изследване на клетки от изрязаната тъкан, от прилежащи тъкани и местните лимфни възли.
- При трети стадий се премахва целият орган, ако по принцип е възможно оперативното лечение. Премахването на млечната жлеза е известно като мастектомия. В някои случаи паралелно с ампутацията се извършва пластична реконструкция на гърдата.

Оперативното вмешателство обаче може да се окаже невъзможно при тежко състояние на болната жена и множество метастази.[1]

Хормонотерапия: Ако при изследванията се установи, че тъканта на тумора съдържа специфични рецептори за естрогени и прогестерон, може да се приложи хормонотерапия с внимателен избор на използваните продукти. Видът на терапията се избира при отчитане на фертилността – дали пациентката би желала да ражда. Тогава се прави всичко възможно за съхраняване на детеродната система.[2]

Лъчетерапия: Целта е туморът да се поддържа в неагресивна форма, чрез медикаменти да се редуцира обемът му за по-добра операбилност. Лъчевата терапия се препоръчва след операция от рак на гърдата. [2]

Химиотерапия: Химиотерапия се препоръчва след отчитане състоянието и прогнозата на конкретната пациентка, след като са и направени всички предварителни прегледи и изследвания. Химиотерапията е сложен и тежък за пациентките подход, тъй като заедно със злокачествените клетки загиват и част от нормалните. Това се знае и действа отблъскващо на болните. Освен това много от използваните при химиотерапия медикаменти са противопоказани при бременност и кърмене.[2]

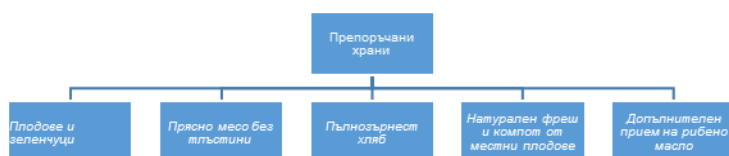
Мастектомия: Мастектомията или изрязването на млечната жлеза е необходимост при повечето злокачествени заболявания на гърдата. Хирургите преценяват дали наистина това е необходимо и към операцията се пристъпва със съгласието на пациентката. Операциите на млечната жлеза не са леки. Лекуваната пациентка трябва да бъде предупредена и подготвена за някои неудобства и проблеми на следоперативния период, като:

- *кървене от оперираната зона;*
- *оток на гръдната област и ръката откъм оперираната страна;*
- *намалена подвижност на раменната става откъм оперираната страна.*

В следоперативния период може да се мисли и за реконструкция на оперирания участък, като се постави имплант, протеза или се направи присаждане на собствени тъкани.[4]

Мисълта за мастектомия само по себе си е психологически „удар“ за пациентката. Отстраняването на гърдата води до емоционален срив у повечето пациентки, тъй като тяхното тълкуване на проблема е, че губят част от своята женственост. Тук на помощ отново идва акушерката, която трябва да намери правилният подход към пациентката и да се опита да възстанови психическото и емоционалното и равновесие. В тази ситуация пациентките са по-склонни да споделят тези свои мисли и притеснения в разговор с акушерката, отколкото с лекуващия лекар. Основната задача на акушерката е да вдъхне увереност на пациентката и да прогони мислите за отчаяние от нея.

Хранене: Доказано е, че при рак на млечната жлеза болестта по-рядко рецидивира, ако се спазват класическите диети срещу затлъстяване, хипертония и диабет. Здравословното хранене и изключването на някои храни от менюто намалява и негативните странични ефекти при химио- и лъчетерапия. Необходимо е търпение, във времето това се регулира и организмът достига оптимален баланс при приема да препоръчаните калории.



Фиг.2. Хранителен режим

Задачи на акушерката

- обучение на жените в ежеседмично самоизследване на гърдите след 20-годишна възраст.
- ежегоден клиничен преглед след 35 години
- мамографско изследване всяка втора година след 40 и ежегодно в интервала между 50 и 69 години.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ранното откриване е от съществено значение за изхода от заболяването. Ето защо всяка една жена след 35 г. трябва да посещава мамолог веднъж годишно. Жените с анамнестични данни за риск от рак на гърдата е необходимо да започнат да се наблюдават и в по-ранна възраст. От съществено значение за ранното откриване на заболяването е самоизследването на млечните жлези, което всяка една жена на възраст около 30г. трябва да започне да прави.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Димитров, А., Акушерство, Учебник за студенти по медицина, под редакцията на Проф. Д-р Ангел Димитров, 2014, изд. APCO
- [2] Хаджиев Ал., Карагьозов И., Учебник по Акушерство за студенти медици, София, МФ, 2005г.
- [3] <http://www.lekar.bg>
- [4] <http://oncoconsult-bg.com>
- [5] <http://www.zdrave.net>

За контакти:

Вероника Ангелова, студент специалност Акушерка, РУ „Ангел Кънчев“, e-mail: veronika.a.angelova@abv.bg

ас. Никол Донева, РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи,, e-mail: nikol_doneva@abv.bg

научен ръководител: ас. Цвета Христова, РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, e-mail: tshristova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Проучване за здравна осведоменост на хигиенен метод с менструални чашки.

автор: Даниела Лютакова
научен ръководител: ас. Цвета Христова

Abstract: Menstrual cups, intended for menstrual collection, have a significant importance for developing countries since women there are still experiencing severe adverse effects on their lives associated with their menstruation. This scientific paper aims to evaluate whether Bulgarian women have access to information considering menstrual cups, if they would use such devices and also looks at the studies conducted internationally to establish the safety, effectiveness, and acceptability of this device.

Key words: menstrual cups, menstruation, feminine hygiene products, personal menstrual care

ВЪВЕДЕНИЕ

Менструалните чашки са хигиенен метод през менструалния цикъл, претърпели многобройни дизайнерски промени в усъвършенстването от появата си.

Докладът анализира направено онлайн проучване сред жените в град Русе за осведомеността към менструалните чашки като хигиенен метод, използването, предпочитанията, източници на необходимата здравна информация.

Направена е кратка историческа ретроспекция на възникването на менструалните чашки и развитието им, като вид хигиенно средство за жената.

ИЗЛОЖЕНИЕ

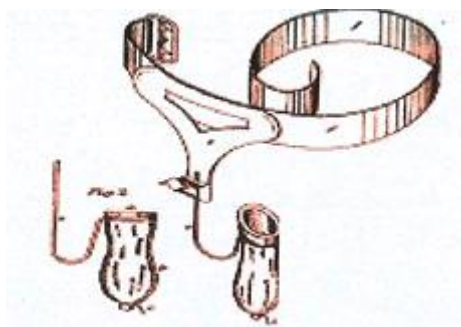
Вагиналните хигиенни средства, използвани по време на цикъл се характеризират с голямо разнообразие в производителски дизайн: дамски превръзки, вагинални тампони, менструални чашки.

Първите еднократни дамски превръзки "Lister's Towels—for Ladies Use" се появяват през 1896 година в САЩ – не се приемат от жените поради различни причини, не са допуснати до рекламно представяне и не придобиват популярност [2].

По време на Първата световна война, медицински сестри от фронтови болници установяват че целулозните бандажи притежават по-добри абсорбиращи качества по време на менструален цикъл, спрямо памука. Kotex pads усъвършенства идеята и с рекламна кампания правят превръзките предпочитани хигиенни дамски средства [4].

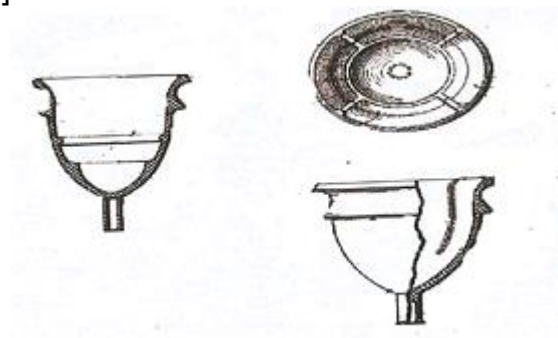
Появата на дамските менструални тампони е регистрирана през 1933 – критиките се свързват с предразположение към бактериални инфекции и заболявания [2].

Hockert Catamenial Sack е първият първообраз менструална чашка, произведен и патентован през 1867 в САЩ – не се приема с интерес и желание [3], фиг.1.



Фиг.1. Първата менструална чашка.

Менструалната чашка на Leona Chalmers, патентована през 1937 година, е прототип за повече от 12 производители на менструални хигиенни средства до днес – форма на камбанка [2].



Фиг.2. Първа патентована менструална чашка.

През 1989 година Gynaeseal изготвя чашка с дизайн на тампон с апликатор – оплакванията са сведени само до „нечистия“ контакт с менструалната течност при отстраняване на средството.[2]

Доклад на Journal of Women's Health от февруари 2011 година, информира за положителните характеристики на менструална чашка Softcup, включва предклинично и клинично тестване: минимизиран обем за улеснено поставяне и отстраняване, разтварянето е с овална форма при интравагинално въвеждане [2]. На следващата фигура са отразени видове менструални чашки с усъвършенствания дизайн през годините - фиг.3.



Фиг.3. Усъвършенствания в дизайнерското развитие на менструалната чашка [6].

Резултати от проучването в обзорираните медицински източници показват, че вагинално средство в един размер не представлява значим здравен риск и е приемливо за много жени без нуждата от индивидуално оразмеряване или прибягването до медицински услуги. [2]

Употребата на менструалните чашки е ограничена поради: затруднено поставяне; невъзможност за сгъване и лесно прибиране; обемност, трудност при налагаща се преориентация във влагалището, [2].

Направи се собствено проучване за използването на менструалните чашки, като хигиенно средство при жените по време на менструация.

Цел на проучването: здравната информираност за същността и употребата на менструалните чашки, като хигиенно средство по време на менструален цикъл при жената.

Обхват на проучването:

Участниците са 553 жени, от град Русе.

Изследването се проведе в три поредни дни (18.04.2017 - 20.04. 2017 включително).

Метод на изследване:

Доброволна, анонимна, онлайн анкета, със затворени структурни въпрос.

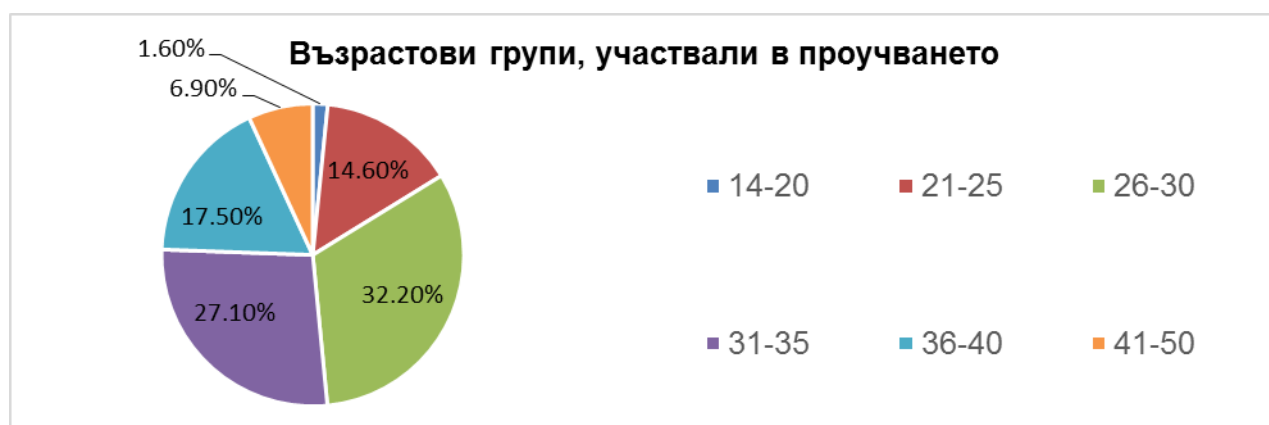
Анализ на данните от проучването:
Интерес към анкетата проявяват жените от 14 – 50 годишна възраст – фиг.4.



Фиг.4. Участници в проучването по възрастови групи.

Проучването установи, че жените, които са запознати с менструалните чашки като хигиенен метод са 36% (199 жени), 18,1% (100 жени) имат частична информация, а 46,7% (258 жени) не разполагат със знания.

Отговорите на участниците в анкетата включваща тяхната осведоменост са представени на фиг.5.



Фиг.5. Осведоменост на участниците относно менструалните чашки.

Информираните участнички в анкетата (391 жени) се осведомяват от различни източници: чрез интернет са получили информация 84.9% (332 жени), 5,4% (21 жени) от своите акушерка и акушер-гинеколог, 13,6% (53) от приятелка, 2,3% от литературни източници, от медии 7.4%.



Фиг.6. Източници на информация за менструалните чашки, на запознатите с тях.

Проучването показва, че въпреки сравнително добрата осведоменост, менструалните чашки са на последно място, като предпочитан хигиенен метод за

жените в Русе – едва 1.6% (или 9 жени от 553) разчитат на тях по време на своята менструация.

Предпочитани хигиенни методи според участниците в проучването са: само тампони 7.6%, превръзки 69.1%, комбинация от тампони и превръзки 27.3% - фиг.7.



Фиг.7. Предпочитани хигиенни методи по време на менструация според участниците в проучването.

Анкетираните жени показват желание и необходимост от здравна информация - правилата за хигиена при ползването на менструалните чашки, ползите и асоциираните рискове на средството.

Предпочитан източник на здравна информация за проучваните са представени на фиг.8.



Фиг. 8. Предпочитани източници на здравна информация.

Получените резултати от проведеното проучване сред жените от град Русе, отразяват нарушената през последните десетилетия връзка между жената и нейната акушерка. Само 27.1% от анкетираните 553 жени, посочват акушерката като предпочитан източник на здравна информация относно хигиенните методи по време на менструация. В резултатите от анкетата, акушерката заема последно място, след интернет - 32.4%, приятелки - 34%, акушер-гинеколог - 66.4%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Менструалните чашки са на пазара над 80 години, но остават по-малко популярни в сравнение с останалите хигиенни средства, използвани от жените по време на менструация.

Съществуват достатъчно научни доказателства, които демонстрират значими предимства пред останалите методи за лична хигиена и безопасност за женското здраве. Употребата им е факт в развитите световни държави.

Проучването показва, че жените не са осведомени от нужните медицински специалисти, липсва необходимата здравна информация.

Акушерката, като медиатор за здраве, няма възможността да осъществява профилактика и да дава необходимата за жените здравна информация, независимо осъществяваните през последните години многобройни реформи в здравеопазването.

Липсата на действащ модел на акушерска здравна грижа, намира изява в данните от направеното проучване. Интернет информацията е изчерпателна по проблемите, които вълнуват българските жени, но те не могат да заменят здравната консултацията насочена към отделната личност.

Съвременният подход на здравна грижа е насочен към уникалните индивидуални характеристики на отделната личност и акушерката има значимо място със знания, умения и компетенции.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Сербезова, И., Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, Русе, 2014

[2] Barbara B. North, et al., Preclinical, Clinical, and Over-the-Counter Postmarketing Experience with a New Vaginal Cup: Menstrual Collection, J Womens Health (Larchmt). 2011 Feb;

[3] Hockert S. Catamenial Sack. U.S. Patent and Trademark Office, 1867. Patent No. 70843.

[4] www.framar.bg, 15 Ключови етапа в историята на женската менструация.

[5] <http://menstrualcup.co/who-invented-the-menstrual-cup/>

[6] <https://www.somostriodos.com/copa-menstrual/>

За контакти:

Даниела Лютакова, студент I курс, специалност Акушерка, РУ „Ангел Кънчев”,
e-mail: lachezarova@gmail.com

научен ръководител: ас. Цвета Христова, РУ „Ангел Кънчев”, ФОЗЗГ, катедра
Здравни грижи, email: tshristova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Мястото на патронажната акушерка в пренаталните грижи за бременната

автор: Яна Димитрова
научен ръководител: ас. Цвета Христова

Abstrakt: *Pregnancy is one of the wonderful periods of a woman's life, but it requires caution and specialized health care for expectant and care to wear her child. Prenatal care is health care the woman who should be used during pregnancy. During the nine months of pregnancy often will be the subject of attention of the medical body-midwife who aim: maintaining pregnancy; health care for mother and fetus; prevention of complications related to pregnancy and birth, explaining and answering a lot of questions of any kind*

Key words: *midwife and pregnancy; prenatal care pretermbirth; OMAEP; NICE*

ВЪВЕДЕНИЕ

Научни и психологически изследвания през последните десетилетия доказват, че пренаталният период на човешкия живот е толкова важен, колкото ранната детска възраст. В майчината утроба у детето се формират, развиват и възпитават физическото, емоционалното и умствено ниво от майката, бащата и тяхната среда. Образованието на бъдещото поколение се осъществява чрез естествените процеси на бременността от майката.

Акушерката е незаменим спътник за всяка жена в процеса бременност – раждане – майчинство.

Думата „акушерка“ на всички езици звучи респектиращо. На английски език означава „заедно със жената“, на френски – „мъдра жена“, а в немския език - „старата жена, която хваща бебето“[1].

Класическият модел на акушерска здравна грижа се фокусира върху осигуряването на максимално добро здраве на майките и децата, превенция и ранно откриване на проблемите и обръща внимание върху емоционалните, социалните и духовните аспекти на бременността, раждането и отглеждането на децата [1,2,3].

В началото на XXI век, в условия на коренно преустройство в обществено-политическия живот и здравеопазването на страната, изчезва в Доболничната помощ профилактичната дейност на акушерката в пренаталния период. В системата на майчино и детско здравеопазване, акушерската здравна грижа се разглежда като не толкова важна дейност. Достигнато е до липса на стимули за раждаемост във време на демографски срив; до липса на професионална здравна информираност и промотивност за време на бременност и раждане; липса на нужната подкрепа в обгрижването на новородените и кърменето. Това води до негативен здравен, социален и национален статус.

ИЗЛОЖЕНИЕ

В началото на 1980 година, се появяват публикации от изследвания за пренаталния живот и нуждата от грижа. За основополагаща се счита Франция с организирането на Първа национална асоциация за пренатално образование (ANEP – France), ноември 1982г. Следват подобни асоциации в Испания, Гърция, Белгия, Норвегия, Португалия. През 1991г. тези шест асоциации се обединяват и създават Световната организация за пренатално образование (ОМАЕР). Постепенно периметърът на вниманието се разширява от пренатално образование към бременност и нероденото дете към родителите, семейството и обществото като цяло. Посочва се пренаталното образование и обучение за основа на проблемите, пред които е изправено човечеството. Мотото на конгресите доказват това: „Свят

без насилие“ (Венецуела, 2001г.), „Пренатално образование и мир“ (Гърция, 2004г.; Швейцария, 2007г.) [8,9].

Целта на сесията на ОМАЕР, в Двореца на ООН в Женева (юли 2011г.), е насърчаване на пренаталното образование в световен мащаб, като част от общото образование на човечеството – ключ към обединяване на всички прогресивни сили.

УНИЦЕФ добавя параграф към „Международната конвенция за правата на децата“, за „задължението да бъде информирана бременната жена, бъдещия баща, за тяхната роля с нероденото дете“ (2002г.) [7.8].

Пренаталното образование и обучение в развитите страни от ЕС е намерило решение в „Центрове за майката и детето“, Женски клиники и др./Израел, Франция/, съпроводено е със сертификат и последващо получаване на държавни помощи.

- Франция

Пренаталното образование обхваща задължителни занимания за безболезнено раждане, физически упражнения и психологическа подготовка/включва и бащите, желаещи да присъстват на раждането/. По време на престоя на родилките в болницата, акушерките ги обучават на кърмене, подкрепа при обличане на новороденото, къпане и тоалет, закалителни процедури.

- Англия

Акушерската грижа обучение за новороденото се извършва след раждането чрез домашен патронаж – грижа за пълпето, тоалет на бебето, подпомагане на майката в обгрижването на детето. Домашните посещения приключват, когато жената е в състояние да се справя самостоятелно с ролята на майка. В Англия акушерската пренатална грижа включва не само грижа за бременната, но и консултиране, подкрепа и обучение, подпомагане на семейството да се подготви за родителство. Националният институт за здравни грижи /NICE/, подновен през XII.2014г. подкрепя акушерската здравна грижа при нормално протичаща бременност – на практика акушерката осигурява цялата пренатална и антенатална грижа в Медицински центрове, когато липсват усложнения и рискове за майка и бебе. NICE е за подкрепа на акушерката към бременна, родилка и новородено. От акушерките се организират часове на различни теми на обучение веднъж седмично, може да присъстват партньори или близки. В някои области има часове за пренатални акушерски грижи за самотни майки, тинейджърки или неговорящи английски език.

- Швеция

Всяка бременна получава сертификат за майчинство, когато посещава пренатални грижи. Те се организират от Център за бременни /MVC/. Сертификатът може да бъде изпратен до застрахователен център, действа като уведомление за родителско обезщетение. За да посещава програми за образование на родители, бременната може да отсъства от работа.

- Холандия

Дейността на акушерката е независима, има самостоятелна практика и сътрудничи с болница и акушер-гинеколог, когато се налага. При бременност протичаща без усложнения, сама провежда Женска консултация, асистира при раждане и проследява възстановителния период. По време на бременността акушерката се среща многократно с бъдещите майки с които работи, за да ги опознае много добре – физически особености, страховете им, притеснения, предпочитания.

- Канада

Акушерките имат самостоятелни кабинети или работят в група /екип от акушерки/. Те наблюдават бременните жени, осъществяват пренатални домашни посещения. В някои провинции /Онтарио, Квебек, Манитоба, Алберта и Британска Колумбия/, дейността на акушерките е регламентирана и платена от правителството с цел по добро обхващане на бременните /имат недостиг на акушерски кадри/.

- Русия

Пренаталните акушерски грижи се осъществяват чрез домашен патронаж и часове за образование и обучение на бъдещите майки към медицинските поликлиники – абсолютно всички бременни са обхванати (100%)

- Япония

Пренаталната акушерска здравна грижа се осъществява с трикратен курс за бременни организиран към общините на селищата. Съдържа теоретична информация и практически обучения за стил и начин на живот, кърмене и отглеждане на новороденото. Осъществява се строг контрол върху хранителен и двигателен режим, денталната профилактика. Курсът продължава след раждането и подпомага майките в обгрижване на децата. Обучението обхваща и бъдещите татковци – предоставя здравни съвети и упражнения за първи грижи към детето. Открита е гореща телефонна линия за задаване на въпроси относно бременност, кърмене, отглеждане на бебето. Добре е развита и ефикасно функционира патронажната дейност на акушерката - преди и след раждане [5].

Съществуващият здравен модел за пренатална акушерска грижа в България не води до положителни показатели във възпроизводството и здравния статус на нацията, а това е най-важният ресурс за една страна. Здравето е не само човешко право, но и отговорност.

След 1999 година пренаталните акушерски грижи на практика се преустановяват, прекратява се грижата на „патронажната акушерка“, радвала и помагала на майките до края на миналия век. Срещата с акушерката е само при попълване на документацията в Доболничната помощ, при престоя на родилката в болница, на бременната – в отделение Патологична бременност.

С реструктурирането на Доболничната помощ, на практика се ликвидира системата на патронажни грижи в наблюдение на бременните, което е част от пренаталните акушерски здравни грижи. Поради действащите в момента нормативни закони, се нарушава непрекъснатостта на акушерските здравни грижи. Този медицински модел не отчита, че състоянието бременност е преход към важния момент на родителство и отглеждане на децата. Акушерските компетенции се ограничават и бременните не получават продължителна и пълна акушерска грижа, която може да включва:

- ❖ динамични домашни посещения в различни срокове на бременността;
- ❖ предоставяне на здравна информация и съвети;
- ❖ обучение за безопасна бременност, режим и диета по време на бременност, кърмене, обгрижване на детето;

През 9 те месеца на бременността майката има нужда от информация за бременността и отглеждането на бебето.

Според Директивата на ЕС, акушерките са с компетенция предоставяща наблюдение и подкрепа на бременност (Европейска Директива за акушерки 2005/36 чл. 40, 41, 43, Annex V). Акушерката е здравен медиатор и консултант по женско здраве [6,7,8,9].

В часовете по Клинична практика в Доболнична помощ, Патологична бременност, Родилно отделение, Родилна зала, към Акушеро-гинекологично отделение на УМБАЛ град Русе, се направи проучване чрез насочено наблюдение и анонимна доброволна анкета със затворени въпроси към бременни и родилки. Изследването се извърши през периода в трети семестър на обучението в степен бакалавър по специалност Акушерка, в РУ „Ангел Кънчев“ град Русе.

Обхванати са 52 жени, 40 бременни и 12 родилки.

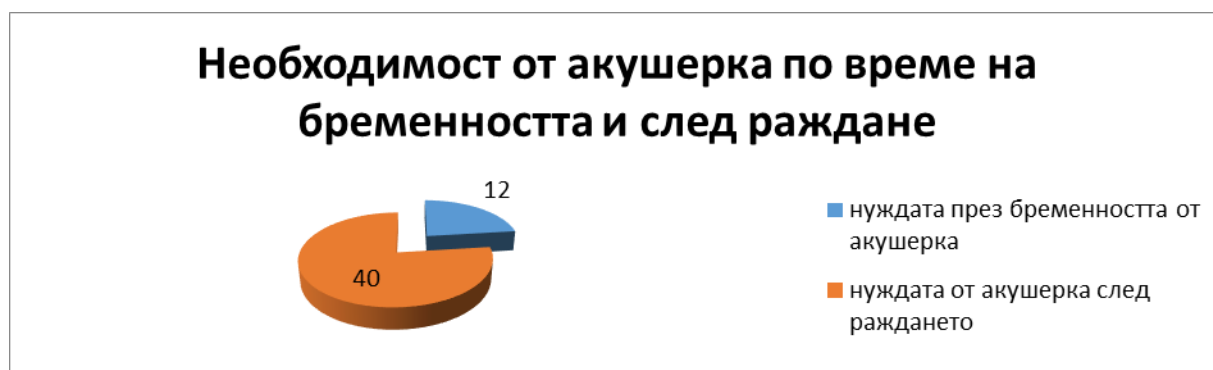
Цел на проучването: Ролята на акушерката в пренаталната грижа за бъдещите майки

Анализ на данните: Участниците в проучването посочват акушерката като необходимост в консултирането и обучението на бъдещите майки в пренаталния период – фиг.1.



Фиг.1. Нуждата от акушерка в пренаталния период на жената според анкетираните жени

Анализът от анкетата разкрива, че жената има нужда от патронажна акушерска грижа по време на бременността и след раждането – фиг.2.



Фиг.2. Необходимост от патронажна акушерка преди и след раждане, според анкетираните жени

Участничките в изследването показват доверие към акушерката при оказване на здравна консултация и обучение за състоянието бременност и грижи за новороденото – фиг.3.



Фиг.3. Доверие в грижата оказвана от акушерка

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Организацията на акушерските здравни грижи в настоящия период в страната, е несъответствие между здравни проблеми и осъществяването на грижите. [2].

Пренаталните акушерски грижи са ключ за намаляване на майчината и детска смъртност и заболяемост.

Въпреки, че повечето бременни се проследяват от Женска консултация на Доболничната помощ, обхватът и качеството не отговарят на съвременните изисквания и са в тясна връзка с лошите показатели на перинатална детска смъртност, висока недоносеност, демографската катастрофа на ниска раждаемост в страната и лоша мотивация за възпроизводство на българката.

В системата на здравеопазване няма интегриран подход към цялостното обслужване, необходимо за реализиране политиката от Конференцията в Кайро. Липсата на тази услуга води до неудовлетвореност

Липсата на акушерска пренатална здравна грижа и патронажна акушерска грижа оставя дълбока негативна следа върху психическото и социалното благополучие на българската жена, а понякога и върху физическото състояние на майката и детето.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Димитрова, Д., Акушерки на практика, София, изд. ТАКТ ООД, 2010г.,
- [2] Георгиева, Л., Здравни потребности на населението, изд.Стено, 2011.
- [3] Сербезова, И., Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, изд. Русенски университет, Русе, 2014
- [4] Стоичкова, Г., В. Хинева. Ролята на акушерката в процеса на консултиране на бременни, родилки и гинекологично болни жени, //Здравни грижи, №2, 2007.
- [5] Христова, Ц., Значимата роля на акушерката в обучението и образованието на бременни, //Здравни грижи, № 4, 2016.
- [6] Davis Elizabeth, Heart&Hand. A Midwife's Guide to Pregnancy and Birth. Celestial Arts, Berkeley, 2010.
- [7] Leboyer, Frederick. Birth without Violence. Healing Arts Press, Rochester, Vermont, 2002.
- [8] PEPS Essential antenatal, perinatal and postpartum care. Training modules. Copenhagen WHO Regional Office for Europe, 2002
- [9] www.euro.who.int/document/

За контакти:

Яна Димитрова, студент II курс, специалност Акушерка, РУ „Ангел Кънчев“ e-mail: qni4ka1305@gmail.com

научен ръководител: ас. Цвета Христова, РУ „Ангел Кънчев“, ФО33Г, катедра Здравни грижи, email: tshristova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФО33Г-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Здравен риск за малолетната и непълнолетна бременност

автор: Дидем Реджебова
научен ръководител: ас. Цвета Христова

***Pregnancy by teenagers:** The woman starts to become pregnant after starting to ovulate. Ovulation occurs as the culmination of the exact line of DPPI between the brain, pituitary and ovaries. Young girls who become pregnant before the age of 16 receive an average menarche at 11.7 years compared with those girls who became pregnant between the ages of 19-25 years of age, at which menarche occurs at age 13.*

Key words: under-age, risks, pregnancy, prevention, society

ВЪВЕДЕНИЕ

Ранните раждания и рисковете, които крият за жената, е системно подценяван. Съжителствата с малолетни и непълнолетни момичета, които на детска възраст стават майки, е много тежък проблем за страната. Те са жертва на сексуално, емоционално и физическо насилие. Общността, в която това е нарастваща във времето традиция, нанася върху здравето и психиката на децата непоправима вреда и унищожава много важен за развитието на индивида период от живота - детството. Това е здравно - социално - политически проблем касаещ бъдещето на населението в страната.

Докладът има за цел да разгледа рисковите фактори за здравето от бременност при малолетни и непълнолетни момичета.

ИЗЛОЖЕНИЕ

В своя презентация на обществена дискусия, Представителят на УНИЦЕФ за България, изтъква на 4 април 2014г., че т.нар. ранни бременности и раждания са реалност във всички страни по света: около 7 млн. деца годишно се раждат от майки на възраст под 18 г. Радочай разкрива дългосрочно, негативния ефект на ражданията от малолетни и непълнолетни майки за здравето и социалния статус: майките не са физически и психологически готови да са родители; не завършват образованието си, оставят без възможност за заетост и стават зависими за оцеляването си; възможни са усложнения при раждането и здравословни последици за детето; децата страдат от незрелостта на родителите и по отношение на родителската грижа.

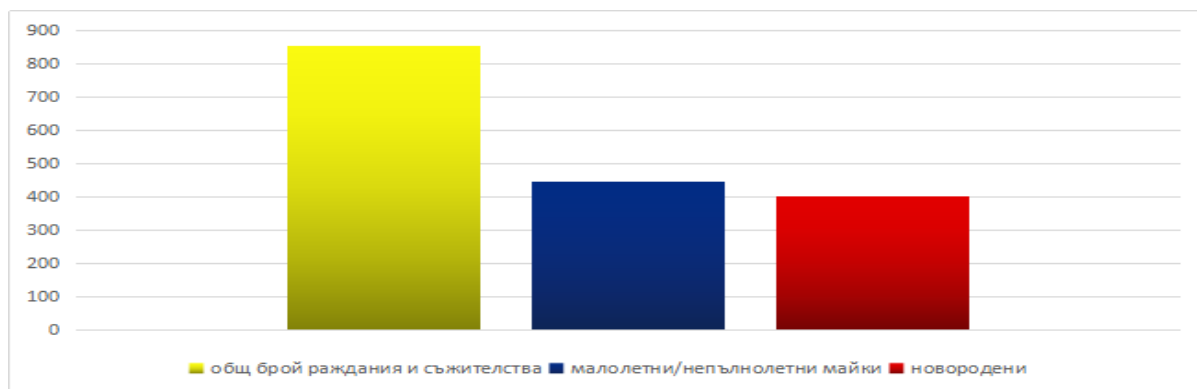
В Европа, по показател „деца раждат деца“ България се нарежда на челното място. През 2009 година, повече от 10 000 момичета са родили преди да навършат 20-годишна възраст, почти 500 от тях са под 15 години. Същата година е регистрирана най-младата майка на 11 годишна възраст.

В Ямбол, 36 годишна жена е с впечатляващ рекорда от 28 бременности, 14 деца, забременява за пръв път на 13. Висок е броят на ранните бременности и раждания в районите: Сливен, Русе, В.Търново, Пазарджик, Димитровград.

Статистическите данни за сключените бракове през периода 2010 - 2015 г. сочат, че има тенденция към **увеличаване на случаите на встъпилите в брак непълнолетни деца** [3,4,5].

През 2015 г. председателят на ДАЗД съобщава, че всяка година близо 7хил. момичета под 18-годишна възраст раждат.

Анализ на *Държавната агенция за закрила на детето*, показва общият брой регистрирани случаи на ранни съжителства и ранни раждания и на новородените бебета от малолетни и непълнолетни момичета нарастват [5] – фиг.1.



Фиг. 1. Статистически данни на ДАЗД за 2015 – 2016г.

- ✓ С цел предотвратяване на нежелана бременност, както и да се гарантира, че подрастващите не страдат от бедните репродуктивни и сексуални здравни последици, е необходимо по-добро разбиране на специфичните предизвикателства и нужди на подрастващите сексуално и репродуктивно здраве.

Графиката илюстрира тревожната тенденция на проблема „деца раждат деца“.

От 1 октомври 2015 г. до 14 декември 2016 г. са установени 853 регистрирани случая на ранно съжителство и брак и ранно раждане от малолетни и непълнолетни. От родените 405 бебета, 5 са на малолетни майки, останалите 400 са непълнолетни. 13 от тях са родили второто си дете, а две от майките са бременни с третото си дете. [5].

Раждането през тази възраст се счита като заплаха, както за майката, така и за плода поради рисковете, които крие една подобна недооценена бременност - води до аборти, проблеми с износването на следващите бременности, психологически травми, нарушена социална адаптация [1].

Адолесцентството е период, в който се наблюдават хормонални, физиологични и психологични промени в живота на девойката. Промените свързват двата периода от нейния живот - детство и зрелостта.

Забременяването в тази възраст най-често се дължи на ускорен пубертет при полово незрели девойки, често е нежелана.

Различават се няколко относително отдеференцирани стадия:

- ✓ стадий на ранно адолесцентство (11 - 14 години) – характеризира се със склонност да укриват бременността и невъзможност за вземане на самостоятелно решение за прекъсването ѝ.
- ✓ стадий на средно адолесцентство (15 - 17 години) - съществува рисков поведение доказващо независимост от родителите.
- ✓ стадий на късно адолесценство (18 - 20 години) – девойките забременяват тенденциозно, за да предизвикат годеж или задоволят сексуални нужди [2].

Физическият растеж при момичетата се ускорява след 10-та година и завършва на 18 годишна възраст. Развитието на таза не е в синхрон с израстването във височина - уголемяването на тазовия канал продължава до по-късен възрастов период. Тази особеност става една от причините за проблеми и усложнения по време на раждане [1,2].

Рискова се приема възрастта 14 - 15 години – тазовите размери остават гранични между нормални и намалени.

Диагнозата за бременност по време на пубертет се изгражда трудно поради това, че младите девойки са склонни да скрият състоянието си. При полово активните момичета анамнезата изисква насоченост към евентуална бременност.

Причините за ранните бременности и раждания са различни и са свързани както с обществени, така и със социални и икономически фактори: Сред тях са ниска

сексуална култура; рисково сексуално поведение; широко разпространение на небезопасни сексуални контакти; кратка продължителност на сексуалните партньорства; сексуални контакти срещу пари и подаръци; ранно отпадане от училище, неблагоприятна семейна среда; тема – табу в училище и вкъщи, натиск от общността за ранно раждане; липса на административни санкции за мъжете, които съжителстват с малолетни и непълнолетни; здравно осигуряване под 18 годишна възраст – момичетата се възползват, че все още са осигурени и забременяват, за да ползват преференциите от това.

Рисковете за здравето, които съществуват при малолетни и непълнолетни майки са:

- ✓ хипертония - по честа като патологични състояния на бременността: прееклампсия и еклампсия;
- ✓ анемия;
- ✓ кръвотечения през първи и трети триместър на бременността;
- ✓ инфекции – пикочо-половата система и др.;
- ✓ заплашващи аборти;
- ✓ заплашващи преждевременни раждания с рискови недоносени бебета;
- ✓ *съществуват реални и високи рискове за новороденото* - ниско тегло, хипотрофичност, изоставане или отклонения във физическото и менталното развитие, повишен риск от синдрома на внезапната смърт;
- ✓ *усложнения по време на раждане*: руптура на матката, пелвио-фетална диспропорция, инфантилност на родовата дейност [1].

С цел предотвратяване на ранна нежелана бременност и охрана на репродуктивността на българската жена е необходимо разбиране на специфичните предизвикателства и нужди на подрастващите, профилактика на физическото и сексуално развитие [3].

Около 21 млн 15 - 19-годишни момичета в развиващите се страни забременяват всяка година, и почти половината от тези бременности (49%) са неочаквани. 38 милиона 15 - 19-годишни девойки са изложени на риск от бременност, но не искат дете в следващите две години, а само 40% ползват модерен метод на контрацепция [6,7].

Българският фонд за жените алармира, че **20,9% от българските ученици имат достъп до лекции в областта на здравето и сексуално образование** и модерните методи за контрацепция /по данни на Международната федерация по семейно планиране IPPFEN/, но липсват знания за сексуално преносимите инфекции, намалява сексуалната грамотност и се увеличава нежеланата бременност, от 32,8% през 2013 г. до 30,2% през 2015 г.[6,7].

Младите хора имат изключително **рисково сексуално поведение** – 40% не използват презерватив при първия си полов акт, поддържат паралелни сексуални отношения и кратка продължителност на сексуалните партньорства. **Налице е висока честота на ранната бременност (до 19 г.) и броя на абортите във възрастта 15 - 19 години.**

Проблемът „деца раждат деца“ е обществен проблем - обхваща сферите на здравеопазването, социалния живот, с демографски и юридически последици.

Майките под 18 години. не са физически и психологически готови да бъдат родители. Те не завършват образованието си, остават без възможност за заетост и стават зависими за оцеляването си. Възможни са усложнения при раждането и здравословни последици за детето. Тези „майки“ нямат образование, нямат приходи за отглеждане на децата си. Голяма част от непълнолетните майки изоставят децата си, тъй като не могат да се грижат за тях.

Официална европейска статистика на непълнолетните майки не се открива в проучените научни и литературни източници. В Европейската база данни не се намира регистър на родили до 18 години.

В нашата страна, отчитане на непълнолетни и малолетни бременности е затруднено от факта, че те не се наблюдават от специалист акушер гинеколог, голяма част от бременностите завършват като изкуствен аборт. Публикуваните статистически данни на НСИ отчитат само раждания на девойки под 20 години. Това е абсолютно недостатъчно, защото е съществена разликата между родилка на 19 и 14 години.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За справяне с проблема е необходима цялостна национална програма с целево финансиране, която да предложи системен и интегриран подход за превенция на ранните раждания и аборти сред подрастващите. Тази програма трябва да насърчи развитието на семейното планиране и да подпомогне достъпа до съвременни контрацептиви и здравно образование.

Необходимо е изграждането на Центрове за семейно планиране и превенция на репродуктивното здраве в детско-юношеска възраст, да се формира сексуално поведение и осъзнато родителство, което от своя страна ще доведе до намаляване на раждаемостта и по-добра сексуална култура.

Здравните проблеми се решават с международно и междусекторното сътрудничество. Качественото възпроизводство зависи от качеството на живота, а здравето е негов измерител. Други такива компоненти са трудовата заетост, образование, културните ценности.

Липсата на образование, липсата на информираност, неизползването на предпазни средства и ранни бракове, са основните причини момичетата под 18 години да забременяват и раждат. Трябва да се преосмисли образованието като социална инвестиция на семейството, държавата и обществото, без която не може да се постигне здравен и социален просперитет.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Сербезова, И., Специални акушерски грижи за бременни, раждащи, родилки и новородени, изд. Русенски университет, Русе, 2014, стр.180-183
- [2] Хаджиев, Ал., И. Карагьозов, Акушерство, изд. Медицина и физкултура, София, 2005, стр. 150
- [3] <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/contraceptive-use/en/>
- [4] <https://bgfundforwomen.org/bg/2016/11/14/rano-mi-e/>
- [5] <http://sacp.government.bg/bg/prescentar/novini/drzhavnata-agenciya-za-zakrila-na-deteto-startira-/>
- [6].<http://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT/countries> Adolescent fertility rate is the number of births per 1000 woman ages 15-19 .
- [7]. http://data.euro.who.int/hfadb/shell_en.html European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Office for Europe

За контакти:

Дидем Реджебова, студент I курс, специалност Акушерка, РУ „Ангел Кънчев“, e-mail: didem96@abv.bg

научен ръководител: ас. Цвета Христова, РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, e-mail: tshristova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Стволовите клетки – застраховка за собственото дете

автор: Ебру Матем

научен ръководител: ас. Цвета Христова

Abstract: *Stem cells: Extremely small and incredibly powerful: Becoming a parent is a responsibility for life. you may be wondering how to provide the best for your child and how to protect your child's health in the future. storage of stem cells in stem cells bank as one of the latest innovations in medicine, may offer new opportunities to solve intractable medical problems. Today stem cells can save the life of your child or another. Tomorrow, stem cells may be important for your future.*

Key words: *Stem cells, innovations in medicine, stem cells bank*

ВЪВЕДЕНИЕ

Стволовите клетки играят все по-важна роля в модерната медицина – в терапии и биологични и генетични изследвания. В над 4 000 проучвания със стволови клетки, са използвани стволови клетки от умбиликлната връв [1,2]. За специфичните особености на тяхното вземане се обучават лекари акушер-гинеколози. Акушерката е асистент в манипулацията, притежава нужните практически знания и желания да бъде призната като участник в процеса.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Стволовите клетки са неспециализирани клетки, уникални със своята способност да се размножават неограничено, и в същото време при определени условия да се диференцират в определени типове клетки, изграждащи различните тъкани. Техните необикновени качества са възможни благодарение на асиметричното им делене – процес, при който всяка майчина стволова клетка дава началото на две дъщерни, едната от които остава стволова, а другата е програмирана да се превърне в определен клетъчен тип. Така се получава голямо количество клетки, способни да създадат дадена тъкан, което е от изключително значение, особено при нужда от регенерация на увредена част. Изследователи в областта на медицината вярват, че изследването на стволовите клетки има потенциал да промени борбата с болестите при човека, като се използва за поправка на определени тъкани или за отглеждане на органи.

Исторически обзор

Смята се, че началото на изучаването на стволовите клетки е положено от канадските учени Ърнест Макълук и Джеймс Тил през 60-те години на миналия век. Стволови клетки могат да се извлекат от различни части на тялото и материи [2].

Първата в света трансплантация на стволови клетки е реализирана през 1988 година във Франция на пет годишно момче със синдрома на Fanconi (анемия от апластичен тип) - трансплантирани са стволови клетки от неговата сестра. Вече порастналото момче е в добро здравословно състояние.

През 1991 година, Медицинският Университетът в Синсинати, Съединените Американски Щати, обявява за успешна трансплантацията на стволови клетки от пъпната връв на дете с хронична миелогенна левкемия. Тази трансплантация поставя основата на лечението на болестите с използване на стволови клетки от пъпната връв [3].

Създаването на първата публична банка за съхранение на стволови клетки е през 1992 година в Съединените Американски Щати - реализира се първото съхранение със замразяване на стволови клетки от дете на един от основателите.

В редица научни медицински доклади са описани разширени проучвания и резултати от изследвания на трансплантация на стволови клетки от пъпната връв

/1995г. списание Lancet, Бангер/ - показват се по-добро преживяване и приемане в сравнение с донорството на костен мозък [1].

Ембрионалните стволови клетки (ЕСК)- се добиват от клетките на вътрешната клетъчна маса на бластоцисти във фазата преди имплантирането на ембриона в маточната стена и могат да дадат началото на трите зародишни слоя екто-, мезо- и ендодерма в *in vitro* условия. които на практика са фундаменталните клетки в човешкия организъм. На базата на тях ембрионът се превръща в човешко същество. Тъй като те са базисни клетки, могат да се развият под формата на всеки вид човешки клетки. Ембрионалните стволови клетки могат да се извлекат от вътрешната клетъчна маса на човешкия ембрион, когато е само на 4-5 дни. Това са най-ефикасните от всички стволови клетки.[3].

Над 35 000 трансплантации на стволови клетки от умбиликална кръв- хемопоетичните стволови клетки от умбиликална кръв са способни да възстановят имунната и хематопоетичната система. Те биват използвани вече, повече от 25 години, при лечението на над 70 различни заболявания. Взимането на проба от умбиликална кръв е лесно и безопасно.

Мазенхимните стволови клетки (МСК)- намират приложение при много клинични проучвания, в областта на регенеративната медицина, където целта е, заместване, възстановяване или обновяване на живи и функциониращи тъкани, при детска церебрална парализа, захарен диабет (тип 1), различни разстройства на централната нервна система сърдечно-съдови заболявания, увреждания на черния дроб, както и при редица автоимунни заболявания [1,2].

Обзорираната медицинска литература представя заключения, които могат да се формулират накратко:

- възрастните и ембрионалните стволови клетки могат да се използват за регенерация на тъкани в различни случаи. Те са по-добра алтернатива от трансплантацията на органи, налагаща се например при изгаряния и други инциденти. Изследователите виждат потенциал на този тип лечение и при заболявания като болестите на Алцхаймер и Паркинсон, тъй като стволовите клетки могат да заместят увредените мозъчни клетки и тъкани;
- те могат да се използват и за клетъчна регенерация, когато човешките клетки са увредени от удар или травма - стволовите клетки могат да се развият във всеки вид клетки. Затова специалистите възлагат надежди, че ще могат да ги използват и за заместване на увредените тъкани дори на сърцето;
- в случаи на диабет тип 1 увредените клетки на храносмилателната система, които произвеждат инсулин, могат да се заместят със здрави клетки от панкреаса. Възрастните стволови клетки са в състояние да се възпроизведат във всеки вид кръвни клетки, включително червените и белите кръвни телца. Затова имат важна роля и в лечението на заболяванията на кръвта;
- лечението със стволови клетки се очертава като по-добрата алтернатива за раково болните, тъй като те могат да заместят болните и да дадат нов живот на увредената тъкан. Могат да компенсират и загубата на клетки в резултат на химиотерапията [1,2,3,4].

Технология на вземане и обработка на стволови клетки:

След раждането на бебето и отделянето на плацентата, тя се предава на медицинския екип. По стерилен начин се изтегля кръвта от връвта в стерилен пластмасов сак. Взимането на стволови клетки става, когато плацентата и пъпната връв нямат досег с майката и бебето. Кръвта се транспортира в хладилна чанта на 4°C до специализирана лаборатория. Процедурата позволява транспорта да трае часове. Отделя се за контрола от няколко капки кръв и се изпращат в лаборатория, за да се преброи колко е гъстотата на стволовите клетки. При недостатъчен брой процедурата се прекратява и до замразяване не се стига.

В лабораторията кръвта се центрофугира и се отделят в друг стерилен сак стволовите клетки. Следва стъпково замразяване в програмен замразител до минус 196°C. Клетките се поставят в съд за съхранение, където се съхраняват определен период от време.

Тъканни банки в нашата страна са "Cryo-Save N.V.", "Future Health", "Cells4Life", "БУЛГЕН АД" и др.

Направи се проучване сред студентите акушерки II курс, на образователна степен бакалавър в РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра „Здравни грижи“ за желанието и нагласите им за участие в манипулацията вземане на стволови клетки от пъпната връв. Изследването се осъществи чрез анкета с 5 отворени въпроси включващи необходимостта от участието на акушерката, знания по темата, желание от студентите-акушерки, бариери и мястото на акушерската грижа в екипа.

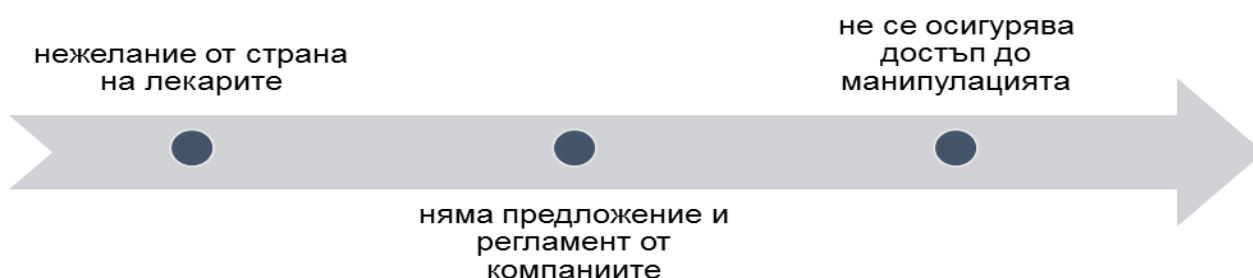
Анализ на резултатите от проведеното анкетно проучване:



Фиг.1. Желание за участие в екипа, за вземане на стволови клетки

Участниците в изследването са 22 – студентки-акушерки от II курс, IV семестър. От тях 64% заявяват желание да участват в манипулацията за вземане на стволови клетки, което се осъществява често в АГ отделението на УМБАЛ Русе. Те имат теоретични знания и имат увереност, че ще се справят с ролята на акушерката в екипа.

Не малък е делът на участници (27%), които изтъкват наличие на бариери в участието на акушерката в процедурата – нежелание от лекарите акушер-гинеколози, няма регламент от компаниите за равностойно участие на акушерка и не се осигурява достъп до манипулацията - фиг.2.



Фиг.2. Бариери пред акушерката за участие във вземане на стволови клетки

Отговорът за налични бариери е съвкупност от наблюдениято и проучваното мнение на работещи акушерки.

Мястото на акушерската здравна грижа в манипулацията за вземане на стволони клетки не включва само прякото участие на акушерката в процеса /вземане на тъкани и кръв/, тя е в необходимата консултация за ползите от процедурата, в психологическата подготовка на майката и семейството ѝ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вземането и съхранението на стволони клетки, като една от последните иновации в медицината, може да предложи нови възможности за решаването на неразрешими до този момент медицински проблеми.

Акушерката, като член на медицинския екип в родилната зала или операционна, със своите знания, умения и компетенции е необходима в извършването на процедурата. Тя е необходима и на майката, като медицински специалист и довереник.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Чакърлова, С., Р. Петкова, Р. Панков, Стволони клетки, АИ „Проф. М. Дринов“, София, 2015.

[2] <https://www.biohellenika.bg/bg/Istoria-na-stvolovite-kletki-v-sveta-p54.html>

[3] <http://bg.cryo-save.com/bg>.

[4] wikipedia

За контакти:

Ебру Тамер Матем, студент специалност Акушерка II курс, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.:089 249 2845, e-mail: ebry14@abv.bg

научен ръководител: ас. Цвета Христова, РУ „Ангел Кънчев“, ФО33Г, катедра Здравни грижи, email: tshristova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФО33Г-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Исторически данни за създаването на вагиналният спекулум

Цвета Христова

Abstract: The vaginal speculum is an instrument widely used within Obstetrics and Gynaecology. Its origination and design evolution are directed by its necessity for various interventions and operative obstetric and gynaecological techniques that aim the prevention, diagnostics and treatment of women's health issues. Survived both ethical and scientific debates, the speculum is the most widely used medical tool by obstetricians, gynaecologists and midwives.

Key words: vaginal speculum, Obstetrics and Gynaecology, history of speculum, women's health

ВЪВЕДЕНИЕ

Вагиналният спекулум е инструмент, който се използва за извършване на акушеро-гинекологичен преглед и манипулации при жени, от акушер-гинеколог и акушерка.

Историята на вагиналният спекулум е изпълнена със съмнителна етика в експериментаторската и приложна медицинска наука. „Версии на спекулум“ са открити в медицински текстове датиращи от времето на гръцкия лекар Гален, в археологически разкопки сред праха на Помпей.

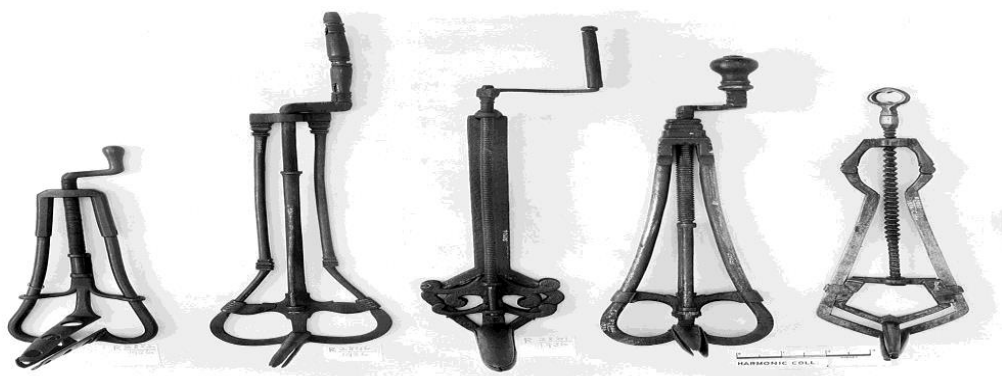
ИЗЛОЖЕНИЕ

Класическият гинекологичен преглед се състои в оглед на вътрешните полови органи с поставяне на инструмент, наречен вагинален спекулум – извършва се диагностика на влагалище и маточна шийка.

Спекулум (лат. Speculum magnum matricis – „за виждане“, огледало), (от гръцки dioptra) – медицински метален инструмент, който служи за разширяване на тесни отвори или кухини (влагалище, ректум, нос и др.), за оглед на вътрешността им [4].

Създаването на вагиналният спекулум има дълга и емоционално наситена история – противоречиви научни дебати, съмнителна етика и дебатиращ хуманизъм. Разкопки при Помпей доказват, че той е използван през I-ви век преди новата ера.

Soranus е първият автор споменаващ в произведенията си за вагинален спекулум [9].



Фиг. 1. Видове вагинални спекулуми от епохата на Древна Гърция и Древен Рим [9].

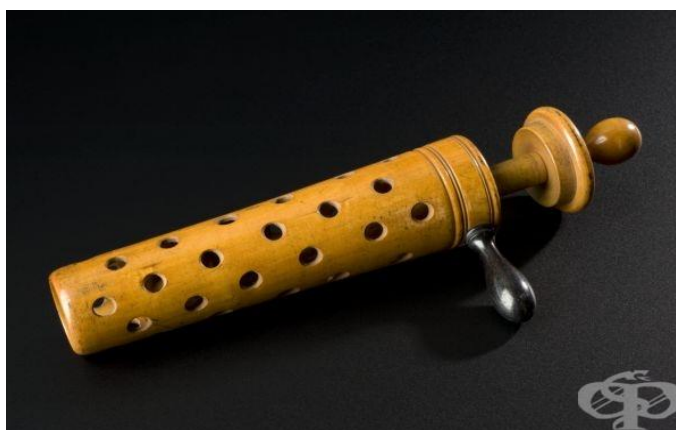
Вагинален спекулум използват древните римляни медици – вагиналният разширител е най-зрелищният римски медицински инструмент изграден от 3 – 4 зъбчати клапани, задвижвани чрез дръжка с винтов механизъм – фиг.2.



Фиг.2. Вагинален спекулум от Римската епоха [9].

Ислямски исторически източник описва използването на дървен вагинален спекулум – рисунково изобразяване в Abulcasis Al Zahrawi и в илюстрирана хирургия на Serefeddin Sabuncuoglu [2].

Изработени от чемшир или абанос, някои вагинални спекулуми са снабдени със специален механизъм, подобен на спринцовките. Любопитната „добавка“ на гинекологичния инструмент позволява въвеждане във влагалището и маточната кухина на различни течни лекарства [5] – фиг.3.



Фиг.3. Дървен спекулум за въвеждане на лекарства [5].

Гинекологичните прегледи със спекулум дълго време предизвикват спорове свързани с ползването им от мъже гинеколози. Интимното естеството на работа чрез тяхната употреба е причина за разгорещени спорове в медицински и други научни среди [2].

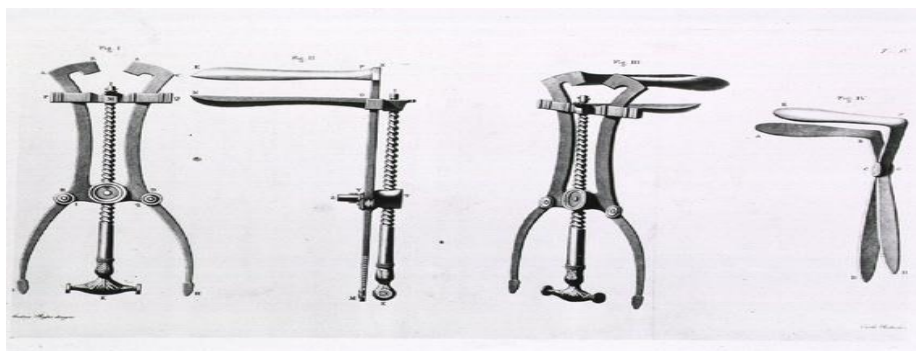
През 1800 година, използването на спекулум при гинекологичен преглед се счита за метод на заплаха и мъчение – придружаван от силни болки и наранявания. Прилага се експериментално сред задържани за проституция жени – внася облекчаващи мерки за провинението и подобрява усъвършенстване във формата на инструмента [4].

До края на същата година, прегледите с вагинален спекулум се превръщат в рутинна процедура на акушерството и гинекологията [5] – фиг.4.



Фиг4. Вагинален спекулум от края на 1800г.[5].

Противоречив памфлет от 1857 година „информира“ съпрузите, че гинекологичните прегледи с вагинален спекулум: "обрича своята ужасена жертва на позор и деградация" [7,8] – фиг.5.



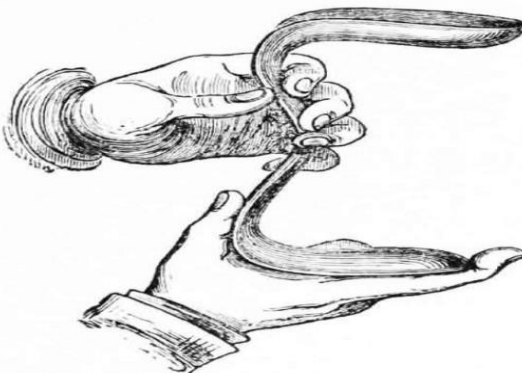
Фиг.5. Спекулуми от 1847г.

През XIX век, френският гинеколог Joseph Récamier внася ново визуално оформление – пистолет със съд за масло [3.5].

През 1821 година, италианският хирург Giuseppe Cannella комбинира спекулума с режещо острие – използва за ампутация на маточната шийка при рак и при пролапс на матката [5].

Marie Anne Voivin, френска акушерка работила през 1825 година, открива подходящия инструмент за женското здраве, който ще бъде неболезнено използван за гинекологични прегледи, ще освободи ръцете на преглеждащия в необходими манипулации [3].

Sims остава в американската медицина като "Бащата на гинекология" с редица сложни за времето гинекологични операции, с въведени подобрения на продължителните и протрахираны раждания, с дизайна на вагиналния спекулум. Лекарят от Алабама, през 1845 година в спешна акушерска ситуация използва за оглед на влагалището лъжица – така се стига до модела на Sims за спекулума [3]– фиг.6.



Фиг.6. Модел на Sims [3].

На по-късен етап, изработват вагинален спекулум от кух заоблен цилиндър, разделен на две подвижни части като клон на патица. За своите експериментални изследвания Sims използва черни робини [3].

D-г. Anthony Tizzano, гинеколог от Кливланд, колекционер на над 100 антични спекулуми, пише, че преди откритията от Sims спекулум, съществуват над 200 вида спекулуми за различни манипулации: при поставяне на пиявици върху маточната шийка, за кръвопускания, при третиране на рани [8].

Сър Уилям Фъргюсън (1808-77), лекар, работил през 50-те години на 19 век в Лондон, създава вагинален спекулум с огледална вътрешна повърхност, което позволява отразяване на светлината и показване вътрешната повърхност на влагалището [5]. За облекчаване на болката от прегледа, той добавя гумено външно покритие – фиг.7.



Фиг.7. Спекулум на сър Уилям Фъргюсън [5].

В Англия посрещат с критика вагиналния спекулум – считат за унизителен акт използването му при жената, за причиняващ физическа и психическа травма [2,7].

Археоложката Надежда Кирова, в научните си трудове коментира антични медицински находки открити по българските земи /Марцианопол – днешна Девня/ – в хирургически комплект присъства вагинален спекулум с учудващо за медиците малки промени касаещи съвременната форма [1].

Съвременният дизайн на вагиналния спекулум е с малки разлики съответстващи за удобството на употреба – фиг.8.

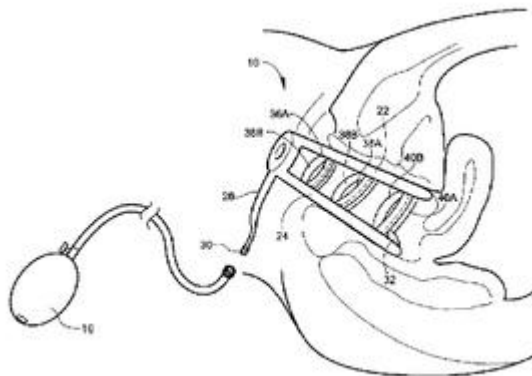


Фиг.8. Спекулум на Cusco, Pederson. Collin.

Вагиналният спекулум се състои от кух цилиндър със заоблени, разделени на две крайща /валви/, свързани с панти за осъществяване на движение.

Развитието за вагиналния спекулум продължава и днес.

Компанията FemSuite проектира надуваем спекулум носещ нейното име. Измененията във FemSpec премахват притискането и дискомфорта за жената при използването – фиг.9.



Фиг.9. Спекулум Fem Spec,

Съвременен модел е пластмасов вагинален спекулум, изработен с вграден светлинен източник в държача, улесняващ видимостта [6]

Промените във вагиналния спекулум се диктуват от здравните нужди на жената - без болка и дискомфорт.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Като най-старият инструмент в технологията за акушерско наблюдение, диагностика и лечение, вагиналният спекулум предизвиква сериозни дебати за коректността и силата за възприемане от женското тяло. Успешно преминал през времето, той доказва необходимостта в акушеро-гинекологичната практика за женското здраве.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Кирова, Н., Археология на българските земи, том 3, изд. Ишрай, София, 2009.
- [2] Sandelowski, M., This most dangerous instrument: propriety, power, and the vaginal speculum, J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.,2000, Jan-Feb; 29(1):73 - 82.
- [3] <http://bust.com/sex/14327-the-secret-history-of-the-speculum-14327.html>
- [4] [https://en.wikipedia.org/wiki/Speculum_\(medical\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Speculum_(medical))
- [5] framar.bg/галерия/вагинален-спекулум-от-1850-година
- [6] <https://www.theatlantic.com/health/archive/2014/11/why-no-one-can-design-a-better-speculum/382534/>
- [7] <https://www.thefword.org.uk/2012/04/speculum/>
- [8] <http://history-of-obgyn.com/speculum.html>
- [9] <http://exhibits.hsl.virginia.edu/romansurgical/>

За контакти:

ас. Цвета Христова, РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра „Здравни грижи“, e-mail: tshristova@uni-ruse.bg.

**Секция „Здравни грижи“
Подсекция Специалност „Медицинска сестра“**

Здравословно хранене на децата в Детска ясла

автори: Галя Русева, Шерифе Мустафова, Сезел Реджеб
научени ръководители: проф. д-р Соня Тончева дм, гл. ас. Тамара Цветкова

Abstract: Healthy feeding of children in the nursery: It is good to think about the health of the population in Bulgaria from the earliest childhood. Healthy nutrition means delivering the necessary amounts of nutrients - including vitamins, minerals and fiber - to the body. They help grow the body - so children need to consume more healthy foods. The key to healthy eating lies in the way of balancing the quantity of each of the food groups in the daily diet from the earliest age - the Jasmine. To direct children to healthy eating, first parents need to believe that proper nutrition provides health for them.

Key words: children, healthy eating, nursery

ВЪВЕДЕНИЕ

С оглед на здравния статус на населението в България добре е да се мисли за здравето от най-ранна детска възраст. Здравословното хранене означава да се доставят на организма необходимите количества хранителни вещества - в това число витамини, минерали и фибри. *Те спомагат за растежа на организма - затова децата трябва да консумират повече здравословни храни.* Ключът към здравословното хранене се крие в начина на балансиране количеството на всяка една от хранителните групи в ежедневиения режим още от най - ранна възраст – ясленската.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Цел: Да се проучи информираността на родителите на децата от 1 до 3 години относно здравословното хранене в Детска ясла „Звездици“ №13 в град Шумен.

Материал и методи: Проучването е осъществено чрез собствено разработен инструментариум анонимна анкета съдържаща 8 въпроса на 40 родители на деца от 1 до 3 години в Детска ясла „Звездици“ №13 град Шумен през периода м. декември 2016 г.

Резултати и обсъждане: Проучихме мнението на анкетираните родители какво според тях е пълноценно хранене (Фиг.1).



фиг.1 Пълноценно (рационално) хранене

Добрата информираност за пълноценното хранене е от голямо значение и статистическите данни показват, че повечето родители са запознати с рационалното хранене на децата . При проведеното проучване данните сочат, че

почти половината от децата консумират ежедневно плодове и зеленчуци (40%), веднъж седмично приемат риба и рибни продукти (35%), консумират тестени изделия (6%), ежедневно консумират мляко и млечни продукти (31%).

Проучихме мнението на анкетираните родители какво според тях е пълноценно хранене по възрастови групи (Фиг.2)



фиг.2 Пълноценно (рационално) хранене по възрастови групи

Вижда се, че децата на 1 година ежедневно консумират плодове и зеленчуци (5%), веднъж седмично приемат риба и рибни продукти (5%), консумират тестени изделия (2%), ежедневно консумират мляко и млечни продукти (5%). Децата на 2 години приемат в голям процент плодове и зеленчуци (25%), веднъж седмично приемат риба и рибни продукти (21%), консумират тестени изделия (5%), ежедневно консумират мляко и млечни продукти (17%). Децата на 3 години консумират плодове и зеленчуци (10%), веднъж седмично приемат риба и рибни продукти (9%), консумират тестени изделия (2%), ежедневно консумират мляко и млечни продукти (9%). Резултатите показват, че нито една от възрастовите групи не приемат захарни изделия, чипс, снакс, крекери и солени.

За нас беше важно да разберем дали анкетираните родители са запознати дали детето им се храни рационално (Фиг.3)



фиг.3 Рационално хранене при децата

Голяма част от родителите смятат че децата им се хранят рационално (75%), останалата част не могат да преценят (25%).

Проучихме мнението на анкетираните родители относно това дали детето им се храни рационално по възрастови групи (Фиг.4).



фиг.4 Рационално хранене при децата (по възраст)

Проучването показва, че в по-голям процент от родителите на 2 годишните деца смятат че децата им се хранят рационално (19%) и малка част (6%) не могат да преценят. Родителите с деца на 1 година смятат, че децата им се хранят рационално (5%). А родителите на 3 годишните деца смятат, че децата им се хранят рационално (6%) и останалите (4%) не могат да преценят.

Изследвахме мнението им относно тяхната информираност за седмичното меню в Детската ясла (Фиг.5).



фиг. 5 Седмичното меню в Детската ясла

Три четвърти от анкетираните родители следят седмичното меню в Детската ясла (76%), една четвърт не следят седмичното меню (24%).

Проучихме мнението на анкетираните родители дали одобряват пълноценното хранене (Фиг.6).



фиг.6 За или против пълноценното хранене

За да се насочат децата в посока на здравословното хранене, първо родители, трябва да повярват, че правилното хранене осигурява здраве за тях. Почти всички родители одобряват пълноценното хранене(97%), много малка част не могат да преценят(3%).

За нас беше важно да проучим мнението на родителите дали се допуска използването и предлагането на храна приготвена и останала от предишния ден (Фиг.7).



фиг. 7. Използването и предлагането на храна приготвена и останала от предишния ден

Повечето от родителите смятат, че не се допуска използването и предлагането на храна приготвена и останала от предишния ден (80%), малка част от анкетираните мислят, че се допуска и не могат да преценят (по 10%).

Проучихме мнението на анкетираните родители относно предпочитанието на детето им (Фиг.8).



фиг. 8. Предпочитания на децата

Половината от родителите са посочили като предпочитание на тяхното дете Кухнята на мама (49%), а по-малко от половината са избрали Кухнята на яслата (39%), и останалата част Кухнята отвън – заведения за хранене (12%).

Проучихме мнението на анкетираните родители относно предпочитанието на детето им по възрастова група (Фиг.9).



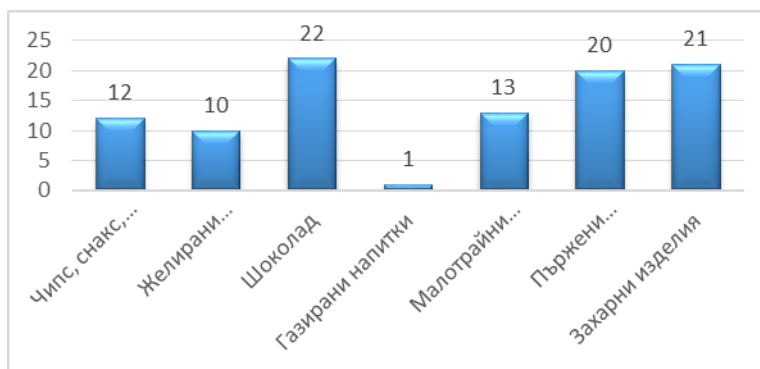
фиг. 9 Предпочитания на децата по възрасти

Резултатите показват, че децата на 1 година предпочитат кухнята на мама (4%) и кухнята на яслата (3%). А в по-голям процент 2 годишните деца предпочитат кухнята на мама (17%) и кухнята на яслата (17%) и малък процент кухнята отвън (5%). Децата на 3 години предпочитат кухнята на мама (9%), кухнята на яслата (4%), и кухнята отвън (2%).

Всички знаем, че определени храни са вредни и редовната им употреба може да повлияе отрицателно на организма по един или друг начин. Когато става дума за здравето на детето ни, трябва да сме особено внимателни. Детският организъм не е напълно оформен и понякога редовната употреба на вредни храни може да доведе не само до лоши хранителни навици, но и до сериозни проблеми, като например болен стомах и наднормено тегло. Ето кои храни детето ви не бива да консумира често:

- Чипс, снакс, крекери и солени;
- Желирани бонбони, близалки;
- Шоколад;
- Газирани напитки;
- Малотрайни колбаси;
- Пържени картофи;
- Захарни изделия.

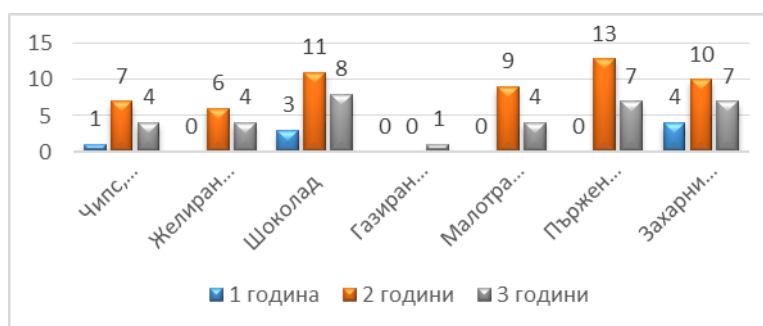
Изследвахме мнението на родителите, относно това какво приема тяхното дете (Фиг.10)



фиг.10 Прием на нездравословни храни

От анкетираните родители една пета са посочили шоколад (22%), захарни изделия (21%), пържени картофи (20%), а по-малка част малотрайни колбаси (13 %), чипс, снакс, крекери и соленки (12%), желирани бонбони и близалки (10%).

Изследвахме мнението на родителите, относно това какво приема тяхното дете по различни възрасти (Фиг.11)



фиг. 11 Прием на нездравословни храни (по възраст)

От получените резултати се вижда, че децата на 1 годишна възраст приемат чипс, снакс, крекери и соленки (1%), шоколад (3%), и захарни изделия (4%), а не приемат желирани бонбони и близалки, газирани напитки, малотрайни колбаси и пържени картофи. Децата на 2 годишна възраст приемат чипс, снакс, крекери и соленки (7%), желирани бонбони и близалки (6%), шоколад (11%), малотрайни колбаси (9%), пържени картофи (13%) и захарни изделия (10%), не приемат газирани напитки. Децата на 3 годишна възраст приемат чипс, снакс, крекери и соленки (4%), желирани бонбони и близалки (4%), шоколад (8%), газирани напитки (1%), малотрайни колбаси (4%), пържени картофи (7%) и захарни изделия (7%).

Проучихме от анкетираните родители възрастовите групи на децата им (Фиг.12).



фиг.12 Възрастова група на децата

Повечето от половината от анкетираните деца от Детска ясла „Звездици“ са на 2 години (61%), следвани от децата на 3 години (26%), и малка част на 1 година (13%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От направеното изследване стигнахме до следните **изводи**:

1. Половината от децата консумират ежедневно плодове и зеленчуци (40%), като веднъж седмично приемат риба и рибни продукти (35%).
2. Три четвърти от родителите смятат че децата им се хранят рационално (75%) и почти всички родители одобряват пълноценното хранене (97%).
3. Голяма част от анкетираните родители следят седмичното меню в Детската ясла (76%).
4. Повечето от родителите смятат, че не се допуска използването и предлагането на храна приготвена и останала от предишния ден (80%).

ЛИТЕРАТУРА

- [1] http://www.bb-team.org/articles/4189_zdravoslovnoto-hranene-kakvo-vkliuchva-to
[2] http://www.bb-team.org/articles/2767_zdravoslovnoto-hranene
[3] https://www.zdravoslovno.com/blog/healthy_eating_for_kids

За контакти:

Шерифе Мустафова, студент специалност Медицинска сестра, Филиал Шумен, Медицински университет – град Варна, тел.: 0895041567, e-mail: serife_kemal@abv.bg

**Анализ на информираността за риска,
разпространението и употребата на наркотичните вещества
сред учениците от IX до XII клас на
Професионална Гимназия по Строителство архитектура и
геодезия - град Шумен**

автори: Нурай Хасан, Емине Дурлюова, Емел Шефкет
научен ръководител: гл. ас. Тамара Цветкова

***Analysis of risk awareness, Distribution and use of narcotic substances Among students from the 9th to the 12th grade Professional High School of Civil Engineering and Architecture Geodesy - Shumen city:** Drugs are one of the adolescent's latest attempts to find a cure for realities that he does not know how to do otherwise: disappointment, despair, boredom, stress, fear. Each of these attempts, however, has a price, drugs lead to addiction, which can lead to a fatal outcome. Drugs are substances that have an impact on the psyche. They affect our senses, perceptions, thoughts, memory, mood and will.*
Key words: risk, distribution, pupils, drugs, use

ВЪВЕДЕНИЕ

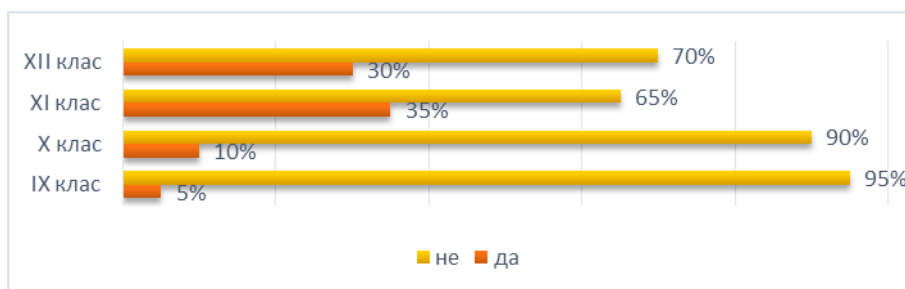
Наркотиците са един от поредните опити на подрастващия да намери лек за реалности, с които не знае как да се справи иначе: разочарование, отчаяние, скука, стрес, страх. Всеки от тези опити обаче си има цена, наркотиците водят до пристрастяване, което може да доведе до фатален изход. Наркотиците са вещества, които имат влияние върху психиката. Те въздействат върху нашите сетива, възприятия, мисли, памет, настроение и воля. Днес е наложително да приемем следните реалности- злоупотребата с психоактивни вещества сред децата, подрастващите и младежите се увеличава епидемично и се превръща в социален проблем. Знанието само по себе си не е достатъчно надеждна преграда пред такова социално зло като наркоманията. Употребата на наркотици довежда до различни болести на тялото и психиката. Тези болести могат да бъдат смъртоносни или да се окажат инвалидизиращи завинаги.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Целта на настоящото проучване е да се изследва информираността на ученици от IX до XII клас на „ Професионална Гимназия по Строителство Архитектура и Геодезия- град Шумен” за риска, разпространението и употребата на наркотични вещества.

Материали и методи: В проучването са обхванати ученици гимназиален курс от IX до XII клас на Професионална Гимназия по Строителство Архитектура и Геодезия- град Шумен” , през месец декември 2016г. Анкетирани са 80, от които 26 момичета и 54 момчета. За целта е разработен въпросник с 10 въпроса със закрити въпроси. За обработка и анализ на данните са използвани документален, статистически и графичен метод.

Резултати и обсъждане: Проучихме мнението на анкетирани ученици относно за това дали биха приели наркотично вещество (фиг.1)



Фиг.1 Приемали ли сте наркотично вещество

Резултатите показват, че една пета от анкетираните гимназисти биха приели наркотично вещество (20%), а останалата голяма част от учениците не биха употребили (80%). Като при 9 и 10 клас почти всички не биха употребили наркотично вещество (9 клас – 95% и 10 клас – 90%).

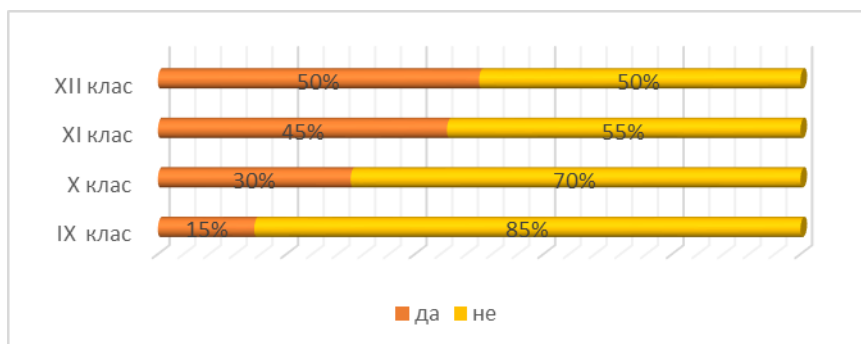
Проучихме дали учениците имат познати, които употребяват наркотици (фиг.2).



Фиг.2 Имате ли познати, които употребяват наркотици

Повечето от 1/3 от учениците имат познати, които употребяват наркотици (56,25 %). При 11 и 12 клас процентът на положителните отговори е по-висок (11 клас – 70% и 12 клас – 65%) Това е обезпокоително, защото показва, че снабдяването и разпространението на наркотици е лесно достъпно.

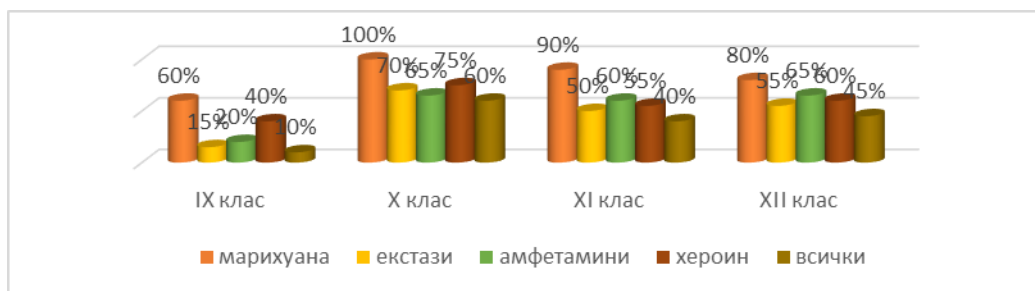
Проучихме мнението на гимназистите дали им се е случвало да им предлагат наркотични вещества (фиг.3).



Фиг.3 Случвало ли ви се е да ви предлагат наркотични вещества

Една трета от тях са отговорили с „Да“, което показва, че разпространението на наркотични вещества покрай училищата и на улицата е голям, както и риска от употребата им (35%). Като при 9 и 10 клас, процентът на тези които не са употребявали наркотици е по-голям (9 клас – 85% и 10 клас – 70%).

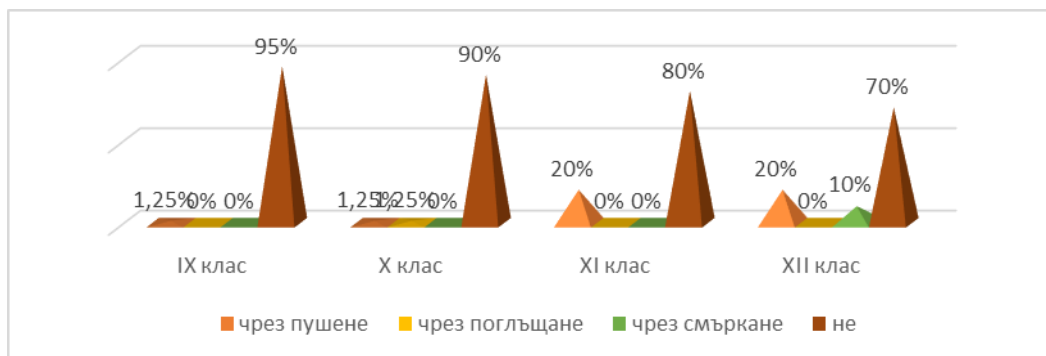
За нас беше важно да проучим мнението на анкетираните дали познават видовете наркотични вещества (фиг.4).



Фиг.4 Какви наркотични вещества познавате

Диаграмата покажува доколку учениците се запознати со распространените наркотични вещества. Голема част од учениците се посочиле марихуаната како нај-познато наркотично вещество (72,5 %), а на второ место екстази и амфетамини (63,75 %) , и по-малък процент од учениците познават хероина (58,75 %). Една трета од анкетираниите познават всички посочени видови наркотици (38,75 %).

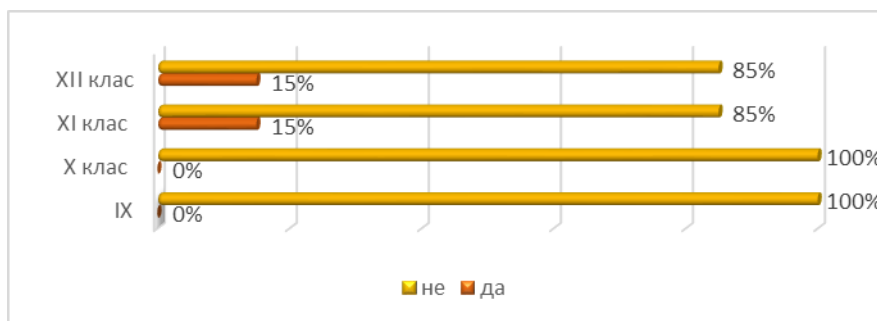
За нас беше важно да разберем по какъв начин учениците се приели наркотично вещество (фиг.5).



Фиг.5 По какъв начин сте приемали наркотично вещество

Малка част од анкетираниите се приемали наркотични вещества (16,25%). Някои од тях чрез пушине (11,25%), а други чрез смъркане (3,25%).По-голямата част од тях отричат да се приемали наркотици (85,00%).Като процента на употреба, е по-висок при 11 и 12 клас (11 клас – 20% и 12 клас – 30%).

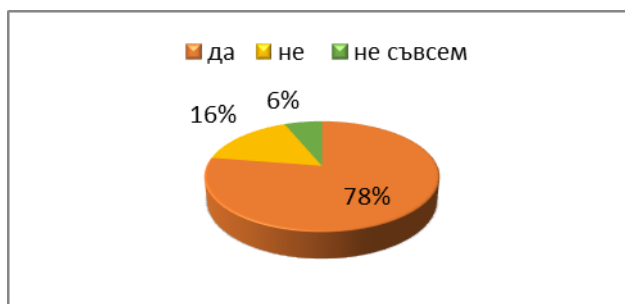
Проведеното проучване ни дава информација дали има случаи на принуда за вземане на наркотици (фиг.6).



Фиг.6 Принуждавал ли ви е някой да вземате наркотици

Малък процент потвърждават, че са принуждавани да вземат наркотично вещество (7,5 %). Отреклите да са принуждавани да вземат наркотици са значително повече (92,5 %). При 9 и 10 клас не е имало такива случаи.

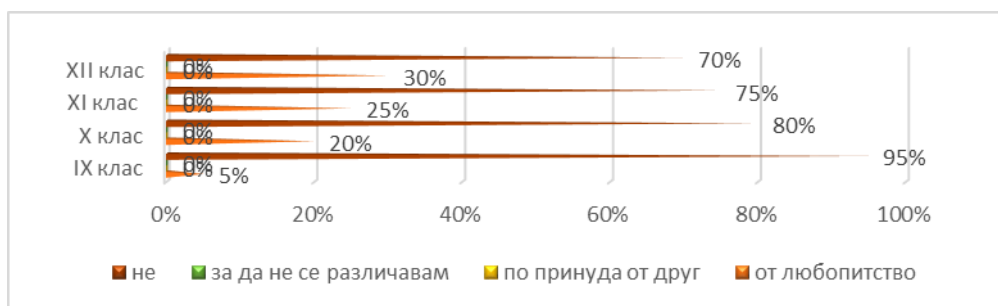
За нас беше важно да разберем доколку са информирани учениците за рисковете од употребата на психотропни вещества (фиг7).



Фиг.7 Информираност на учениците за рисковете от употреба на наркотични вещества

Според проучването по-голямата част от анкетиранияте ученици имат информация за рисковете от употребата на наркотични вещества (78 %), а много малка част от тях са посочили отговора „не съвсем“ (6 %). Тези, които са дали отрицателен отговор са (16 %). От посочените отговори се разбира, че темата за риска от употребата на наркотични вещества не е непозната за учениците.

Проучихме мнението на учениците кое би ги подтикнало към употребата на наркотично вещество (фиг.8)



Фиг.8 Ако сте опитвали наркотик, кое ви подтикна към това

Проучването показва, че една четвърт от гимназистите са опитвали наркотик от любопитство (20%), а по-голямата част от тях отричат да са опитвали наркотици до сега (80%). Процентът на тези, които биха употребили наркотици е по-висок при 11 и 12 клас в сравнение с 9 и 10 клас (11 клас – 25% и 12 клас – 30%, а 9 клас – 5% и 10 клас – 20%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В днешното забързано време, когато децата израстват неусетно, а промените настъпват бързо и неудържимо, често не забелязваме, че опасностите за младежите дебнат отвсякъде и ако не обърнем навреме внимание, проблемът може да стане сериозен и нерешим. Няма кой друг да замести учителя и особено родителя, щом става дума за проблем пред подрастващите. Колкото повече училището и семейството мълчат пред децата за наркотиците, толкова по-силно се чува изкуственият глас на улицата. Думите отлитат, примерът остава.

От направения анализ и оценка на резултатите за информираността за риска, разпространението и употребата на наркотичните вещества сред ученици от IX до XII клас на „Професионална Гимназия по Строителство Архитектура и Геодезия-град Шумен“ можем да направим следните **изводи**:

1. Проучването сочи, че голяма част от учениците не биха употребили наркотици (80%), а останалите са склонни да ги опитат (20%), но голяма част от анкетиранияте потвърждават, че имат познати, които употребяват наркотични вещества (56,25 %). Това говори, че достъпът до наркотици става все по-лесен.

2. На 1/3 от учениците са им предлагали наркотици, което показва, че съществува проблем във връзка с разпространението им в града (35%).

3. По-голямата част от учениците отричат да са приемали наркотични вещества (85 %). Малък процент от гимназистите са приемали наркотични вещества чрез пушене (11,25), а малко са потвърдените случаи на принуда за вземане на наркотици (7,5%) .

4. По-голямата част от анкетираните имат информация за риска от употребата на наркотични вещества, това означава, че темата за наркотиците е разпространена, за нея често се говори по здравни беседи, телевизия, но най- вече младите използват интернет за информацията относно темата за наркотиците(77,5%).

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Даскалов Р., Наркотиците, „ Просвета ”- София 1184
- [2]. Даскалов Р., Дрогите, „ Гуфо ” 2005
- [3]. Караджов Ю., Наркотиците-почти всичко за тях, „ ДИЛОК ” София 2003
- [4]. Маринов Е., Сбогом, наркотици!, „ Скорпио ” 2003

За контакти:

Нурай Хасан, студентка специалност „Медицинска сестра“, Филиал Шумен, Медицински университет- град Варна, тел. 0893671304, e-mail: nuritoo@abv.bg

Удовлетвореността на пациентите от здравните грижи на медицинските сестри в МБАЛ – Шумен

автори: Хатче Мустафа, Биляна Карова, Маргарита Йорданова
научен ръководител: проф. Соня Тончева, дм

Abstract: *The satisfaction of the healthcare patients of the medical nurses in the Shumen municipality: In nursing homes, nurses provide the highest percentage of patient care, communicate and interact to the greatest extent with them. Relationships between the nurse and the patient are at the core of nursing practice. Obviously there are gaps in the health system, these gaps affect the work of nurses as well as our rights as patients in our country.*

Key words: health system, work, nurse, patient satisfaction

ВЪВЕДЕНИЕ

В съвременното общество, все по-ясно се очертава мнението, че здравните работници, в частност медицинските сестри, не са на сто процента продуктивни, комуникативни и ефективни.

Налице е недоволство от страна на пациентите за това, че не са достатъчно бързо и добре обслужени в отделенията на лечебното заведение.

Очевидно е, че има пропуски в здравната система, тези пропуски рефлектират върху работата на медицинските сестри, както и върху правата ни, като пациенти в нашата държава.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Цел: Целта на настоящото изследване е да проучи, до колко са удовлетворени пациентите от грижите на медицинските сестри в болнични условия и има ли фактори, които да влияят върху тяхната продуктивност.

Материал и методи: Използван е социологически метод – анонимно анкетно проучване, проведено през месец Декември 2016г- Януари 2017 на територията на “МБАЛ – Шумен” АД . Анкетирани са медицински специалисти и пациенти в различни отделения.

Анкетата се проведе на територията на МБАЛ-Шумен, анкетирани бяха хора от различни възрасти с различно образование и професии, хора живеещи, както в града, така и извън него, с различна етническа и религиозна принадлежност.

Резултати и обсъждане: Интерес за нас, представляват някои от въпросите касаещи отношенията пациент-медицинска сестра .

Проучихме мнението на анкетираните медицински специалисти и пациенти дали е важна комуникацията между пациенти и медицински сестри (фиг.1 и 2)



Фиг.1. Важна ли е добрата комуникация между пациента и медицинската сестра? (анкетирани медицински сестри)

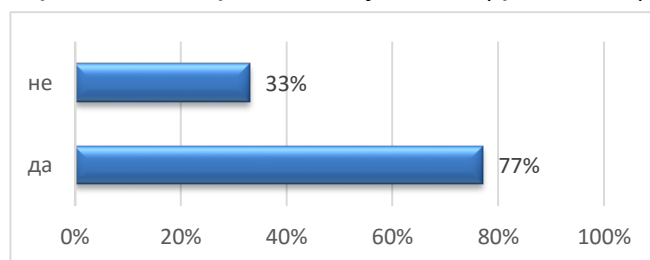
Три четвърти от анкетираните медицински сестри отговарят, че добрата комуникация между пациент и медицински специалист е важна (67%) и за останалите това няма значение (30%) , а единици от тях не могат да преценят (3%). Съществува факт , че една медицинска сестра отговаря за голям брой пациенти, борави с изключително голям обем от документация и не и остава време да комуникира с всеки един от пациентите.



Фиг.2 Важна ли е добрата комуникация между пациента и медицинската сестра? (анкетирани пациенти)

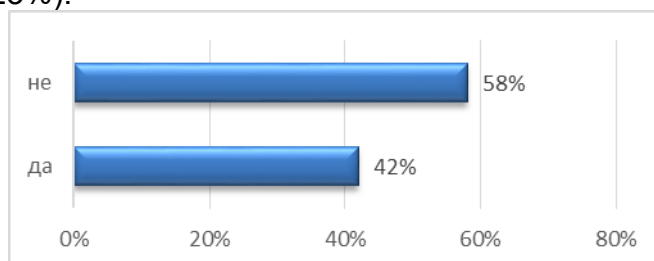
Голям процент от анкетираните пациенти отговарят, че добрата комуникация е важна (75%) и останалите пациентите смятат, че не е важна добрата комуникация между пациенти и сестри (25%).

Допитахме се до медицински специалисти и пациенти дали условията на работа са важен фактор за по- доброто обслужване (фиг. 3 и 4)



фиг. 3. Смятате ли, че условията на работа в болничното заведение, са важен фактор за по- доброто обслужване от страна на медицинската сестра? (анкетирани медицински сестри)

Висок процент от анкетираните медицински сестри, смятат ,че условията на работа са важен фактор за по-доброто обслужване (77%), а по-малка част от тях не са на това мнение (23%).



Фиг.4 Смятате ли, че условията на работа в болничното заведение, са важен фактор за по- доброто обслужване от страна на медицинската сестра? (анкетирани пациенти)

Малък процент са пациентите ,които смятат, че условията на работа е важен фактор за по- доброто обслужване (42%), а за останалите това няма значение (58%).

Заинтересувахме се от мнението на медицинските специалисти и пациентите, необходимо ли е заплащането да определя качеството на грижите(фиг.5 и 6)



фиг. 5.Необходимо ли е заплащането да определя качеството на грижите към болния? (анкетирани медицински сестри)

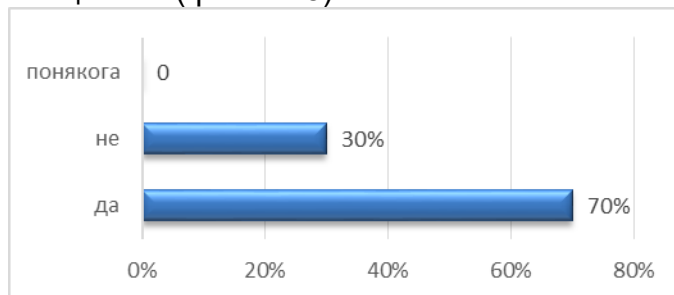
Почти всички от анкетиранияте медицински сестри са на мнение, че заплащането определя качеството на грижите към болния (97%). За пример те дават, различните частни клиники в страната, където заплатата на една медицинска сестра достига до 1000лв. Според тях, финансовият стимул е важен фактор за по-доброто обслужване на пациентите, а единици от тях не са на това мнение (3%).



фиг. 6. Необходимо ли е заплащането да определя качеството на грижите към болния? (анкетирани пациенти)

Всички от анкетиранияте пациенти (100%) смятат, че заплащането не трябва да определя качеството на грижите. На болният трябва да се гледа като на „пациент“, а не като на „клиент“. Пациентите не определят размера на заплатата на медицинските сестри, съзнават, че техния труд не е добре възнаграден.

Интересно ни беше да разберем съществува ли некоректно отношение между медицински сестри и пациенти. (фиг.7 и 8)



фиг. 7. Били ли сте обект на некоректно отношение от страна на пациент? (анкетирани медицински сестри)

Висок процент от анкетиранияте медицински сестри са били обект на некоректно отношение от страна на пациентите (70%). Посочват примери като неприлични изказвания и подмятания най-вече за тяхната работа в отделението, дори и за външният им вид, а по-малка част от тях не са били обект на некоректно отношение (30%).



Фиг.8. Били ли сте обект на некоректно отношение от страна на медицинска сестра? (анкетирани пациенти)

Всички от анкетиранияте пациенти отговарят, че не са били обект на некоректно отношение от страна на медицински специалист (100%).

Проучихме важно ли е медицинските работници да защитават дипломите си през определен период от време (фиг.9 и 10).



фиг. 9. Подкрепяте ли становището, че медицинските работници трябва да защитават дипломите си през определен период от време? (анкетирани медицински сестри)

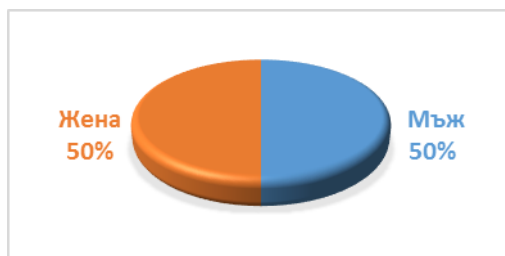
Повечето от медицинските сестри одобряват предложението да защитават своите дипломи през определен период от време(67%),а останалите не са съгласни с това предложение(33%).



фиг. 10. Подкрепяте ли становището, че медицинските работници трябва да защитават дипломите си през определен период от време? (анкетирани пациенти)

За разлика от медицинските сестри всички анкетирани пациенти смятат ,че здравните специалисти трябва да защитават своите дипломи през определен период от време(100%).

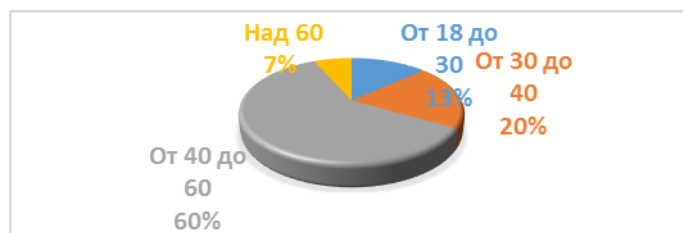
Нашето проучване включва общо 70 човека от които са 30 медицински сестри и 40 пациента от различен пол.(фиг.11)



Фиг.11 Пол (анкетирани пациенти)

В нашето анонимно анкетно проучване са проявили интерес пациенти в съотношение 1:1 (50%)

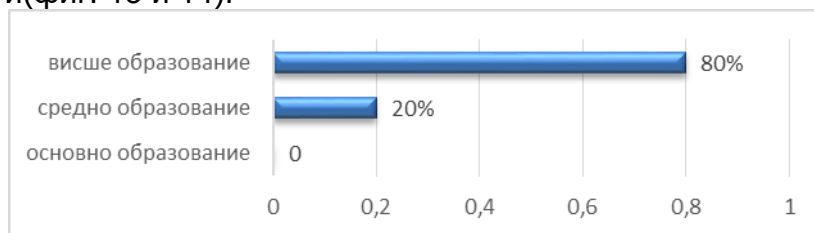
За нас представлява интерес възрастовата група сред работещите медицински сестри в „МБАЛ-Шумен“ АД , след проведеното анонимно проучване ние Ви я представяме в следващата диаграма(фиг.12).



Фиг.12 Възрастовите групи сред медицинските сестри (анкетирани медицински сестри)

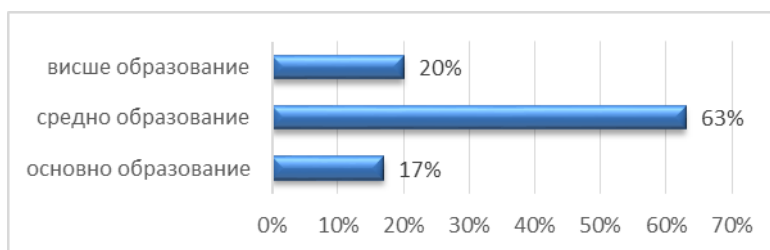
Най-голям процент от анкетираните медицински сестри са на възраст от 40 до 60 год. (60%), следва ги възрастовата група от 30 до 40 год. (20%), а малък брой представляват групата от 18 до 30 год. (13%), и съвсем малка част са над 60 год. възраст (7%).

Последният въпрос от нашата анкета засяга образованието на медицинските сестри/пациенти (фиг. 13 и 14).



фиг. 13. Разпределение по образование (анкетирани медицински сестри)

Преобладаващата част от медицинските сестри са с висше образование (80%), а по малка част са със средно образование (20%).



фиг. 14. Разпределение по образование (анкетирани пациенти)

По-голям процент от нашите анкетирани пациенти са със средно образование (63%), следват ги тези с висше образование (20%) и най-малък процент заемат тези с основно образование (17%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Не всички пациенти са доволни от положените към тях грижи. Погледнато реално винаги е имало и ще има недоволни пациенти.

Все пак не бива да пренебрегваме факта, че с навлизането на здравната реформа в страната ситуацията относно здравните грижи доста се промени.

Икономическият фактор играе все по-ключова и съществена роля чрез т. нар „Клинични пътеки“, които пациентите не приемат и не одобряват.

Всичко това малко или много влияе както на отношението пациент- здравни работници, така и върху работата на медицинската сестра.

От проведената анонимна анкета, можем да направим следните **изводи**:

1. Три четвърти от анкетираните медицински сестри отговарят, че добрата комуникация между пациент и медицински специалист е важна (67%) и добрата комуникация е важна според анкетираните (75%).
2. Висок процент от анкетираните медицински сестри, смятат, че условията на работа са важен фактор за по-доброто обслужване (77%).
3. Почти всички от анкетираните медицински сестри са на мнение, че заплащането определя качеството на грижите към болния (97%), докато всички от анкетираните пациенти (100%) смятат, че заплащането не трябва да определя качеството на грижите.
4. Повечето от медицинските сестри одобряват предложението да защитават своите дипломи през определен период от време (67%), докато всички пациенти одобряват това (100%).

5. Преобладаващата част от медицинските сестри са с висше образование (80%), а по малка част са със средно образование (20%).

ЛИТЕРАТУРА

[1]<https://bg.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B5%D0%BD%D1%82>

[2] https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/11/02/proekt-naredba-udovoletvorenost.pdf

[3]<http://medicalnews.bg/blog/2016/08/25/%D0%A3%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82-%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8%D1%82%D0%B5-%D0%BE%D1%82-%D0%BA%D0%B0%D1%87/>

За контакти:

Хатче Шемси Мустафа, студент специалност „Медицинска сестра, Филиал Шумен, Медицински университет – град Варна, тел: 0886079055, e-mail: hatche_mustafa@abv.bg

Лечебната прегръдка – „Кенгуру грижа“ при недоносените бебета в неонатологично отделение

автори: Галина Стоянова, Емине Ирфан
научен ръководител: гл. ас. Тамара Цветкова

Healing Embrace - "Kangaroo Care" in Premature Babies in Neonatal Ward: For the first time, the method was applied in Bogota, Colombia in 1978. A cheap and highly effective way of caring for and improving the condition of premature babies and low-weight babies for their gestational age. It can be applied under all conditions and does not require expensive equipment. This is a technique where newborns, most often premature babies, have direct physical contact with their parents, skin to skin. This method has not only emotional advantages, as the premature connection between the mother and the child is restored and strengthened, but also a beneficial effect on the objective condition of the children. The benefits of kangaroo care are numerous: The baby has a steady pulse (no bradycardia), even breathing (75% reduces breathing stops - apnea), improved saturation of the blood with oxygen, no temperature stress, longer periods of Sleep, faster weight gain, faster brain development, reduction of "aimless" movements, less crying, longer wake-ups, better breastfeeding and early discharge from the hospital.

Key words: kangaroo care, premature, mother, care, breastfeeding.

ВЪВЕДЕНИЕ

В света се раждат 15 млн. недоносени деца, тоест всяко десето дете се ражда преждевременно, и всяко седмо от недоносените деца не оцелява.....

Такава е световната статистика. В България годишно се раждат 70-80 хил. деца, средногодишно и около 9 процента от тях са недоносени, тоест 6750 недоносени бебета годишно[7].

Експертите твърдят, че 75 процента от неоцелелите недоносени деца биха могли да бъдат спасени. Казват, че за оцеляването си недоносеното бебе се нуждае „само“ от три неща: топлина, храна и любов.

Всеизвестен факт е изключителната важност на първия контакт между майката и бебето. Препоръчва се майката да прегърне своето бебе веднага след раждането, което улеснява адаптацията на новороденото към външния свят и затвърждава връзката между двамата. Често обаче преждевременното раждане е придружено с усложнения, които не позволяват това да се случи заради важността на редица медицински процедури, целящи закрепване физическото състояние на детето и родилката.

За това много може да помогне т.нар. „кенгуру-грижа“- една терапевтична разновидност на бебеносенето. Названието съвсем логично идва от начинът, по който кенгуруто гледа своето малко - в торбичка, извън тялото, където малкото е на топло и сигурно, а също така може и да се храни. Не случайно кенгуру грижата е наричана „утроба извън тялото“ .

Това е техника, при която новородени, най-често недоносени бебета, имат директен физически контакт с родителите си, кожа до кожа. Този метод има не само емоционални предимства, тъй като се възстановява и укрепва преждевременно прекъснатата връзка между майката и детето, но и доказано благоприятен ефект върху обективното състояние на децата.

Ето няколко факта за кенгуру-грижата:

- Бебетата, които са имали възможност да се възползват от кенгуру-грижата се стабилизират по-бързо, отколкото в инкубатор. Това разбира се не означава, че ако се отглеждат само в кувъз, те нямат шанс за оцеляване.
- Кенгуру-грижата помага на бебетата със стабилни темпове да подобрят дишането си, благодарение на стабилното дишане на майка си.
- Сърдечната честота на бебето се стабилизира (сърцето на майка регулира сърцето на бебето).

- Температурата на бебето е най-добре регулирана върху гърдите на майка му. Чрез допира на кожата, майката автоматично загрева недоносеното бебе, което все още не може да регулира телесната си температура и няма достатъчно подкожна мазнина, за да я запази.
- Кенгуру-грижата често води до намаляване на продължителността на болничния престой, намаляване на нуждата от скъпи здравни услуги, повишаване на родителското участие и възможности за обучение, по-доброто използване на средствата за здравеопазване.

За пръв път метода е приложен в Богота, Колумбия през 1978 година по идея на д-р Едгар Рей Санабрия. Причината е липса на оборудване, кувьози и леглова база. Лекарите решават да използват за спасяване на недоносените това, което е най-близо и лесно, а същевременно предлага възможно най-добрите условия - а именно, майчините обятия.

До началото на 80-те години, смъртността сред недоносените деца в Богота, Колумбия е 70 процента. Бебетата умират от инфекции, проблеми с дишането и липса на внимание към тях от родителите. „Кенгуровата грижа“ за такива деца възникна от чиста необходимост. Майките на недоносени бебета се грижат за тях, като ги държат върху себе си 24 часа в денонощието – спят с тях и ги носят под дрехите си, като в кенгурска торбичка. Ако бебето се нуждае от кислород, то го получава в кислородна палатка, поставена върху гърдите на майка му.

Защо кенгуровата грижа върши работа? Какво се случва с бебето и майката в това време?

Едно от първите неща, които се случват е, че поддържането на телесната температура на бебето зависи от майката, като изисква по-малко калории от бебето, за да се затопля. Майките по естествен начин променят топлината на гърдите си, за да поддържат бебета си при оптимална температура, при която децата спят най-добре, имат най-добри нива на насищане на кръвта с кислород, халят по-малко калории и т.н. Температурата на майчините гърди може да се покачи бързо и после бързо да спадне, след като бебето се затопли. Когато бебето започне да изстива, гърдите отново се затоплят – с до 2 градуса за 2 минути!

Бебетата, за които е била прилагана кенгуру грижата обичайно имат по-кратък болничен престой, необходими са по-малко терапии и интервенции, наддават по-добре, дишането, сърдечния ритъм и температурата им са по-стабилни, риска от развиване на вътреболнични инфекции е по-малък. И не на последно място – връзката, която майката и бебето изграждат е неповторима.

Кенгуру грижата има три основни елемента:

- **Контакт кожа-до-кожа**

Колкото повече контакт кожа-до-кожа, толкова по-добре. Майката поставя бебето на голите си гърди. Майката и бебето могат да бъдат завити с одеало или майката да носи дрехи, които позволяват да се закопчечат върху двамата, така че бебето да остане под дрехите. Възможно е да се използва специално носило или еластичен слинг-шал, които да позволят на майката да е мобилна. Независимо кой начин се избере е важно е да се спазват правилата за безопасно бебеносене.

- **Изключително кърмене**

Това е втория елемент на кенгуру грижата. Изключителното кърмене или кърменето на поискване е биологична норма. Кърмата, която произвежда всяка майка е специално създадено за нуждите на нейното бебе.

- **Подкрепа на двойката майка-бебе**

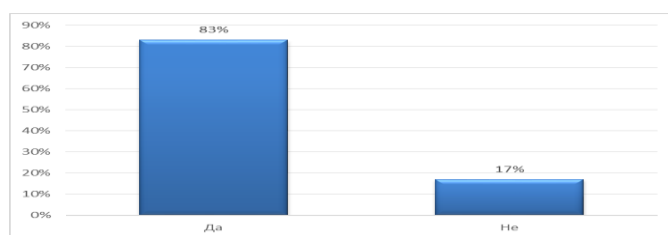
Това е третия елемент на кенгуру грижата и се състои в това майката и бебето да не бъдат разделяни. Повечето медицински интервенции и терапии биха могли да бъдат извършени докато бебето е върху гърдите на майка си.

Кенгуру-грижата се препоръчва от Световната здравна организация.

Цел: Да се проучи мнението на медицинските сестри работещи в неонатологично и родилно отделение на МБАЛ- Шумен, относно „кенгуру грижата“ и ползите от нея за недоносените бебета и техните родители.

Материали и методи: : Разработихме анонимна индивидуална анкета, която съдържа 9 въпроса. Времето за проучване обхваща месец април-май 2017 г. Обемът на изучаваната съвкупност е 30 медицински специалисти – от които 11 медицински сестри и 19 акушерки.

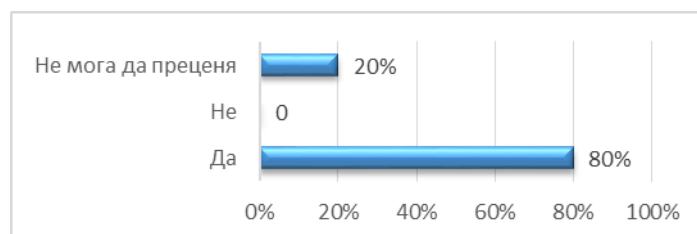
Обсъждания и резултати: Началото на нашето проучване постави въпросът доколко „кенгуру грижата“ е позната сред медицинските специалисти от родилно и неонатологично отделения (фиг.1)



Фиг.1.Знаете ли какво е „кенгуру грижа“ за недоносени бебета?

На въпроса знаете ли какво е „кенгуру грижа“, по-голяма част от анкетираните медицински специалисти отговарят с да (83%), малък е процента на тези които все още не са чули за „кенгуру грижата“ и ползите от нея (17%).

В предвид всички ползи от този реално евтин и високо ефективен начин за подобряване състоянието на недоносените бебета, се обърнахме към анкетиращите с въпроса: „Допринася ли според вас „кенгуру грижата“ за преждевременната адаптация на недоносените бебета?“ (фиг.2).



Фиг.2: Допринася ли според вас „кенгуру грижата“, за преждевременната адаптация на недоносените бебета?

Голяма част от медицинските специалисти (80%), са запознати с ползите от „кенгуру грижа“ и положителният ефект за преждевременната адаптация на недоносените бебета, както и ползата за самите майки които се научават да се грижат много по адекватно за своето бебе.

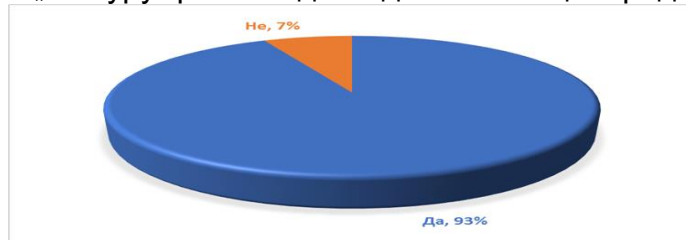
Проучихме мнението на анкетираните относно това дали подкрепят тази идея (фиг.3).



Фиг.3. Подкрепяте ли идеята да се въведе практиката „кенгуру грижа“ в неонатологичните отделения в България?

Съвременните медицински сестри и акушерки са наясно, че въвеждането на тази практика в нашите неонатологични отделения ще бъде огромен плюс за оцеляването и бързото възстановяване на недоносените бебета и подкрепят идеята това да се случи (83%), но има и такива които не могат да преценят нужна ли е тази практика у нас -(17%).

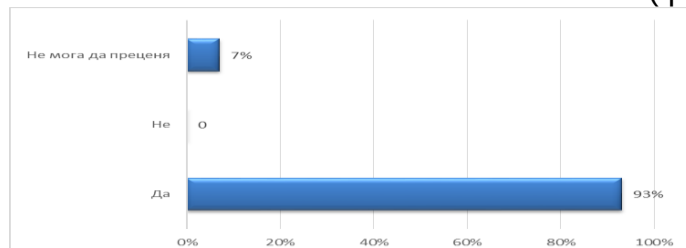
Обърнахме внимание и на проблема с обучението на кадри у нас които да могат да практикуват „кенгуру грижа“ и да бъдат в помощ на родителите (фиг.4).



Фиг.4. Съгласни ли сте да Ви обучат за ползите от „кенгуру грижа“ в помощ на бъдещите майки?

Медицинските специалисти са категорични, че желаят да преминат обучение за ползите от „кенгуру грижа“ и дават положителен отговор на този въпрос (93%), но все още има и такива сред нашите медицински сестри и акушерки които подкрепят единствено кувиоз като средство за недоносените бебета и отговарят с „не“ на съвременните методи(7%).

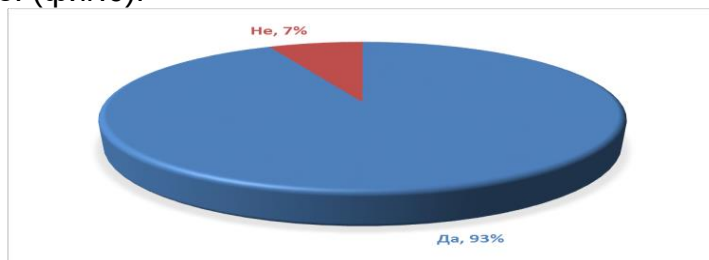
Майките се научават да се грижат правилно за своето бебе, по-спокойни и уверени са, чувстват се близо до своето дете и по-бързо се привързват. Връзката майка и бебе укрепва. В нашата анкета попитахме точно това (фиг.5).



Фиг.5 Мислите ли, че „кенгуру грижата“ допринася за изграждане на връзката майка – бебе?

Категорични в своя отговор са анкетираните и казват „да“ в подкрепа на кенгуру грижата за изграждане на връзката майка-бебе (93%). Единични случаи не могат да преценят дали тази практика подпомага по-бързото привързване на майката към детето (7%).

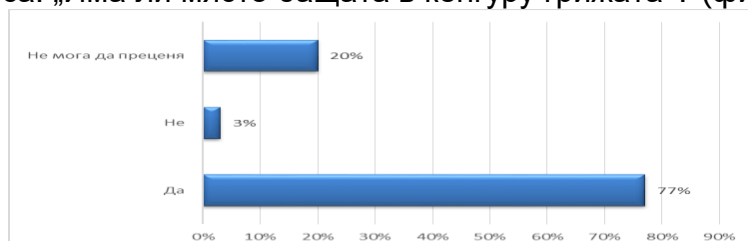
Кърмата е най-добрата храна за бебетата, а за недоносените тя е безценна. Майката трябва да бъде насърчавана да е с детето си, доколкото е възможно: чрез докосвания и звукът на гласа ѝ, хормоните на стреса у бебето се регулират. В предвид тези факти попитахме медицинските специалисти в неонатологично и родилно отделение: (фиг.6).



Фиг. 6. Носи ли според вас „кенгуру грижата“ допълнителни предимства при ранното кърмене на недоносените бебета?

Наясно с всички ползи от ранното хранене на недоносените бебета с майчина кърма, голяма част от участниците в нашата анкета дават положителен отговор на въпроса (93%). Останалите са на мнение, че кенгуру грижата не допринася за ранното хранене на недоносените бебета (7%).

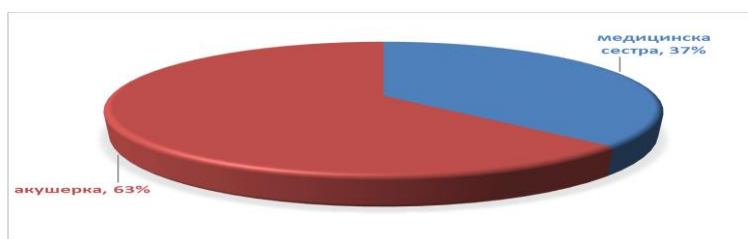
В някои случаи майката е болна или по някаква друга причина не може да бъде с бебето си. Тогава то може да бъде сложено върху гърдите на баща си. Бащата може да го докосва и да му говори-то ще разпознае гласа му, защото го е чувало още преди да се роди. Тук идва ролята на бащата в кенгуру грижата. В анкетата зададохме въпроса: „Има ли място бащата в кенгуру грижата“? (фиг.7).



Фиг. 7 Има ли място бащата в „кенгуру грижата“?

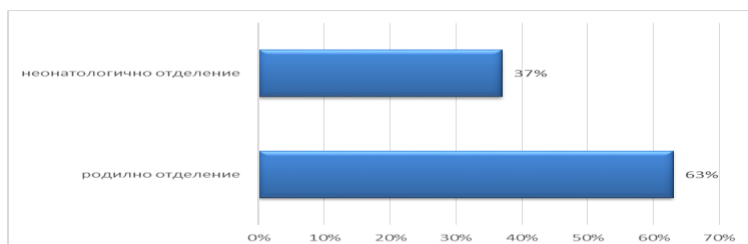
Според повече от половината анкетирани бащата има място в кенгуру грижата (77%). Една пета не могат да преценят (20%). Има и такива, които отговарят с твърдо не на идеята бащата да навлезе в грижата за бебето (3%).

Нашето проучване обхваща 30 медицински специалисти-медицински сестри (37%) и акушерки (63%) (фиг.8).



Фиг.8 Вие сте?

Работещи в: неонатологично (37%) и родилно отделение (63%)



Фиг.9 Работите в?

От направеното проучване стигнахме до следните **изводи**:

1. По-голяма част от анкетирани в неонатологично и родилно отделение познават кенгуру грижата и са наясно с ползите от тази практика и положителният и ефект за преждевременната адаптация на недоносените бебета.
2. Съвременните медицински сестри и акушерки са наясно, че въвеждането на тази практика в нашите неонатологични отделения ще бъде огромен плюс за оцеляването и бързото възстановяване на недоносените бебета и са категорични, че желаят да преминат обучение за ползите от „кенгуру грижа“.
3. Голяма част от участниците в нашата анкета подкрепят кенгуру грижата в помощ на ранното кърмене на недоносените бебета и повече от половина анкетирани смятат, че ролята на бащата е важна.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] <http://www.premature-bg.com/polezna-informacia/v-neonatologichnoto-otdelenie/kenguru-grija.html>
- [2] <http://supermama-bg.com/kenguru-griji/>
- [3] <http://www.earlybaby.info/da-se-spravim-s-izpitaniето/purvi-kontakt-s-bebeto.html>
- [4] <http://www.fairyknot.org/blog/main/kenguru-maichina-grija-lecebnata-pregradka/>
- [5] <https://zabliznacite.wordpress.com/2010/05/18/kengurova-griza/>
- [6] <https://www.namama.bg/article/maychinata-pregradka-raboti-po-dobre-ot-mashinite/>
- [7] <http://www.premature-bg.com/polezna-informacia/statistika.html>

За контакти:

Галина Йовчева Стоянова, студент специалност „Медицинска сестра“, Филиал Шумен, Медицински университет – град Варна, телефон:0876555844, e-mail: galina.stoqnova82@abv.bg

Оценка на болката при пациенти с онкологични заболявания

автори: Мария Добрева, Теодора Евтимова, Радостина Жечева
научен ръководител: проф. д-р Соня Тончева, дм

Abstract: Pain assessment in patients with oncological diseases: The pain has a profound negative impact on the quality of life of the patient. Poorly controlled it leads to reduced mobility of the patient and consequent frustration, violates his / her immune protection, significantly prevents the patient from eating, concentrating and working, adversely affects the sleep and the rest of the patient and significantly restricts his / her social contacts .

Key words: pain, assessment of pain, scale, patients with malignancies, quality of life

ВЪВЕДЕНИЕ

Един от най-важните проблеми за онкоболните е борбата с болката. Тя е основният фактор, който създава образ на онкологичното заболяване, като „страшно“ и „нелечимо“. Доброто обезболяване дава възможност на пациента да мобилизира целия си психически и физически ресурс и да участва отговорно и активно в процеса на лечение [4].

Болката е най-ранния и най-универсалния симптом за болест или потенциална заплаха за организма. Тя е характерен, но не и задължителен симптом на онкологичното заболяване и може да бъде водещо оплакване във всеки един етап от боледуването на пациента [2].

В много случаи болката е причината, която води до поставянето на диагнозата на онкологичното заболяване и често съпътства лечението му. Не рядко появата на болка е първи алармиращ симптом при евентуална прогресия на болестта. Тя е и най-често и най-важното оплакване, което се среща при почти 90% от болните в терминален стадий на болестта [1].

Болката оказва дълбоко негативно влияние върху качеството на живот на болния. Лошо контролирана тя води до намалена мобилност на болния и последващо безсилие, нарушава имунната му защита, в значителна степен пречи на болния да се храни, да се концентрира и работи, влияе негативно върху съня и почивката на болния и в значителна степен ограничава неговите социални контакти [4].

ИЗЛОЖЕНИЕ

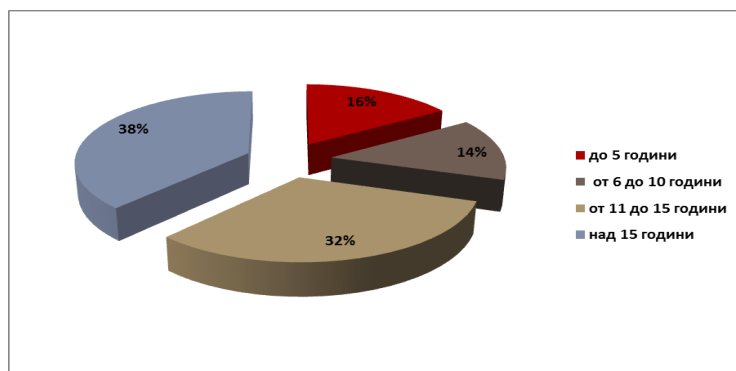
Професионалистите по здравни грижи могат да допринесат за практическото овладяване на болката. Като част от екипа в лечебния процес необходимите си познания те могат да бъдат основен елемент в системата от грижи за обезболяването, не само прилагайки по назначение в съответните часове от лекуващия лекар обезболяващи средства, но и давайки правилна информация и насока [3].

Цел на проучването: Да се проучат нагласите на професионалистите по здравни грижи за въвеждане на метод за оценка на болката с оглед достигане на високо качество на предлаганите здравни грижи.

Материали и методи: Проведено е анонимно анкетно проучване за периода февруари-април 2017г. на 30, работещи медицински сестри в „КОЦ – Шумен“ ЕООД и 20 лекари, работещи в „КОЦ – Шумен“ ЕООД.

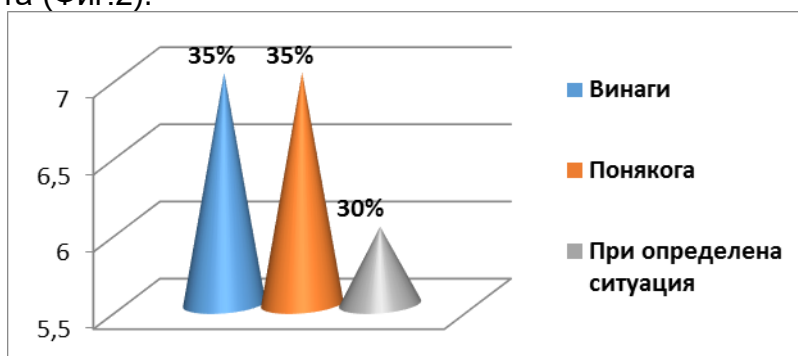
Резултати от собствени проучвания и обсъждане:

В изследването са попаднали 60% медицински сестри и 40% лекари. Професионалният стаж е в диапазон до 5 години (16%), от 6 до 10 години (14%), от 11-15 години (32%) и над 15 години (38%). Най-голям е процентът на работещите в системата на здравеопазването над 15 години, което е гаранция за надеждност на дадените от тях отговори на въпросите към анкетираните лица (Фиг.1).



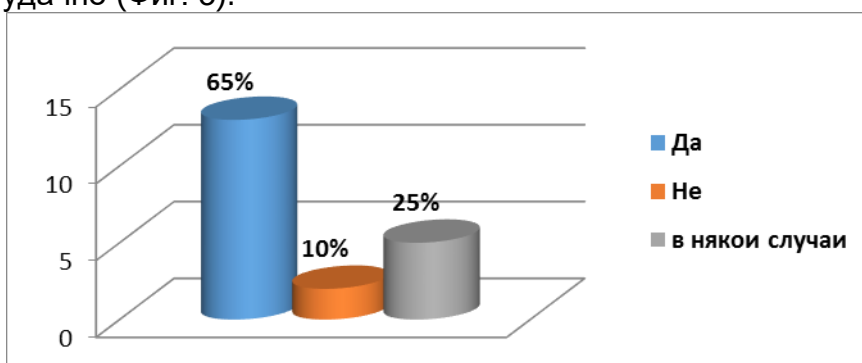
Фиг. 1 Разпределение на анкетираните медицински специалисти (според професионалния стаж)

При задаване на въпроса на лекарите „Използвате ли в ежедневноста си практика метод за определяне степента на болката?“ По-равно са отговорили „Винаги“ и „Понякога“ (35%), „При определена ситуация“ (30%). Тези резултати показват, че голяма част лекарите прилагат определена методика за определяне степента на болката (Фиг.2).



Фиг. 2 Разпределение на анкетираните лекари според използването на метод за определяне степента на болката

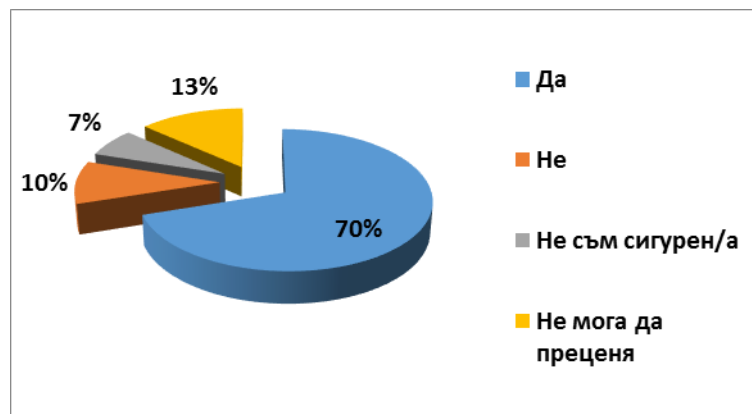
Относно въвеждането на обективен метод за оценка на болката повече от половината са дали положителен отговор (65%). Една четвърт от анкетираните смятат, че в някои случаи е удачно въвеждането му (25%) и само (10%) са на мнение, че не е удачно (Фиг. 3).



Фиг. 3 Разпределение на анкетираните медицински специалисти според преценката им за въвеждане на метод за оценка на болката

Въз основа на получените резултати считаме, че специалистите по здравни грижи имат желание и нагласа да участват активно в лечебния процес (65%), въпреки незначителната част, които не приемат въвеждане на метода. Най-вероятно те нямат никаква информация, относно прилагането му и считат, че става дума за някакъв труден метод с който не биха се справили.

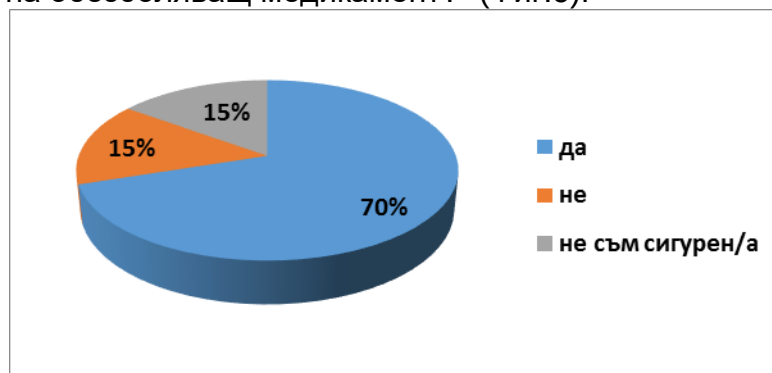
Потърсихме мнението на специалистите по здравни грижи, дали с въвеждането на метод за оценка на болката би ли се повишил професионалният им комфорт. Голяма част от анкетиранията са на мнение, че това би допринесло за професионалният им комфорт (70%), а друга малка част са изразили мнение, че не би допринесло (10%). Незначителна част не са сигурни (7%) и не могат да преценят (13%) (Фиг.4).



Фиг. 4 Принос на метода за оценка на болката за професионалния комфорт на специалистите по здравни грижи

Според нас факта, че толкова висок процент от анкетиранията (70%) осъзнават, че въвеждането на нов метод за определяне степента на болката би допринесло за професионалният им комфорт говори, че усещат ролята си като независима от лекаря.

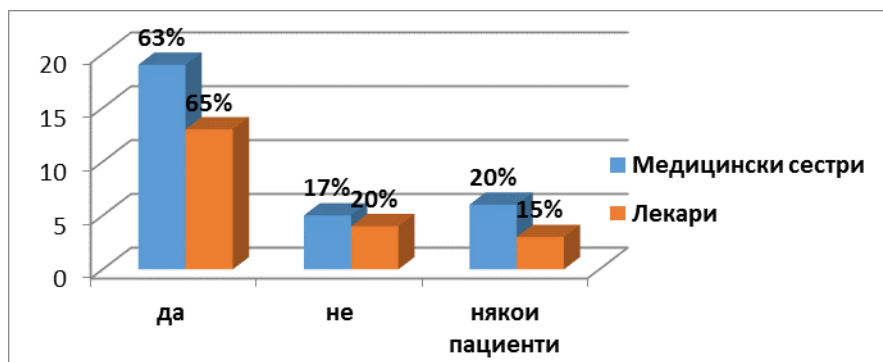
За нас беше важно да проучим мнението на лекарите относно „Ежедневното отчитане на степента на болката под формата на графично изображение, би ли ви улеснило в избора на обезболяващ медикамент?“ (Фиг.5).



Фиг. 5 Мнение на анкетиранията лекари за отчитане степента на болката под формата на графично изображение

По-голяма част от анкетиранията изказват положително мнение (70%), отрицателно мнение и не са сигурни са отговорили по-равно (15%). Тези резултати потвърждават, че болшинството от лекарите изразяват съгласие за въвеждането на подобна практика за степенуване на болката и отразяването в медицинската документация на пациента.

Съпоставяйки мненията на лекарите и медицинските професионалисти по здравни грижи по въпроса „При вземане на решение за нивото на болката, пациентът би ли Ви помогнал?“. Повече от половината от медицинските сестри (63%) и лекарите (65%) са дали положителен отговор (Фиг.6).



Фиг. 6 Разпределение на двете анкетирани групи, относно съдействието на пациента в измерването на степента на болката

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въвеждането на метод за оценка на болката от професионалистите по здравни грижи би допринесло за издигане на ролята им в лечебния процес и би повишило качеството на здравни грижи. Лекарите подкрепят въвеждането на метод за оценка на болката 70%, считайки, че методът би ги улеснил в преценка на състоянието и избора на обезболяващ медикамент.

Работещите медицински специалисти в „КОЦ – Шумен“ ЕООД имат положителна нагласа да участват в лечебния процес чрез определяне степента на болката и графичното и отразяване.

Болката може да бъде контролирана и съответно лекувана с цел облекчаване състоянието и подобряване качество на живот на пациентите с онкологични заболявания.

Необходимо е професионалистите по здравни грижи непрекъснато да повишават своята квалификация. Следдипломното обучение ще допринесе за повишаването на качеството, ефективността и адекватността в лечебния процес, а също би се повишила отговорността и професионалното им самочувствие.

Здравеопазната система следва да даде шанс на професионалистите по здравни грижи да заемат своето достойно място и ключова роля в укрепването на здравето. Здравните потребности поставят пред съсловието изисквания от нови познания и умения, адекватни на развитието на медицинската наука, гарантиращи още по-доброто обгрижване на пациента с цел подобряване качеството на живот.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Мутафов О., Василева Д., Колева М., Психоемоционални аспекти в палеативната медицина, 2012
- [2] Петров Ив., Ефективния контрол върху болката или как да станем по-добри, Регионална конференция на невролозите
- [3] С. А. Мухина., И.И. Тарновская, Теоретични основи на сестринските грижи,
- [4] Цонева Б., оценка на болката при критични пациенти в интензивно отделение, Цефалгия, 2013

За контакти:

ас. Мария Николова Добрева, МУ Варна, Катедра „Здравни грижи“, Филиал Шумен, тел.: 0898442586, e-mail: mimeto_dob@abv.bg

ас. Теодора Николаева Евтимова, МУ Варна, Катедра „Здравни грижи“, Филиал Шумен, тел:0889857796, e-mail: valitedi@abv.bg

ас. Радостина Иванова Жечева, МУ Варна, Катедра „Здравни грижи“, Филиал Шумен, тел:0898433999, e-mail :tinatin@abv.bg

Роля на медицинската сестра при подкрепа на психично-болни и техните семейства.

автори: Радостина Жечева, Теодора Евтимова, Христина Генчева
научен ръководител: проф. Соня Тончева, дм

Abstract: *People's mental health has deteriorated more and more in recent years. Mental health is an essential component of general health. Mental health is much more than a lack of symptoms of mental illness or suffering. It means a positive sense of well-being, a belief in one's own qualities, one's dignity and the qualities of others. Goal: To examine the opinion of medical professionals, social workers, psychologists, speech therapists, kinesiotherapists, occupational therapists and others. Specialists for the establishment of a Center for Mental Health, Social Services in the Community, on the provision of long-term, quality health care, social services, rehabilitation and psychosocial prevention of the mentally ill in Shumen.*

Key words: *mental health, role of nurse, Center for Mental Health Services in the Community*

ВЪВЕДЕНИЕ

Психичното здраве на хората се влошава все повече през последните години. Отговорността за здравето на населението винаги пада върху правителствата на националните държави, но в ЕС отделните страни имат подкрепата на европейските институции. Всяка държава създава свои институции, програми или закони за хора с влошено психично здраве, на европейско ниво също се разработват програми, но данните сочат че предприетите действия са неефективни. Проблемите с психичното здраве стават заплаха за все повече и по-млади хора, голяма част от децата също страдат от психични увреждания.[2]

Социалният статус е един от най-важните фактори за общото здравно състояние и в частност за психичното здраве.

Психичното здраве е съществен компонент от общото здравословно състояние. СЗО определя здравето като състояние на цялостно физическо, психическо и социално благополучие. Психичното здраве е резултат от различни предразполагащи фактори (например ранни преживявания в детството), неочаквани събития (например стресови ситуации), социална подкрепа и индивидуални възможности (например самоуважение) и опит. Важна роля играят също и социално-икономическите фактори като образование, заетост, разпределение на доходите и наличие на дом. Психичното здраве представлява нещо значително повече от липса на симптоми за психично заболяване или страдание. То означава положително усещане за благополучие, вяра в собствените качества, в достойнството и качествата на другите.[3]

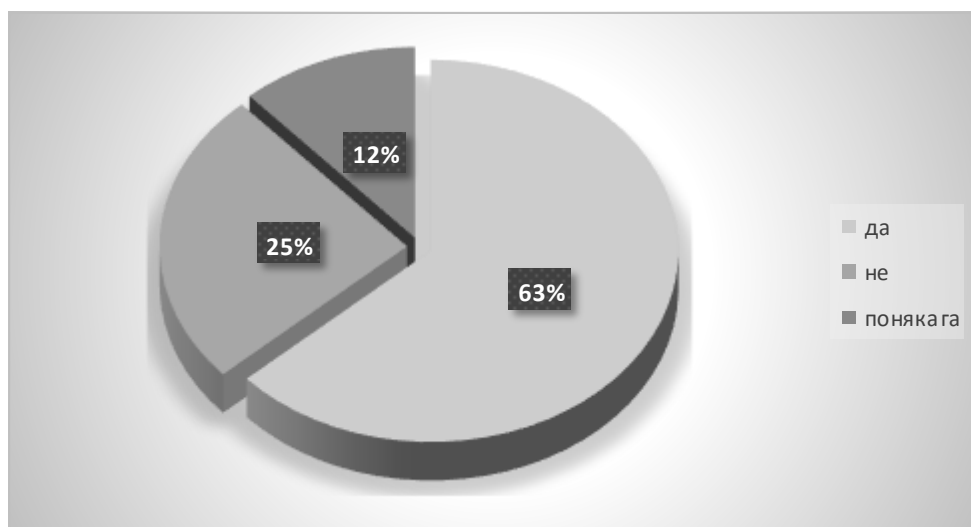
Позитивното психично здраве включва способността да възприемаме, схващаме и тълкуваме заобикалящата среда, да се приспособим към нея и ако е нужно да я променим, да мислим и говорим и да общуваме един с друг. Психичното здраве влияе също върху нашата способност да се справяме с промяната, преходните етапи и с житейските събития: раждане на дете, безработица, загуба на близък човек или влошено физическо здраве. Психичното здраве се постига посредством способността за взаимодействие с други хора, чрез структурите и ресурси в обществото, а също и с помощта на културните ценности.[1]

С развитието на медицинската наука постоянно нараства ролята на медицинската сестра при оказване на грижи за пациента. Това в голяма степен се отнася за оказването на дългосрочни грижи за лица с психични заболявания, като е необходимо медицинската сестра да е усвоила медицински, научни и технически знания, умения и компетентности. По данни на СЗО психичните проблеми все по-често водят до загуба на трудоспособност, нещо повече психичните разстройства са сочени като пет от всеки десет причини за инвалидизиране.[4]

Психичната болест се разглежда като едно от най - сигматизирани състояния в нашето общество, независимо че в някои страни действат различни програми за борба против стигмата, всепризнат факт е, че потребителите на психично-здравни услуги твърде често страдат от дискриминация, стигма и негативни нагласи от страна на обществото. Стигмата и дискриминационното поведение, свързани с психичната болест, са така увреждащи, както и самата болест.[5]

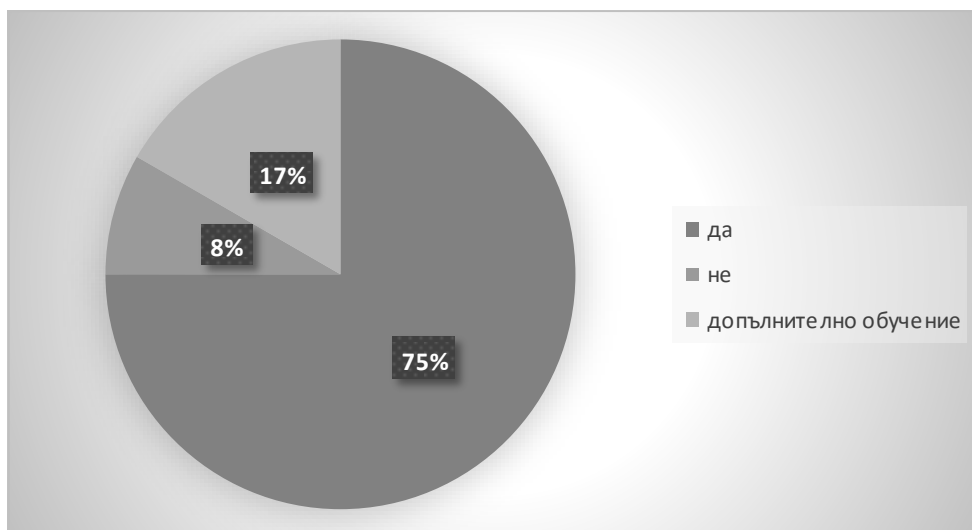
ИЗЛОЖЕНИЕ

Особено значение има ролята на медицинската сестра в екипа като координатор на здравните грижи за психично-болни пациенти. Целта е да се проучи мнението на медицински специалисти, социални работници, психолози, логопеди, кинезитерапевти, трудотерапевти и др. специалисти за изграждане на **Център за психично – здравни, социални услуги в общността**, относно предоставянето на дългосрочни, качествени, здравни грижи, социални услуги, рехабилитация и психо-социална профилактика на психично-болните в град Шумен. Проучването беше проведено чрез социологически метод - пряка анонимна анкета, проведена в периода месец февруари - април 2017г. сред 60 медицински специалисти относно изграждане на Център за психично-здравни, социални услуги в общността в гр. Шумен. Използван е и статистически метод за обработка и анализ на събраната информация, количествен и качествен анализ на свободните отговори на експертите, които очертават многообразна картина при психо-социалната профилактика на психично-болните. Резултатите от анкетата показват нагласите на медицинските специалисти за предоставяне на дългосрочни качествени здравни грижи, социални услуги, рехабилитация и психо-социална профилактика на психично-болните, в град Шумен. Резултатите от проучването, проведено в периода месец февруари-април 2017г., сред 60 медицински специалисти показват, че всяко второ семейство с психично болен среща трудности с достъпа до лечение и социални услуги. Малко повече от половината (54%) анкетирани експерти дават положителен отговор, (24%) посочват отговор понякога и (22%) не срещат трудности при достъпа до лечение и социални услуги. (фиг.1)



Фигура 1. Трудности на болните с достъпа до лечение и социални услуги

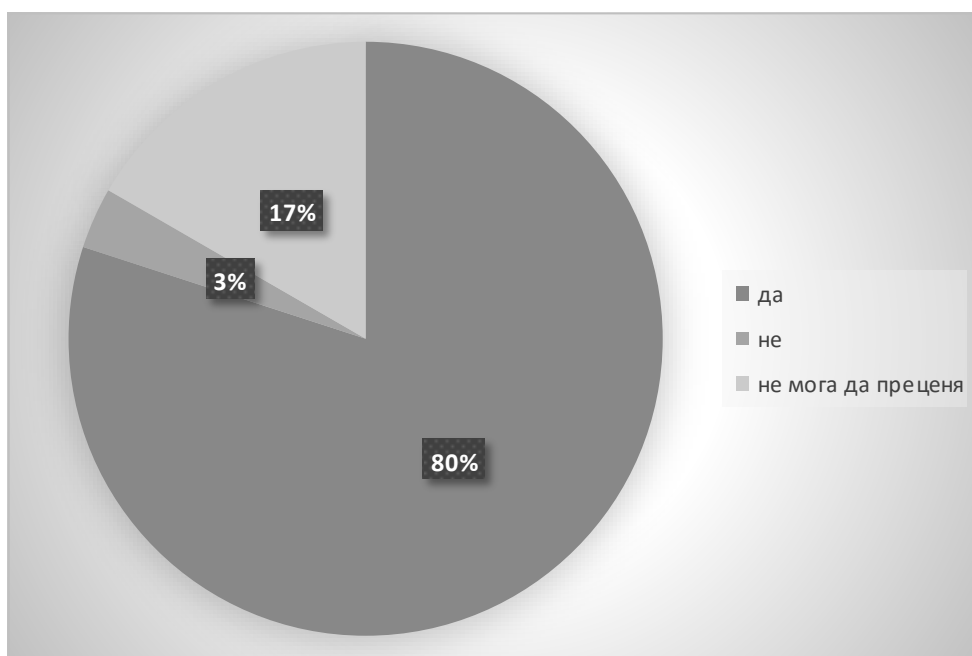
На въпроса: „Чувствате ли се подготвен да помогнете на психично-болен пациент?“ Респондентите отговарят положително (75%), отрицателен отговор (8%) и нужда от допълнително обучение (17%) (фиг.2).



Фигура 2. Готовност на медицинските специалисти за подпомагане на психично болен пациент

Според мнението на анкетираните и с развитието на медицинската наука постоянно нараства ролята на медицинската сестра при оказване на грижи за пациента. Това в голяма степен се отнася за оказването на дългосрочни грижи за лица с психични заболявания, като е необходимо медицинската сестра да е усвоила медицински, научни и технически знания, умения и компетентности

На въпроса: „Мислите ли, че разкриването на Център за психично-здравни и социални услуги в общността в гр. Шумен ще предостави дългосрочни качествени здравни грижи на пациенти с психическо страдание?“ Отговорилите положително са (80%), отговорили отрицателно (3%) и (17%) не могат да преценят (фиг.3).



Фигура 3. Мнение на медицинските специалисти за разкриване на Център за психично-здравни социални услуги в общността

Резултатите показват, че голяма част от медицинските специалисти са запознати със съвременните предизвикателства пред сестринската професия. Особено значение има ролята на медицинската сестра в екипа като координатор на

здравните грижи за пациентите. Нужно е да се акцентира върху необходимостта от промяна в отговорността и длъжностната характеристика на медицинските сестри в психиатрията в България. Медицинските сестри трябва да работят като независими експерти по сестрински грижи, които могат да носят отговорност за водене на случая и за дейностите по рехабилитацията в рамките на психо-социалната рехабилитация.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здравето на хората трябва да бъде един от най-важните приоритети на правителствата в наши дни. Проблемите с психичното здраве са резултат на множество фактори, които ни заобикалят в ежедневието – бедност, безработица, ниско ниво на образование, социална изолация, социално изключване и лишения; лоши условия на живот и труд, висока натовареност, насилие в училище или на работното място; рискови фактори в ранното развитие – отношенията между деца и родители, домашно насилие; разстройства, свързани със зависимост към определени вещества.

Психично-болните в България са в силно угнетена и negliжирана позиция в сравнение с останалите граждани. Необходими са решителни стъпки за реинтеграцията им. Поради това са необходими допълнителни проучвания за идентифициране и прилагане на нова технология грижи за медицинските сестри, които да работят със семейството на индивида в психологическо страдание, в разнообразните пространства на мрежата за психично здраве, както и в Стратегията за семейно здраве, услуги, които се специализират в психичното здраве и общността.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Димитров Хр., Психоанализа и философия. С., Наука и изкуство, 1973
- [2] Иванов В., Развитие на психиатрията, София 2003
- [3] Ритър С., Ръководство по психиатрично сестринство, София, 1995
- [4] Стратегия за развитие на здравните грижи в Р България 2013-2020г.
- [5] Шишков Р., Психиатрия-учебник за медицински сестри и акушерки, Варна 2015

ЗА КОНТАКТИ:

Радостина Иванова Жечева, Теодора Евтимова, Христина Генчева, Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“- Варна, Филиал-Шумен, Катедра „Здравни грижи“, e-mail: tinatin@abv.bg, valitedi@abv.bg, tina_gabi@abv.bg

Научен ръководител: Проф. Соня Тончева, д.м. – МУ-Варна

Синдром на Даун – същност на заболяването и степен на информираност на населението

автор: Женя Рашкова

научен ръководител: ас. Веселина Василева

Abstract: Down syndrome is a genetic condition caused by an extra chromosome. It occurs in one in 700 - 900 live births and results when the fetus ends up with three copies of chromosome 21 instead of two. When this happens, certain genes on chromosome 21 are "over-expressed" which causes cellular changes that lead to health problems, developmental delays and learning disabilities.

Key words: Down syndrome, population, support, integration, adaptation, empathy.

ВЪВЕДЕНИЕ

Синдромът на Даун е най-често срещаната генетична аномалия, която се дължи на една допълнителна хромозома в 21-ата хромозомна двойка. През 1886 г. Английският доктор Down описва клиничните белези на синдром, който днес носи неговото име. През 1959г. Lejeune и Jacobs установяват, че синдромът на Даун е резултат от Тризомия 21. Хората с този синдром имат в кариотипа си 47 хромозоми вместо 46, както всички останали. Заболяването се развива при наличието на допълнителна цяла или частична 21-ва хромозома във всички клетки на организма (пълна форма) или в част от тях (мозаична форма). Синдромът на Даун обикновено се явява в следствие на грешка при деленето на клетките [1,2]. Единственият добре докладван рисков фактор за този синдром е майчината предрасположеност, докато основния механизъм остава необясним. Многобройни проучвания предполагат връзка между синдрома на Даун и генен полиморфизъм на майчиния фолиев път [1].

Клиничната картина на пълната форма на синдрома на Даун е характерна и съчетава прояви на лицево-черепен дисморфизъм, малформации и умствено изоставане. Лицево-черепенният дисморфизъм при болните се изразява с наличие на кръгла глава с малки размери, сплеснат тил, брахиоцефална форма на черепа, фонтанелите при раждането са големи и трудно се затварят. Очните цепки са косо разположени с медиален епикант. Устата е малка с голям език. Малформации отличителни за пациенти с подобна диагноза, включват широки и къси длани с показателна брахидактилия на пръстите. За болните е характерно умствено изоставане като коефициентът на интелигентност варира от 25 до 70 [2].

Честотата на раждане на индивид със синдром на Даун е приблизително 1 на 700-900 новородени деца, като тя е еднаква във всички страни, всички раси и всички социални групи. Годишно в България се раждат около 100 такива деца. Най-важното, което трябва да се знае за хората със синдром на Даун е, че те са по-скоро подобни на останалите, отколкото различни от тях [3]. Хората със синдрома на Даун не се различават съществено от никого. Те имат същите нужди и стремежи в живота, както и всички останали хора, а именно добро място за живеене, смислена заетост и приятели [4].

Родителите на деца със синдром на Даун често се притесняват дали децата им ще бъдат самостоятелни, дали ще си намерят работа и как ще се справят с многото предизвикателства в своя живот [5]. Днес има стотици хора със синдром на Даун, които всеки ден ни демонстрират своя потенциал и страхотни умения в очакване обществото да се обърне към тях и да ги приеме.

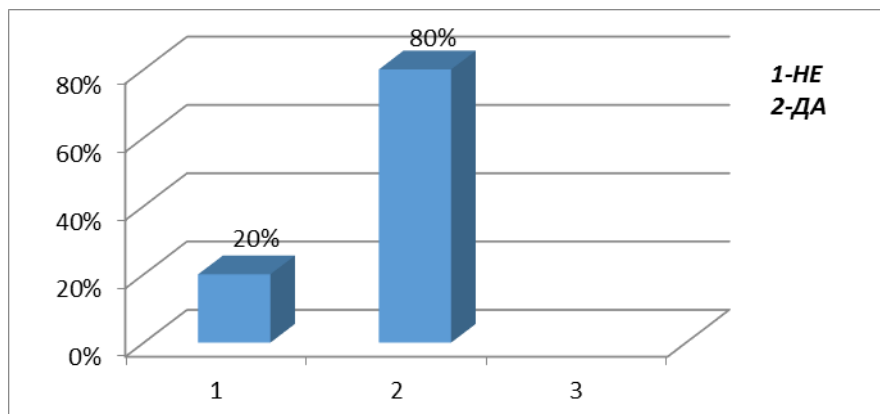
Целта на настоящото изследване е да се проучи степента на информираност на анкетираните, относно синдрома на Даун, както и нагласите им към интеграцията на хора с това заболяване в обществото.

За постигане целите на изследването беше проучено мнението на 50 души на възраст от 18 до 78 год. подбрани на случаен принцип. Приложен е анкетен метод, чрез индивидуална анонимна анкета. Изследването е проведено през месец април

2017г. За анализ на първичната социологическа информация са използвани програмните продукти на Microsoft Excel 2013.

ИЗЛОЖЕНИЕ

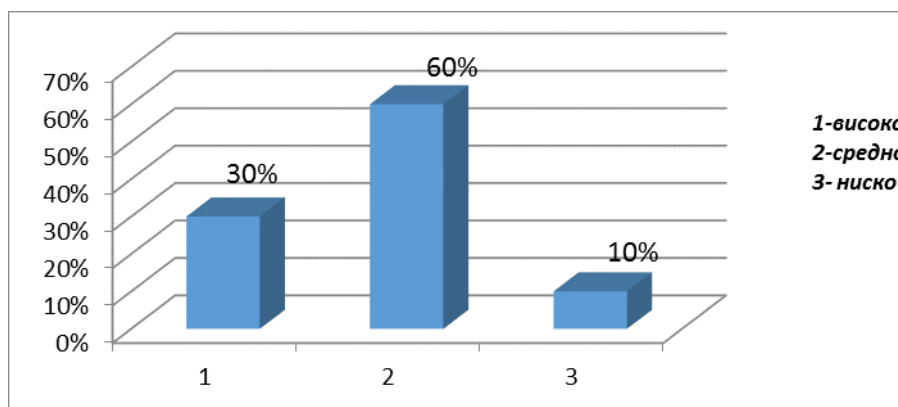
Интерес към темата провокира факта, че въпреки модерните времена в които живеем все още сред обществото има предрасъдъци, спрямо хората с генетични заболявания и специални нужди. Предубежденията имобилизирано са подхранени от не добра информираност и задълбочават иначе трудния път към интегрирането и социализацията на хората с редки генетични заболявания. Актуалността на проблема е сериозна и провокира анализ на осведомеността сред анкетираните по темата (фиг.1).



Фиг.1. Запознатост относно синдром на Даун

Резултатите показват, че болшинството сред респондентите са запознати със състоянието на заболяването (80%). Сравнително нисък процент от участниците в анкетното проучване, са посочили, че не знаят нищо за това заболяване (20%). Високият процент на положителни отговори сочи за задоволително ниво на осведоменост по проблема сред анкетираните, което обаче се обяснява с факта че не малка част от анкетираните са студенти в медицински специалности.

Интеграцията на хората с генетични заболявания и специални нужди в обществото е комплексен процес в основата, на който стои високата информираност по отношение на заболяването. Това от своя страна провокира по-детайлно изследване на степента на информираност сред анкетираните (Фиг.2).

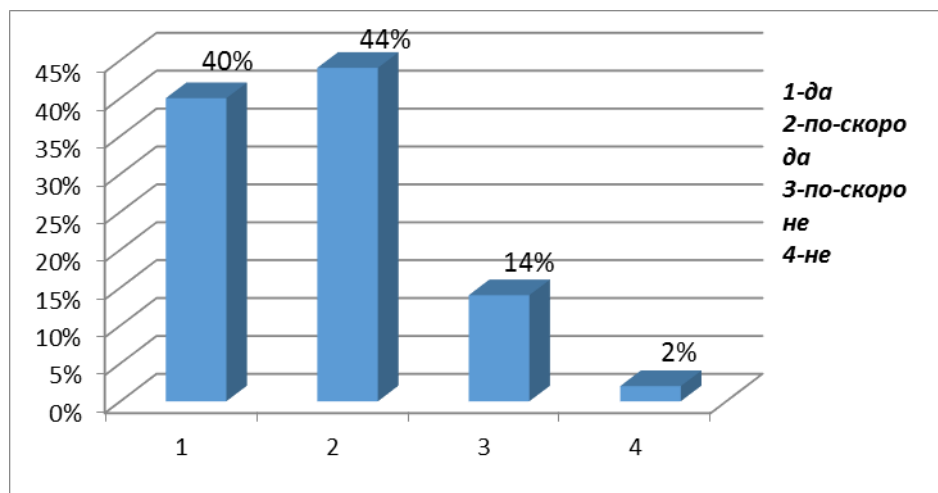


Фиг.2. Степен на информираност относно синдром на Даун.

Сравнително нисък дял от респондентите, определят своята степен на информираност като „висока“ (30%). Преобладава дялът на хората, които определят

своето ниво на знания като „средно“ (60%). Останалите 10% от анкетираните признават своята липса на знания, касаещи се до заболяването като са посочили, че имат „ниска“ степен на информираност. Изведените резултати отразяват сравнително добро ниво на информираност, което е предпоставка за изграждането на подходяща среда за интеграция и адаптация на хората със специални потребности.

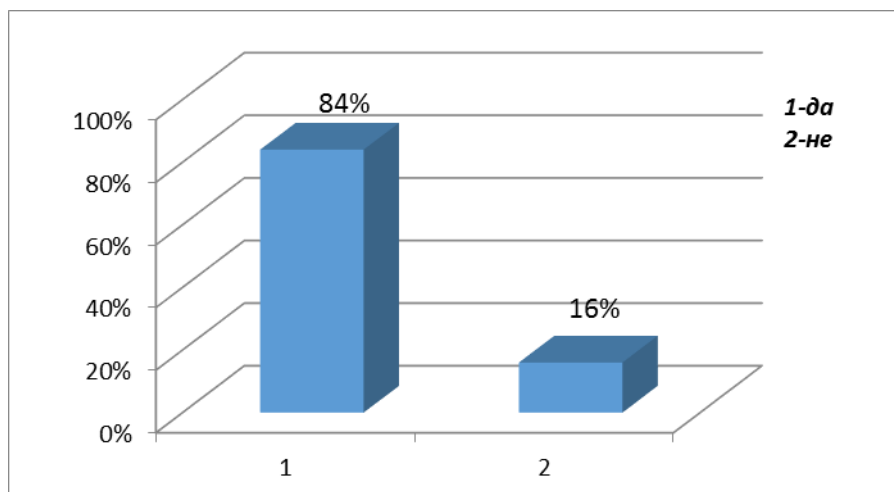
Редица центрове, организации и фондации работят с деца, младежи и възрастни хора със специални потребности. Сред тях основен контингент са лица със синдром на Даун, поради високата честота на генетичното заболяване. Тяхна основна цел е да се разчупи диагностичната стигма над техните потребители, а именно че са хора, които не могат нищо, вследствие на заболяването си. Активната работа с лицата с умствени увреждания, развива жизнения потенциал и възможности им за социална интеграция. Също така изгражда трудови и социални умения и осигурява условия за трудова заетост. В действителност, се оказва че въпреки усвоените знания и умения, хората с това заболяване имат сериозни трудности с намирането на работа и реализирането на пазара на труда. Това от своя страна поражда необходимост от изследване на източника на проблема, а именно работодател и колектив. На Фиг.3 е представена нагласата на анкетираните към нов член в работния екип със синдром на Даун.



Фиг.3. Интеграция на хора със синдром на Даун в работна среда.

Резултатите изобразяват, че по-голяма част от респондентите са склонни да работят с човек, имащ синдром на Даун, като 40% категорично не са против, а 44% са посочили отговор „по-скоро да“. Сравнително нисък е дялът от анкетираните, които са отговорили, че „по-скоро не“ биха работили с човек със синдром на Даун (14%). Едва 2% твърдо заявяват несъгласието и са дали отговор „не“. Хората със синдром на Даун, като всеки един от нас имат същата нужда от работа, подкрепа и място за където да се чувстват пълноценни личности, въпреки заболяването си. Резултатите от проведеното запитване показват, че болшинството сред анкетираните са склонни да работят с човек със синдром на Даун, което показва че източника на проблема вероятно не се крие в колектива. Това от своя страна изисква по-задълбочено проучване на мнението на работодателите по проблема и търсене на адекватно решение по казуса.

Друг сериозен проблем пред хората със синдром на Даун е социалната изолация в която са принудени да живеят голяма част от тях. Участниците в анкетната група бяха запитани дали биха допуснали човек с такова заболяване в своята лична и социална среда (Фиг.4).



Фиг.4.Социализация на хора със синдром на Даун.

Получените данни изразяват оптимистични резултати, тъй като 84% от респондентите заявяват, че биха допуснали такъв човек в социалната си среда. Относително нисък е дялът на хората, които са дали отговор „не“ (16%). Високият процент на хората, които са дали положителен отговор, е знак за благоприятна прогноза, спрямо социализацията на хора със синдром на Даун и тяхното развитие в общественият живот. Въпреки това трябва да се стремим към повишаване на информираността издравната култура на населението и възпитаването на емпатия и толерантност към различните в младото поколение, защото развивайки се като личности те ще бъдат част от промяната на утрешният ден.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обобщението от проведеното проучване показва, че болшинството сред анкетираните са запознати със заболяването и имат добра осведоменост по проблема. Преобладаващата част от респондентите изразяват готовност да приемат човек, страдащ от синдром на Даун, както на работното си място така и в социалната си среда. Но за подобряване положението на хората, имащи заболяването трябва не само да се говори и разпространява информация, но и да се осъществява обществена ангажираност от страна на институциите, работодателите и самите нас, независимо от социалните настроения.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] KorenbergJ. R, Chen X. N, SchipperR, SunZ, GonskyR, GerwehrS, CarpenterN, DaumerC, DignanP, DistecheC. *Down syndrome phenotypes: the consequences of chromosomal imbalance*, PubMed ID8197171, vol. 91 no. 1, 4997–5001
- [2] Тончева Д., Редки генетични болести, София, 2014г.
- [3] <http://downsyndrome.bg>
- [4] <http://www.downsyndrome.org.au>
- [5] <https://karindom.org>

За контакти:

Женя Стоянова Рашкова, Катедра „Здравни грижи“, ФОЗ, Медицински университет „Проф. Д-р Параскев Стоянов“ – гр. Варна, тел:0885 914 801, e-mail: jeniarashkova@abv.bg

Рискови фактори за артериалната хипертония

автори: Николина Михайлова, Зорница Здравкова-Чауш
научен ръководител: ас. Веселина Василева

Arterial hypertension is one of the most common and the trappiest diseases. It leads asymptotically to multiple negative consequences. Risk factors increase the possibility of the occurrence of arterial hypertension. Some of them are controllable: overweight, alcohol, stagnant life, stress, eating habits and smoking. The changes in these factors contribute to the normalization of blood pressure. On the other hand they potentiate the effect of medication and the control of arterial hypertension is achieved with a smaller number of drugs.

Keywords: Arterial hypertension, controllable risk factors, lifestyle, consequences

ВЪВЕДЕНИЕ

Артериалната хипертония (АХ) е заболяване не само на сърцето, а засяга целия организъм. Това е една от най-разпространените и същевременно най-коварни болести, поради множеството неблагоприятни последствия, до които води безсимптомно. Тя води до тежки, а в много случаи и смъртоносни усложнения като мозъчен инсулт, миокарден инфаркт, нарушения на бъбречната функция, проблеми, свързани с бременността, увреждания на очите и други.

За 2015 година броят на хипертониците, получаващи антихипертензивни лекарства по НЗОК надхвърля 1,2 млн. души, но съществуват и такива, които не използват предписването им по Здравна каса. Това на практика означава, че всеки 4-5 българин е хипертоник [7].

Според едно практическо „наполовина правило“, 50% от болните не знаят, че имат хипертония, 25% знаят, но не се лекуват, 12,5% се лекуват недостатъчно и едва в останалите 12,5% терапията е адекватна [4].

АХ при лица над 18 г. възраст е трайно повишаване на артериалното налягане(АН) за систолата над 140 mmHg и/или диастолата над 90mmHg, измерено в три различни прегледа в рамките на няколко седмици [3].

Рисковите фактори за високо кръвно налягане се разделят основно на две групи: променяеми и непроменяеми. Променяемите са факторите, които на практика зависят от нас. Към тях спадат наднормено тегло, начин на хранене, алкохол, застоял живот, тютюнопушене, стрес. Непроменяемите логично са тези които не зависят от нас, катогенетични фактори, пол (мъжете са по-предразположени към развитие на високо кръвно налягане), възраст, расова принадлежност.

В 95 на сто от случаите на АХ не съществува конкретна първоначална причина, довела до появяването ѝ, затова подобно състояние се нарича първична или есенциална хипертония. В останалите 5 на сто страдащите имат проблеми с бъбреците или с малките жлези, наречени надбъбречни, които довеждат до хипертония. Лекарите наричат това състояние вторична хипертония [2].

Лечението на АХ е немедикаментозно, медикаментозно и хирургично (интервенционално). За да е максимално успешно лечението, то трябва да бъде комплексно. Важно място заема немедикаментозното лечение. Промените в начина на живот е възможно да нормализират АН при леки хипертонии и да отложат медикаментозната терапия за дълго време. От друга страна те потенцират ефекта на медикаментите и контролът на АН се постига с по-малък брой лекарства [3].

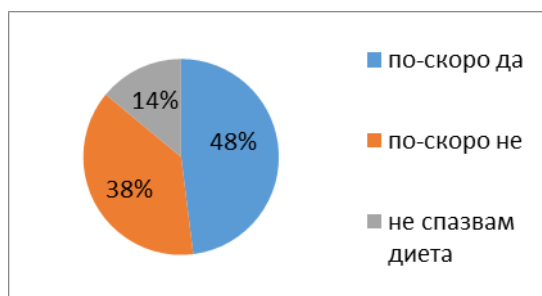
ИЗЛОЖЕНИЕ

Целта на анкетното проучване бе да се провери контролът над променяемите /зависещи от нас/ рискови фактори за АХ, както и степента на информираност на пациентите за тези фактори. Анкетното проучване е осъществено сред 50 пациента с АХ, посетили кардиологичните кабинети в Диагностично-консултативен център IV и

Кардиологичен медицински център в гр. Варна в периода 04.04.2017г. – 29.04.2017г. За анализ на първичната социологическа информация са използвани програмните продукти на Microsoft Excel 2013. Бяха анкетирани 25 жени и 25 мъжес доказана хипертония. Приблизително 70% от респондентите са на възраст над 55 години, което потвърждава, че колкото по-напреднала е възрастта, толкова е по-голяма вероятността за развитие на хипертония.

Най-големият риск за хората с високо кръвно налягане е наднорменото тегло. Сърцето помпа кръв до всяка част от тялото, като бие – свива мускулната си маса – приблизително 70 пъти на минута. При наднормено тегло сърцето съответно трябва да повиши мощността си, за да се справи с допълнителния обем от кръвоносни съдове, и да продължава тази допълнителна работа с години [6].

Клиничните изследвания сочат убедително, че намаляването на теглото сваля кръвното налягане. Но това не е лесно да се направи, ако няма силна мотивация и правилни указания. Шансът да се достигне исканото тегло е по-голям ако се увеличат физическото натоварване и упражненията и се намали количеството консумиран алкохол. Почти всички медицински авторитети независимо от специалността са единодушни, че трябва да има „разумна диета“, с по-малко сол, по-малко животински мазнини, повече риба и много плодове и зеленчуци [2]. Липсват данни за наднормено тегло на анкетираните, но на въпросът „Опитвате ли се да спазвате диета?“ 48% от анкетираните отговарят с „По-скоро да“, което е показател за добра информираност на пациента, от страна на медицинския екип, за ползите от спазването на диета (Фиг. 1).

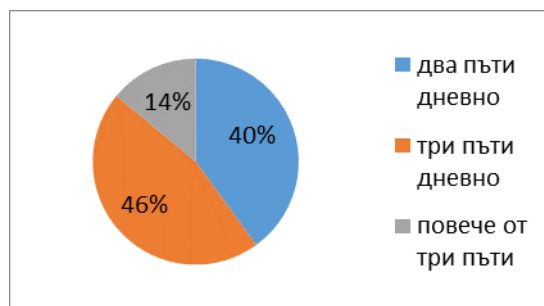


Фиг. 1. Спазване на диета

За възникване на АХ съществена роля играят и различни въздействия от външната среда. Важен фактор е начинът на хранене [1].

Консумацията на сол е в неразривна връзка с повишеното кръвно налягане. Препоръчително е при хипертоници да се намалява дневното количество приета сол постепенно, и то със специален диетичен подход, който предполага консумация на храни като зърнени продукти, плодове, зеленчуци, обезсолени местни и млечни произведения, които трябва да са и ниско калорични и с намалено количество животински мазнини. Това е в основата на т.нар. „Даш-диета“ (Dietary Approach to Stop Hypertension), като при нея храненията са 4-5 дори до 10 на ден. Презумпцията е да се яде по-малко, но често [9]. Според данните от проведеното проучване 68% от анкетираните консумират малко и умерено количество сол, което говори за добър контрол над този рисков фактор.

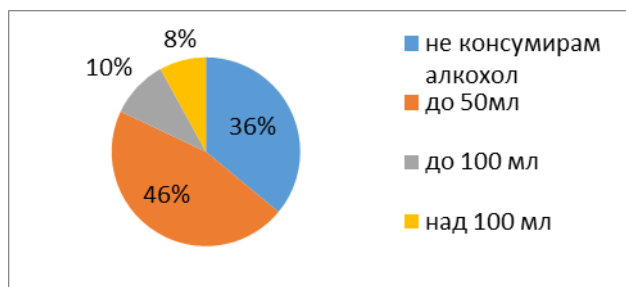
Според съвременни доказателства се приема, че калият може да бъде полезен при лечението на АХ. Най-добре е набавянето на калия да става чрез богати на пресни зеленчуци и плодове храна. Болният с АХ трябва да изяде през деня поне пет вида пресни зеленчуци или плодове – по един за всяко от петте хранения през деня /обед, вечеря и три закуски – сутрин, в 10 и 17ч/ [1]. Тази информация провокира проучване на броя хранения сред пациентите с АХ (Фиг. 2).



Фиг. 2. Брой хранения на ден

Наблюдаваме, че 60% се хранят три и повече пъти дневно, а 40% имат двукратно хранене. Пациентите, които се хранят повече от три пъти дневно са едва 14%. Този резултат говори, че медицинският екип добре да акцентира вниманието на пациентите за ползата от златното правило „Хранене често по малко“, тъй като почти половината от тях споделят, че се опитват да спазват диетата.

Друг важен рисков фактор е консумацията на алкохол. Съществуват много доказателства, че консумацията само на умерени количества алкохол намалява кръвното налягане, така че не е необходимо човек да бъде пълен въздържател [7]. Поради съществуващите разлики в различните държави Световната здравна организация /СЗО/ приема, че за пълнолетните жени и всички хора над 65 години умерена консумация е едно стандартно питие на ден, а за пълнолетните мъже до 65 години – 2 стандартни питиета на ден, като не става въпрос за всекидневна употреба. Всекидневната консумация повишава възможността от създаване на толеранс и възникване на зависимост, затова през седмицата трябва да има най-малко 2 дни, през които не се употребява никакъв алкохол. За едно стандартно питие /според СЗО/ се смята това, което съдържа около 10 грама чист алкохол. Например 40мл. концентрат с обемно съдържание на алкохол 40% съдържа 12,6 г чист алкохол [8]. На *фиг. 3* е представена консумацията на алкохол сред пациентите с АХ, участващи в проучването.

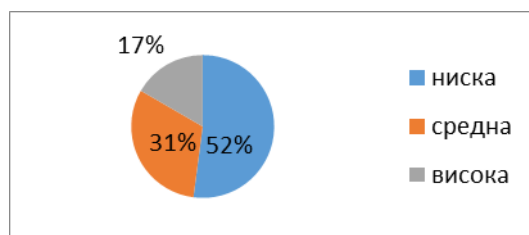


Фиг. 3. Консумация на алкохол

Според проучването 46% от анкетирания консумират алкохол в относително допустими граници като повечето от тях споделят, че се стремят да не прекаляват с алкохола, а 36% не консумират алкохол. Това показва добър контрол над този рисков фактор, а също и добра информираност на пациентите за вредата от прекалената консумация на алкохол в тяхното състояние.

Изследванията потвърждават взаимната връзка между физическата активност и спадането на кръвното налягане. При хипертония, обаче, трябва да се подхожда разумно към физическите натоварвания. Например човек с повече килограми на средна възраст, който има хипертония и никога не се е занимавал със спорт, не би трябвало да започва усилените тренировки, които го изтощават напълно. Много по-добре е да избере постепенното увеличение на натоварването. Може да се започне с изкачване на стълбите, вместо да се използва асансьора, когато трябва да се качат 2-3 етажа. Всички спортове са полезни, но не трябва да изтощават. Добре е да

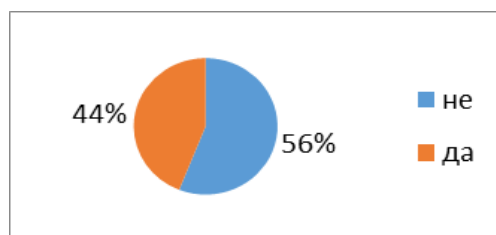
има умерено ускоряване на пулса и дори леко изпотяване [2]. На Фиг. 4 е представена физическата активност на анкетираниите.



Фиг.4. Физическа активност

Болшинството сред пациентите смятат, че имат ниска физическа активност, а 31% от анкетираниите се определят със средна физическа активност (52%). Прави впечатление, че приблизително 2/3 от респондентите имат ниска физическа активност. Пациентите е добре да получат от медицинския екип препоръки за техния двигателен режим съобразно възрастовата им група и степента на заболяване или да бъдат насочвани към посещение на групови спортни занимания съобразно интересите.

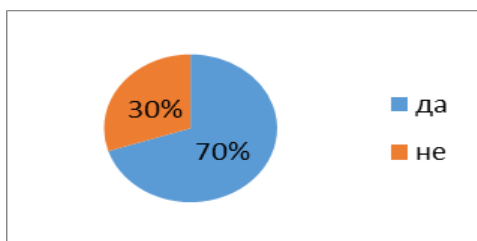
От научна гледна точка тютюнопушенето улеснява възникването на АХ и представлява сериозен рисков фактор за ускорено развитие на коронарна атеросклероза с последващи ангина пекторис и сърдечен инфаркт. В различни експериментални условия основната токсична съставка на тютюна – никотинът – безспорно предизвиква артериален спазъм и повишаване на кръвното налягане. Клиничните наблюдения недвусмислено посочват, че след преустановяване употребата на тютюн, АН спада [5]. Категоричните данни по въпроса с тютюнопушенето изискват анализ по проблема, представени на фиг. 5.



Фиг. 5. Тютюнопушене

Според получените данни преобладава делът на пациентите, които не са пушачи или са отказали цигарите, което говори за добър контрол над този рисков фактор (56%).

Не на последно място по значение е стресът като рисков фактор. Различните начини на релаксация може да помогнат за подобряване на качеството на живота, но вероятно няма да са достатъчни, за да сложат под контрол истинската хипертония. Без съмнение крайните стресови ситуации могат да причинят рязко повишаване на кръвното налягане. Има много хора с хипертония, които изпадат в стресово състояние по множество причини, в резултат на лични проблеми, тревоги на работното място или дори по необясними причини [2]. Това от своя страна провокира проучване на стреса сред пациентите с АХ (фиг. 6).



Фиг. 6. Нива на стрес

Относително висок дял сред анкетираните определят себе си като подложени на стрес (70%). Посочват главна причина за това работата, втора по степен причина – лични проблеми. Високите нива на стрес сред пациенти е проблем, който не е за подценяване и е от изключителна важност за контролът над АХ. За да се намалят вероятните последици от този рисков фактор е добре медицинският екип да намери възможност за предоставяне на информация на пациента за начините за справяне със стреса съобразно индивидуалните им особености.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

АХ е резултат от взаимодействието на различни фактори, които са в пряка връзка с околната среда и начина на живот. Контролът над рисковите фактори благоприятства за нормализирането на АН. Променяемите рискови фактори за АХ действат комплексно и трудно може да се осъществи контрол върху високото кръвно налягане самостоятелно на всеки един от тях. Затова е необходимо да има съдействие от страна на пациентите като се спазват препоръките на медицинския екип. А за да има удовлетворение и стимул за пациентите, този контрол е добре да бъде онагледен под формата на писмена индивидуална оценка, която да се прави за всеки болен.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Беловежков, Н., Есенциална артериална хипертония, Тип Топ Прес, 2003г.
- [2] Бийвърз, Д., Кръвно налягане. Какво трябва да знаем за него, Софтпрес, 2007г.
- [3] Григоров, Мл., Кардиология, Български кардиологичен институт, 2010г.
- [4] Дойчинов, Ал., Съвременна терапия на съдовите заболявания, Знание, 2001г.
- [5] Папазова, М., Калейчева Р., Лечение и хранене при високо кръвно налягане, ИК „Емас“, 2006г.
- [6] Смит, Том, Високо кръвно налягане, Труд, 2004г.
- [7] www.clinica.bg
- [8] www.drugsinfo-bg.org
- [9] www.zonazdrave.com – Интервю с доц. Евгений Стойнов, завеждащ сектор превантивна кардиология в Транспортна болница София

За контакти:

Николина Михайлова, катедра „Здравни грижи“, ФОЗ, Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ гр. Варна, e-mail: nuncheto@abv.bg

Зорница Здравкова-Чауш, катедра „Здравни грижи“, ФОЗ, Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ гр. Варна, e-mail: z.zdravkova87@gmail.com

Промоция и профилактика на сърдечно-съдовите заболявания – роля и място на медицинската сестра

автори: Зорница Здравкова-Чауш, Николина Михайлова
научен ръководител: ас. Красимира Стамова

Nursing is a discipline focused on helping a person, a family, or a community to reach or maintain optimal health and life. Modern definitions define sisterhood as science and art, which focuses on maintaining the quality of life that is individual to each person and built on the basis of his life experience. The nurse participates in the clinical observation of patients, in the application of therapy, in the preparation of different types of studies, as well as in the prevention of socially important diseases such as cardiovascular diseases.

Key words: *Nursing, cardiovascular diseases, Promotion and prevention.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Основоположничката на съвременното сестринство – Вирджиния Хендерсон, още миналия век казва, че "...уникалната функция на сестрата е да подпомага индивида (болен или здрав) в извършване на такива дейности, които способстват за здравето или възстановяването му (или за спокойна смърт) и които той сам би изпълнявал, ако имаше за това необходимата сила, желание или знания, и то да прави това по такъв начин, че да помогне индивида да придобие независимост колкото е възможно по-бързо" [2].

Световната здравна организация определя днес нова мисия, нови функции на медицинската сестра и разглежда ролята ѝ като ключова за оказване на качествени здравни грижи. Мисията на хуманната професия се състои в оказване на помощ на отделните личности, семейства и групи за достигане и развитие на собствения им физически, умствен и социален потенциал и поддържането му на съответното ниво в сложните условия, в които те живеят, учат и работят. Това налага развитие на сестринството и изпълнение на функции, отнасящи се до укрепване и съхраняване на здравето, както и предотвратяване на заболяванията. Днес е променено схващането за ролята на медицинската сестра в укрепването на здравето. Нейната дейност, разглеждана в миналото като полагане на грижи за болния, сега все повече се ориентира към дейности за разширяване на обществената роля на медицината. Медицинските сестри наред с другите здравни професионалисти участват в комплексните програми за промоцията на здраве [2].

Промоция на здравето е водеща концепция, включваща дейности по повишаване на индивидуалното и общественото здраве и благополучие. Терминът промоция на здравето съдържа две компоненти: промоция и здраве. Промоцията е „действие за подпомагане, съдействие, поощряване, поддръжка, подкрепа на растеж или развитие на нещо" [1].

Профилактиката представлява съвкупност от медицински и немедицински мерки, които обществото провежда за постигане на по-добро здраве и качество на живот чрез предотвратяване на заболяванията, намаляване на техните последици и преждевременните умирания [1].

С особено значение са сърдечно-съдовите заболявания – причина номер едно за смъртните случаи сред населението на Европа. Тези заболявания са основен фактор за инвалидизиране на населението и намаляване качеството на живот.

Въпреки че смъртните случаи, следствие на сърдечно-съдовите заболявания в Европейския съюз намаляват, се увеличава броят на хората живеещи с такива. Този парадокс се дължи на повишаване на приживяемостта и удължаване на живота на сърдечно болните. Това са заболявания, които могат да бъдат предотвратени.

Според Световната здравна организация умереното, но едновременно понижаване на кръвното налягане, холестерола, борбата със затлъстяването и злоупотребата с тютюневи изделия ще намали сърдечно-съдовата смъртност наполовина [4]. Това вече кореспондира с функциите на съвременната медицинска сестра.

Целта на настоящото изследване бе да изясним ролята и мястото на медицинската сестра в процеса на промоция и профилактика на сърдечно-съдовите заболявания.

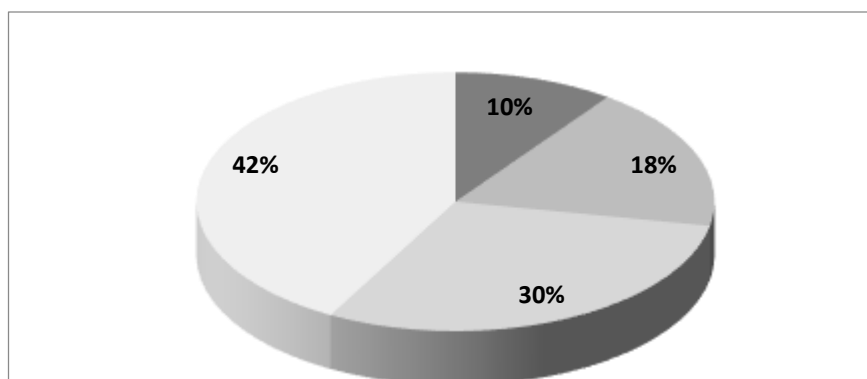
ИЗЛОЖЕНИЕ

Направено бе анкетно проучване сред 50 пациента със сърдечно-съдови заболявания, посетили кардиологичните кабинети в Диагностично-консултативен център IV, Медицински център „Света Марина“ и Кардиологичен медицински център в гр. Варна за периода от 17 до 29 април 2017 година.

Приложените методи в изследването са: пряка анонимна анкета, анализ на литературни източници, документален метод. Данните са обработени чрез графичен анализ.

В анкетното проучване попаднаха 18 жени и 32 мъже със сърдечно-съдови заболявания.

Почти половината от респондентите се оказаха на възраст над 65 години (42%, фиг. 1).



Фиг. 1. Възрастово разпределение на анкетираните лица.

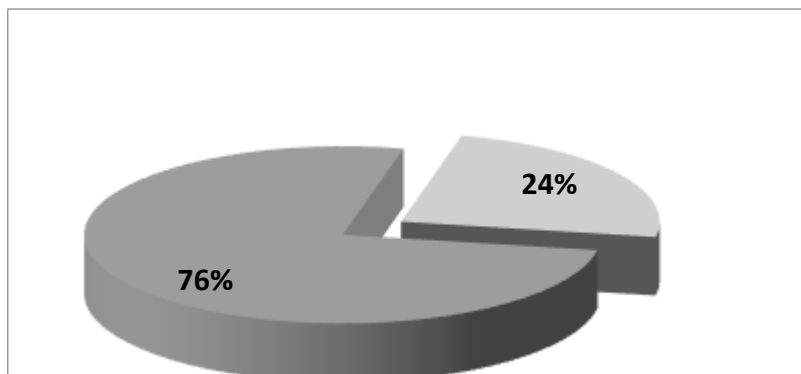
Това потвърждава факта, че с напредване на възрастта рискът от развитие на сърдечно-съдови заболявания се повишава. Профилактика на същите е изключително важна, тъй като те са на едно от първите места сред заболяванията на вътрешните органи. Най-често срещани са: артериална хипертония, коронарна артериална болест, инфаркт на миокарда, исхемична болест на сърцето, атеросклероза, ревматизъм, ендокардити и др. [5].

На въпрос от нашата анкета: „Вашият кардиолог работи ли с МС?“ всички анкетирани отговориха положително.

Основният въпрос, който ни интересуваше, а именно „Смятате ли, че медицинската сестра има роля и място в процеса на промоция и профилактика на сърдечно-съдовите заболявания?“, получи за нас изненадващ резултат. Около половината от анкетираните отговориха положително (46%). Ние очаквахме значително по-висок процент на положителни отговори.

Подобен бе и резултатът на зададения от нас въпрос: „Смятате ли, че медицинската сестра има роля и място в процеса на диагностика и лечение на сърдечно-съдовите заболявания?“ (34% положителни отговори). Това разпределение ние отдаваме най-вече на факта, че кардиологията е изключително тясна специалност. Според нас пациентите съзнават това.

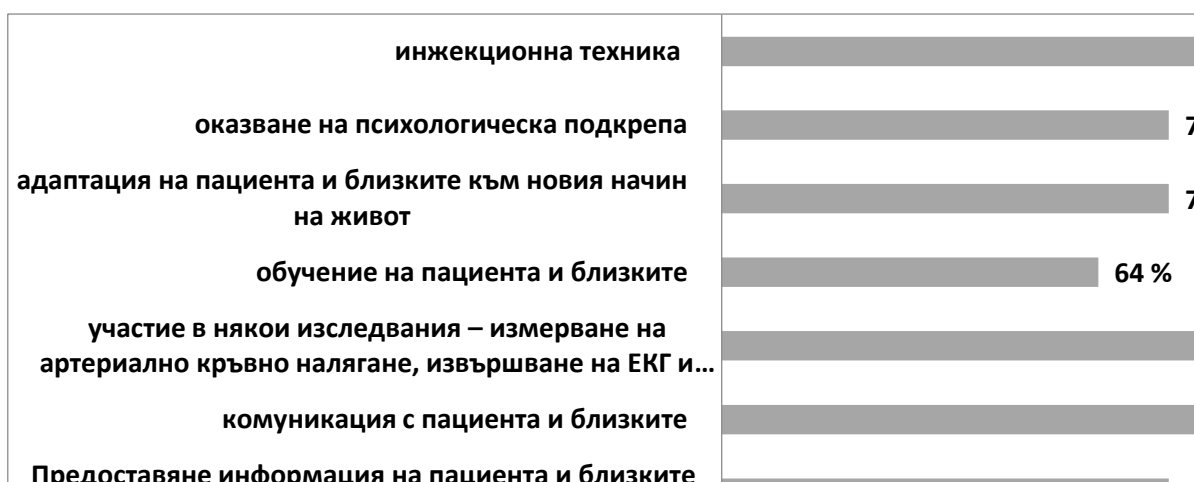
Получените отговори на тези два въпроса ние обвързваме с мнението на респондентите, че медицинската сестра, работеща в кардиологичен кабинет трябва да има допълнителна подготовка (фиг. 2).



Фиг. 2. Мнение на анкетираниите пациенти относно необходимостта от допълнително обучение на медицинската сестра, работеща в кардиологичен кабинет.

Болшинството участници в анкетното проучване са категорични, че здравният професионалист, работещ с кардиолог трябва да е преминал през допълнително обучение (76%, фиг. 2). Съвременният пациент е все по-информиран и с по-високи изисквания към обгрижващия го персонал. Съвременното ниво на подготовка на медицинската сестра отговаря на днешните постижения на медицинската наука и практика, както и на нейното непрекъснато развитие. Сестрата работи съвместно и във взаимодействие с лекаря, като изпълнява отговорни задачи в различни сектори на здравеопазването, полагайки комплексни грижи за физическото, психическото и социалното здраве на населението. Извършва превантивна дейност, свързана със социално значимите заболявания. За изпълнение на многостранните и отговорни задачи притежава знания относно профилактиката, промоцията, диагностиката, лечението и рехабилитацията при различните заболявания [2].

Запитахме пациентите в кои дейности според тях има съществена роля и място медицинската сестра, работеща в кардиологичен кабинет. Всички анкетирани са категорични когато става въпрос за инжекционна техника и участия в изследвания като измерване на артериално кръвно налягание, ЕКГ и други (100%, фиг. 3).



Фиг. 3. Мнение на анкетираниите относно дейностите, в които има съществена роля и място медицинската сестра, работеща в кардиологичен кабинет.

За респондентите съществена е ролята на сестрата и в комуникацията с пациента и неговите близки (84%). Пациентите са убедени, че здравето им може да

се подобрява не само чрез участие в здравните грижи и лечение, но и чрез умението да се разговаря с тях, да бъдат изслушвани, да се проявява интерес към тях като личности. Комуникацията, съобразена с конкретната личност на отделния пациент, разгръща неговия капацитет за съдействие чрез спазване на медицински препоръки, самостоятелно и съзнателно повишаване на здравната култура за управление на хронично заболяване и т.н. [3].

Анкетираният изразява необходимост от това, да им бъде предоставяна по-голяма възможност за контакт с медицинската сестра. В Медицинските центрове, където бе проведено проучването, това е трудно постижимо, тъй като пациентите са твърде много, а и ангажираността на медицинската сестра е значителна. За да бъде задоволена тази потребност би могло да се предостави на сестрата допълнително време за консултации, които тя осъществява в рамките на своите компетенции. Това би допринесло за повишаване на доверието от страна на пациентите.

Болшинство от участниците в анкетното проучване признават мястото на медицинската сестра в оказването на психологическа подкрепа (76%), адаптацията на пациента и близките към новия начин на живот (76%), както и в предоставянето на информация (76%).

Повече от половината респонденти смятат, че медицинската сестра има роля в обучението на пациента и неговите близки (64%).

Резултатите от проведеното от нас анкетно проучване утвърждават определените от Световната здравна организация функции на съвременната медицинска сестра, а именно:

- Осигуряване и ръководство на сестринската помощ – това включва съдействие, профилактика, лечение, рехабилитация или поддръжка на отделни лица, семейства и групи на основата на логически стъпки (алгоритми) за осигуряване на качество на сестринските дейности.
- Обучение на болните и на персонала, осигуряващ медико-санитарна помощ - включва осигуряване на информация за достиженията в здравеопазването, непрекъснато обучение на сестринския състав, оценка на резултатите от здравно просветна дейност, оказване на помощ и подкрепа на медицинските сестри за въвеждане на новостите в практиката в съответствие с професионално – етичните и професионални стандарти.
- Умение на медицинските сестри за работа в медицинския екип – включва ефективно сътрудничество с други специалисти при планиране, организация, управление и оценка на сестрински дейности като съставна част от комплексното здравно обслужване.
- Развитие на практическото сестринство, чрез прилагане на анализ на ситуациите и научни изследвания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Модерните дефиниции определят сестринството като науката и изкуството, която се фокусира върху поддържането на качеството на живот, което е индивидуално за всеки човек и е изградено на базата на неговия житейски опит.

В контекста на съвременната нова политика за обществено здравеопазване, произтичаща от глобалната стратегия “Здраве за всички” се очертават новите приоритети и тенденции, свързани с нови роли и отговорността на медицинската сестра.

Високата отговорност и професионализъм правят грижите към лекуваната личност по-рационални и качествени. В същото време настоящата медицинска сестра притежава разширени компетенции чрез съвременна подготовка, висока мотивация и конкурентна способност [2].

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Грънчарова, Г., А., Велкова, С., Александрова, Социална медицина, Издателски център на ВМИ-Плевен, 2002.
- [2] Мухина, С., Тарновская И., Теоретични основи на сестинските грижи, МУ – Плевен, 2006.
- [3] Тачева, В., Комуникативни умения в медицинската практика, Стено, Варна, 2014.
- [4] <http://www.zdravenmediator.net>.
- [5] <http://www.nursing-bg.com/medses.html>.

За контакти:

ас. Красимира Стамова, катедра „Здравни грижи“, Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ гр. Варна, e-mail: kr.stamova@dir.bg.

Мнение на хемодиализните пациенти с хиперпаратиреоидизъм за ролята на медицинската сестра в процеса на обгрижването им

автор: Красимира Стамова
научен ръководител: Светла Стайкова

Hemodialysis requires patients to make a significant change in their lives. In this process of adaptation an important role is played by the nurse. She is part of the team providing quality health care. With the present study, we have set ourselves the goal of investigating whether hemodialysis patients, in part with hyperparathyroidism, are responsible for the nursing role of the nurse in their care process.

Key words: Health care, nurse, patients, quality of life.

ВЪВЕДЕНИЕ

Хиперпаратиреоидизмът е болестно състояние, което се дължи на повишена продукция на паратхормон от паращитовидните жлези.

Паратхормонът, заедно с калцитонинът и витамин Д играят важна роля в поддържане на калциево-фосфорното равновесие в организма. Това има отношение към правилното функциониране на всички тъкани, а неговото разстойство води до нарушения в бъбреците, костната система, стомашно-чревния тракт, нервно-мускулното предаване, меките тъкани и т.н.

Различаваме първичен, вторичен и третичен хиперпаратиреоидизъм.

Вторичният хиперпаратиреоидизъм настъпва при хронично бъбречно заболяване. Той се дължи на прогресивното влошаване на бъбречната функция. Намаляване скоростта на гломерулната филтрация (GFR) под 60 ml/min/1.73m² води до задръжка на фосфати и до стимулиране синтеза и секрецията на паратхормон. Хроничното повишаване на последния води до загуба на костна маса, повишен риск от фрактури, сърдечно-съдови усложнения и по-висока смъртност. Най-често са налице общо разредяване на костната структура, деформации и счупвания. Такива изменения се наблюдават често при пациенти на хемодиализно лечение.

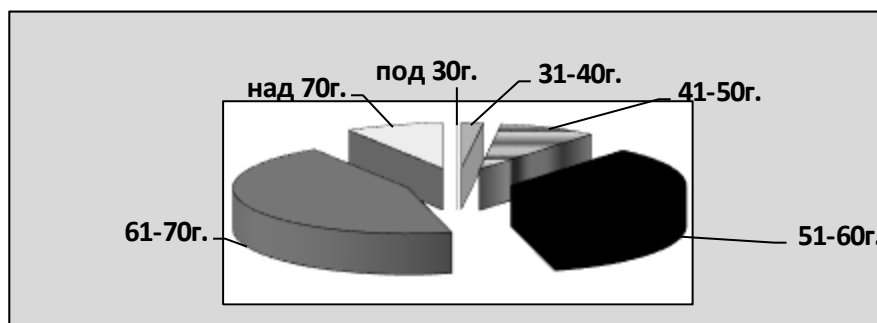
Хемодиализата е една от възможните алтернативи в крайните стадии на хроничната бъбречна недостатъчност, когато методите на консервативното лечение се оказват недостатъчни. Хроничната бъбречна недостатъчност се изяснява при отпадане на функцията на повече от 60% от нефроните и прогресира с тяхното намаляване [1]. Преминали на хемодиализно лечение, от пациентите се изисква да променят значително живота си. Затова се смята, че преди започване на процедурите те трябва да бъдат запознати с нуждата и последиците от съответното. На болните трябва да бъдат разяснени соматичните, психологическите и социалните аспекти. Хемодиализното лечение трябва да бъде така организирано, че болните да не се чувстват напълно зависими от лекар, медицинска сестра, друг диализен персонал, диализен център и апаратура. В този процес на предоставяне на информация, обучение и цялостна адаптация, важна роля има медицинската сестра. Тя е част от екипа, предоставящ качествени здравни грижи за пациентите на хемодиализно лечение.

Днес изискванията към съвременната медицинска сестра са все повече. Повишени са критериите от страна на пациентите и медицината като цяло. Световната здравна организация днес определя нова мисия, нови функции на медицинската сестра и разглежда ролята ѝ като ключова за оказване на качествени здравни грижи. Нейната дейност, разглежда се в миналото като полагане на грижи за болния, сега все повече се ориентира към дейности за разширяване на обществената роля на медицината. Схващането за ролята на медицинската сестра в укрепването на здравето сега е изцяло променено [2].

С проведеното настоящо изследване ние си поставихме за цел да проучим дали пациентите на хемодиализно лечение, в частност с хиперпаратиреоидизъм, отреждат очертаната от съвременното сестринство роля на медицинската сестра в процеса на тяхното обгрижване.

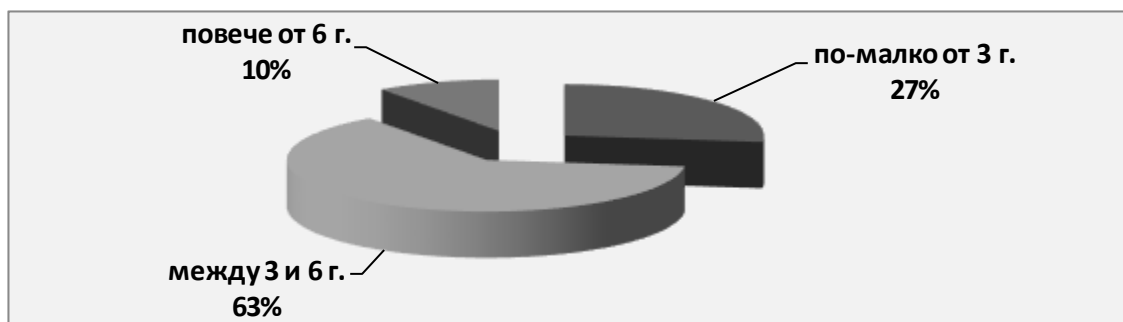
ИЗЛОЖЕНИЕ

Анкетирани са 90 пациента на хемодиализно лечение с хиперпаратиреоидизъм. Изследването бе проведено в периода от 13 февруари до 20 март 2017 година в Клиниката по диализа към МБАЛ „Света Марина“ ЕАД - гр. Варна. Приложените методи в проучването са: пряка анонимна анкета, анализ на литературни източници, документален метод. Данните са обработени чрез статистически и графичен анализ. В анкетното проучване попаднаха най-много пациенти на възраст 61-70 години (45%, фиг.1).



Фиг. 1. Възрастово разпределение на анкетиранияте пациенти.

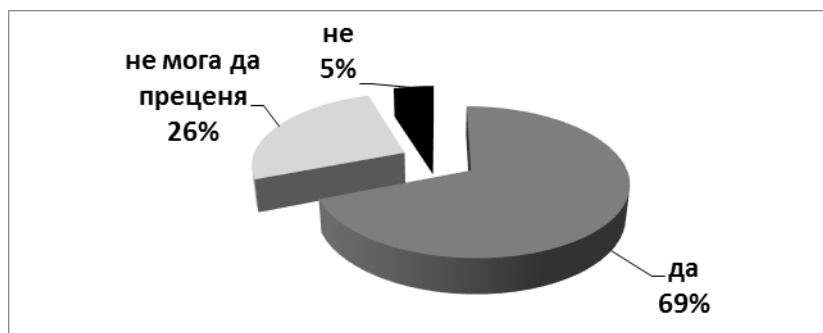
Следват групите на 51-60 годишните (35%), 41-50 и над 70 годишните (по 9%), едва 2% се оказаха на възраст 31-40 години. В групата под 30 години няма анкетирани. Разпределението по пол на респондентите показва превес на мъжкия (63%) за сметка на женкия (37%). Всички анкетирани пациенти са на хемодиализно лечение три пъти седмично, с продължителност на процедурата от по 4 часа. Продължителността на съответното лечение в години се оказва за основната част от респондентите с давност между 3 и 6 години (63%, фиг. 2).



Фиг. 2. Продължителност на хемодиализното лечение за анкетиранияте пациенти.

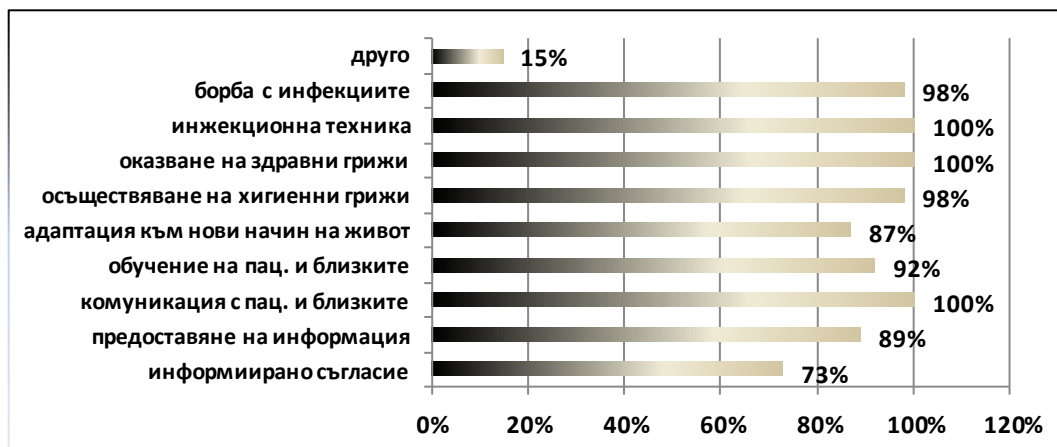
Около една четвърт са на хемодиализа по-малко от 3 години (27%). А едва една десета – повече от 6 години (10%). Тези данни ни позволяват да разчитаме на мнение от страна на анкетиранияте, базирано на достатъчно дълго наблюдение във времето за проблемите им като пациенти, както и достоверност на получените резултати в анкетното проучване.

На основния за нас въпрос в анкетата “смятате ли, че медицинската сестра има роля в процеса на Вашето обгрижване?”, болшинство от пациентите отговарят с катиговично “да” (69%, фиг. 3).



Фиг. 3. Мнение на анкетираните пациенти за ролята на медицинската сестра в процеса на обгрижването им.

Около една четвърт не могат да преценят (26%), а едва минимална част считат, че сестрата няма роля в процеса на тяхното обгрижване (5%). Когато става въпрос за конкретни дейности, в които има съществена роля здравният професионалист, респондентите са категорични относно инжекционната техника (100%), оказването на здравни грижи (100%), комуникацията с пациента и близките (100%, фиг. 4).



Фиг. 4. Мнение на анкетираните пациенти за конкретни дейности, в които има роля медицинската сестра в процеса на обгрижването им.

Почти всички анкетирани смятат, че медицинската сестра има отношение към осъществяването на хигиенните грижи (98%), борбата с инфекциите (98%), обучението на пациентите и техните близки (92%). Голяма част отреждат значение във включването на сестрата в дейности като предоставяне на информация (89%), адаптация към новия начин на живот (87%) и информирано съгласие (73%). Според нас получените резултати са следствие на изграденото доверие към персонала, обгрижващ болните. Запитани удовлетворени ли са от качеството на полаганите за тях грижи, респондентите отговарят с категорично “да” (100%). Терминът “основни сестрински грижи” представлява преди всичко грижи за болните и безпомощните. Предоставяйки ги, сестрата прилага единни и същи принципи, независимо от това, дали ги предоставя на здрави или болни индивиди. Разбира се, втората категория лица осъзнават в по-голяма степен нуждата от сестрински грижи. Основните сестрински грижи са едни и същи, както за пациенти с физически, така и за пациенти с психически увреждания. В същото време се отнасят не само за всеки пациент, но и за всяка обстановка – в болницата, дома, работата и т.н. [5]. Посещавайки често диализния център, пациентите имат възможност да бъдат в тесен контакт с медицинската сестра. Процесът на предоставяне на информация от страна на здравния професионалист е облекчена от страна на физическо време. А този именно фактор е често липсващ в редица звена на здравеопазната система. Това затруднява в голяма степен комуникацията с пациента и често рефлектира върху

удовлетвореността му за качеството на оказваните грижи. Мнението на пациентите за качеството на здравното обслужване зависи в голяма степен от качеството на взаимоотношенията с техния лекуващ лекар, с медицинската сестра и всеки един участник в здравните грижи за тях. Редица проучвания, показват, че при устната комуникация способността на медицинския персонал да обясни, да слуша, да бъде съпричастен играе съществена роля за биологичните и функционални резултати за здравето, както и удовлетвореността на пациентите от здравни грижи и тяхната мотивация за по-нататъшно сътрудничество [3, 4]. Пациентите са убедени, че здравето им може да се подобрява не само чрез участие в здравните грижи и лечение, но и чрез уменията да се разговаря с тях, да бъдат изслушвани, да се проявява интерес към тях като личности. Комуникацията, съобразена с конкретната личност на отделния пациент, разгръща неговия капацитет за съдействие чрез спазване на медицински препоръки, самостоятелно и съзнателно повишаване на здравната култура за управление на хронично заболяване и т.н. Комуникативните умения винаги са играли важна роля в лечебния процес [3].

Резултатите от проведеното от нас проучване потвърждават това и ни дават основание да направим следните обобщения: Пациентите на хемодиализа, в частност с хипопаратиреоидизъм, отреждат определената от съвременното сестринство роля на медицинската сестра в процеса на тяхното обгрижване. А именно – участие на сестрата в процеса на профилактика, лечение, обучение, комуникация. Те са категорични, че медицинската сестра, част от екипа, оказващ здравни грижи има съществена роля в процеса на осъществяването им. В същото време здравните професионалисти от Клиниката по диализа към МБАЛ „Света Марина“ ЕАД - гр. Варна са успели да изградят доверие от страна на пациента, което е изключително важно за постигане на добри резултати в лечебния процес и още по-важно – за повишаване на кореспондиращото с това качество на живот на самите пациенти.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Промените в здравеопазната система и високите изисквания от страна на пациентите изправят съвременното сестринство пред редица предизвикателства. Нуждите на лекуваната личност са обект на сестринските грижи, които неминуемо се повишават, стремейки се да отговорят на непрекъснатите нововъведения и промени. Всичко това изисква от професионалистите по здравни грижи непрекъснато повишаване на квалификацията чрез съвременна подготовка, висока мотивация и конкурентна способност. В същото време високата отговорност и професионализъм правят грижите към лекуваната личност по-рационални и качествени.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Гъбев, Е., Г. Стефанов, Наръчник на участъковия лекар, Медицина и физкултура, София, 1987.
- [2] Мухина, С., Тарновская И., Теоретични основи на сестринските грижи, МУ – Плевен, 2006.
- [3] Тачева, В., Комуникативни умения в медицинската практика, Стено, Варна, 2014.
- [4] Impact of Communication in Healthcare, <http://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/> (април 2015).
- [5] V. HENDERSON – BASIC PRINCIPLES OF NURSING CARE, Copyright 2000 by ICN, 3, place Jean-Marteau, CH-1201 Geneva (Switzerland).

За контакти:

ас. Красимира Стамова, катедра „Здравни грижи“, Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ гр. Варна, e-mail: kr.stamova@dir.bg.

Актив лърнинг – повишаване на положителният емоционален тонус у болните деца

Вержиния Стоянова Цветкова

Abstract: In order to increase the positive emotional tone of the sickly hospitalized child, it is necessary to break the traditional methods of treatment by inserting new components such as active learning or, in the case of learning by play. An alternative to faster child rehabilitation and stress reduction is the application of Active Learning methods, a term referring to the process of learning new knowledge and skills at the right time and on an appropriate subject according to age, The health status and the hospital regime of the child. This method is a safe nurse's assistant, which in turn will contribute to the planning, organization and conduct of quality treatment and rapid recovery of the child in the conditions of the hospital environment.

Keywords: learning through play, sick children, hospital environment, emotional state, active learning, interactive methods

ВЪВЕДЕНИЕ

Играта е част от психическото и физическото развитие на детето, неизменно тя върви с него дори когато е болно. Практиката показва, че дори болно или уморено детето играе. Обикновено играта е свързана с приятни емоции, но зависи от възрастта, емоционалното и здравословното състояние. Играта е необходимост и любима дейност за детето. Когато то е болно и се налага хоспитализиране, често се стресираща и бива лишено от много неща [1,5]. Въвеждането на интерактивното обучение в болнична среда като част от лечението е метод, който допринася за повишаване на функциите и намаляване на стреса от болничната среда при хоспитализираните деца в традиционното лечение [2].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Цел на изследването: Чрез използването на методите "Active learning", да се повиши положителният емоционален тонус на детето в болничната среда.

Материал и методи:

- **документален метод** – литературен анализ, проучен международен опит.
- **социологически метод** – анкетното проучване, проведено от м. януари 2017г сред медицински сестри, работещи с деца от 1 до 2 г с остри заболявания хоспитализирани в детски и инфекциозни отделения на акредитирани болници : УМБАЛ „Св. Марина“, Варна, УМБАЛ „УМБАЛ „Александровска“ ЕАД – София, МБАЛ „Шумен“ АД, „УМБАЛ – Русе“ АД, УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ - Плевен, МОБАЛ „Др. Стефан Черкезов“ АД – В.Търново

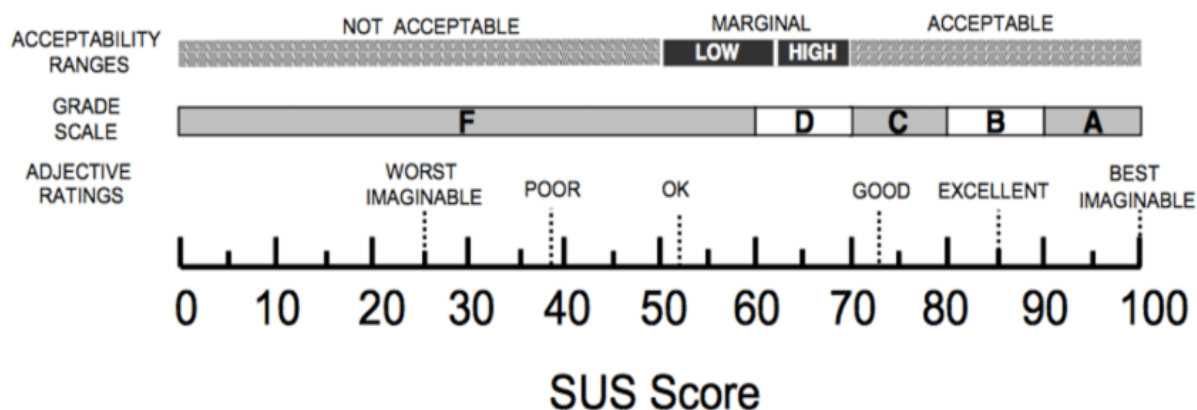
Резултати и обсъждания: В днешно време децата се развиват изключително бързо. Технологичните иновации навлизат в ежедневието, и им влияят съществено. Съвременното дете е в епохата на глобалната дигитализация [4]. Това налага разработване и прилагане на нови методи и техники в процеса на лечение, които да променят традиционните стиловете.

За изследване на мнението на специалистите по здравни грижи за приложимостта на методите от системата „Active learning“ и намаляване на нивото на стреса от хоспитализацията за повишаване на степента на адаптация на децата е подготвено и проведено анкетно проучване.

Предложено бе социологическо проучване от тип „въпросник“, който се състои от групи от изследователски въпроси, като на всеки въпрос трябва да се постави оценка съгласно следната скала:

- 1 - Твърдо несъгласие (твърдо „НЕ“)
- 2 - Несъгласие (по-скоро „НЕ“, отколкото „ДА“)
- 3 - Не мога да преценя (не мога да определя)

- 4 - Съгласие (по-скоро „ДА“, отколкото „НЕ“)
 5 - Твърдо съгласие (твърдо „ДА“)



Фиг. 1 Комбинирана скала за оценка

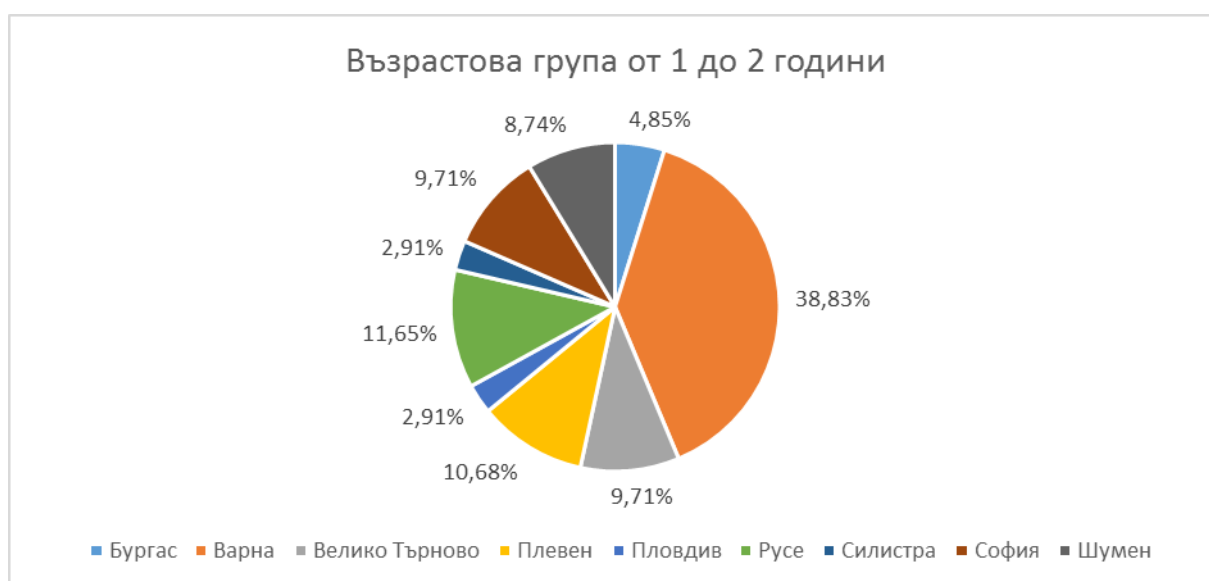
Оценката за приемливост (acceptability) се базира на комбинираната скала за оценка показана на **фиг. 1** известна като SUS Score.

Основавайки се на комбинираната скала се приема, че учебно-игрови задачи, получили положителна оценка с по-малко от 50% се считат за не-приемливи. Учебно-игрови задачи, получили положителна оценка в границите на 50%-70% също се считат за не-приемливи, поради незначителният резултат.

За приемливи се считат учебно-игрови задачи, получили положителна оценка 70% и повече, като се приема следната градация (grade scale):

- от 90% до 100% - висока степен на приемливост;
- от 80% до 90% - много-добра степен на приемливост;
- от 70% до 80% - добра степен на приемливост.

За провеждане на изследването от значение е разпределение на децата от възрастовата група по географски признак. Географското разпределение е представено на Фигура 2.

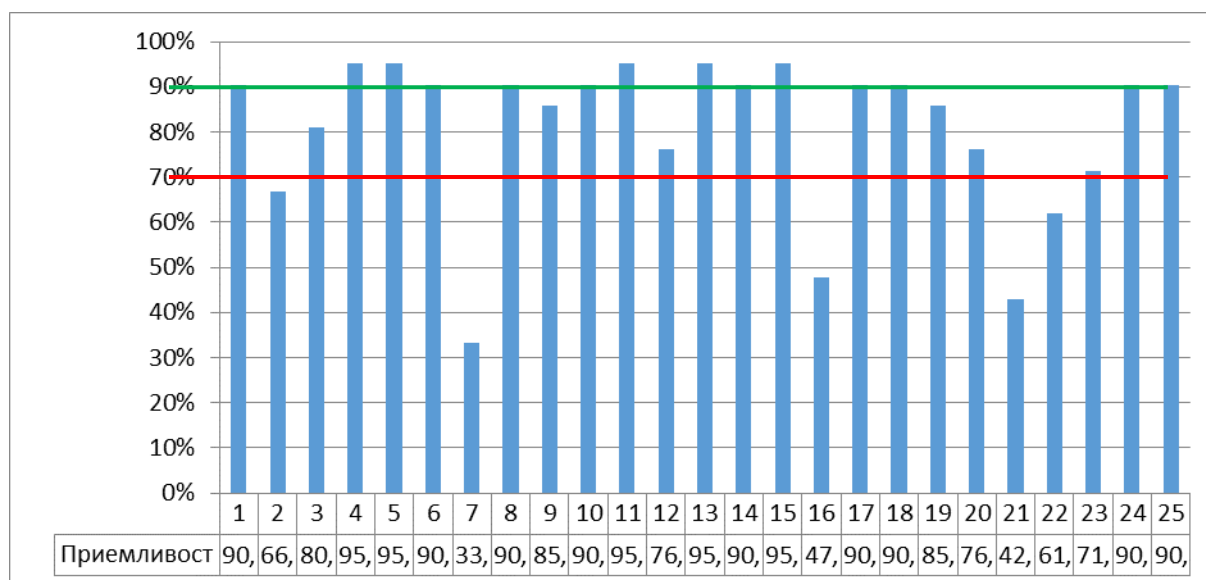


Фиг. 2 Разпределение на децата от възрастовата група по географски признак

От представените данни прави впечатление, че болшинството от попадналите в

проучването деца са от Варна (39%), следвани от Русе (12%), Плевен (11%), за София и Велико Търново (10%), а с под 10% е за Шумен, Силистра и Пловдив. Това се дължи на задълбоченото анкетно проучване и наличието на много детски и инфекциозни отделение във Варна.

На **фигура 3** в схематичен вид са показани получените резултати за „приемливост“ на предложените категории учебно-игрови задачи за възрастова група от 1 до 2 години според мнението на специалистите по здравни грижи.



Фиг. 3 „Приемливост“ на предложените категории учебно-игрови задачи за възрастова група от 1 до 2 години

По абсцисата са нанесени номерата на въпросите, а по ординатата е нанесена скалата от 0 до 100%. За по-добро визуално възприемане с червена линия е показана границата на „приемливост“ – 70%

От фигурата се вижда, че одобрение с оценка над 90% получават учебно-игрови задачи, предложени с въпроси с номера 2, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 24 и 25, общо 14 броя от 25.

Разпределението по категории е както следва:

- въпроси 2 и 4 са от категория „Реч и речево развитие“;
- въпроси 5, 6 и 8 са от категория „Сензорно развитие“;
- въпроси 10 и 11 са от категория „Художествена литература“;
- въпроси 13, 14 и 15 са от категория „Природна среда“;
- въпроси 17 и 18 са от категория „Изобразително изкуство“;
- въпроси 24 и 25 са от категория „Моторика“

Резултатите показват , че предложените учебно игрови задачи са приемливи и подходящи за възрастта от 1 до 2 години, и биха могли да бъдат използвани по време на болничната хоспитализация с цел повишаване на положителния емоционален тонус на болното дете.

Всяка българска болница независимо от населеното място и големината си разполага с възможности за достъп до електронните информационни и комуникационни технологии. По този начин интерактивното обучение в болнична среда ще е метод, който ще допринесе за повишаване на функциите и намаляване на стреса от болничната среда при хоспитализираните деца в традиционното лечение[3] .

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение можем да направим следните **изводи**:

Използването на интерактивни форми, методи и средства спомага за преодоляване на бариерите в общуването, стимулира мисленето, доближава детето до семейната среда, насочва вниманието към положителните емоции и отчасти намалява болката. Мислите им не са фиксирани върху манипулации, изследвания, прегледи, а към играта. Попадайки в интерактивната среда се улеснява адаптационния период на болното дете и ще му помогне да открие нови възможности и развлечения ,ще допринесе за създаване на нова по-добра болнична атмосфера и възможност за съхраняване на детската индивидуалност и разгръщане на детската инициативност и въображение.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Георгиева М., „ Адаптация към стресови ситуации „, София 2003г
- [2] Иван П. Иванов, Педагогическа диагностика, Шумен, 2006
- [3] Иванов И., „ Педагогическата интерактивност. Иновации и интерактивни технологии в образованието“, 2012г.
- [4] Иванова Г.,“ Педагогически технологии в играта“,изд. „Сема „ 2001г.
- [5] Пенчева Ст., „ За детските страхове и тяхното преодоляване“, 1997г.

За контакти:

ас. Вержиния Цветкова, Медицински университет “Проф.Д-р Параскев Стоянов”
Варна Факултет Обществено здравеопазване, катедра „Здравни грижи” Адрес: 9002
град Варна, България ул.: Марин Дринов №55, e-mail: verji.tsvetkova@gmail.com

Имплантирани постоянни венозни източници – отговорности на медицинската сестра

автор: Елица Иванова – Караджова
научен ръководител: доц. Теодора Недева, дм

Abstract: Vascular access is frequently required in hospitalized either pediatric or elder patients, for various clinical indications. The access may be through peripheral or central vein. Central catheters have many advantages over the peripheral ones. Their insertion is a reliable method of infusing large volumes of fluids, blood products, drugs and they can be maintained for a long period of time. Totally Implantable Venous Access Devices or simply "ports" are subcutaneous devices inserted for several indications. The technique is a surgical procedure by itself and has same contraindication and a lot of complications. Once implanted, the port should be well maintained and managed by the nursing team. Very good training, education and algorithms of management are necessary

Key words: education, indications, nursing care, port, training

ВЪВЕДЕНИЕ

Медицинската сестра, в ежедневната си практика, има множеството задължения свързани с постоянно обгрижване на педиатрични и геритрични пациенти. Част от тях са свързани с отговорността да направи интравенозни манипулации за приложение на различни групи фармакологични агенти. Необходимо е намиране и използване на надежден венозен достъп. В случаите на продължително повтарящо се лечение това не винаги е лесно или възможно, особено при много увредени корполентни и педиатрични болни. Медицинската сестра трябва да се съобрази с вида на заболяването, възрастта на пациента, надеждността на видимите кръвоносни съдове, предписаните медикаменти, продължителността на лечението, повторемостта и интензитета на инфузии. Периферният венозен достъп може да се използва ограничен период от време, поради съществуващата опасност от увреждане на съда и свързани с това компликации, при продължителна употреба. В повечето случаи, за дългосрочна инфузия на медикаменти, чести лабораторни кръвни изследвания, тотално парентерално хранене, хемодиализа, химиотерапия и др., се налага да се осигури постоянен венозен път. В такива случаи са необходими пособия за канюлиране на периферни и централни венозни пътища. Много често се поставя централен венозен катетър, който при правилно поддържане и използване, осигурява възможност за тези многократни инфузии. Съществува голямо разнообразие от подобни устройства. Част от тях, предназначени за имплантиране в централен венозен съд, се наричат port – a – cath или само порт. За първи път такива са поставени през 1973 г., а от 1979 г. за първи път се използва порт при химиотерапия. Налични са в подходящи варианти и размери, както за възрастни, така и за педиатрични пациенти. [1,2,5,6]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Port – a – cath е съкращение, означаващо „портал, вход“ и „катетър“. Всъщност това е устройство, съставено от 3 компонента: катетър, с вариации в ширината и дължината; малка камера със силиконова мембрана, играеща ролята на входна част, откъдето прониква иглата и се инфузират медикаменти или се вземат кръвни проби, от централния венозен съд и свързваща ги част. Силиконовата материя, позволява между 1000 и 3600 манипулации през един и същ порт, т.е. той е за многократна употреба. [4]

Използването на порт улеснява редица дейности в лечението на пациентите, но изисква много добра информираност, обучение, организация, на медицинския персонал и спазване на стриктен алгоритъм за работа с това устройство. Нужно е

да се подчертае, че имплантирането на порт по същество е хирургическа интервенция. Тя се извършва на операционна маса под местна или обща анестезия, под ехографски и рентгенов контрол, от опитни в тази област медици – хирурзи, анестезиолози, рентгенолози или инвазивни кардиолози. При тези условия компонентите на портката се разполагат под кожата и във венозен съд. Катетърът от устройството е поставен в горната празна вена преди вливането в дясно предсърдие. В зависимост от избраното инсерционно място, под кожата на пациента, се вижда малка подутина която не представлява съществен козметичен дефект и не затруднява много обичайните му ежедневни активности. [4]

Поставянето на порта е оперативна интервенция (амбулаторна или клинична), която е свързана с предварителна подготовка на болния. Няколко дни преди нея се провеждат кръвни изследвания- хемопоказатели, йонограма, коагулационен статус, хепатитни маркери; ЕКГ и се снима анестезиологична анамнеза за заболявания, прием на лекарства, наличие на алергия. При данни за алергични инциденти, се прави консулт с алерголог и тестване. Пациентите се оценяват по ASA class и им се дават инструкции за приемане на медикаменти в периперативния период. След тази подготовка се пристъпва към имплантирането на порта, като изборът на достъп се определя от: възрастта, анатомичните особености на болния, наличието на предшестващи и/или настояща оперативни намеси, опитност на медицинския екип и др. Възможните места за поставяне на централния венозен катетър са през: вена femoralis; вени cephalica и basilica; вена jugularis interna; вена subclavia. Последните две вени са предпочитани поради анатомичните особености, калибъра на вената, възможностите за лесен, по- безопасен и свързан с по- малко усложнения достъп, козметичните предпочитания на лицето.

Непосредственото извършване на манипулацията, се прави в операционна зала, в условия на стерилност, под апаратен мониторинг, като самото канюлиране на венозния съд се навигира ултразвуково и рентгенологично. След приключване, се прави стерилна превръзка, която ежедневно се подменя, до сваляне на конците. При липса на усложнения в резултат на оперативната намеса, пациентът се дехоспитализира. Задължително е да получи инструкции за по-нататъшните грижи за хирургичната рана, за самото устройство, както и паспорт удостоверяващ датата на поставяне и вида на порта. Задължително е пациентът винаги да го носи със себе си, особено при консултации с различни специалисти, проверки на летища, при необходимост от провеждане на ЯМР и др.

Има задължителни правила за манипулации с порта, които специалистите по здравни грижи стриктно трябва да спазват, за да се минимизират усложненията, част от които могат да са фатални. Някои от тях са: [2,3,5,6]

- Инфузията на медикаменти или вземането на кръвни проби, се извършва само с Г- образни игли, специално предназначени за пункция на силиконовите портални мембрани. Забранено е въвеждане на обикновени игли в мембраната.
- Поставянето на иглата се извършва в условия на асептика, като се внимава мембраната да не се повреди. Иглата се фиксира надеждно, за да се избегне разместване. Желателно е превръзката да е прозрачна, което позволява проследяване на настъпила екстравазация на медикаменти, на разместване или на др. усложнения.
- Преди започване на инфузия се проверява задължително положението на иглата в съда (аспирира се кръв) и той се промива с физиологичен серум.
- След приключване на вливането или при смяна на системи, иглата и удължителят се затварят, за да не се допусне въздушна емболия и бактериална инвазия. След всяко вливане задължително портът се промива с 30 – 40 мл. разтвор на 0,9% натриев хлорид.

- Вливането на медикаменти не трябва да бъде под прекомерен натиск.
- При изтичане на течност, поява на зачервяване, хематоми, оток, болка е необходим лекарски консулт и оценка на състоянието и проходимостта на катетъра.
- За да се избегне съсирване на кръв в катетъра или порта, особено ако той не се използва често, се препоръчва ежесечно да се промива с хепарин (1000-2500Е).

Поставянето и поддържането на постоянен венозен източник е свързано с развитие на различни по време на поява, вид и честота усложнения. Най-общо те могат да бъдат: хирургични и анестезиологични; ранни (докато се извършва манипулацията или до един месец след това) и късни (след втория месец от имплантирането, които според различни литературни източници са с по-висока честота). Всички усложнения могат да протекат както в лека форма, така и да завършат фатално.

Медицинската сестра може да участва в поставянето, експлоатацията и изваждането на port – a – cath. В нейните рутинни задължения влиза: обучение на пациента; подбиране на подходящ за мембраната на порта размер на иглата; поддържане на асептика; вземане на кръвни изследвания; наблюдение на вливането; предотвратяване на потенциални и отстраняване на възникнали вече усложнения; промивки на порта; поддържане на необходимата документация, информиране на лекар при възникване или съмнения за усложнение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В съвременната медицина по света, а вече и в България, използването на порт е рутинна манипулация. Тя улеснява редица дейности в лечението на пациентите от различните възрастови групи.

Все още у нас, теоретичните познания и практичните умения на медицинските екипи за поставяне и работа с такива постоянни венозни устройства са сериозен проблем, нуждаещ се от разрешаване, защото все повече пациенти имат такива катетри и те трябва да се използват и поддържат правилно. Могат да се направят следните изводи:

- Работата с port – a – cath е удобна и комфортна както за самия пациент, така и за медицинския персонал. Това изисква: информираност и обучение на медицинските екипи, добра организация и строг регламент за работа с това устройство. Препоръчително е в отделенията да се разработят алгоритми за обслужване, поддържане и поведение при възникване на усложнения.
- Имплантираните венозни устройства гарантират дълготрайно използване на венозния път, при неговото адекватно използване и поддържане, в асептични условия. Това улеснява значително дейността на медицинските екипи.
- Обгрижването на болните с port – a – cath налага засилено внимание от страна на медицинските сестри и лекари за предотвратяване и навременно отстраняване на усложнения, които не са малко и не са безобидни.
- Препоръчително е манипулациите с порта да се документират в история на заболяването. Това дава възможност за приемственост в работата на дежурните екипи и може да предотврати някои медико-легални събития.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Т. Недева, Ив. Сербезова, Мениджмънт на система за продължителна инфузия port- a- cath, МББУ, 13-та Международна конференция, Ботевград, 16-17.06.2016 г.
- [2] GUIDELINES FOR MAINTENANCE AND MANAGEMENT OF A PORTACATH, Nottingham University Hospitals, March 2012

- [3] Hayden BK and Goodman M (2005) Chemotherapy: principles of administration In: Henke Yarbro, C. et al (eds) Cancer Nursing – Principles and Practice 6th Edition: pp 351-411
- [4] Jones and Bartlett London. Perucca, R. (2001). Obtaining Vascular Access. In: J. Hankin et al (eds) Infusion Therapy in Clinical Practice 2nd edition: pp 375-388. W.B. Saunders. Philadelphia.
- [5] Nedeva T., Sherbanov O., Serbezova I., Totally Implantable Venous Access Devices: Indications, Nursing Care and Education, Вестник Современной науки 2016, № 4, п. 108-117, ISSN 2410- 2563
- [6] Stephen P. Povoski, Long- Term Central Venous Access, cancernetwork, Cancer Management, May 01, 2014

За контакти:

Елица Емилова Иванова-Караджова, студент IV курс специалност Медицинска сестра, фак. № 139233, тел. 0887 79 65 65, e-mail: elicaeik@gmail.com

научен ръководител: доц. д-р Теодора Недева, дм, РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, тел.: 0887 468 695, e-mail: tsherbanova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Морално – етичните аспекти на здравните грижи в онкологията

автор: Елица Иванова-Караджова
научен ръководител: доц. Кристина Захариева, дп
консултант: мед. сестра Катерина Кутровска

THE MORAL - ETHICAL ASPECTS OF HEALTH CARE IN ONCOLOGY: *The article examines the moral norms of healthcare professionals' behavior and their relationship with the patient, his relatives, colleagues, doctors and society. It also includes a survey of oncology patients' views on moral and ethical behavioral norms of medical practitioners in: reporting of the diagnosis; Conducting research; Conducting treatment; Informing about occurrence of side effects as a result of ongoing therapy.*

Key words: *Moral, Ethics, Behavior of Medical Specialists, Oncology Patients.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Етиката е дял от философията, обхващащ моралните норми на поведение на индивида или обществото. И докато тя се схваща като част от науката, то моралът се възприема като правилно поведение. Комбинацията от философия и поведение, от етика и морал, намира своя върховен израз в медицинската етика, занимаваща се с прилагането на хуманните ценности в грижата за човека - и болния, и здравия. В центъра на вниманието стоят основните правила, заложи в Хипократовата клетва: забраната да се вреди, да се съдейства за благоролучието и лагоденствието на пациента, да се зачита правото му на човешко достойнство самостоятелен избор по отношение неговата съдба.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Етиката на професионалистите по здравни грижи е съвкупност от норми на поведение [1], които служат изцяло на живота и здравето на индивида и обществото. Професията на медицинската сестра, както и на всички медицински специалисти по здравни грижи, предполага следните основни отговорности: възстановяване на здравето; облекчаване на страданието; промоция на здравето и профилактика на заболяванията. Към тях трябва да се прибавят уважение към правата на човека, чувство за отговорност, всеотдайност към благородната професия, опазване здравето на човека и на обществото като цяло. Етичните норми регулират поведението [4] на професионалистите по здравни грижи и отношенията им с пациента, неговите близки, колегите, лекарите и обществото. Именно поради тази причина правилата на професионалната етика са изрично регламентирани в кодекс, задължителен за всички професионалисти по здравни грижи, включващ изискванията за: компетентност, професионална квалификация и отговорност; хуманност, честност и милосърдие; добросъвестност и добронамереност; тактичност в отношенията с пациенти и колеги; вежливо отношение към пациенти и техните близки; толерантност към техните религиозни убеждения, социално и материално положение, етнически традиции и политическа принадлежност. На специфичната роля и професионалната отговорност, компетентността и уменията на професионалистите по здравни грижи се основава изпълнението на основните задачи на здравеопазването: укрепване и подобряване здравето на пациента и общественото здраве; предотвратяване на заболяванията, преждевременната неработоспособност и смъртта; лечение на болните и възможно най-пълно възстановяване на физическото и душевното състояние на болния по време и след заболяването; увеличаване продължителността на активния и творческия живот на човека; осигуряване на качествен живот без болка и достойна смърт. Задачите са характерни за всяко заболяване, в частност са определящи и за онкологичните заболявания. Пред онкологично болните и техните семейства се явяват проблеми от

различно естество – психологическо, социално, морално-етично и правно, повечето от които са трудно разрешими или неразрешими. При анализиране с цел разрешаване на наличните проблеми от изключителна важност е оценката на психика на болния и близките, която много често се определя като лабилна в различна степен. Именно тук, на преден план се извява ролята на медицинската сестра /лекуващ екип/, която трябва с много търпение и спокойствие, с компетентни грижи и отзивчивост да подходи към пациента и семейството му. От изключително значение е тактично, с подходящи думи да се сведе до знанието на болния/близките/ истината за неговото заболяване. Морално-етичните аспекти намират приложение и при определяне схемата на лечение като се ползва българският и чуждестранният опит и не се забравя, че лечението е екипна дейност, при която се ползват знанията, способностите и постиженията на колегите. Работата в екип се нуждае от изградени етични отношения [2] на различни нива: между отделните членове на мултидисциплинарния екип; към пациента; към близките на онкологично болния. Моралните опори на междуличностните отношения се коренят в спецификата на професията на медицинските специалисти, а именно: да помагат както на здравия, така и на болния човек. В онкологичната практика морално-етичните аспекти са залегнали и в запазване тайната за заболяването. Необходимо е прилагането на различните медицински процедури да е предшествано задължително от съгласието на пациента, тъй като основните права на всяка личност в България, отразени в чл.28 и чл.32, ал.1 на Конституцията на Република България, са гарантирани, особено правилото, че всеки човек има изключително право да разполага със здравето и живота си. Информираното съгласие на пациента /при необходимост от близките/ е част от морално-етичните отношения в областта на здравеопазването, особено в случаи на хирургични интервенции, специални методи на изследвания и др., които носят определен риск, представляващ реална опасност за живота, трябва да бъде изразено писмено. Пътя, който извървява онкологично болния, може да бъде сапътстван от непоносима болка, състояние което поражда желание за евтаназия - право или морално задължение на лекаря да причини смъртта на безнадеждно болен по негова молба с цел премахване на страданията му чрез употреба на обезболяващи средства. Евтаназията може да бъде доброволна, принудителна и насилствена, активна, пасивна и асистирана. Според българското законодателство в България не се прилага евтаназия. Впрочем тази забрана се открива и в Хипократовата клетва [3], в която се подчертава, че лекарят не може да прекъсне живота на болния, дори и последният да го моли за това. Това всъщност е много важна част от морално-етичния кодекс на работещите в областта на здравеопазването.

Резултати от проведено проучване:

Цел на изследването - Изследването има за цел да проучи мнението на респондентите за морално етичните норми на поведение на медицинските специалисти при : съобщаване на диагнозата; провеждане на изследвания; провеждане на лечение; информиране за проява на странични явления в резултат на провежданата терапия.

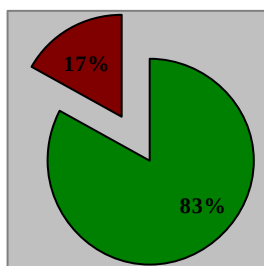
Обект на изследването - Пациенти с онкологични заболявания.

Използван инструментариум - Анкетни карти с въпроси подходящи за проучването.

Методика на провеждане на изследването - Проучването е проведено през периода ноември 2016 – март 2017 година. Анкетирани бяха 57 пациенти с онкологични заболявания на възраст 46-63 години на случаен принцип при спазена анонимност на респондентите.

Резултати от проведено изследване

- Резултатите относно предоставянето на информацията за заболяването са анализирани и онагледени на фигура 1.

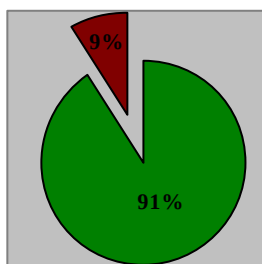


■ постепенно, внимателно с разяснения за лечението и прогнозата

■ без предварително разясняване „директно“

Фигура 1. Информация относно съобщаване на диагнозата

- Информацията за предстоящите изследвания се определя от респондентите като:

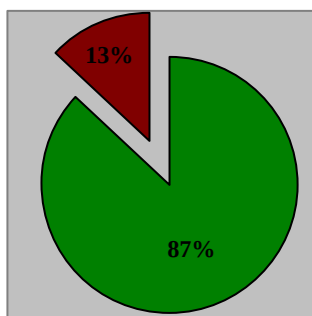


■ достатъчна, задълбочена поднесена с необходимото внимание и уважение

■ не достатъчна, поднесена с липса на внимание

Фигура 2. Информация за предстоящи изследвания

- Отговорите на респондентите относно поведението на медицинските специалисти по време на лечението са представени на фигура 3.

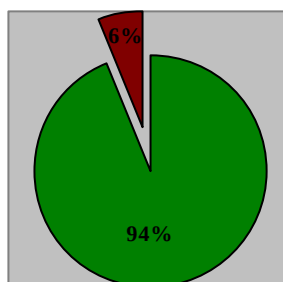


■ изпълнено с добре изразени морални и етични норми на поведение

■ „да бъде такова, каквото иска да бъде и спрямо него“, т. е. има още какво да се желае

Фигура 3. Информация за поведението на медицинските специалисти при провеждане на лечението

- Информацията си за страничните явления от прилаганата терапия участниците в изследването определят:



■ изчерпателна подробна информация, поднесена с внимание и с необходимото търпение

■ не достатъчна информация, бързо и „автоматично“

Фигура 4. Информация за странични явления при провеждане на лечение

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От получените резултати могат да се направят следните изводи:

- Почти всички респонденти /85-95%/ , определят поведението на медицинските специалисти „с висок морал и изпълнено с етични норми“;
- Споре 5-10% - „все още има какво да се желае“ , за да бъде на необходимото ниво поведението на медицинския специалист.

Медицинските специалисти имат трудна и отговорна мисия – да се грижат за здравия и болния човек, мисия, изискваща не само достатъчно теоретични знания и професионални компетентности, но и висок морал, осъзната етика, за да бъде мисията изпълнена с достойнство - в служба на човечеството и човечността.

„Ръцете на медицинската сестра излъчват топлина и нежност, лицето ѝ е лице на ангел, за душата и сърцето ѝ няма все още думи с които да ги опиша.“ – споделено от онкологично болен за медицинската сестра от лекуващия екип.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Медицинска етика, С. 2001
- [2] Кодекс за професионална етика на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, ДВ. бр.45 от 19 Юни 2015
- [3] Ангелова-Барболова Н. Етични и юридически аспекти на Хипократовата клетва и на Сестринското обещание на Флоранс Найнтингейл, Научни трудове на РУ - 2012, том 51, серия 8.3, 35-41
- [4] Д-р Цветан Райчинов, Лекарската професия е върховият израз на изявените етични норми в обществото, В: Европейските етични стандарти и българската медицина, Сборник статии, 2013 г. Издател Български лекарски съюз. с.18

За контакти:

Елица Емилова Иванова-Караджова, студент IV курс специалност Медицинска сестра, фак. № 139233, тел. 0887 79 65 65, e-mail: elicaeik@gmail.com

научен ръководител: доц. д-р Кристина Захаријева, дп; РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, e-mail: kzaharieva@abv.bg

консултант: Катерина Кутровска, медицинска сестра, КОЦ-Русе, ОМО, e-mail: k.kutrovska@gmail.com

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Екстравазатът - значимо усложнение на химиотерапията

автор: Биляна Великова

научен ръководител: доц. Кристина Захариева, дп

консултант: мед. сестра Катерина Кутровска

Extravasation - a significant complication of chemotherapy: *Oncology is a science that studies the etiology, pathogenesis and treatment of tumor processes. An important part of the fight against cancer is their prevention, whose contribution is extremely necessary given the trend of increasing the morbidity of the society. There are different types of treatment. One of the most common is chemotherapy. It can be complicated by extravasation, which is a drop of a certain amount of the drug out of the blood vessel. The nurse directly participates in the overall treatment of oncological diseases, thanks to the acquired knowledge and skills, by caring for and assisting the patient in every aspect of the treatment.*

Words: *oncological diseases, malignant process, chemotherapy, immunotherapy, hormone therapy, radiotherapy, extravasation, palliative nursing care*

ВЪВЕДЕНИЕ

Онкологията е наука, която изучава етиологията, патогенезата, диагностиката и лечението на туморните процеси. Важно място в борбата с онкологичните заболявания заема тяхната превенция, чийто принос е изключително необходим, имайки предвид тенденцията за увеличаване заболяемостта на обществото [2]. Фактът, че ракът заема второ място според СЗО по смъртност на населението допринася за причисляването му към социално значимите заболявания. Лечението на раковите образувания налага сформиранието на интердисциплинарен екип, усилията на който целят максимално удължаване на преживяемостта посредством ранно откриване, първична и вторична профилактика и прилагане на единна терапевтична програма.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Туморните процеси при онкологичните заболявания се характеризират с неконтролируемо разрастване на клетките, тяхната инвазия и проникване в околни структури, както и способността за метастазирание в други органи и системи. В раковите клетки съгласуването на растеж, деление и разрушаване е напълно нарушено. Прекомерната чувствителност на клетките по време на клетъчно делене и особено при ускоряването на процеса, предразполага към отключване на онкологично заболяване. С нарастването на възрастта се увеличава и вероятността за възникване на рак, а нездравословният начин на живот допринася за развитието не само на онкологични, но и на други болести [3].

Едни от най-негативните белези на посочените заболявания са голямата гама от органи, които могат да бъдат засегнати, както и твърде късното настъпване на клиничната форма на заболяването, което в много случаи противодейства и обезмисля провежданото лечение, тъй като често след приключване на латентната фаза, по време на която пациентът е привидно здрав и не съобщава за субективни и обективни патогномонични белези, развитието на онкологичното заболяване вече е достигнало почти краен предел [3].

Познати са около 100 различни онкологични заболявания, които се различават по шанса за преживяване, образуването на метастази и възможностите за лечение [3]. Диагностицирането на онкологичните заболявания се осъществява чрез различни методи, някои от които, като ехография, КАТ, рентгенография, могат да бъдат насочващи, но само хистологичното и патоморфологичното изследване се явяват водещи в установяването на вида и злокачествеността на процеса [4].

Еволюцията на злокачествения процес преминава през 4 стадия, като първоначално е локализиран в един орган, а в последствие метастазира в лимфните

възли, други органи и в крайния стадий се установява наличието на далечни метастази, които се разпространяват чрез инвазия на непрекъснато делящите се клетки в кръвоносните и лимфните съдове. Определянето на стадия на заболяването се извършва чрез оценяване размера на първичния тумор, установяване липсата или наличието на метастази в регионалните лимфни възли и далечни метастази [3].

Лечението на онкологичните заболявания може да бъде хирургично, медикаментозно, йонизиращо лъчение /лъчелечение/ и комбинирано [3]. Наличието на алтернативи за лечение на тези заболявания, които предизвикват коренна промяна в живота на пациентите и техните семейства, дава надежда за по-голям шанс от повишаване ефекта на лечението. Трудностите на онкологично болните пациенти са преди всичко свързани с възприемане на заболяването. Една от най-важните функции на медицинските специалисти и в частност на медицинската сестра е да оказва непрекъсната подкрепа и емпатия на поразените от тежкото заболяване пациенти. Това е част от провежданото лечение, защото ако те не получават достатъчно разбиране и тяхната мотивация не се уповава на изградено доверие, психиката им би била по-затруднена и трудния път към извоюване и възвръщане на здравето би бил по-лесно опорочен. Безпределната функция на медицинската сестра е добре изразена и в провеждането на всеки един от видовете лечение. В извършваното лечение при онкоболния пациент присъстват три компонента, които са комплексност, последователност и непрекъснатост.

Широко застъпен в онкологичната медицина метод за лечение на карциноми е химиотерапията чрез използване на цитостатици, чиято основна функция е потискане механизмите на делене и размножаване на туморните клетки. Фактът, че тези химически вещества атакуват както патологичните, така и нормалните клетки, е причина за високата честота на страничните реакции, които се свеждат основно до гадене, повръщане, потискане на хемопоезата, алоpecia и др [5]. Всичко това изисква медицинската сестра да е отлично запозната както с начина на приложение, така и с опасността от евентуално възникване на странични реакции и начините за справяне с тях.

Установено е, че ежедневно в целия свят се извършват повече от 100 000 цикъла химиотерапия и над 1 000 000 интравенозни инфузии. Наличието на нежелани реакции и усложнения при провеждането на лечение на карциномите представлява сериозен проблем както за пациентите, така и за здравните системи, в които възникват. **Едно от сериозните усложнения при извършване на химиотерапия е екстравазатът**, който изисква отделяне на специално внимание от страна на медицинските специалисти, ангажирани с провеждането на медикаментозното лечение при карциномно болни [1].

Съществена роля в откриването и прилагането на мерки при поява на екстравазация заема медицинската сестра, която има още по-голямо отношение към предотвратяване настъпването на подобно усложнение. Превенцията, която самата тя е длъжна да осигури, е от решаващо значение за понижаване честотата на екстравазациите, изчисленото процентно съдържание на които се явява 0,5% до 6,0% от всички нежелани събития, които могат да възникнат при лечението на онкологични заболявания [1].

В най-общ смисъл екстравазатът е процес, при който дадено вещество изтича в съседните тъкани. То може да бъде от различно естество- инфузионен разтвор, лекарство. При онкологичните пациенти най-често става дума за попадане екстравазално на цитостатик. Екстравазатите се класифицират в зависимост от реакцията, причинена от веществото, което е попаднало извън кръвоносния съд. Разделят се на невезиканти, които не причиняват улцерации и трудно могат да прогресират до некроза; дразнещи вещества, обикновено причиняващи болка в и

около мястото на инжектиране и по протежение на вената; везиканти, предизвикващи появата на мехури и улцерации, които могат да прерастнат в некроза [6].

Въпреки многото предпазни мерки, които се прилагат, настъпването на случайна екстравазация при периферен или централен венозен достъп не винаги може да бъде предотвратено. Макар и без наличие на улцерация и некротично тъканно увреждане, настъпването на екстравазация предизвиква болка и дискомфорт, но и преустановява лечението, като в същото време се увеличава разхода на болнични ресурси, които вместо да се използват за лечение на онкологичното заболяване биват предназначени за лечение на екстравазат [1].

Изключително важно е той да се разпознае и диагностицира рано, като от особено значение за това е качеството на оценка на медицинската сестра, което има отношение към свеждане до минимум на честотата и тежестта, тъй като закъснението при разпознаването и лечението при използване на везикант повишава вероятността за развитие на увреждане на тъканите и некроза. Медицинската сестра е необходимо да бъде изцяло запозната със същността, етиологията, симптоматиката и начините за диагностика на екстравазацията. Характерните признаци и симптоми могат да бъдат открити чрез съобщаване от пациента, на което не може да се разчита като единствен вариант за възникване на непредвидени събития, защото болният може да изпитва затруднения и невъзможност за съобщаване [1].

От особено значение е да се извършва зрителна преценка на мястото на приложение и внимателно наблюдение на интравенозното устройство. Обикновено ранните симптоми са оток, зачервяване, а късните – възпаление, индурация, везикули, последните две от които в много от случаите се появяват в по-късен етап и затова мониторирането на пациента за наличие на екстравазация, наред с другите възможни усложнения и отклонения от нормалното му състояние, е необходимо да продължи известно време след инфузията. Субективните симптоми на екстравазацията са болка, дискомфорт, парене, смъдене [6].

Важно е пациентите да познават възможните нежелани реакции, което изисква отделянето на достатъчно време и поднасянето на информацията на пациента съобразно неговата здравна култура, съобщавайки му за необходимостта от сигнализиране при поява на някой от посочените симптоми. Също така се проверява системата за инфузия, като при наличието на екстравазат следва да се наблюдава повишено съпротивление, бавна инфузия, промяна в инфузионния поток, както и невъзможност за аспириране на кръв от канюлата [1].

Едновременно с това, лицата, участващи в приложението на интравенозни противоракови средства, трябва да преминат своеобразно обучение за техниките на интравенозна инфузия, както и за местните политики на здравното заведение за венозен достъп, оценка на вените, приложение на химиотерапия, лечение на екстравазати и свръхчувствителност. Местните протоколи за превенция, откриване на рисковите фактори, диагностика и лечение са едни от най-добрите начини за борба с екстравазата в клинични условия. Медицинските специалисти е необходимо да ги познават и да са наясно с важните превантивни мерки, които е нужно да се предприемат, защото прилагането на този предпазлив и систематичен подход дава гаранция недопускане възникването на екстравазация [1].

Активното обучение и насърчаването за цялостно наблюдение на пациента допринася неминуемо за константно поддържано високо ниво на стандартно лечение. Добрата клинична преценка е от особено значение за разграничаване на екстравазацията от диференциалните състояния, които могат да бъдат възпалителна хиперемия, съдово дразнене, венозен спазъм, флебит. Съществената разлика между всички тях е свързана с характера и времето на поява на оплакванията на пациента, както и външните белези на засегнатата област [6].

Лечението на екстравазата включва откриване, анализ и действия. При възникването му превенцията на сериозно увреждане на тъканите и мерките за ограничаването му се превръщат в основен акцент за медицинските специалисти. Конкретните начини на действие зависят от естеството на лекарството, количеството, проникнало екстравазално и локализацията. Отлагането по каквато и да е причина на необходимите действия повишава риска от възникване на некроза. Увреждането на тъканите може да се намали, ако лечението започне в рамките на 24 часа, макар симптомите да се забележат 1-4 седмици след приложението. Първото, което се предприема е преустановяване на инфузията и аспириране на възможно най- голяма част от инфузионния разтвор. Маркира се мястото, като се изважда канюлата, същевременно продължавайки аспирирането на екстравазата. Засегнатият крайник се повдига, прилага се аналгезия при необходимост. Препоръчително е да се направи цифрова фотография на засегнатата област. Не се прилага натиск на предполагаемото място на екстравазация. След уведомяване на лекаря естеството на лечението зависи от лекарството, което е проникнало извън кръвоносния съд. Ако то не е везикант, може да се окаже достатъчно прилагането единствено на студен компрес и подвигане на крайника. Когато се прилага везикант, трябва да се използва антидот, като освен това се предприемат два подхода- локализиране и неутрализиране или дисперсия и разреждане [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Задачите и дейностите на медицинската сестра са тясно свързани с цялостното лечение на онкологичните заболявания и оказване подкрепа на пациента/близките независимо от това каква е прогнозата на заболяването. Медицинската сестра не е ангажирана само с приложението на цитостатиците и справяне с техните усложнения, но взема фундаментално участие в лечението на екстравазациите. Придобитите компетенции и опит в тази област от медицината я правят незаменим участник в провеждането на всеобхватни и качествени грижи, които се разгръщат във всеки един аспект от ресурсите, които са необходими в борбата с нарастващия дял на онкологичните заболявания.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Трифонова, И., Куртева, Г., Милчева, Г., Нежелани лекарствени реакции. Онкологично ръководство за медицински сестри и специализанти, 2017
- [2] <https://bg.wikipedia.org>, Онкология
- [3] <http://ezine.bg>, Онкологични заболявания
- [4] <http://www.pharmacy-bg.com>, Рак
- [5] <https://bg.wikipedia.org>, Химиотерапия
- [6] McCaffrey Boyle D, Engelking C. Vesicant extravasation: myths and realities. *Oncol Nurs Forum*, 1995; 22(1): 57-67

За контакти:

Биляна Божедарова Великова, студент специалност Медицинска сестра, e-mail: bibi_951208@abv.bg, тел: 0883231995

научен ръководител: доц. Кристина Захариева, дп; РУ „Ангел Кънчев“ ФОЗЗГ, тел 0995193003, e-mail: kzaharieva@uni-ruse.bg

консултант: Катерина Кутровска, медицинска сестра, КОЦ-Русе, e-mail: k.kutrovska@gmail.com

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Склеродермия. Същност на заболяването и лечение.

автор: Ралица Кичукова

научен ръководител: гл. ас. Огнян Шербанов, дм

Scleroderma is a long term autoimmune disease that results in hardening of the skin. In the more severe form, it also affects internal organs. The cause is unknown. The underlying mechanism involves the body's immune system attacking healthy tissues.

Key words: Health Issues, Scleroderma, Treatment, Essence

ВЪВЕДЕНИЕ

Целта на доклада е да запознае обществото с едно аутоимунно заболяване и да отговори на следните въпроси: Какво всъщност представлява склеродермията? Какви са причините за заболяването? Какви видове склеродермия съществуват? Можем ли да се предпазим и как да се удължи живота на болелите? Какво лечение може да се приложи?

ИЗЛОЖЕНИЕ

Склеродермията представлява системно заболяване на съединителната тъкан, протичащо с изразена склероза на кожата, увреждане на малките съдове, фиброза, васкулит и функционални нарушения на вътрешните органи: бял дроб, сърце, хранопровод, черва, бъбреци. Принадлежи към т.нар. „големи колагенози“. При склеродермията количеството колаген в кожата се увеличава. Най-често заболяването възниква между 30-тата и 50-тата година, като жените се засягат 4 до 7 пъти по-често от мъжете. За Европа честотата на болестта е около 8 на 100 000 души.

Причини за заболяването досега не са известни. Обвиняват се различни външни и вътрешни фактори, които на подходящ генетичен терен отключват болестта. Към външните причини спадат някои химически въздействия, инфекции и други. За редици химични агенти е доказано, че могат да причинят склеродермия. Така например работещите с поливинил-хлорид често развиват склеродактилия, белодробна фиброза и чернодробно увреждане. Със склеродермия също се свързват винилхлоридът, бензинът и толценът. В Япония появата на склеродермия се свързва с поставяне на силиконови импланти в гърдите или с парафинови инжекции. Често болестта се отключва след кокови, особено стрептококови инфекции. Други фактори, които се свързват със заболяването в световната литература са: стрес, хипотиреоидизъм, неоплазми. Все още предстои доуточняване на генетичната предиспозиция към болестта, но е доказано, че класическата склеродермия се развива у т.нар. „ревматици“, при които във фамилията има някаква ревматична болест.[1]

От гледна точка на патогенезата водеща роля играят нарушенията в имунитета, както и съдовите нарушения. Непознатият етиологичен фактор води до увреждане на ендотелните клетки и активиране на имунната система. В следствие на това се освобождават тромбоцитни фактори, които предизвикват пролиферация на фибробластите, тяхното стимулиране и повишена продукция на колаген, фибронектин и гликозаминогликани. Установяват се множество автоантитела като антинуклеарни, антицентромерни и др.

В кожата се натрупва голямо количество извънклетъчен матрикс – колаген тип I и III, което води до нейното уплътняване. Кожните изменения протичат в три стадия: оточен, индуративен и атрофичен. Наблюдават се:

- Съдови лезии - пролиферация на интимата и стеснение на съдовия лумен
- Околосъдова инфилтрация от мононуклеарни клетки

Заболяването склеродермия се разделя на две основни форми: системни и локализирани. Системните форми на заболяването са ревматологичен проблем, а локализираните – основно дерматологичен.

Системна склеродермия:

- Класическа форма - получава се дифузно, симетрично увреждане на кожата на дисталните и проксималните участъци на крайниците, на тялото и на лицето, както и ранното засягане на вътрешните органи - бял дроб, сърце, бъбреци и стомашно-чревен тракт.
- Ограничена форма - акросклероза, включваща CREST – синдром. При нея най-често се засяга кожата на ръцете и лицето. Симптомите при тази форма са: калциноза, синдром на Raynaud, склеродактилия, езофагеална дисфункция и телеангиектазии.
- Overlap syndromes – припокриващи се синдроми.

Локализирана склеродермия:

- Morphea (откъслечна, линейна и подкожна) - състояние с натрупване на колаген, което причинява уплътняване на кожата и подкожните тъкани.
- Линеарна склеродерма - плътна ивицовидна лезия, която преминава в хлътнал белег.

Най-честата форма (до 95% от случаите) е акросклерозата. В една част от болните, тя се проявява със симетричен полиартрит. Над 75% от болните имат като начален симптом феномена на Raynaud или така нареченото „стягане“ на кожата на засегнатите участъци.

Синдром на Raynaud.

Един от най-ранните и характерни признаци на заболяването. Характеризира се с трифазова съдовопластична реакция: побледняване, цианоза и хиперемия, която се провокира от стрес и преохлаждане. Засяга дисталните две трети на пръстите на ръцете, но също така може да се прояви и в стъпалата, носът, ушите и др. При синдрома на Raynaud се стига и до оклузия на съдовия лумен с последваща исхемия и некроза на подлежащи тъкани. Много често се получават улцерации по върховете на пръстите, а понякога и гангрена.

Кожни промени.

В началния стадий на заболяването се променя кожата на пръстите, която се изразява в загуба на бръчките върху свивките. В крайните фаланги се наблюдава нарушена пигментация и загуба на потни жлези. Постепенно кожата се уплътнява, като става лъскава и атрофична. Свиването и разгъването на пръстите е силно затруднено до невъзможно. Ако бъдат засегнати ставите на пръстите, се получава деформация във вид на „нокти на граблива птица“. Прогресията на кожните промени обичайно е бавно, но е възможно да се стигне до некроза на върховете на пръстите и остеолиза на крайните фаланги. Освен по ръцете промени настъпват и по лицето на болния. Кожата на лицето се засяга главно около устата и носа, но може да се стигне и до некроза на цялото лице. То придобива вид на маска без всякакви мимики. С напредване на болестта по кожата в засегнатите участъци се появяват гнезда на гангрена и отлагане на калциеви соли.

Засягане на стомашно-чревния тракт.

Промените засягат основно хранопровода, където лигавицата атрофира и се изглажда, а перисталтиката отслабва. Засягането на хранопровода с нарушение в моториката му най-често се съчетават с феномена на Raynaud. В по-напредналия стадий се появяват стеснения в хранопровода и нарушения в гълтането (фиброза и атрофия на гладката мускулатура).

Стомаха и червата също са засегнати- наблюдават се фиброзни промени и гладкомускулна атрофия. Често измененията водят до нарушение в пропульсивната перисталтика. Може да се стигне до рефлукс на стомашно съдържимо в дисталната

част на хранопровода, което от своя страна да доведе до стриктури и язви. Нарушава се чревната перисталтика, като настъпва стаза. Възможна е поява на множество дивертикули в дебелото черво, протичащи обичайно безсимптомно.

Бъбречни прояви.

Най-често бъбречното засягане е бавно и прогресивно с изява на артериална хипертония, протеинурия и хронична бъбречна недостатъчност. По-рядко може да се прояви свръх остро като хипертензивна (с малигнена хипертония) или нормотензивна остра бъбречна недостатъчност, понякога водеща до смърт за 2-3 седмици („същински склеродермен бъбрек“). Наблюдава се пълно запушване на малките бъбречните съдове в резултат на фибриноидна некроза в стените на съда.

Сърдечни симптоми.

При сърцето засягането води до фиброза на миокарда и клинично се изявява с рефрактерна застойна сърдечна недостатъчност, аритмии и проводни нарушения, гръдна жаба. Макар и по-рядко може да се развият перикардит или фиброзно-склеротични клапни увреждания. Налице е висок риск от сърдечно-съдова смърт.

Белодробни прояви.

Белодробните изменения също се свързват с промените в съдовете, които са с повишена реактивност на студ. В белите дробове се разраства съединителната тъкан, при което се получава уплътняване на дробовите, появяват се сраствания, дишането е затруднено. В част от случаите по-нататък може да се развие прогресивна белодробна фиброза с белодробна недостатъчност. Болните се оплакват от суха кашлица, а в напредналия стадий и от задух. При аускултация на белите дробове може да се установят сухи хрипове, а функционалното изследване на дишането най-често установява снижение на белодробната дифузия и на виталния капацитет. Ако бъде засегната плеврата се появяват плеврална болка и триене.

Ставно-мускулни и костни промени.

Ставните прояви обичайно включват болки в ставите и по рядко се развива артрит. Наблюдават се мускулна слабост и лесна умаляемост поради увреждане на мускулатурата. Може да се стигне до остеопороза в областта на дисталните фаланги на пръстите и ръцете, която се дължи на хроничната исхемия на пръстите.

При дифузната склеродермия прогресията на болестта лоша. Обратно е по-силна, а прогнозата по- на това при GREST-синдрома прогресията е много бавна и прогнозата благоприятна. При болните с този синдром могат да се наблюдават кожни и подкожни калцификати по върха на пръстите. Засягането на вътрешните органи е в този случай е рядко и много късно.[2]

Лечение

Склеродермията е много трудна за лечение болест. На първо място е необходимо вземането на превантивни мерки като:

- Болните от синдром на Raynaud трябва да избягват излагането на студ, стресови фактори, тютюнопушене, да носят топли дрехи, да полагат грижи за кожата и да не се нараняват.
- Болните с рефлукс на хранопровода трябва да се хранят по-често с по-малко количество храна.
- Много важно е обучението на пациентите относно аспектите на болестта, социалната и психологична подкрепа.

Самото лечение трябва да бъде патогенетично обосновано, комплексно и диференцирано в зависимост от хода на заболяването.

В самото начало е необходимо да се повлияе на метаболизма на съединителната тъкан и преди всичко на екстремното фиброобразуване. Това става чрез препарата D-пеницилатин (купренил), който се използва при бързо прогресираща склеродермия, дифузна индурация на кожата и висцерофиброза. Ефекта от действието на препарата се получава след продължителна терапия (над 2

години). При някои болни се забелязва положителна динамика на проявите от страна на хранопровода, белите дробове и сърцето.

Средства подтискащи колагеновия синтез също са: *гама-интерферон, колхицин, мадекасол, циклофенил, N-ацетилцистеин*.

При бързо прогресиране на заболяването и при липса на ефект от прилаганото преди това лечение се използват имunosупресори: *Chlorambucil, Imuran, Methotrexate, Cyclosporin A, 5-Fluorouracil*, които повлияват имунните нарушения.

Когато заболяването протича остро, при наличие на полимиозит, перикардит и плеврит се използват кортикостероидите: *Prednison, Prednisolon*. Те влияят на клетъчните и хуморалните компоненти на възпалението. Прилагат се при мускулни прояви по типа на полимиозита, при серозит, плеврит, перикардит, алвеоларен фиброзит и др.

Медикаменти, подходящи при съдови увреждания и нарушения в микроциркулацията (вкл. синдром на Raynaud) са калциевите антагонисти (*Нифедипин, Амлодипин и др.*), периферните вазодилататори (*Трентал, Агапурин, Дозудрил и др.*), антиагрегантите.

Инхибитори на ангиотензин-конвертиращия ензим (*Каптоприл, Еналаприл и др.*) се използват при бъбречни увреждания. Те снижават кръвното налягане, стабилизират бъбречната функция и подобряват общото състояние на болния.

При прояви на хиперкоагулация и микротромбози се използват директни и индиректни антикоагуланти като хепарин, нискомолекулни хепарини, синтром и др.

H₂-рецепторни антагонисти (*Ранитидин, Фамотидин*), блокери на протонната помпа (*Омепразол, Пантопразол и др.*) и прокинетици (*Домперодон и др.*) се прилагат при засягане на стомашно-чревния тракт (езофагит, гастрит, дуоденит).

Белодробната фиброза се лекува основно с кортикостероиди и циклофосфамид.[1]

Сестрински грижи

Медицинската сестра е неизменна част от лекуващия екип при пациенти със склеродермия. Тя не само е отговорна за стриктното изпълнение на назначените лечебни манипулации, но участва активно и в профилактичните мерки.

Тя разяснява необходимостта от безупречна грижа за кожата. Дава съвети за избягване преохлаждане и инфектиране на кожата.

Хигиенният маникюр трябва да се прави много внимателно, за да не се нарани кожата.

За профилактика против малки травми трябва да се носят закрити обувки. Не трябва да се ходи бос.

Необходимо е използването на овлажняващи и омекотяващи хипоалергични средства като грижа за кожата.

На болния трябва да му се обясни за вредата от тютюнопушенето, което може да влоши протичането на заболяването.

Храненето на болния от склеродермия трябва да бъде хипоалергенно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От представената информация за заболяването могат да се направят следните изводи:

- Склеродермията е автоимунно заболяване с необходимост от ранно диагностициране и адекватно лечение.
- Необходимо е обучение на болния за подходящ хигиенно-диетичен режим и приложение на подходяща физиотерапия.
- Системната склеродермия е потенциално животозастрашаващо заболяване с различна степен на органно засягане.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Рашков, Р. К. и Шейтанов, Й. Ш. Системни заболявания на съединителната тъкан (колагенози). Плевен, Център за информация по медицина, 1999, 235с.

[2] Шейтанов, Й. Ш. Ревматични болести - кратък курс. София, Център за информация по медицина, 1998, 206с.

За контакти:

Ралица Георгиева Кичукова, студент I курс специалност Медицинска сестра, РУ „Ангел Кънчев“, тел: 0899113903, email: ralkichukova@abv.bg

научен ръководител: гл. ас. д-р Огнян Шербанов, д.м. РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, email: bat_ogan@abv.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Промяна в качеството на живот и необходимост от грижи при пациенти с Булозна епидермолиза

автор: Гамзе Яшарова

научен ръководител: ас. Иринка Христова

Change in quality of life and the need for care in patients with Epidermolysis bullosa, is a rare genetic connective tissue disorder that affects 1 out of every 20,000 births in the world (approximately 200 children a year are born with EB). There is no treatment or cure. There are many genetic and symptomatic variations of EB, but all share the prominent symptom of extremely fragile skin that blisters and tears from minor friction or trauma. Internal organs and bodily systems can also be seriously affected by the disease. EB is always painful, often pervasive and debilitating, and is in some cases lethal before the age of 30. EB affects both genders and every racial and ethnic background equally. Daily wound care, pain management, and protective bandaging are the only options available for people with EB.

Key words: Epidermolysis Bullosa, diagnosis, rare, genetic, symptomatic, fragile skin.

ВЪВЕДЕНИЕ

Epidermolysis Bullosa (Булозна Епидермолиза или ЕБ) е рядко генетично заболяване, при което по кожата и лигавиците на тялото се издуват мехури от леко докосване или триене, а впоследствие се превръщат в болезнени, отворени рани. Тъй като кожата е уязвима като крилце на пеперуда, често наричат децата с ЕБ “пеперудени деца”. Заболяването започва непосредствено или скоро след раждането и се представя с мехури върху кожата и лигавиците, възникващи след незначителен натиск и триене, а понякога и спонтанно. Мехурите причиняват непрекъсната болка и дискомфорт. Ерозиите оздравяват бавно и често оставят белег след заздравяването си. Тежестта на проявите варира от слаба везикуляция до обширно проявено формиране на мехури, ерозии, разязвявания и тежки деформации на пръстите на крайниците. Заболяването проявява тенденция към влошаване в летните месеци. С хода на времето пациентите могат чувствително да ограничат своите възможности в резултат на болестта. Мехурите причиняват непрекъсната болка и дискомфорт. Те могат да ограничат социалната активност и контакти на пациентите с ЕБН, особено когато се забелязват от околните и увреждат външния вид, движение, хранене, контакти. Ерозиите оздравяват бавно и често оставят белег след заздравяването си. Образоването на мехури при пациентите ЕБН се дължи на генетично обусловени дефекти в структурите на епидермиса, дермоепидермалната гранична зона и дермата. При болните с ЕБ поради генетична мутация тези адхезионни молекули и протеини (кератин 5, кератин 14, ламинин, интегрин, колаген IV, колаген VII) са променени или напълно липсват което обуславя по-слаба връзка между клетките [2].

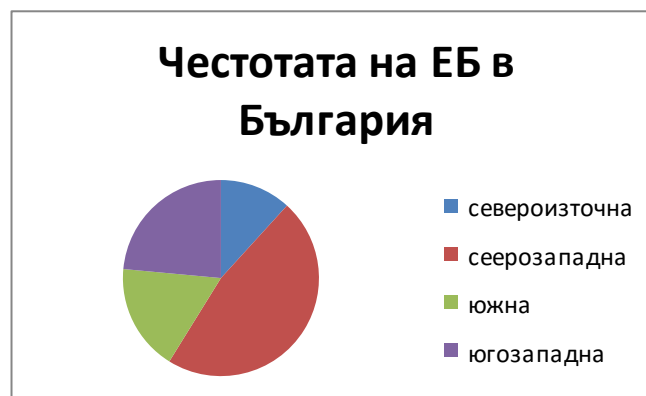
ИЗЛОЖЕНИЕ

В зависимост от нивото на което се образуват мехурите се различават 3 главни клинични форми на заболяването: epidermolysis bullosa simplex (EBS) - в областта на базалния слой на епидермиса; junctional epidermolysis bullosa (JEB) - в областта на дермо-епидермалната гранична зона; dystrophic epidermolysis bullosa (DEB) - под дермо-епидермалната граница. **Унаследяване на ЕБН бива: Автозомно-доминантен тип** на унаследяване: Доминантна форма означава, че един от родителите на болно от ЕБН дете, страда от същата форма на ЕБН. Шансът заболяването да се предаде на следващото поколение е 50 % за всяко дете. Децата обаче имат също и 50 % шанс да бъдат напълно здрави. **Автозомно-рецесивен тип** на унаследяване: При него и двамата родители са здрави, но са носители на рецесивен болестен ген, за който най-често не знаят, докато не се роди болно с ЕБН

дете. При този тип на унаследяване вероятността за раждането на дете с ЕВН е 25 %. Здрави деца, които са носители на болестния ген за ЕВН, ще се родят с 50 % вероятност и в 25 % от случаите ще се родят здрави деца, които не носят и няма да предадат болестния ген в следващото поколение. Най-общо може да се каже че при доминантния тип на унаследяване симптомите на заболяването като цяло са по-малко тежки от тези при рецесивния тип унаследяване. Това прави всеки пациент с ЕВН уникален [1]. Заболяването засяга хората от всички континенти и раси. Най-детайлни са проучванията върху епидемиологията на ЕВН в Норвегия, Северна Ирландия, Финландия, Япония, Саудитска Арабия, Южна Африка. В България за 30 годишен период (1970-2001 г.) се откриват 80 болни от 43 фамилии, но се предполага че действителният им брой надвишава 100 души. Градското население е засегнато 3 пъти повече от селското. Разпределението на пациентите с ЕВН по пол показва почти еднакво засягане на мъжете и жените[3].

Страна	EBS	EBJ	EBD
Шотландия	29,8	0,4	21,6
Норвегия	24,3	-	9,3
Северна Ирландия	28	0,7	3,3
Финландия	15,1	0,2	8,8
Турция	7,5	0,1	4,3
България	5,3	0,1	3,1
Япония	4,0	0,2	3,5
Саудитска Арабия	1,7	-	1,2

Честотата на ЕБ е приблизително 1 на 17 000 раждания. В България в момента живеят около 100 души с това заболяване. ЕБ е наследствена болест, която се предава от родители на деца. Средно 1 човек на 227 души е носител на мутирал ген, причиняващ ЕБ. Географското разпределение на болните показва преобладаване на заболяването в северозападна България - обл. София-град и Монтана, в сравнение със североизточна България [4].



Фигура 1. Честота на заболяването в България

Прогнозата е добра и тежестта на заболяването намалява с възрастта. ЕВ junctionalis и ЕВ dystrophica се характеризират с образуване на цикатрикси на местата на предшествващи ерозии. В случай, че пръстите на ръцете не се превързват поотделно те срастват по между си, а след това се контрахират. Постепенно болните губят възможност да хващат и това силно затруднява обслужването им. Постоянна болка и страдание придружават болните от раждането до края на живота. Това предизвиква тежки психични, медицински и социални проблеми особено в детската и тийнейджърската възраст, когато за младите хора е много трудно да се примирят с нещастията си. Сериозно увреденият външен вид силно угнетява болните, води до депресии, не позволява да живеят като

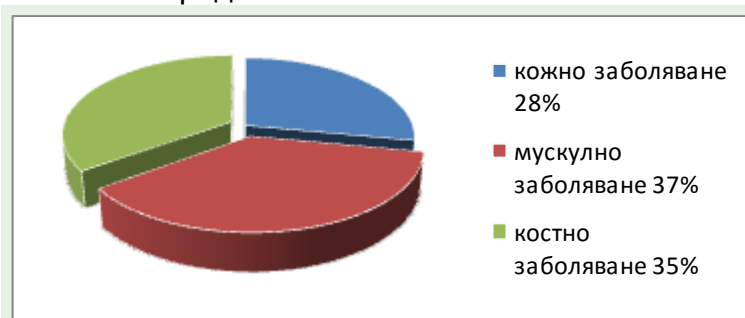
обкръжаващите ги здрави хора. Болестта прогресира до тежки усложнения при неподходящо провеждано лечение при дистрофичните форми на заболяването. При пациентите с гранична и дистрофична форма, освен кожата се засягат и лигавиците - на устата, фаринкса, носа, конюнктивите и хранопровода, където мехурите и ерозиите могат да предизвикат болка и затруднение в приемането и усвояването на храната, в дишането и зрението [7]. Лезиите в междузъбните пространства, около ануса и в уринарния тракт водят до значителен дискомфорт. При някои тежки болни може да се стигне до облитериране (срастване) на хранопровода, което налага храненето да продължи със стомашна сонда. Описаните явления водят до физическо изтощение. Тежките дистрофични форми на болестта се съпровождат от засягане и на кожните придатъци – опадат зъбите, косата е разреждана и тънка, ноктите на ръцете и краката липсват. Мехурите и при трите форми на ЕВН причиняват рани и раневи инфекции, болка и сърбеж. Болката е характерен постоянен признак на заболяването. Причина за нея са появата и спукването на мехурите върху кожата и лигавиците [1]. Когато са засегнати лигавиците на устата, фаринкса и хранопровода, пациентите съобщават за пронизваща болка при преглъщане, при фиксиране на езика в устата, почистване на зъбите. Образоването на мехури и ерозии в областта на ануса води до болка при дефекация и функционална констипация. Движенията на пациентите са болезнени, поради контрактури на пръстите и по-големите стави. Липсата или непълното развитие на ноктите затруднява хващането. Лесно се нараняват върховете на пръстите. Движенията при ходене са особено болезнени, когато образуватите мехури засягат пръстите на краката и стъпалата, върху които пада и цялата тежест на тялото. От практиката е известно че заздравяването на всеки по-обширен кожен дефект е съпроводено от сърбеж. Пациентите с ЕВН страдат от различно интензивен, но постоянен сърбеж върху местата на заздравяващите рани. Там кожата е атрофична суха и тънка. През нея прозират кръвоносните съдове, подкожната мастна тъкан е оскъдна. Това важи особено за болните с дистрофична форма на ЕВ, които определят сърбежа като "влудяващ" и смущаващ съня им. Разчесванията често водят до образуване на нови мехури и ерозии. При всички типове ЕВН се наблюдава констипация. Обикновено още в ранна възраст децата откриват, че дефекацията им е болезнена и я избягват. Това поставя началото на един порочен кръг. Запекът се наблюдава и при анемични пациенти с ЕВН, лекувани с желязни препарати. Предполага се че причина за нея може да бъде и бедна на целулоза диета. Болните трудно консумират твърда храна (поради болката при дъвченето и преглъщането й). Приемането на неподходящи течности също може да има запичащ ефект [6].

Усложненията на заболяването са: *рани и ранева инфекция; цикатрикси и контрактури; срастване на пръстите на ръцете и краката; контрактури и затруднения в подвижността; отпадане на зъбите; отпадане на ноктите; оплешивяване; физическо изтощение; анемия; неопластична дегенерация.* В 61% от всички пациенти с рецидивна дистрофична ЕВ между 20 и 40 годишна възраст съществува опасност от развитие на плоскоклетъчен карцином.

Лечение и грижи: Грижите са насочени към предпазване от нараняване, опазване на раните от инфекция и осигуряването на достатъчно добро хранене. В световен мащаб се провеждат различни клинични опити за откриване на лекарство или лечение, но все още никое от тях не е въведено в масова употреба. „Пеперудените хора“ се нуждаят от ежедневно осигуряване на скъпо струващи консумативи и превързочни материали; медикаменти и козметични препарати; хранителни добавки за справяне с анемиите и недохранването, информираност на болните и техните близки[5].

За целите на настоящото научно съобщение е проведено анкетно проучване сред 100 респондента за установяване степента им на информираност за

заболяването Булозна Епидермолиза. Анкетираните са на възраст от 19 до 60г., 40% от тях са с висше образование, 35% със средно, 5% с основно и 20% студенти. От анкетираните 38% работят в сферата на образованието, 42% в сферата на производството, 10% в здравеопазването и 10% други области. На фигура 2 са представени отговорите на респондентите към коя от групите заболявания се отнася Булозната епидермолиза според тях.

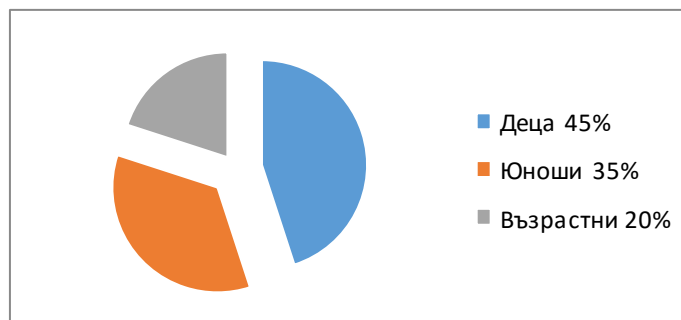


Фигура 2. Какво заболяване е Булозната епидермолиза

Само според 28% от анкетираните, БЕ е кожно заболяване, останалите са дали отговори като мускулно или костно заболяване.

Много голям дял от респондентите (88%) смятат, че заболяването е заразно, само 2% посочват че е генетично и 10 % са отговорили, че не са запознати.

Фигура 4. визуализира мнението на анкетираните по отношение на възрастовата проява на заболяването.



Фигура 4. Засегната възрастова група

Според 45% от изследваните лица, заболяването обхваща деца, 35% са посочили юноши, а 20% възрастни.

По отношение на необходимостта от специални грижи и лечение 85% от анкетираните смятат, че БЕ изисква специални сестрински грижи, а останалите 15% са посочили, че не могат да отговорят. На въпроса „*Лечимо ли е заболяването* - 55% са посочили, че не съществува лечение, 25% смятат, че има лечение, а 20% нямат отговор.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

До момента не съществува лечение за заболяването. Извършени са опити за присаждане на кожа. При различни кожни заболявания се прилага този метод, условието е донурът да бъде от семейството - брат, сестра, родители. Много често могат да се породят усложнения, които крият рискове за пациента. При булозната епидермолиза все още се правят опити за присаждане в различните страни. В Турция през 2010г. за пръв път е направен опит за присаждане на кожа в университет в Кайсери на 2 месечно бебе, донорът е бил член от семейството. Опитът не е дал положителен резултат. Такова присаждане е извършена в универиет в Минесота от Дж. Вагнер и Я. Толар но не получен очаквания резултат. В Австрия са стигнали до извода, че такъв род присаждане на кожа крие риск за пациента и затова не бива да се извършват.

От проведеното изследване стана ясно, че голяма част от населението не са запознати с проблема. Считаме, че пациентите и техните близки имат нужда от помощ, разбиране и съпричастност. За да се постигне това е необходимо информираността на хората за болестта да се промени. Националният алианс на хората с редки болести (НАХРБ) е неправителствена организация, ангажирана с проблемите на хората, страдащи от редки заболявания. Чрез дейността си се стреми да повишава информираността на обществото за нуждите на тези хора. Взаимодействието със законодателните и здравни институции е насочено към осигуряване на адекватно и равнопоставено лечение и грижа за пациентите.

По инициатива на НАХРБ се организират различни форми на информираност за редките болести. Вече втора година студентите от клуб „Здраве“ към Русенски университет „Ангел Кънчев“ участват активно в информационните дни за редките болести.



ЛИТЕРАТУРА

- [1] Боянов, Л. Epidermolysis bullosa simplex aestivalis- Дерматология и венерология, 1976
- [2] Йорданова, И. Медицински мениджмънт на болните с Булозна епидермолиза
- [3] Спиров, Г. Клинична дерматомикология. С., 1990
- [4] ДЕБРА България - За живот без болка на пеперудените хора, www.debra.org
- [5] butterfly-children.bg - Дисауер Б., Пеперудени деца – особено уязвими,
- [6] <http://www.ebstudy.com> – Пинард Т., Какво представлява Булозната епидермолиза ?
- [7] www.Framar.bg - д-р Йорданова И., Придобита Булозна епидермолиза

За контакти:

Гамзе Бейсинова Яшаров, студент специалност Медицинска сестра, e-mail: g_19@abv.bg, тел: 0884467347

научен ръководител: ас. Иринка Христова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, e-mail: ihristova@uni-ruse.bg, тел: 0884582733

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Болка - „Болкови скали“ за определяне на болката

автори: Елис Неджиб, Зехра Кадирова
научен ръководител: доц. Кристина Захаријева, дп
консултант: ст. мед. сестра Светла Петрова

Pain: Pain is a distressing feeling often caused by intense or damaging stimuli. Because it is a complex, subjective phenomenon, defining pain has been a challenge. The International Association for the Study of Pain's widely used definition states: "Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage." In medical diagnosis, pain is regarded as a symptom of an underlying condition. Pain motivates the individual to withdraw from damaging situations, to protect a damaged body part while it heals, and to avoid similar experiences in the future.

Key words: pain, symptom

ВЪВЕДЕНИЕ

Болката според „Международната асоциация за изучаване на болката“, е „неприятно сетивно и емоционално преживяване, свързано с актуално или потенциално увреждане на тъканите. Тя е най-ранният симптом на увреда на тъканите или на заболяване“ [3]. От рецепторите за болка сигналът по периферните нервни окончания достига до мозъка, който преценява неговото значение, подава знак за тревога при екстрени ситуации и предприема действия с цел отстраняване на източника на неблагоприятни въздействия. Болката може да възникне вследствие на дразнение във всяко едно звено по веригата - рецептор, периферен нерв и главен мозък [4, 5].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Болката е най-често срещаният симптом на заболяванията. Въпреки че причините които я предизвикват, са най-различни, тя е характерно, ясно отграничаващо се и въздействащо усещане, което нерядко води до значителен дискомфорт и влошава качеството на живот [1]. Усещането за болка е индивидуално. Някои пациенти понасят спокойно различни болкови дразнения, а други се оплакват и при най-малките болки, което означава, че болката има и емоционален характер. Ето защо, заедно с лечението и елиминирането на основния патологичен процес, предизвикващ болка, често се налага допълнително въздействие върху самата нея с цел отстраняването или намаляването ѝ. От друга страна болката има изключително биологично значение. Тя е реакция на организма, сигнализираща за настъпили в него промени, които нарушават неговата цялост, функции и адаптационни възможности. Чрез нея се цели отхвърляне на всичко, което застрашава жизнения процес и би нарушило равновесието между организма и заобикалящата го среда [5].

Болката има своите положителни ефекти: сигнализира за тъканно увреждане; води до нарушена подвижност на засегнатата структура и нейната имобилизация; осигурява възможности за подобро възстановяване на тъканите и органите и **нежелани ефекти:** нарушение на съня; нарушения на дихателния капацитет; повишено RR; учестен пулс [7]. На пръв поглед звучи парадоксално, но животът без болка е немислим. Какво би станало, ако например възпаленият апендикс не предизвикваше силна болка? Ако го нямаше този алармиращ сигнал и апендицитът остане неразпознат и нелекуван, би се стигнало до животозастрашаващи усложнения. Освен че сигнализира за патологични промени в организма, болката помага за тяхното локализиране, лечение и отстраняване; подпомага и изграждането на много предпазни инстинкти и стереотипи. Ако случайно докосне нагорещена повърхност, за части от секундата човек реагира с

отдръпване. Следващия път вече инстинктивно се избягва докосването на нагорещена повърхност. Подобни предпазни инстинкти се изграждат именно "благодарение" на болката. След фрактура, разтягане на сухожилие или операция, болката е причина за ограничаване на движенията и спазване на покой, поведение чрез което се подпомага оздравяването. Често обаче болковият симптом, особено ако е силен или продължителен, влошава състоянието на страдащия и може да попречи на оптималното овладяване на основния патологичен процес [1].

Например, при инфаркт на миокарда болката понякога е изключително силна, предизвиква екстремно стимулиране на нервната система и по-точно на тази ѝ част, която отговаря за отделянето на адреналин. Голямото количество адреналин, което се отделя, води до ускоряване на сърдечната дейност, свиване на кръвоносните съдове (включително на тези, които оросяват самия сърдечен мускул) и така се влошава още състоянието на страдащия миокард [4].

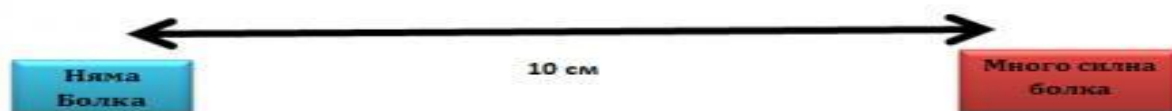
Факторите, предизвикващи болка се разделят на екзогенни и ендогенни. Екзогенните са физични, химични, биологични, психоемоционални, а ендогенните са различни съдови заболявания (тромбоза, емболия), алергични заболявания, неоплазми, конкременти, язвени процеси.

Клиничната характеристика на болката се свежда до: продължителност; локализация; интензивност; вид; ирадиация; степен на изява; афектен отговор; повлияване от храна, медикаменти.

За да бъде болката оценявана еднакво от лекуващия екип и да се подобри къмплаянса на пациентите се използват специално изработени "болкови скали" за количествена оценка. По този начин се осигурява възможността всеки от лекуващия екип „да говори на същия език“ относно интензитета на болката. Сведенията се събират при възможност от самия болен. Изборът на „болкова скала“ е в зависимост от възрастта, невро-психичното развитие, соматичния и емоционалния статус на пациента. Всички използвани „болкови скали“ налагат необходимост от предварително обучение на пациента. Благодарение на болковите скали пациентът интерпретира с по-голяма точност болката; проследява се ефекта от приложеното лечение; проследява се влиянието на болката върху качеството на живот на пациента; подобрява се комуникацията лекар-пациент, ограничава се фалшифициране на информацията за силата на болката; дават се възможност за дистанционно оценяване на болката. От изключително значение е предимство на болковите скали, че дават възможност медицинския специалист и самия пациент да извършат оценка на болката – оценка от която може да се направи извод за настъпващи промени в здравословното състояние на пациента и оказване на адекватна медицинска помощ.

Видове болкови скали

- **Визуално аналогова скала /Visual Analog Scale, VAS/** Скала – 10 сантиметрова линия в левия край -е изписано „Няма болка“, а в десния – „Много силна болка“. Най-използвана в клиничните проучвания за болката - оценка на сила, остра или ефективността на лечение при хронична болка.



- **Цифрова скала за оценка /Numerical Rating Scale, NRS/**, често използвана в клиничната практика.

Скала - линия, по дължината на която са разположени цифрите от 0 до 10. Пациентът трябва да избере цифрата, която най-точно описва силата на болката.



- **Вербална оценъчна скала /Verbal Rating Scale, VRS /** Болката се оценява по 5 степенна скала: няма болка 0, много лека 1, лека 2, умерена 3, силна 4, много силна (непоносима) 5.



- **Вербална скала /Verbal Scale, VS/** С въпроси лекуващият лекар фокусира вниманието на пациента върху силата и характера на болката чрез използване на въпроси, взимани от клиничната литература - „Въпросник за болката“ на Мак Гил, има и съкратен вариант от 15 въпроса, когато състоянието на пациента не позволява да бъде отделено много време за оценка на болката.

Скали за оценка на болката, подходящи за специфични групи пациенти:

- **Скала на Уонг –Бейкър за оценка на болката / Wong-Baker/** Представява пиктограма с различни изражения на лицето от усмивка до плач; подходяща за пациенти с комуникационни проблеми – приложима в педиатрията, възрастни и при лица с езикови проблеми.



- **Скала за оценка на болката на лица с напреднала деменция („Pain Assessment in Advanced Dementia Scale“ (PAINAID))** - скалата съдържа 5 критерии /дишане; изразяване на негативно настроение; изражение на лицето; невербален език; необходимост от утеха/ всеки от които може да се оцени с 0, 1 или 2 точки, след което точките се сумират.
- **Поведенческа скала за оценка на болката (Behavioral Pain Scale (BPS))** подходяща при пациенти в безсъзнание, под анестезия. Критериите на скалата са 3 – изражение на лицето, движения на горни крайници и адаптация към обдишването [2,7].

Резултати от проведено изследване

Цел : Да се проучи информираността на респондентите за „Болковите скали“; да се проучи ефективността на приложение на болковите скали при определяне болката на респондентите; да се проучи участието на медицинските специалисти в обучението на пациентите за прилагане на „Болковите скали“.

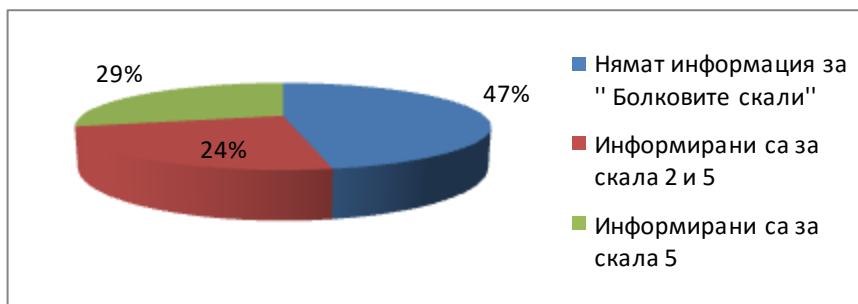
Обект – пациенти с неврологични заболявания / пациенти от Неврология /.

Използван инструментариум: Анкетна карта; Скали за определяне на болката - Визуално аналогова скала /Visual Analog Scale, VAS/ Цифрова скала за оценка /Numerical Rating Scale, NRS/ Скала на Уонг –Бейкър.

Изследването се проведе през периода март-април 2017г. Анкетирани бяха 68 пациенти на възраст 35-63 години на случаен принцип при спазена анонимност.

Резултати от проведеното изследване: Отговорите на въпросите/онагледени със съответните скали/ от анкетна карта 1 информират за познанията на респондентите

за „Болковите скали“: Визуално аналогова скала; Цифрова скала за оценка; Вербална оценъчна скала; Вербална скала /Въпросник за болката“ на Мак Гил/; Скала на Уонг –Бейкър. Резултатите са анализирани и представени чрез графики на фигура 1.



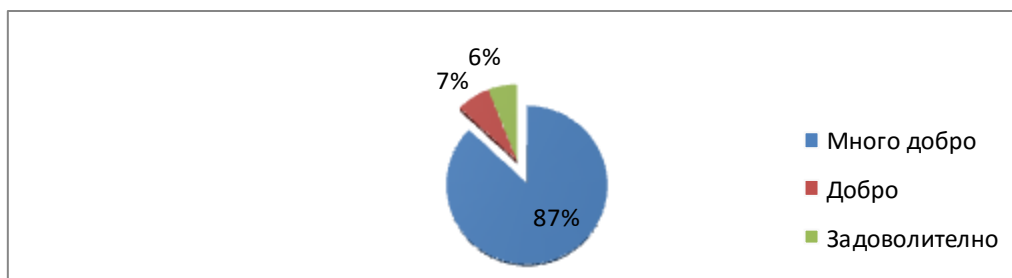
Фигура 1. Информация за „Болковите скали“

Резултатите от анкетна карта 2 информират за разлика в оценките от приложените скали /Визуално аналогова скала; Цифрова скала за оценка; Скала на Уонг –Бейкър/ при определяне на болката на респондентите и са представени чрез графики на фигура 2.



Фигура 2. Разлика в оценките на приложени „Болкови скали“

Отговорите на респондентите при анкетна карта 3 информират за нивото на проведеното им обучение за прилагане на „Болковите скали“. Получените резултати са анализирани и представени чрез графики на фигура 3.



Фигура 3. Проведено обучение за приложение на „Болкови скали“

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализираните резултати от проведеното изследване дават основание да се направят следните:

Изводи: от проведеното изследване става ясно, че голяма част от респондентите не са информирани за съществуването на „Болкови скали“; почти всички поставят

висока оценка на провежданото им обучение за използване на боловите скали, чрез които се получава сравнително обективна оценка на съществуващата болка, констатация в резултат на малките разлики от получените оценки на „Болковите скали“

Препоръки: тъй като оценката на болката е важна за адекватното и лечение, уместно е пациентите да бъдат информирани за болковите скали и обучени за прилагането им в зависимост от тяхната възраст, невро-психическия, соматичния и емоционалния им статус.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Миланов, И, „Болка в неврологичната практика“, ISBN: 9789544202774 София, 2009 г
- [2] Георгиева В., „Методи за оценка на болката и готовност на пациентите да си служат за тази цел със съвременни технологии“, Медицински факултет, Тракийски университет; <http://css.iict.bas.bg/eLibrary/Painscal.pdf>
- [3] <https://bg.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D0%BA%D0%B0>
- [4] <http://medicalmarijuana.bg/kakvo-e-bolka/>
- [5] <http://www.zdrave.bg/?c=e&id=5>
- [6] http://www.zdravnitza.com/a/nav/list_center/list_center_id/388/color/4/cat/82
- [7] www.gdimov.eu/GDimov/AnelMSM/Lectu

За контакти:

Елис Еджевит Неджиб, студент II курс специалност Медицинска сестра, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 0899400525, Фак.№:159232, e-mail: elis2101@abv.bg

автор: Зехра Ахмедова Кадирова, студент II курс специалност Медицинска сестра Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 0899394212, Фак.№:159236, e-mail: zehra_ahmed96@abv.bg

научен ръководител: доц. д-р Кристина Захариева, дп; Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, тел. 0995193003, e-mail: kzaharieva@uni-ruse.bg

консултант: Светла Петрова, старша медицинска сестра, Отделение обща и съдова Неврология, УМБАЛ, Русе.

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Глаукомата не е присъда – добрата профилактика осигурява пълноценен живот

автор: Бисерка Стилиянова–Тодорова,
научен ръководител: доц. Кристина Захаријева, дп
консултант: мед. сестра Нели Иванова

Abstract: *Glaucoma is a leading cause of blindness among the elderly. It can affect vision, even before the man realized that there was illness. Typical of it is elevated intraocular pressure, which over time damages n. Opticus.*

Key words: *Glaucoma, blindness, vision*

ВЪВЕДЕНИЕ

По инициатива на Световната асоциация по глаукома (WGA) и на Световната глаукомна пациентска асоциация (WGA) всяка година от 12 до 19 март се отбелязва Световната седмица за борба с глаукомата [5]. Зрителният анализатор е един от анализаторите на ЦНС на човека, осигуряващ в най-голяма степен информация за заобикалящата действителност /80%/от познанията ни се получават чрез зрението[3].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Глаукомата е невродегенеративно заболяване, което прогресиращо „открадва“ зрението без предупреждение. В ранните стадии на заболяването може да няма никакви симптоми, затова си е спечелила името „тихият крадец“ на зрението. Загубата на зрението се причинява от увреждането на оптичния нерв, който е отговорен за пренасянето на зрителна информация от окото до мозъка. Повишеното вътреочно налягане е рисков фактор, но е установено, че и други фактори носят отговорност за заболяването, т.к. и хора с „нормални“ нива на вътреочно налягане страдат от загуба на зрение, причинено от глаукома [5]. В зависимост от патогенезата се различават няколко вида Глаукома: първична-откритоъгълна и закритоъгълна; вторична (в резултат на травма, възпалителен процес, Тб и др.); детска (в ранно детство или юношество); вродена (унаследена или придобита вътреутробно) [3]. Рисковите фактори, водещи до възникване на глаукома са: наследственост, късогледство, повишено вътреочно налягане, възраст-над 45г., пол (жените по-често), раса, артериална хипертония, диабет [2]. Уврежданията, които глаукомата нанася са необратими - „каквото вземе – не връща“. Глаукомата се разпознава по четири основни критерия: Повишено вътреочно налягане / нормални стойности от 10 до 19 mmHg/; Състояние на зрителното поле; Вид на зрителния нерв; Пахиметрия. Много характерно е вълнообразното клиничното протичане на заболяването (закритоъгълна Глаукома) – периоди на високо ВОН и междупристъпни периоди през които болният се чувства напълно здрав. Веки прекарани пристъп оставя изменения, с времето продължителността на ремисиите се скъсяват, а пристъпите зачестяват. Глаукомният пристъп се разгръща с присъщите му обективни и субективни оплаквания [3]. Вътреоочното налягане се повишава рязко, в рамките на няколко часа. Нормалното вътреочно налягане е от 10 до 19 mmHg, а при глаукомен пристъп достига стойности над 40mmHg. Рязкото повишаване на вътреоочното налягане, предизвиква силна болка в окото, която ирадира в съответната половина на главата, челюстта, може да има гадене, повръщане, сълзене, фотофобия и блефароспазм. Конюнктивата е зачервена, роговицата оточна, зеницата разширена, не реагира на светлина, болният може да има замъглено виждане и да вижда цветни кръгове около светлинен източник.

Повишеното вътреочно налягане уврежда п. Opticus, а той е отговорен за пренасянето на зрителната информация от окото до кората на главният мозък и зрението се влошава. Това състояние е неотложно и изисква своевременно овладяване [1]. Целта е да се понижи вътреочното налягане, да се овладее болката. Ако не започне лечение веднага, може да се загуби зрението тотално, да се развие хронична глаукома, която е по-трудна за контрол [5]. Все още не съществува лечение за глаукома. Все пак хирургическата намеса или медикаментозното лечение могат да забавят или превентират загуба на зрението. Подходящата терапия зависи най-вече от вида глаукома. Ранното диагностициране е жизненоважно за спиране прогресията на заболяването. В света според статистиката боледуват над 67 милиона души, а у нас – между 70 – 80 хиляди; над 7 милиона души в света са загубили зрение в резултат на глаукома [5].

При установена глаукома от особено значение е профилактиката, целта на която е увеличаване периодите на ремисии и намаляване честотата на глаукомните пристъпи. Прилаганите профилактични мероприятия се свеждат: избягване продължителен престой в тъмни помещения; избягване продължителен престой на слънце; пеустановяване или максимално ограничаване употребата на алкохол и тютюнопушене; избягване на дейности свързани с навеждането на торса; осигуряване условия за спокоен и пълноценен сън; избягване на психическото и физическо натоварване; ограничаване приемът на течности, пикантни храни и сол; ограничаване и при добро осветление четене на книги, гледане на телевизия и работа с компютър; консумиране на плодове, зеленчуци в суров вид, морска храна, сурови ядки; да се провеждат профилактични прегледи при офталмолог 2 пъти в годината [2]. Спазване на изброените съвети допренася за намаляване прогресията на заболяването, тъй като носят отговорност за повишаване на вътреочното налягане, което е рисков фактор с особено значение за Глаукомата.

Резултати от проведено изследване

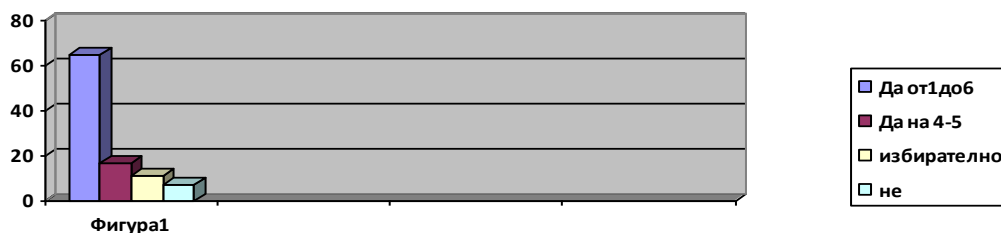
Цел: Да се проучи: Нивото на информитаност на респондентите за профилактичните мероприятия при Глаукома; Провеждане на профилактични мероприятия от респондентите; Участието на медицинските специалисти в профилактиката чрез формиране на здравна култура и акцентиране върху очното здраве.

Обект на изследване - Пациенти с диагноза „Глаукома“.

Използван инструментариум: анкетни карти. Изследването се проведе през периода февруари 2017 г. - април 2017 г. Анкетирани бяха 65 пациенти на възраст 52-68 години на случаен принцип при спазена конфиденциалност.

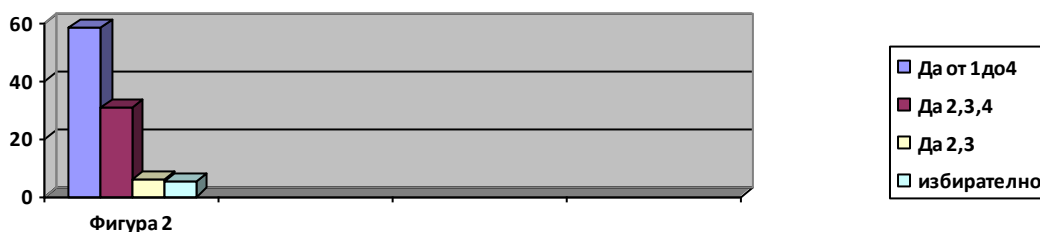
Резултати от проведеното изследване - Спазване на изброените съвети допренася за намаляване на прогресията на заболяването, тъй като носят отговорност за повишаване на ВОН

Резултатите от анкетна карта 1 за избягване на: 1.Прием на голямо количество течности; 2.Тютюнопушене; 3.Прием на големи количества алкохол, кафе, чай; 4.Продължителен престой в по-тъмно помещение; 5.Продължително натоварване на очите/телевизия, четене, компютър; 6.Продължителни слънчеви бани, горещи вани, сауна са анализирани и представени чрез графика на фигура 1.



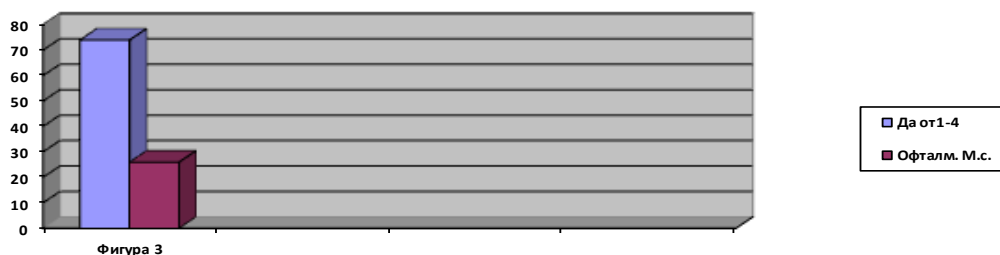
Фигура 1. Избягване на рискови фактори отговорни за повишаване на ВОН

Отговорите от анкетна карта 2, относно спазване на: 1. хранителен; 2. двигателен; 3. хигиенен режим; 4. редовни профилактични прегледи са анализирани и представени чрез графики на фигура 2.



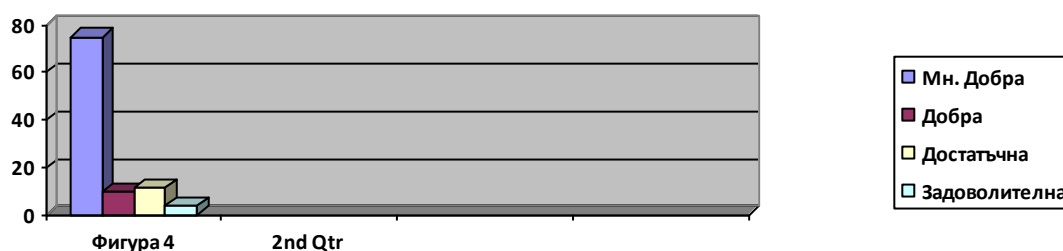
Фигура 2. Спазване на хранителен, двигателен, хигиенен режим и профилактичен преглед

Резултатите от Анкетна карта 3, даващи отговор на въпроса „Информация за необходимите профилактични мероприятия при „Глаукома“ получихте от: 1.Общо практикуващ лекар; 2.Офталмолог; 3.Медицинска сестра; 4.Средства за масова информация?“ са анализирани и представени чрез графики на фигура 3.



Фигура-3. Информация за профилактични мероприятия

Отговорите относно „Степен на информираност за профилактичните мероприятия при Глаукома“ от анкетна карта 4 са анализирани и представени чрез графики на фигура 4.



Фигура 4. Степен на информираност за профилактичните мероприятия при Глаукома

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализираните резултати от проведеното изследване дават основание да се направят следните изводи: 75-80 % от респондентите имат висока степен на информираност за профилактичните мероприятия при Глаукома; 65%-75% от анкетиранията лица спазват дадените им съветите осигуряващи им пълноценен начин на живот; Медицинските специалисти активно участват в профилактиката на

глаукомата, чрез разясняване значението на профилактичните мероприятия. Медицинската сестра има своята специфична роля за промяна нагласите на болните от глаукома относно профилактиката чрез формиране на субективна здравна култура и акцентиране върху очното здраве. Непрекъснатото повишаването на професионалната компетентност на професионалистите по здравни грижи в офталмологията е от съществено значение за увеличаване продължителността на периодите на ремисии и намаляване честотата на глаукомните пристъпи. Диагнозата Глаукома не е присъда. Когато човек има информация за заболяването, провежда адекватна терапия и спазва съответните профилактични мероприятия може да ограничи развитието на заболяването и да живее пълноценно. Не трябва да се позволява на глаукомата да „открадне“ и ограничи начина на живот на болния. **„Чудесно е да виждате света всеки ден, така че не позволявайте да получите глаукома“.**

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Балабанов Ч.; Офталмология; Медицински университет Плевен; 2012г
- [2] Коев К.; Учебник по очни болести за медицинските колежи; изд. Будник; 2011г.
- [3] Сучкова П.; Офталмология; РУ „Ангел Кънчев“; 2013г.
- [4] <http://www.arsmedica.bg/zabolyavaniya/oftalmologiya/glaukoma-vidove>
- [5] <http://glaucoma.bg>

За контакти:

Бисерка Василева Стилиянова–Тодорова, студент специалност: „Медицинска сестра“ – III курс, РУ „Ангел Кънчев“, тел.: 0878115135, e-mail: viv2609@abv.bg

научен ръководител: доц. д-р Кристина Петрова Захаријева, дп; РУ „Ангел Кънчев“ ФОЗЗГ, тел e-mail: kzaharieva@uni-ruse.bg

консултант: Нели Иванова, медицинска сестра, Очно отделение-УМБАЛ-Медика, Русе, e-mail: n081069@abv.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Болест на Мениер

автор: Бисерка Стилиянова–Тодорова
научен ръководител: ас. Татяна Атанасова

Abstract: *Menière's disease is a severe, difficult-to-diagnose, non-inflammatory disease of the inner ear. It causes vertigo disturbances in the hearing and vestibular apparatus. Early diagnosis and responsiveness to the disease ensure good health and a full lifestyle.*

Key words: *Menière's disease, diagnosis, full lifestyle.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Болестта на Мениер е внезапно възникнало остро нарушение на функцията на средното ухо. Това е едно тежко, трудно за диагностициране, невъзпалително заболяване на вътрешното ухо. То причинява сериозни смущения в слуховия и вестибуларния апарат. Това заболяване носи името на своят откривател -Проспер Мениер, който през 1861 г. публикува 4 статии, в които доказва, че при някои заболявания със световъртеж и слухови разстройства процесът се локализира не в мозъка, а във вътрешното ухо. Съвременните разбирания за „Мениерова“ болест са еволюирали значително, като известно объркване има и в наши дни. Едва ли не всеки световъртеж се кръщава „Мениерова болест“ или съвсем недопустимото „Мениероподобен синдром“. Всъщност истинската болест на Мениер е сравнително рядко заболяване, като според статистически данни в България честотата му е 4-10 на 100 000 души или това е 0,42 % сред отоневрологичните болни. Според Американската академия по отоларингология и хирургия на главата и шията честотата на заболяването е средно 40 на 100 000 души, със засягане предимно на възрастовата група 40 – 50 годишните, като са описани и случаи при деца и помлади [4]. Заболяването може да засегне всеки. По-често боледуват хора с европейден произход. Наследственост се установява в около 20 % от случаите. Еднакво се засягат и двата пола. Заболяването засяга слуха и равновесието в различна степен. Характерни симптоми са: шум в ушите, световъртеж, чувство на натиск в засегнатото ухо, а понякога и главоболие. Те са епизодични и могат да причинят не само дискомфорт, а и загуба на слуха.[5]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Симптоми: Възникват внезапно, неочаквано, като криза. Водещ е световъртежа – толкова силен, че пациента не може да пази равновесие в изправено положение, а дори и в седнало. Клиничната картина е описана добре още от самия Мениер и се характеризира с внезапно проявяване на симптомите, без болки в ухото или други признаци. Кардиналните симптоми са тъй наречената „триада на Мениер“ – внезапен пристъп от световъртеж, намален слух в едното ухо и шум в същото ухо. Много често болните имат нарушено равновесие, гадене, повдигане, повръщане, главоболие студена пот, забавен пулс.

Друг кардинален симптом е наличието на нистагъм, който не е описан от Мениер. Нистагъмът има чисто периферен характер и при възбуден процес в лабиринта посоката на нистагъма е към засегнатото ухо, а при отпадане на лабиринтната функция – към здравото ухо.

Пристъпите при болестта на Мениер са сравнително краткотрайни. Продължават от няколко минути до няколко часа и рядко продължават няколко дни. Интервалите между отделните пристъпи не са еднакви. Болният е в принудително легнало положение на засегнатата страна със затворени очи. След пристъп болният обикновено заспива, след това се чувства добре. Болестта засяга отначало едното

ухо, но при голяма продължителност на заболяването често се засяга и другото ухо. Повторяемостта на пристъпа, води до трайно намаление на слуха [5].

Причини: Фактори водещи до това заболяване са преумора, психични травми, различни интоксикации (никотин), алергия, анатомични аномалии, травма, генетична предразположеност, а може и комплекс от фактори [4], под действието на които настъпват вазомоторни промени в съдовете на вътрешното ухо – спазъм. Това от своя страна води до хиперсекреция на ендолимфа, която се секретира в определени части на ductus cochlearis. Лабиринта се състои от ципест и костен лабиринт, като ципестият лабиринт се намира в костният. В ципестият се намират рецепторни клетки на слуховата сетивност и вестибуларният апарат. Той е запълнен с течност наречена ендолимфа, която се движи при накланяне на главата. Това кара ципестият лабиринт, да изпраща сигнали до главният мозък за положението на главата и тялото в пространството. Увеличението на лимфата, може да причини раздуване (разширение) на ципестият лабиринт - ендолимфатичан хидропс. В някои случаи е затруднена обратната резорбция. И в двата случая като резултат се увеличава налягането на ендолимфата и вътрелабиринтното налягане. Ако този процес не се преустанови настъпва руптура на ципестия лабиринт – ендолимфата се смесва с перилимфата и тази промяна в състава и обема на течността във вътрешното ухо е причина за появата на симптомите на Мениер. Руптурата обикновено възниква на „върха“ на кризата и води до бързо подобряване на състоянието на пациента. Кога и как ще възникне следващия хидропс е непредсказуемо.

Диагноза: Поставя се въз основа на анамнезата, класическата картина от симптоми, изследвания на вестибуларната функция, при които се установяват отклонения (нистагъм, вестибуларна хипорефлексия, системен световъртеж) и изследване на слуха чрез използването на стандартни неинвазивни изследвания и аудиометрия, които дават данни за хипоакузия (намален слух). При отоскопия не се установяват промени в тъпанчевата мембрана. Поставянето на диагноза още след първия пристъп е трудно. Необходимо е да се проследи болният във времето за да се постави със сигурност тази диагноза.[3]

Лечение:

- **Лечение по време на острите пристъпи** - Предимно консервативно, насочено към повлияване на световъртежа и придружаващите невровегетативни симптоми. По време на пристъп се препоръчва болният да лежи в тиха и затъмнена стая. Включват се венозни инфузии с дехидратиращи разтвори (40 % глюкоза, 10 % манитол и др.). Медикаментозната терапия се свежда до седативни, невролептици, антиеметици, вегеторегулатори като дименхидринат – таблетки, марофен – таблетки и ампули, медрин – таблетки и ампули и др., кортикостероиди – метилпреднизолон и преднизолон, витамини (В- комплекс, като се внимава с дозата на витамин В6), до овладяване и отшумяване на симптомите. При по-тежки случаи се прилагат бензодиазепини. При терапевтично резистентни случаи, може да се приложи инжектирането на *Gentamicin* в средното ухо – гентамицинова деструкция на лабиринта. При упорити случаи с инвалидизиращи чести пристъпи и нетърпим шум в ушите се прилага хирургическо лечение – резекция на слухововестибуларния нерв или лабиринтectoмия. Хирургичната намеса обаче, не гарантира, че слухът няма да бъде увреден [2].
- **Контролираща терапия** - Има за цел да намали честотата и тежестта на пристъпите и да възпрепятства загубата на слуха. Единственото лекарство, което сигнификантно намалява или премахва пристъпите и по този начин подобрява качеството на живот на пациентите с болест на Мениер, е бетахистин хидрохлорид – прилага се в доза 3 пъти дневно по 16 мг или 2 пъти дневно по 24 мг за период от 3 – 6 месеца. Тази терапия може да бъде съчетана с

приложението на кортикостероиди. Прилагат се комплекс от упражнения - лечебна физкултура за трениране на вестибуларния апарат.

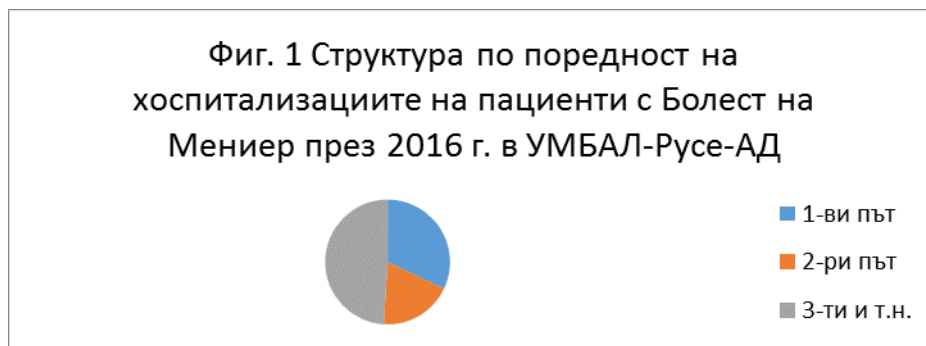
- **Поведенчески промени** - Поведенческите промени са част от стила и начина на живот и също повлияват и водят до намаляване на пристъпите или увеличаване на периодите между тях, като по този начин се намалява и инвалидизацията. На пациентите се препоръчва ограничаване на солта до 1,5 грама дневно и кофеин – съдържащите напитки, преустановяват се алкохола и тютюнопушенето.

Твърдението на Американската академия по отоларингология и хирургия на главата и шията, че при болестта на Мениер се различават типични и атипични форми, при които преобладават само кохлеарните симптоми (загуба на слуха, шум и чувство за пълнота в ушите) или само вестибуларните (световъртеж без загуба на слуха) и твърдението на български автори, че истинската болест на Мениер е сравнително рядко заболяване, протичащо с характерната триада от симптоми – пристъпен световъртеж, намален слух в едното ухо и шум и тежест в същото ухо беше повод да извършим проучване на хоспитализираните случаи в УМБАЛ-Русе-АД.

Цел: Да се проучат случаите на пациентите хоспитализирани в УМБАЛ-Русе-АД със заболяването Болест на Мениер през 2016 година и да се установят критериите за поставяне на диагнозата Болест на Мениер.

Материал и методи: Проведено е ретроспективно изследване на пациенти с Болест на Мениер, хоспитализирани в отделението по обща и съдова неврология на УМБАЛ-Русе-АД през 2016г. При проучването са използвани документален метод – проучени са 550 истории на заболяване, и статистически метод.

Резултати: През 2016 г постъпилите пациенти са общо 550 пациенти, от които 32 % (174 пациента) постъпват за първи път; 19 % (107) от пациентите постъпват за втори път и 49 % (269) от пациентите постъпват за трети и пореден път.

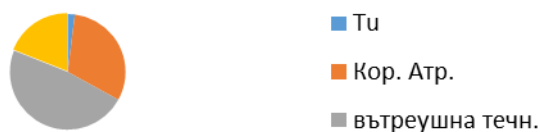


Впечатление прави високият процент на постъпващите за първи път с диагноза болест на Мениер, в сравнение с официалната статистика за страната - 4-10 на 100 000 население. Населенето на Русенска област към 31.12.2016 г. е 173505 души (НСИ), т.е. не повече от 20 души би трябвало да са хоспитализирани. Това още означава, че са приети пациенти с атипични форми на болестта, като са спазени критериите за това заболяване според Американската академия по отоларингология и хирургия на главата и шията.

Структура по причини за хоспитализация:

- Ту – 2 % (11 пациента)
- Корова атрофия – 31 % (172)
- Промяна в състава и обема на течността във вътрешното ухо – 48 % (262)
- Други причини(стрес) – 19 % (105)

Фиг. 2 Структура по причини за хоспитализация на пациенти с...



Диагнозата се основава на пристъпната криза от световъртеж, шум в ухото и намаление на слуха при абсолютно здрава тъпанчева ципа. Диференциалната диагноза е трудна – с подобна картина протичат мозъчните тумори, дисеминираната склероза, луесът, шийната спондилоза, атеросклерозата и др. Можем да твърдим, че 48 % от проучваните пациенти са с болест на Мениер, тъй като при тях е установена промяна в състава и обема на течността във вътрешното ухо.

Структура по възраст:

- От 40 до 50г. – 56 %
- Над 50г. – 44 %

Фиг. 3 Структура по възраст на пациентите, хоспитализирани с...



Този показател съвпада с възрастовата група за която се отнася заболяването.

Усложнения:

- Едностранно увреждане на слуха – 23 %
- Двустранно увреждане на слуха – 67 %
- Без усложнения – 10 %

Болестта на Мениер обикновено засяга само едното ухо, но при често увреждане и не адекватно и ненавременно лечение, увреждането е двустранно. Статистикака показва за съжаление, че 67% от пациентите достигат до двустранно увреждане, особено при голяма продължителност на болестта (20 -30 г. и повече).

Изводи:

- Само един пристъп не е достатъчен да се постави диагнозата Болест на Мениер
- При поставянето на диагнозата Болест на Мениер, тя трябва да е подкрепена с необходимите изследвания, за да се изключи целият спектър на заболявания попадащи в групата на диференциалната диагноза.
- Повишеното вътрелабиринтно налягане, руптурата на мембраната и смесването на ендо – и перилимфа води до увреждане на функциите на невроепителните клетки. При повтарящи се пристъпи в клетките настъпват дегенеративни изменения, на които се дължи трайното намаление на слуха, в някои случаи до пълната му загуба.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Има Болест на Мениер, няма „мениероподобен” синдром. Диагнозата се поставя въз основа на триадата: пристъпен световъртеж, намален слух в едното ухо и шум и тежест в същото ухо. Лечението се овладява със симптоматични средства.

Подобряването на качеството на живот на пациентите с това заболяване става, като в междупристъпните периоди се прилага безсолна диета, комплекс упражнения

и дълготраен и периодичен прием на бетахистин хидрохлорид. От съществено значение е избягване на стресогенните ситуации. Счита се, че те имат съществена роля при отключване на процеса. Ранната диагностика и отговорното отношение към заболяването, гарантират добро здравословно състояние и пълноценен начин на живот.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Авторски колектив под редакцията на : Доц. Д-р И. Стоянов издателство МУ-Плевен 2005г учебник УНГ
- [2] Проф. Д-р И. Ценев, Д-р Е.Ценев издателство Стено 2010г Оториноларингология
- [3] <http://www.arsmedica.bg/zabolyavaniya/ung/menierova-bolest>
- [4] <https://zdravbadi.com/bolesti/bolesti/ung/342-menierova-bolest>
- [5] <http://www.zdravoslovnobg.org/intersnistatii/99-sindromnamenier>

За контакти:

Бисерка Василева Стилиянова – Тодорова, студент специалност Медицинска сестра, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.0878115135, e-mail: viv2609@abv.bg

научен ръководител: ас. Татяна Атанасова, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел. 0885635514, e-mail: nursing_ruse1@abv.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Закаляване или как да запазим здравето си в забързаното ежедневие

автор: Бисерка Стилиянова–Тодорова
научен ръководител: ас. Иринка Христова

The most valuable thing a person has is health. Unfortunately, statistics show that in Bulgaria the majority of the population is ill. The main reasons for this are: lifestyle, polluted environment, stress, technology, hectic everyday life, changes in climatic conditions and other factors.

Key words: health, stress, sport, resistance to the organism

ВЪВЕДЕНИЕ

Най-ценното, което има човек, това е здравето. За съжаление статистиката сочи, че в България по-голямата част от населението е болно и не е само заради застаряващото население живеещо на територията на страната ни. Много млади хора страдат от редица заболявания. Основните причини за това са: начинът на живот, замърсената околна среда, стресът, съвременните технологиите, забързаното ежедневие, резките смени на климатичните условия и много други фактори.

Как можем да помогнем на организъмът да е по-устойчив?

Закаляване! Системна подготовка на тялото и духа – повишаване устойчивостта на организма спрямо неблагоприятното действие на редица физични фактори, главно метеорологични условия. Под закаляване се разбира и провеждането на комплекс от мероприятия и процедури, целящи изграждане и усъвършенстване на съпротивителните сили на организма към вредните въздействия на околната среда. Благодарение на това организмът получава възможността да понася по-добре и безболезнено прекомерно прегряване, изстудяване и т.н. Закаляването съдейства за укрепване на здравето, повишаване на работоспособността и устойчивостта на организма срещу стреса, инфекциозните болести и простудни заболявания [4]. Закаляването се постига чрез закалителен режим и закалителни процедури.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Най-важното при закаляването е неговата системност. Закаляването трябва да започне още от най ранна детска възраст и да продължава през целият живот без прекъсване. Изключение се прави само по време на сериозно заболяване.

Индивидуалност. Схемите за различни закалителни процедури, трябва да се съобразяват и коригират с оглед индивидуалните особености на всеки отделен организъм, както и с възрастта и полът.

Методи на закаляване:

- ✓ Закаляване на слънце (слънчеви бани) – тук закаляващият фактор е лъчистата енергия на слънцето. На практиката се прилагат обща и местна (за отделни участъци от тялото) слънчева баня. Закаляването на слънце е най-добре да започне през първите топли дни и да продължи през цялото лято. Добре е слънчевите бани да се провеждат сутрин между 8 и 11ч., когато земята и въздухът са по-малко нагряти и горещината се понася по-лесно. Това трябва да става по възможност до открити водоеми, тъй като в съседство с тях температурата е по-ниска. Слънчевите бани се смятат за едно от основните средства за профилактика и лечение на рахит. Благодарение на слънчевите лъчи, ергостерина в кожата се превръща във vit D. Слънчевите бани започват с разсъбличане на връхните дрехи на „шарена сянка“ през първите 2-3 дни за 10, 20, 30 мин., след това на преки слънчеви лъчи отново за 10 мин., като всеки

следващ ден престоят на слънце се удължава с 10мин. Докато се стигне до 2 ч [1].

- ✓ Ходене с боси крака – това е ефикасен способ за закаляване. Понастоящем широко се използва ходенето бос по така наречените контрастни пътечки, отделни участъци на които са нагreti различно – от студено, до горещо. Понастоящем се препоръчват най-различни способи за закаляване по този начин: от ходене бос вкъщи, по крайбрежния пясък, сутрин по оросената трева, до ходене бос по снега [4].
- ✓ Закаляване с въздух (въздушни бани) – закаляващият фактор са температурните разлики в околната среда. Закаляването с въздух трябва да започне от най-ранно детство. Дозировката на въздушните бани се осъществява по два начина: постепенно снижаване на температурата на въздуха и увеличаване продължителността на процедурата при една и съща температура. При закаляването с въздух не трябва да се стига до настръхване. При първите признаци на силно охлаждане е необходимо веднага да се изпълнят интензивни гимнастически упражнения. Закаляването с въздух трябва да започне през лятото или в началото на есента, когато дните са все още топли, при температура на въздуха 25-30° С за 20-30 мин., като постепенно се увеличава времето [3]. Едновременно със специалните въздушни бани твърде полезни са разходките на свеж въздух целогодишно в пакове и градини. Това повишава устойчивостта на горните дихателни пътища към изстудяване, зарежда тялото и духът с енергия от природата и допринася за положителни емоции [4].
- ✓ Закаляване с вода (водни процедури) – при тях главният закаляващ фактор е температурата на водата. Те са най-ефективно действащите. Предизвикват общи и местни реакции, дължащи се на голямата топлемост на водата и нейната топлопроводимост. Силата на въздействието на закаляването с вода зависи от: разликата между температурата на водата и температурата на кожата; Внезапността на температурното въздействие (дразнене) върху кожата на тялото; Продължителността на въздействието; Индивидуалната чувствителност на кожата или на отделни участъци. Пристъпвайки към закаляване с вода, в началото се прилагат леки водни процедури с температура на водата 33 – 34°С. След това през 3 – 4 дни, температурата на водата се понижава с по 1° С, до достигане на температура 20 – 18°С и по-ниска [3]. Необходимо е да се придържаме към следното правило: колкото е по-студена водата, толкова по-кратко да е съприкосновението с нея. При закаляване с вода се препоръчват следните форми на процедури: обтриване, обливане, душ и къпане.
- Обтриване – прилага се в началния етап на закаляването с вода. В началото в продължение на няколко дни се извършва обтриване с кърпа, гъба или с ръка, натопена във вода. Обтриването обхваща горната половина на тялото до пояса, след което се преминава към цялото тяло. Всяка процедура не трябва да трае повече от 5 минути. Правилно проведените водни процедури активизират дейността на всички органи и системи на организма: увеличава се обмяната на веществата, активира се кръвотворният апарат, тренира се сърдечно-съдовата система, повишава се работоспособността [3].
- Обливане – следващият етап в закаляването с вода. За първите обливания се използва вода с температура около 30°С. Тези процедури играят важна роля в повишаване устойчивостта на организма към простудни заболявания. Извършва се с душ, лейка или друг съд. Обливането на ходилата се провежда целогодишно всяка вечер – преди сън – и започва с температура 25 – 26°С, като постепенно температурата на водата се снижава през два-три дни с по 1°С, достигайки до 3 – 10°С. След обливането на стъпалата те се подсушават с кърпа [3]. Обливането на врата се извършва сутрин и вечер, като началната

- температура на водата е около 23 – 25°C и постепенно се снижава до 5 – 10°C.
- Душ – още по-енергична водна процедура. В следствие съчетаното действие на хладната вода и нейното механично въздействие, душът оказва добро закалително действие върху организма. В началото на закаляването температурата на водата на душа трябва да бъде 30 – 35°C, а продължителността на процедурата – не повече от 1 минута. След това температурата на водата постепенно се понижава, а времето на приемане на душа се удължава до 2 минути. Процедурата трябва да завърши с енергични разтривания на тялото с кърпа [2].
 - Къпане в открити водоеми – един от най-добрите способи за закаляване. При него се наблюдава комплексно въздействие върху организма на въздуха, водата и слънчевите лъчи. Да се започне с къпане може, когато водата е с температура 18 – 20°C. Къпането се прекратява при температура на въздуха 14 – 15°C и температура на водата около 10 – 13°C. Желателно е къпането да става в утринните часове, първоначално 1 път дневно, а след това 2 – 3 пъти, съблюдавайки промеждутците между къпанията да са от по 3 – 4 часа. Преди влизане във водата, тялото трябва да се загрее. Във водата е необходимо повече движение и плуване. Продължителността на къпане зависи от температурата на водата, времето и самочувствието на закаляващия [4].
 - Разтриване със сняг и къпане в ледена вода (моржуване) – Представлява изключително мощна закалителна процедура, която предявява много високи изисквания към организма. Тя може да бъде практикувана само с лекарско разрешение от хора с отлично здраве и след дългогодишно системно закаляване [5]. Закалителните процедури е добре да се извършват под медицински контрол, при което се взимат под внимание възрастта, особеностите на организма, функционалните му възможности, здравословното състояние и др.
- ✓ Физическа активност – съществен елемент от здравословният начин на живот и играе огромна роля в закаляването на организма и здравословното ни състояние. С напредване на технологиите, често прекарваме свободното си време все повече пред екрана, а всеки може да избере спорт, който да е подходящ за него и да му доставя удоволствие. Особено положително влияние върху здравословното състояние на организма имат физическите упражнения на чист въздух. Под физическа активност се разбира също и ходене пеша, предвижването с велосипед, градинарството, танци, разходка в планината и много други приятни занимания на открито. Липсата на активен начин на живот е също толкова вреден, колкото тютюнопушенето и злоупотребата с алкохол [3].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение акцентираме върху здравната значимост на движението във всички периоди от живота: от ранното детство до старостта. Активното детство генерира здраве в аванс, изгражда навиици за активен стил на живот и държи вече порасналите деца далеч от фармацевтичната мрежа. Повишаването на физическата активност се постига чрез смяна на заседналият начин на живот с ежедневно физическо натоварване. Много е важно да се знае, че най-сигурният начин да поддържаеме тялото и духът си здрави, са закаляването и физическата активност от ранно детство до дълбока старост – непрекъснато.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Закаляване и закалителни процедури. ЗдравБъди.com.
<https://zdravbadi.com/zdravosloven-jivot/profilaktika/268-zakalyavane-zakalitelni-proceduri>
- [2] InfoAdvisor.net online magazine. <http://infoadvisor.net/hardening-children.html>

[3] Medical encyclopedia., The hardening of the children.

http://medicalency.com/zakalivanie_child.htm

[4] Med Answers., As the child's temper |Methods for hardening of children. 2016;

<http://medansw.com/en/pages/1319787>

[5] Nursery children standing in the snow throw ice cold water over their own heads. 2016;

<http://www.mirror.co.uk/news/world-news/nursery-children-standing-snow-throw-7352243>

За контакти:

Бисерка Василева Стилиянова–Тодорова, студент специалност Медицинска сестра – III курс, Русенски университет „Ангел Кънчев“, , тел.: 0878115135, e-mail: viv2609@abv.bg

научен ръководител: ас. Иринка Христова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, Катедра Здравни грижи, тел.: 0884582733, email: ihristova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Перитонеална диализа - алтернатива при пациенти с хронична бъбречна недостатъчност. Същност, лечение и предимства.

автор: Габриела Георгиева
научен ръководител: ас. Иринка Христова

Abstract: Chronic kidney disease is a clinical syndrome characterized by dropping the function of the kidneys. Peritoneal dialysis is an alternative method for the replacement of renal function with many advantages over hemodialysis.

Keywords: Chronic kidney disease, clinical syndrome, peritoneal dialysis, alternative

ВЪВЕДЕНИЕ

Хроничната бъбречна недостатъчност (ХБН) е клинично-лабораторен синдром, който се изявява в крайните стадии от развитието на хронични бъбречни заболявания. Настъпва след отпадане на 70-75% от функциониращата нефронна маса и се характеризира с постепенно ограничаване на всички бъбречни функции – очистителна, хомеостатична и ендокринна [2].

Крайният стадий на ХБН налага диализно лечение или бъбречна трансплантация. Диализата е начин за пречистване на кръвта и за заместване частично на бъбречната функция. Тя помага на организма да задържи необходимите вещества и да отстрани ненужните. Перитонеалната диализа (ПД) и Хемодиализата (ХД) са два различни метода на лечение чрез диализа. Тези два метода пречистват кръвта, когато бъбреците престанат да функционират [6].

ХБН е международно признат здравословен проблем на обществото, засягащ 5-10% от населението на света към 2014 г. [7].

ИЗЛОЖЕНИЕ

До ХБН могат да доведат всички хронични, двустранни и прогресиращи бъбречни и други заболявания. В таблица 1 е представено процентно разпределение на бъбречните заболявания, водещи до ХБН.

Таблица 1.
Процентно разпределение на бъбречните заболявания, водещи до ХБН [1].

Бъбречно заболяване	%
Хронични гломерулонефрити	40
Хронични пиелонефрити и тубуло-интерстициални нефрити	20
Диабетна нефропатия	10
Автозомно-доминантна поликистоза	7
Съдова нефропатия	5
Други(системни, амилоидоза, вродени аномалии и др.)	8
Неуточнена нефросклероза	10

В последните години се увеличават хората с артериална хипертония и захарен диабет, които са сред основните причини за развитие на бъбречна недостатъчност. Друга голяма група, при която се налага диализа, са пациентите над 70–80 години. Обикновено при тях ограничената бъбречна функция е физиологичен процес. [5]

Според тежестта на състоянието ХБН протича в няколко стадия, от най-лекият до последният – терминален стадий, зависещ от хемодиализа. В таблица 2 са представени различните стадии на Хронична бъбречна недостатъчност.

Таблица 2.
Стадии на ХБН [1].

СТАДИИ НА ХБН				
Показател	Начален	Изразен	Напреднал	Терминал
Креатинин в кръвта (mmol/l)	130 - 353,6	353,6 – 707,2	707,2 - 1326	над 1326
Креатининов клирънс (ml/s)	0,66 – 0,33	0,33- 0,16	0,16 – 0,08	под 0,08

Лечение:

Лечението на хроничната бъбречна недостатъчност е сложно и комплексно, съобразено с тежестта на заболяването в различните му стадии.

В стадията предхождащи бъбречната декомпенсация и тежка уремия се прилага консервативно лечение, което има за цел да намали прогресията на бъбречната недостатъчност. В крайните стадии на хроничната бъбречна недостатъчност, методите на консервативното лечение се оказват недостатъчни сами по себе си и тогава се прилагат методите на диализа и филтрация на кръвта.

Изборът на начална заместителна терапия на бъбречната функция (ЗТБФ) в класическия случай е избор между перитонеална диализа (ПД) и хемодиализа (ХД). Бъбречната трансплантация се обсъжда на по-късен етап, поради голямото несъответствие между броя на чакащите потенциални реципиенти и броя на донорите [7].

Лечението на ХБН в терминалните стадии чрез перитонеална диализа е недостатъчно използван метод в България – прилага се при едва около 4% от болните. Една от причините е, че този вид лечение не се познава широко от медицинските специалисти и в същото време болните също не са достатъчно информирани. Поради тази причина броят на пациентите на перитонеална диализа е нисък. По света на перитонеална диализа са между 9 и 11% от всички болни с терминална ХБН. У нас тези пациенти са малко под 7% [4].

Перитонеалната диализа също както хемодиализата е процедура, при която кръвта на болния се филтрира и "пречиства" от отпадните азот-съдържащи вещества, ненужната вода и соли. Основен принцип на ПД е преминаването на разтворимите вещества от кръвта през полупропусклива мембрана в диализен разтвор по посока на концентрационния градиент. Ролята на полупропускливата мембрана или "диализния филтър" изпълнява перитонеумът - обвивката, покриваща стената на коремната кухина и вътрешните органи. Специалният диализен разтвор (диализат) се влива вътре в перитонеалната кухина и след като през перитонеума преминат ненужните отпадъчни вещества (след няколко часа), вода и соли, разтворът се евакуира от перитонеалната кухина. За да се осъществи перитонеална диализа, преди първата процедура по хирургичен път в корема се поставя специална тръбичка, наречена перитонеален катетър. През него диализатът се въвежда и отвежда от коремната кухина.

Перитонеалната диализа крие риск от някои потенциални усложнения. Най-сериозното от тях е перитонитът или възпалението на перитонеума. Това настъпва при инфектиране на катетъра, фиксиран в коремната кухина. Перитонитът е тежко състояние, протичащо с бързо влошаване състоянието на болния. За да се избегне

това усложнение пациентите трябва да са добре обучени за работа с перитонеалния катетър – спазване на строга стерилност и поддържането на безупречна лична хигиена.

Този метод на диализа е подходящ за хора, които желаят да продължат да работят и да бъдат социално активни. След поставяне на перитонеалния катетър и началното обучение, пациентите на практика могат сами да извършват манипулацията в извънболнична обстановка [5].

Предимства:

- 1. По-добро съхраняване на остатъчната бъбречна функция** – рискът от загуба на остатъчната бъбречна функция, пресметнат при пациентите, които започват ПД, е с 65 % по-нисък в сравнение с риска при тези, които започват ХД [8].
- 2. Стабилна хемодинамика** – свързана е с по-плавното протичане на процеса на ултрафилтрация. Извличането на течности при ПД се осъществява през цялото денонощие, за разлика от ХД където течностите се извличат само за 4 часа.
- 3. Постоянство на хомеостазата** – плавното извличане на отпадни продукти на обмяната при ПД е „по-физиологично“ в сравнение с драстичните промени в концентрацията на електролити и осмотично активните вещества при ХД.
- 4. По-малък риск от инфектиране с HCV и HBV** – липсата на венепункции и на екстракорпорална циркулация на кръвта при ПД намалява риска от експозиция на вирусите на хепатит С и В, и е основна причина за по-малкия риск от тези инфекции при перитонеална диализа. По-ниската честота на HCV- и HBV-инфекциите е от съществено значение при последващата бъбречна трансплантация, тъй като се изискват допълнителни скъпоструващи изследвания и лечение преди трансплантацията [3].
- 5. Прилагане на по-ниски дози стимулиращи еритропоезата агенти (СЕА)** – в публикувано проучване от 2007 г. във Великобритания е отчетено, че СЕА се прилагат при 88% от болните на ХД и при 76% от болните на ПД. Седмичните дози са по-високи при пациентите на ХД: 9 204 Е седмично за ХД и 6 080 Е седмично за ПД [9].
- 6. Дава възможност за продължаване на живота на всеки пациент в домашна обстановка** или в най-добрата обстановка, която той може да си позволи [3]. Пациентите се обучават да извършват диализата у дома по график, който създават сами и могат да водят независим живот. Те могат да приспособят лечебната програма към хобита, работа, училище или пътувания. Пациентите могат да пътуват с подвижен комплект за постоянна амбулаторна перитонеална диализа или с автоматичният апарат за циклична перитонеална диализа, а диализната компания може да направи доставка на материали във всяко време и до всяко място [6].
- 7. Спестява всички неудобства и страдания, свързани с транспортирането** на пациентите, три пъти в седмицата, от домовете или хосписите до хемодиализен център и обратно.
- 8. Методът е и по-евтин от хемодиализата** – по-добро съотношение разходи/ефективност.
- 9. Съществува и автоматична перитонеална диализа** – осъществява се с помощта на специална апаратура и се прави само през нощта. Болният си подготвя разтворите, включва се сам към апарата и си ляга и заспива. На сутринта отново влива 2 литра диализат в корема си и през целия ден се движи с тях. Така отпадат другите 3 смени на разтвора през денонощието.
- 10. Задълбочаване на анемията** – при хемодиализните процедури пациентите по-често губят кръв и по този начин се задълбочава анемията, която е едно от най-сериозните усложнения при ХБН. При перитонеалната диализа липсва

кръвозагуба, защото лечението се осъществява през поставения перитонеален катетър [5].

11. Храни, забранени при ХД са разрешени при ПД в определени количества

– диетата при перитонеалната диализа се различава от тази при хемодиализата: позволяват се по-голямо количество протеини, повече сол и течности, но се налага по-ниска калорийност на храната.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предпочитанията на болните с ХБН към един или друг диализен метод се формират до голяма степен от контакта им с нефролога и медицинския специалист при който те получават необходимата информация, а в идеалния случай лекар и пациент взимат решението заедно.

Нефролозите биха предложили ПД поради многото от цитираните по-горе предимства. При липса на противопоказания, когато видът на диализното лечение не е определен от личните предпочитания на подробно и коректно информирания пациент, е уместно да се започне ЗТБФ с перитонеална диализа.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Беловежков Н., Куманов Х., Монова Д., Нефрология и урология. София, СНМДБ, 2003
- [2] Гавраилова Д., Ръководство по вътрешни болести със сестрински грижи част II. София, МУ-София, 2013.
- [3] Зорчева Р., Перитонеална диализа: първи избор за начална ЗТБФ. <http://mu-varna.bg/BG/Research/Documents/lekicii/doc.Rositza.Zorceva.ppt>
- [4] Ненов К., Лечението с перитонеална диализа е най-добре да започне, докато все още пациентът има остатъчна бъбречна функция. 2013; <http://www.credoweb.bg/lechenieto-s-peritonealna-dializa-e-nay-dobre-da-zapochne-dokato-vse-oshte-patsientat-ima-ostatachna-babrechna-funktsiya-content-19714.html>
- [5] Ненов К., Перитонеалната диализа позволява на болния да води активен начин на живот. 2013; <http://www.jivotatdnes.bg/news/zdrave/peritonealnata-dializa-pozvoliava-na-bolnii-da-vodi-aktiven-nachin-na-jivot>
- [6] Baxter, INC, 2013; http://zdravencatalog.com/wp1/wp-content/uploads/2014/07/pts_book_preview_final.pdf
- [7] Martínez-Castelao A., Górriz J.L., Bover J. et al., Consensus document for the detection and management of chronic kidney disease. Nefrologia. 2014; 34 (2): 243–62.
- [8] Moist L.M. et al., Predictors of loss of residual renal function among new dialysis patients. J Am Soc Nephrol. 2000; 11(3):556-564.
- [9] Richardson D. et al., Nephrol Dial Transplant. 2007; 22, suppl 7, 78-104

За контакти:

Габриела Венциславова Георгиева, студент специалност Медицинска сестра – II курс, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 0878 731 270, e-mail: gabriela_georgieva1996@abv.bg

научен ръководител: ас. Иринка Атанасова Христова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, Катедра Здравни грижи, тел.: 0884 582 733, e-mail: ihristova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Таласемия – същност и сестрински грижа за пациента

автор: Гюлбен Севдалинова Йосифова
научен ръководител: ас. Иринка Христова

Thalassemias are inherited blood disorders that can result in the abnormal formation of hemoglobin. Symptoms depend on the type and can vary from none too severe. Often there is mild to severe anemia (low red blood cells). Anemia can result in feeling tired and pale skin. There may also be bone problems, an enlarged spleen, yellowish skin, dark urine, and among children slow growth.

Key words: *Thalassemias, blood disorders, haemoglobin, symptoms, anemia*

ВЪВЕДЕНИЕ

Таласемията е наследствено заболяване на кръвта, при което се нарушава нормалното производство на хемоглобин в организма. Най-често се среща в райони, които са били или още са богати на малария – Средиземноморие, Югоизточна Азия и други [3]. Всъщност, знаем ли че при нас българите има риск да страдаме от така наречената Средиземноморска анемия. Това е специфична таласемия, която е разпространена сред населението от Средиземноморския регион, корените ни с което са тясно обвързани от миналото. Таласемията се среща по-често при италианците, гърците, както и при населението в Средния Изток, Азия и Африка. По неофициални данни в България хората с това заболяване са 255 [2].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Таласемията е вид хемолитична анемия, която се дължи на липса на една или повече структурно нормални полипептидни вериги на хемоглобиновата молекула. Заболяването се среща с еднаква честота и при двата пола и се унаследява автозомно-рецесивно. В зависимост от липсата на α или β вериги таласемията се дели на α и β . Липсата на единия вид верига в молекулата на хемоглобин води до натрупване на структурно нормалните вериги. Така при липсата на α вериги в клетките се натрупват β , а при липсата на синтез на β вериги, обратно - натрупват се α . Те преципитират и се натрупват в еритроцитите, което води до тяхната преждевременна смърт. Таласемичните еритроцити са с намалени размери и са хипохромни [3].

Прогнозата на заболяването зависи от това, дали болният е получил един или два дефектни гена от родителите си. Характеризира се с висок фетален хемоглобин (HbF), ранно начало, тежка хемолитична анемия, скелетни и органични увреждания. Съдържанието на HbF е до 90 % [6].

Клиника – заболяването се проявява още през първата година от живота на детето – най-често 5-6 месечна възраст със следните симптоми:

- анемия: различна е по тежест в зависимост от степента на хемолизата, кожата и видимите лигавици са бледи.
- жълтеница: към анемичния синдром се добавя субиктер или иктер, кожата придобива графитеносив цвят.
- спленомегалия и хепатомегалия в резултат на екстрамедуларната хемолiza и развиващата се хемосидероза. С напредване на заболяването размерите на слезката и черния дроб достигат до малкия таз. Болните се оплакват от подуване и тежест в корема.
- растежът на детето се забавя, пубертетът закъснява.
- костни промени в резултат на хиперплазия на костния мозък. Черепът придобива особена форма, наречена „куловиден череп“. Изгледът на лицето се

определя като монголоиден фациес – изпъкнали скули, нос на широка основа, стеснени очни цепки [6].

Симптоми – основните признаци на таласемия са няколко, а именно това са усложненията които могат да настъпят в следствие на заболяването:

- Претоварване с желязо – хората с таласемия могат да получат повишени нива на желязо в организма им или от самото заболяване или от чести кръвопреливания. Това е опасно защото твърде много желязо може да доведе до увреждане на сърцето, черният дроб и ендокринната система, която включва различни жлези, които пък от своя страна произвеждат хормони, регулиращи важни процеси в тялото.
- Инфекция – при хората с таласемия има повишен риск от инфекция.
- Костни деформации – може да доведе до разширяване на костният мозък, което води до разширяване на костите. Изразява се с ненормална костна структура, особено в лицето и черепа на човек. Хората с това заболяване имат повишен риск от счупване на костите.
- Увеличена слезка – орган, който се бори с инфекциите и филтрира стари или повредени кръвни клетки. Таласемията често е придружена от унищожаване на голям брой червени кръвни клетки, което води до увеличаване на слезката. Текущото уголемяване на слезката може да доведе до нейното отстраняване.
- Забавен темп на растеж – анемията може да доведе до забавен растежът на детето. При деца с таласемия пубертетът също може да бъде отложен във времето.
- Сърдечни проблеми – различни ритъмни и проводни нарушения могат да са свързани с тежката таласемия [5].

Лечение – конвенционалните терапевтични режими включват редовна хемотрансфузия на обезлеукоцитени еритроцитни концентрати всеки две до пет седмици. Понастоящем повечето медицински центрове предприемат трансфузия при нива на хемоглобина 9 g/dl до 10,5 g/dl. Целят се посттрансфузионни нива от 13 g/dl до 14 g/dl. След първите двадесет кръвопреливания или при нива на феритина над 1000 ng/l е необходимо започване на хелатираща терапия. Десфералът е основен медикамент, но недостатък е парентералният път на прилагане. Това води до лош комплайънс на пациентите. Използват се и орални хелатори в различни режими – самостоятелно или комбинирано с Десферал. Такива са медикаментите Деферипрон и Деферасирокс [2].

Интересни факти

Около 2,5% от българите носят у себе си гена на това заболяване. При население от 7,3 млн. прави общо около 170 000 носители. Това са здрави хора, които често не подозират за изненадите на генетичната природата. Рутинното изследване на пълна кръвна картина, невинаги е достатъчно, за да се прецени дали индивидът е носител. Често се установява, че хемоглобинът и еритроцитните индекси са по-ниски. Нормалните нива на хемоглобина за една жена са 120-160 g/L и 140-180 g/L за мъжете. Но е възможно и при нормална кръвна картина да има носителство. Отговор дава специфично изследване – електрофореза на хемоглобина. Носителството не е проблем, но ако се съберат двама родители с такъв ген, детето им може да се роди с най-тежката форма на таласемия. Рискът е 25% [1].

План за сестрински грижи при пациент с Таласемия

Нужди	Проблеми	Сестринска диагноза	Сестрински грижи
Да диша	Проблеми с дишането	Задух	- подпомага пациента да заеме удобно ортопноично положение в леглото; - проветрява стаята за осигуряване на свеж въздух; - идентифициране признаците на хипоксия; - при необходимост провежда кислородотерапия.
Хранене	Нежелание за хранене	Липса на апетит	- избира най-подходящата храна за състоянието на пациента; - диетата трябва да е богата на фолиева киселина, калций и витамин D; - превенция и идентифициране признаци на дехидратация; - при необходимост хранене чрез сонда.
Отделяне	----	----	- следи диурезата и дефекацията на пациента за промени и съобщава на лекаря; - при необходимост промяна в начина на хранене.
Соматични показатели	Понижено кръвно налягане и ускорен пулс	Нарушения в соматичните показатели	- ежедневно и след кръвопреливане проследява кръвното налягане на пациента, температура, пулс, дишане; - изпълнява стриктно назначенията на лекаря; - взема кръв за хемопоказатели за мониторинг на хемоглобина и желязото.
Двигателна активност	Пациента изпитва несигурност при опит за самостоятелно движение	Намалена двигателна активност	-подпомага пациента при желание от негова страна – да заеме нужното положение в леглото или да се разходи в стаята.
Лична хигиена	Пациента изпитва трудности при самостоятелно извършване на хигиенни тоалети	Понижено ниво на лична хигиена	-подпомага пациента за извършването на неговите лични тоалети; - сменя както личното така и постелното бельо на пациента;

			- при нужда извършва профилактика на декубитус.
Сън и почивка	Пациента изпитва постоянна умора	Отпадналост	- осигурява условия за почивка и сън: спазване на тишина, подредено легло, внимателно отношение към пациента, да предприема мерки за борба със стреса.
Психично състояние	----	----	-предоставя внимателни разяснения за всяка една процедура, за да може пациента да е напълно спокоен и да не изпитва страх от манипулациите; - да отделя време за комуникация с пациентите, да притежава умения за изслушване и водене на разговор.
Забавления	----	----	-осигурява книги, списания и интернет на пациента, за да може максимално да се доближи до ежедневната си домашната обстановка.
Лекарствена терапия	----	----	-стриктно изпълнява назначената терапия; -следи как реагира пациента на всяко едно лекарство; -по време на кръвопреливане наблюдава соматични показатели и за поява на нежелани странични реакции.
Обучение	----	----	- обучава пациента за подходящият за него хранителен и двигателен режим; -при чувство за по силна отпадналост да се обръща веднага към лекар.
Безопасност	----	----	- придружаване, осигуряване на транспорт и подпомагане при предвижване; -при нужда от предвижване с легло или на количка медицинската сестра задължително придружава пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Прилагането на сестрински грижи е важна и необходима част от лечението на тези пациенти. Предложеният план за сестрински грижи, като част от сестринския

процес, е начин за организация на дейността на медицинската сестра и може да се прилага, като метод за персонализация на здравните грижи.

С цел подкрепа на пациентите с таласемия и техните семейства през 2004 г. е създадена организацията Българска анти-таласемична организация (БАТО) от пациенти, родители и съпричастни на това заболяване хора, които предоставят важна информация и познание в областта на новостите и световните стандарти.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Ангелова И., Таласемията е най-тежката анемия. <http://nctn.bg/about/info/157-talasemia>
- [2] Институт по редки болести – таласемия. <http://www.raredis.org/?p=1101http>
- [3] National heart lung and blood institute., What Are Thalassemias?. 2012; <https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/thalassemia>
- [4] Weatherall D.J., The Challenge of Thalassemia for the Developing Countries. Annals of the New York Academy of Sciences. 2005; doi:10.1196/annals.1345.002.
- [5] Department of Medical Sciences. Thalassemia. 2011.
- [6] Ars Medica.bg., <http://www.arsmedica.bg/zabolyavaniya/hematologiya/talasemiya-mayor-bolest-na-kuley>

За контакти:

Гюлбен Севдалинова Йосифова, студент специалност Медицинска сестра – I курс, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.:0899318689, e-mail: gulben.yosifova@abv.bg

научен ръководител: ас. Иринка Атанасова Христова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, тел.: 0884582733, email: ihristova@uni-ruse.bg,

Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Медицинската сестрата в грижа за болни с чернодробна цироза

автор: Мелиса Кенан Вадет

научен ръководител: ас. Иринка Христова

Abstract: Cirrhosis is a conditional in which the liver does not function properly due to long-term damage. This damage is characterized by the replacement of normal liver tissue by scar tissue. Typically, the disease develops slowly over months or years. Early on, there are often no symptoms. As the disease worsens, a person may become tired, weak, itchy, have swelling in the lower legs, develop yellow skin, bruise easily, have fluid build up in the abdomen, or develop spider-like blood vessels on the skin. Other complications include hepatic encephalopathy.

Key words: cirrhosis, sign and symptoms, diagnosis

ВЪВЕДЕНИЕ

Чернодробната цироза е хронично дифузно чернодробно паренхимно заболяване с неблагоприятен изход. При него в резултат на действието на различни патогенни фактори настъпва увреждане на хепатоцитите до тяхната некроза с последващо активиране на мезенхимната тъкан. Постепенно се развива възловидна регенерация на паренхима и дифузно разрастване на съединителна тъкан, която разсича чернодробните делчета и променя архитектониката на черния дроб. От разрастването на значителни фиброзни повлекла се формира псевдоделчеста структура, нарушава се кръвоснабдяването и настъпват различни по степен функционални отклонения, които завършват с чернодробна недостатъчност и редица усложнения [1]. В световен мащаб цироза на черния дроб се смята за причинител на над един милион смъртни случая през 2010 г., което се равнява на около 2% от всички смъртни случаи в света [2].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Цироза може да настъпи в резултат на многобройни състояния, включително дълго протичащо възпаление, отравяния, инфекции, сърдечни заболявания, хроничен алкохолизъм и хронични хепатити. При 30-50% от случаите обаче, причина не се установява [4]. Етиология:

- **Хроничен алкохолизъм** – алкохолът може да предизвиква възпаление и смърт на чернодробните клетки. Образува се съединителна тъкан на мястото на умрелите клетки, която притиска венозните съдове в черния дроб. Алкохолната цироза е най-често срещаният тип. Тежестта на процеса зависи от количеството консумиран алкохол, както и от времетраенето на алкохолната злоупотреба. Количеството алкохол, което може да доведе до развитие на цироза, варира при различните хора.
- **Хепатити** - това е възпаление на черния дроб, предизвикано от различни агенти, най-често вируси. От хепатитните вируси до цироза най-често водят хепатит В, С и D.
- **Билиарна цироза** – жлъчката се отнася от черния дроб до жлъчния мехур и в последствие до червата, през тръбички, наречени жлъчни пътища. Ако тези пътища се запушат, жлъчката се връща по обратния път и може да увреди черния дроб. Той се възпалява и постепенно част от клетките му загиват. При възрастни най-честата причина за блокиране на жлъчните пътища са жлъчните камъни. Децата може да се родят със стеснени жлъчни пътища (атрезия).
- **Автоимунна цироза** - настъпва при нарушение на имунните механизми, при което имунната система напада собствени структури. При автоимунния хепатит, имунната система уврежда черния дроб и като резултат се развива цироза.

- **Наследствени заболявания** - голям брой генетични заболявания могат да увредят черния дроб. Тук се включват – Болест на Уилсън, кистична фиброза, хемохроматоза, галактоземия и други. Повечето от тези заболявания са редки, но тяхното протичане може да е опустошително.
- **Лекарства, токсини и инфекции** - някои лекарства като ацетаминофен, отрови и токсини от околната среда могат да доведат до цироза. Някои инфекции, причинени от бактерии и паразити, също могат да станат причина за развитие на заболяването.
- **Кардиачна цироза** - при нарушения в помпената функция на сърцето, кръвта се връща по обратен път към черния дроб. Това задържане на кръв в черния дроб води до увреждането му [5].

Класификация:

По морфологични критерии цирозите се делят на:

1. Микронодуларна /дребнозърнеста/ чернодробна цироза
2. Макронодуларна /едрозърнеста/ чернодробна цироза
3. Смесена цироза /микро- и макронодуларна/
4. Мултилобуларна чернодробна цироза

По етиологични критерии цирозите биват:

1. Цирози вследствие генетично обусловени метаболитни разстройства /галактоземия, гликогеноза, хемохроматоза, болест на Wilson и др./
2. Химични /токсични/ цирози
3. Алкохолна цироза
4. Първична билиарна цироза
5. Вторична билиарна цироза
6. Инфекциозни цирози – след преболедуван вирусен хепатит
7. Алиментарно обусловени цирози /гладуване, квашиокър/ и др.

Според клиничните критерии цирозите биват:

1. Компенсирани.
2. Декомпенсирани [1].

Много хора с цироза нямат никакви симптоми през ранните фази на заболяването. Симптомите може да не се изявят докато не са налице усложнения. Много хора не подозират, че имат цироза докато не се сблъскат с нейните усложнения. Най-честите симптоми при цироза са следните:

Умора

Слабост

Гадене

Загуба на апетит и отслабване на тегло

Намалено либидо

Жълтеница (иктер) – жълтеникаво оцветяване на кожата и лигавиците, което се дължи на отлагане в тези тъкани на билирубин;

Треска;

Повръщане;

Диария;

Сърбеж – дължи се на отлагане в кожата на продукти от разпада на жлъчката;

Коремна болка - от уголемяването на черния дроб или образуване на жлъчни камъни;

Асцит – задръжка на течност в коремната кухина;

Затруднения в дишането – от задръжка на течности и навлизането и в белия дроб;

Обърканост, делир, промени в личността, халюцинации (енцефалопатия) – от

натрупване на лекарства или токсини в кръвта, които повлияват мозъчните функции;

Силна сънливост, сомнолентност до кома;

Кървене от венците или носа, лесно посиняване – дължащо се на нарушено производство на кръвосъсирващи фактори;

Загуба на мускулна маса;

При жени – абнормални менструални цикли, дължащи се на нарушения в производството на хормони и техния метаболизъм;

При мъже – увеличаване на млечните жлези (гинекомастия), оток на скротума или малки тестиси, дължащи се на нарушено производство и метаболизъм на хормоните [5];

Принципи и лечение на чернодробната цироза:

✓ **Диетичен режим** – храната трябва да бъде богата витаминозна и съставена от лесноусвоими въглехидрати (300 - 450 g/24h), пълноценни белтъчини, главно от животински произходи (100 - 120 g/24h), и предимно от растителни мазнини (60 - 80 g/24h), с дневно енергийно съдържание 10 500 - 12 500 kJ (2500 - 3000 Kcal). Готварската сол се ограничава до 5 g/24h, при асцит - 0,5 до 2 g/24h (1 g NaCl задържа в организма 200 - 300 ml H₂O). При изявена портална хипертония съдържащите белтък продукти се ограничават рязко [3]. Да се избягват газирани напитки, тежки животински мазнини; абсолютно се забранява употребата на алкохол и лекарства с хепатотоксично действие. При хоспитализирани пациенти се препоръчва се диета №5 по Певзнер.

✓ **Режим на труд** – препоръчва се постелен режим при активиране на болестта и появата на усложнения. Болните се извеждат от производства с токсични вещества и тежка физическа активност.

✓ **Хепатопротектори** - подобряват регенерацията на чернодробните клетки – Heparegen, Essentiale caps., Carsil, Legalon, Tiocetacid caps.; Прилагат се също антиоксиданти – vit C, E; вливания на Левулоза, Глюкоза;

✓ **Витамины** – витамин от група B – Невробекс, вит B12 – внимание при напреднали чернодробни заболявания – риск от повишена канцерогенеза!; вит A, Геритамин.

✓ **Оперативно лечение**- състои в отстраняване на причината, предизвикваща запушването на извънчернодробните жлъчни пътища и осигуряване на свободен отток на жлъчката от черния дроб в червата и антибиотици. Успехът на операцията зависи от по-ранното ѝ провеждане [1].

Роля и задължения на медицинската сестра.

План за сестрински грижи:

- 1) Приемане и настаняване по алгоритъм в гастроентерологично отделение;
- 2) Анализ на състоянието на болния – наблюдение на външен вид, кожа, видими лигавици, общо състояние, съзнание, наличие на асцит;
- 3) Планиране на лабораторни и инструментални изследвания и подготовка на болния за тях – информирано съгласие, психическа подготовка, придружаване на пациента до и от съответната лаборатория, нанасяне на готовите резултати в История на заболяването;
- 4) Подготовка за чернодробна биопсия – информирано съгласие, психическа подготовка, взема се кръв за лабораторни изследвания, предварително се прави ЕКГ, подготовка на необходимите материали и асистриране на лекаря, наблюдава се мястото на убождане за кървене след биопсията;
- 5) Измерват се соматичните показатели и се регистрират в температурен или реанимационен лист;

- 6) Требва се за храна: ако пациентът е в компенсирани стадии – диета №5 по Певзнер.
- 7) Провеждане на медикаментозната терапия по индивидуален план;
- 8) Непрекъснато наблюдение на болния за поява на иктер, който често предшества жълтеницата и за поява на жълтеница. Поведение при иктер – унгвенти съдържащи урея по назначение;
- 9) Наблюдава се за кръвоизливи под формата на хематемеза или мелена – при наличие се уведомява незабавно лекаря и се предприемат спешни реанимационни мерки – кръвоспиращи, кръвопреливане;
- 10) Наблюдава се за ендокринни промени – атрофия на половите органи, наличие на гинекомастия при мъжете; признаци на хипо- и хипергликемия;
- 11) Наблюдава се за асцит и при наличие на такъв се измерва телесното тегло, обиколка на корем. Подготвя се всичко за парацентеза, асистирание на лекар и наблюдение на пациента след пункцията;
- 12) Наблюдение за болка в областта на белите дробове, слезката;
- 13) Наблюдение положението в леглото и физически режим;
- 14) Събира се диуреза при наличие на асцит и по назначение;
- 15) Наблюдава се за брой изхождания;
- 16) Наблюдава се болният да не е внесъл и употребявал алкохол по време на болничния престой;
- 17) Наблюдава се за поява на делир;
- 18) Осигурява се спокоен сън и почивка;
- 19) Грижа за хигиенните тоалети;
- 20) Изписване на болния;

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ключова е ролята на медицинската сестра от стационара. Нейната заинтересованост и правилно насочени здравни грижи за болните с чернодробна цирроза следва да са гаранция за спазване на цялостния лечебен план и недопускане на отклонения от него.

Най-добрият начин да се предотврати развитието на цирроза, е да се избягват причините, които я предизвикват, а именно:

- ✓ Да се познават пътищата на заразяване с хепатит В и С и да се избягват до колкото е възможно;
- ✓ Да се избягва рисковото поведение като злоупотреба с алкохол и интравенозни наркотици, както и безразборни сексуални контакти;
- ✓ Поддържане на здравословен начин на живот – здравословна диета, физическа активност, избягване на тютюнопушене;
- ✓ Да се внимава с предозирането с някои витаминни добавки, съдържащи витамин А, желязо и мед, тъй като те допълнително увеличават увреждането на черния дроб;
- ✓ Имунизирание с ваксина против хепатит В. При децата, тя е включена в имунизационния календар.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Гавраилова, Д., Ръководство по вътрешни болести със сестрински грижи /I част/, Издателство „ЕКС-ПРЕС“ – Габрово 2012
- [2] Byass P. The global burden of liver disease: a challenge for methods and for public health. BMC Med. 2014;12:159
- [3] Cohen J.C., Horton J. D., Hobbs H. H. Human Fatty Liver Disease: Old Questions and New Insights. Science 24 Jun 2011. Vol. 332.
- [4] Dennis L., Marks J.W. Cirrhosis Liver. <http://www.medicinenet.com/cirrhosis/article.htm>

[5] Цироза – Симптоми и лечение на цироза <http://www.pharmacy-bg.com/zabolyavaniya-a-ya/ciroza-simptomi-lechenie-ciroza/>

За контакти:

Мелиса Кенан Вадет, студент специалност Медицинска сестра – I курс, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел: 0885863769, email: melishka@abv.bg

научен ръководител: ас. Иринка Атанасова Христова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, тел.: 0884582733, email: ihristova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Изменения в почерка и подписът на пациенти

автор: Боряна Алексиева

научни ръководители: доц. Теодора Недева, дм; доц. Кристина Захаријева, дп

Abstract: *A Training Model of a graphological expertise in the future and Nurse: The psychological analysis of handwriting, or graphoanalysis, consists in the study and practice of advanced graphological techniques which offer a scientific interpretation of an individual's personality based on handwriting and, in part, on doodles and drawings. Through a graphoanalytical personality nurses diagnosis, one can obtain the percentile of the predominant temperament as well as character and psychoanalytical combinations, making it possible to offer a complete report on the psychosomatic, volitional, moral, intellectual and mental characteristics of the piece of writing being examined.*

Key words: *Graphological expertise in the future and Nurses.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Почеркът е мисловно динамичен механичен процес на писане върху лист хартия, реализиран чрез редуване на еферентен и аферентен нервен път на мозъчни импулси, характеризиращ се с относително постоянство, вариативност и индивидуално с абсолютна устойчивост. Според д-р Добрин Несторов почерка и подписа отразяват биометричните данни на един човек, притежават устойчивост, но търпят и промени – отпадане или прибавяне на елементи/орнаменти в резултат на емоционални въздействия и патологични процеси [3]. Подписът е лично воляизявление в ръкописен вид, начин на техническо прилагане върху лист хартия, електронно устройство, гладка и твърда повърхност [2]. Като заместител на подписа в някои случаи, трябва да се спомене оставянето на пръстови отпечатьци върху документ, поради неграмотност или липса на орган (най-често това са на десният палец, показалец или поради някаква основателна причина на друг пръст от човешките крайници или отпечатьк от човешката захапка при липса на предходните посочени). Почеркът е своеобразно писмено изразяване на личното слово, а подписа изразява индивидуалната воля.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Медицинската сестра на база теоретични знания, практически умения и компетенции извършва активно клинично наблюдение, констатира изменения в общото състояние, външния вид, виталните функции и не на последно място и промени в почерка и подписа на пациента. Измененията в почерка и подписа са в резултат не само на различни патологични увреждания на органи и системи, но и в резултат на физиологичното развитие на човек във времето.

Професионалните дейности, които медицинската сестра може да извършва самостоятелно: предоставяне и събиране на здравна информация; промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите; медицински, здравни грижи и дейности **/разпознаване индикациите на застрашаващи живота състояния и предприемане на своевременни действия/**; ресоциализация, реадaptация и рехабилитация; манипулации; оказване на спешни, хуманитарни и други дейности; провеждане на обучение и изследвания в областта на здравните грижи [4] са в основата и на проведеното клинично наблюдение относно настъпващите изменения в почерка на болния.

Резултати от проведено изследване

Обект на изследването - Лица с неврологични, онкологични, ендокринни заболявания.

Изследването се проведе през 2016 година. Използван метод – клинично наблюдение, чрез който през възстановителния период са констатирани изменения в почерка и подписа на респондентите. Цел на изследването- констатиране промяна

в почерка и подписа на респондентите след диагностициране на заболяването, с помоща на информация от респондентите за характеристиката на наблюдаваните показатели преди заболяването и непосредствено преди неговото диагностициране.

Клинично наблюдение

Писмено възпроизведеният текст в клиничното наблюдение представлява система от динамични и мисловни умения на човешкия организъм, характеризира се със строга специфика, постоянство, неизменчивост, а на моменти с известна променливост във връзка с индивидуалното развитие на даден човек [1]. Извършената дейност бе във връзка с настъпващите промени, породени от неумишлени фактори в почерка и подписа - фактори оказващи въздействие и възможност за промяна на почерка и подписа.

Клиничен случай	Почерк и подпис преди диагностициране на заболяването	Изменения в почерка и подписа непосредствено преди и след диагностициране на заболяването
1 Инсулт, онкологично заболяване, захарен диабет тип две, полиневропатия.	Почерк- гладък и обработен стил на писане. Подпис- добре обработен с наклон на ляво.	Затруднения при изписване на препинателните знаци; на места липсват. Подпис- вертикална позиция.
2 Туморно заболяване на окото, хипертонична болест	Полето на почерка е под формата на равна линия. Подпис-гладък, слят.	Буквите се изписват отделно с наклон надясно. Подпис- буквен.
3 Инсулт / три инсулта/	Почерк с висока степен на обработеност, технически, буквите са изписвани разделно и в правоъгълна форма. Подпис– добре обработен, с ясно видими инициали.	Букви- почти изцяло слети. Почеркът е равномерен; почти изцяло липсва използването на препинателни знаци; буквите изписвани в кръгова форма. Подпис- неравномени, трудно разпознаващи се инициали.
4 Епилепсия	Почерк– обработен, с лек наклон на дясно. Подпис –вертикален	Спад в грамотността и неравномерен. Подпис– наклон в дясно.
5 Хеморагичен инсулт	Почерк- гладък, равномерен. Дни преди болестта: излизане от редовете; на моменти хаотично драскане. Подпис –равномерен с две точки пред подписа.	Трудности при писане и допуска неумишлени грешки. Подпис– превърнат в цялостен шрих с липсващи точки пред него.
6 Ишемичен инсулт	Почерк- с по- лек наклон, почти вертикален. Подпис- равномерен	Почерк- задълбочен наклон надясно, липсват запетаи, излизане от реда.

		Подпис - променлив
7 Страхова невроза, депресия	Почерк- обработен, с лек наклон. Подпис- равномерен.	Почерк - променя се под въздействие на емоционални моменти, форма на химикала и положение на тялото по време на писане. Подпис- забравя как се изписва.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Констатира се сходства в ръкописното изпълнение на почерците и подписите на респондентите след диагностициране на заболяванията. Изследването би намерило реализация за:

- ранно диагностициране на някои заболявания т.к. 2/3 от наблюдаваните пациенти са забелязали „някави отклонения в почерка и изписване на подписа“;
- извършване на експертно проследяване;
- анализиране на лечението във връзка с постигнати резултати;
- ефективност на приложените средства в лечебния процес.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Душков В., Физиология Част I и II, Велико Търново, ИВИС, 2011. стр. 5-191 и 5-123.
- [2] Несторов Д., Ръководство за извършване на съдебно- почеркови експертизи, с идентификационна цел. София, МВР НИКК- Център за експертни криминалистични изследвания, 2013. стр. 39- 40, 5- 190.
- [3] Несторов Д., Ръководство за експерти криминалисти, втора част, криминалистични изследвания, Глава четвърта: „Документни изследвания“. МВР и НИКК, Българо- Швейцарска програма за сътрудничество, 2016. стр. 225- 287.
- [4] Наредба № 1 ОТ 8 февруари 2011 г. /ДВ. бр.15 от 18 Февруари 2011г., изм. ДВ. бр.50 от 1 Юли 2011г

За контакти

Боряна Александрова Алексиева, студент втори курс, специалност „Медицинска сестра“, факултетен номер 159202, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0896445111, e- mail: s159202@stud.uni-ruse.bg.

научен ръководител: доц. д-р Теодора Шербанова, д.м.; РУ “Ангел Кънчев”, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, e- mail: teddy_nedeva@yahoo.com.

научен ръководител: доц. д-р Кристина Захариева, дп; катедра „Здравни грижи“, ФОЗЗГ, РУ “Ангел Кънчев”, e- mail: kzaharieva@abv.bg .

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Физическа активност и хранителен режим сред ученици във възрастовия диапазон 12 – 17 г.

автор: Габриела Георгиева

научен ръководител: доц. Никола Събев, дм

Abstract: *The exercise of varying motor activity is the natural biological need of every person. The main cause of the occurrence of chronic noninfectious diseases and the increasing incidence of obesity at school age is an inadequate diet and lack of physical activity.*

Keywords: *Physical activity, free time, healthy diet, school age*

ВЪВЕДЕНИЕ

Животът на човек е неизменно свързан с упражняване на различна по степен двигателна активност, поради което тя се явява негова естествена биологична потребност. Обездвижването, породено от различни причини, причинява на организма редица негативни промени, проявяващи се с атрофия и компрометиране на функциите на всички органи и системи. Редовните физически упражнения представляват основен компонент на здравословния начин на живот.

ИЗЛОЖЕНИЕ

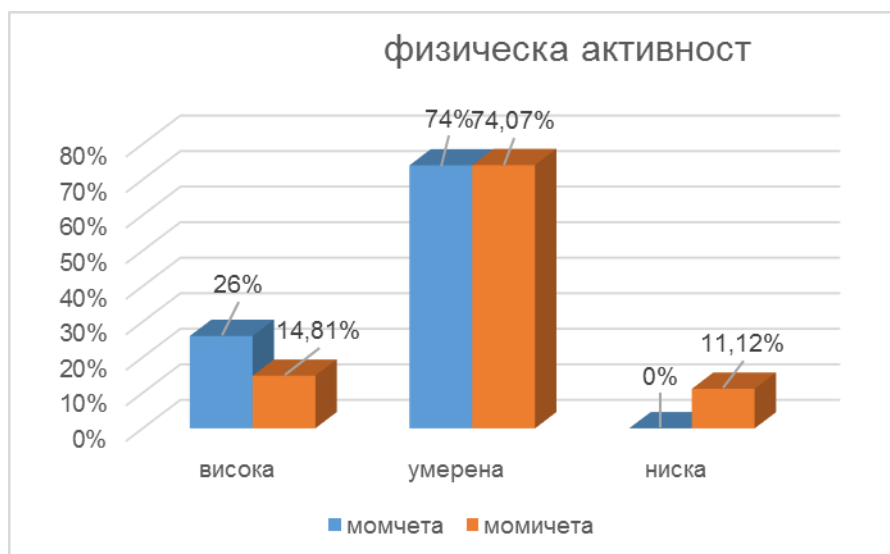
Упражняването на определено ниво на физическа активност и спорт е от изключителна важност за поддържането на добро здраве и се явява мощно противодействащо средство на неблагоприятните ефекти от хипокинезията и адинамията [2]. Подходящото хранене, съчетано с поддържането на определен двигателен режим стоят в основата на доброто здраве и следва да бъдат интегрирани в училищни здравни програми. Основната причина за зачестилите прояви на затлъстяване в училищна възраст и на заболяванията, свързани с това явление е липсата на баланс между калорийния прием и разхода на енергия посредством физическа активност. Неправилната диета и заседналият начин на живот са сред основните рискови фактори за възникване, развитие и нарастване на тежестта на редица хронични неинфекциозни заболявания, на които се дължат 59% от смъртните случаи и 46% от глобалната заболеваемост. Разпознавайки този сериозен проблем, Световната здравна организация формулира глобалната стратегия за диета, физическа активност и здраве с цел мобилизиране на международни, национални и местни инициативи, които насърчават и подпомагат хората в поддържането на здравословна диета и физически активен начин на живот. Поддържането на двигателен активитет, съчетан с балансиран енергиен хранителен прием е в основата на дълъг живот с добро качество. Изключително важните препоръки на глобалната инициатива са приемане на по-ниско калорийни храни, особено такива с наситени трансмазнини и захар; използване на по-малко готварска сол; повишена консумация на плодове, зеленчуци и варива; предпочитане на храни от растителен и морски произход; поддържане на физическа активност поне по 30 минути на ден. Повечето училищни инициативи, посветени на нарастване на физическата дееспособност са успешни единствено в рамките на учебния ден. Независимо от факта, че подобряването на общата физическа кондиция е важна за здравето, тя не винаги е способна да генерира положително отношение към физическата активност или дългосрочни поведенчески промени [3].

Цел на настоящото проучване е проследяване на физическото качество сила, индекс на телесната маса и степента на физическата активност през свободното време при юноши на възраст между 12-17 години.

Методика и организация: Използваната методика включва анкетен метод и прилагане на динамометричен тест за измерване на физическата сила. Проучването е проведено през месец април 2017 г. със 77 ученици от 12 до 17 годишна възраст в учебните заведения на гр. Бяла, област Русе. Въпросникът съдържа 10 въпроса от полуотворен тип, на които изследваните лица отговарят анонимно. За оценка на физическата сила е използван методът „станова сила (динамометрия)“ чрез динамометър (силомер – механичен уред за измерване на силата). Измерването се провежда като лицето изтегля ръкохватката на уреда единствено със силата на гръбначно-тазовата мускулатура, без да сгъва долните крайници в коленните стави.

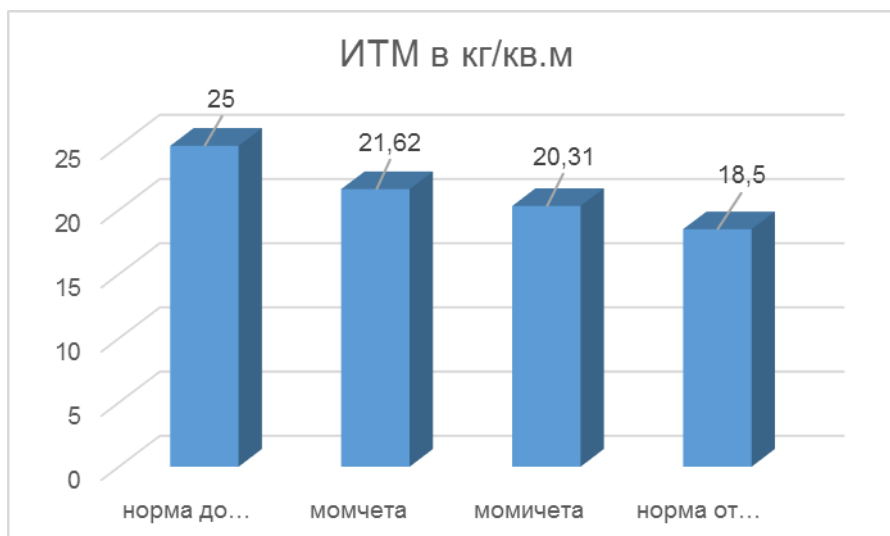
Резултати: Почти с еднакъв относителен дял са анкетираните лица (74%) от двата пола, заявили умерена физическа активност, упражнявана през свободното им време. Нито едно от момчетата и над 11% от момичетата определят физическата си активност като ниска, а 26% от момчетата и близо 15% от момичетата заявяват високо ниво на упражнявана физическа активност през свободното време (фиг. 1).

Фиг.1.



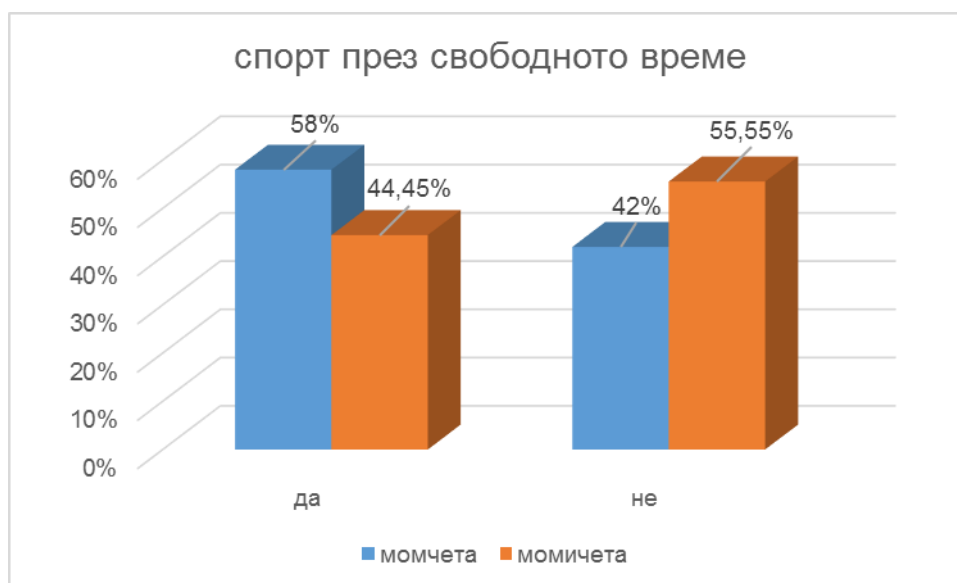
Изследването на индекса на телесна маса дава средни стойности в рамките на нормата за двата пола, като при момчетата той е с 1,31 кг/кв.м по-висок, като не се установява статистически значима връзка с пола (фиг.2).

Фиг.2.



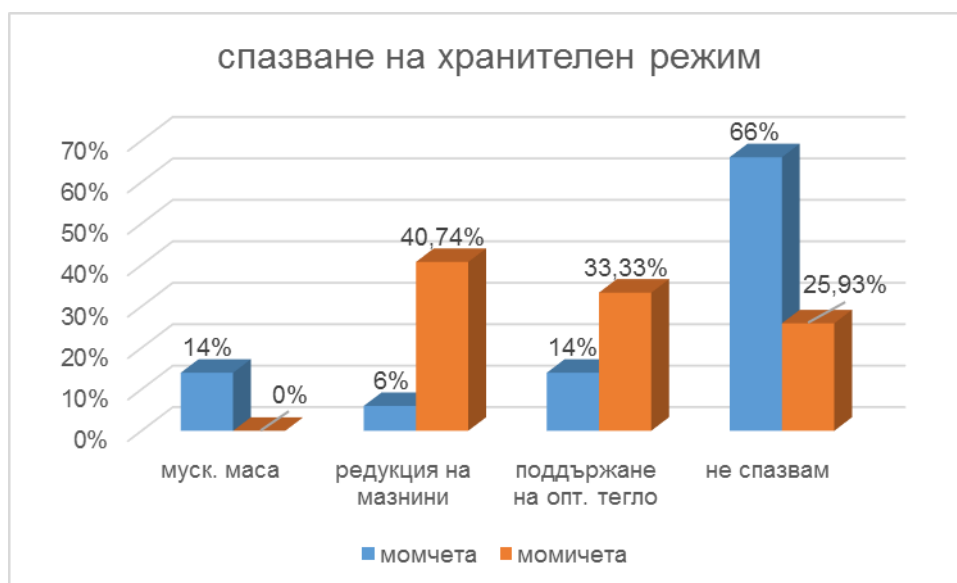
Над половината от момчетата (58%) упражняват някакъв вид спорт през свободното си време, докато при момичетата този процент е значително по-нисък (44,45%) (фиг. 3).

Фиг.3.



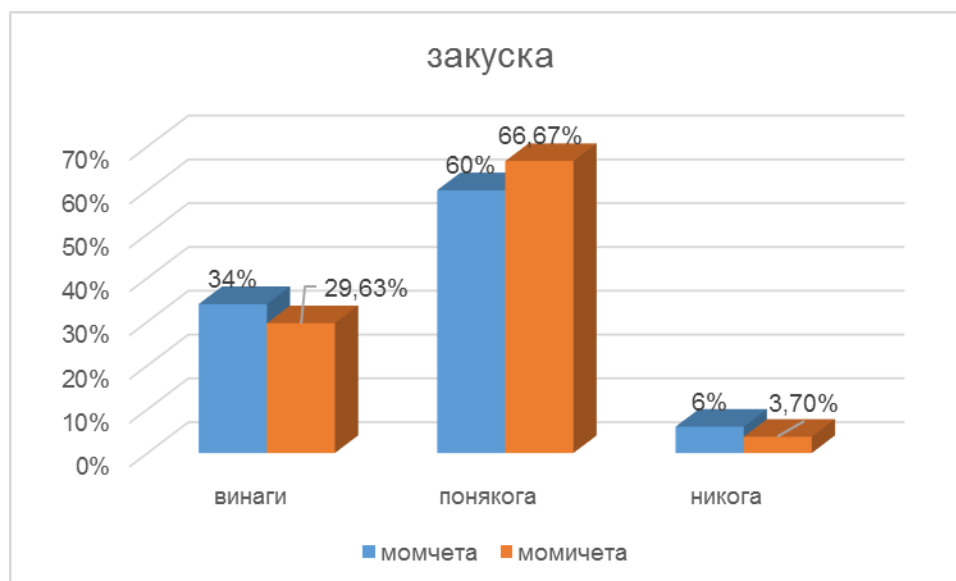
Сред момчетата силно доминира относителният дял на тези, които не спазват определен хранителен режим или диета (66%). Значително по-нисък е този показател при другия пол (25,93%). Сред водещите причини за прилагане на определена диета, момчетата посочват с равно процентно съотношение стремежа за поддържане на оптимално тегло или натрупване на мускулна маса, докато при момичетата водещ мотив е редукцията на телесни мазнини (40,74%), следван от достигането на оптимална телесна маса (33,33%) (фиг. 4).

Фиг.4.



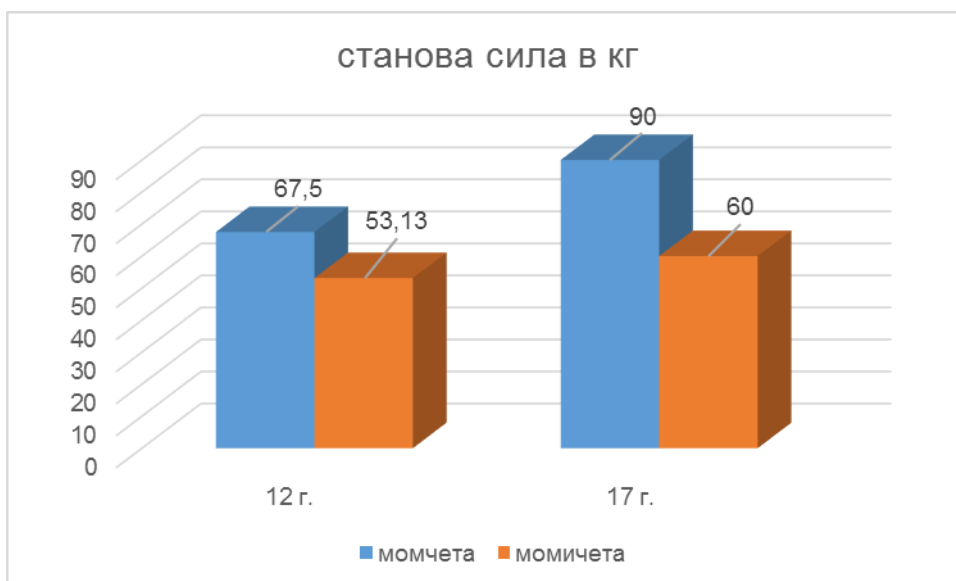
Редовният хранителен режим изисква неколкостепенен прием на храна с акцент върху първото хранене – закуската, което е от особена важност в детската и юношеска възраст. Проучването показва, че не е висок относителният дял на анкетираните лица, които редовно закусват сутрин. Около 2/3 от тях закусват понякога и само 6% от момчетата и 3,7% от момичетата не закусват никога (фиг. 5).

Фиг. 5



Изследването на един от показателите на физическа дееспособност и сила – станова сила при респондентите даде очаквано по-високи постижения при момчетата за двете възрастови категории – 12 и 17 годишните, като показва и по-висока степен на нарастване при мъжкия пол (фиг. 6).

Фиг. 6



В мотивацията си за практикуване на спорт през свободното време, момчетата заявяват като водещ стимул участието си в престижни отбори и състезания от определени спортни дисциплини, докато при момичетата такъв се явява стремежът за по-елегантна и привлекателна фигура.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Проучването показва следните данни:

- нисък относителен дял на учениците, занимаващи се със спорт и упражняващи висока физическа активност през свободното време, като този факт е особено акцентиран при момичетата;
- нисък относителен дял на съблюдаващите определен хранителен режим сред изследваните лица;

- показателят ИТМ е симетрично разпределен около средните нормални стойности за двата пола;
- физическата дееспособност, установена чрез измерване на становата сила се определя като висока, но с ниска степен на нарастване с увеличаване на възрастта при момичетата.

Безспорен факт е, че през учебната година учениците не разполагат с достатъчно свободно време, което не е структурирано оптимално и е доминирано от дейности, които не подпомагат тяхното интелектуално и физическо развитие. Практикуването на физически упражнения и спорт през свободното време е въпрос на личен интерес, вътрешно убеждение и потребност от двигателна дейност. Такава потребност може да се стимулира и отвън – от учителя, от съучениците, от родителите, по примера на известни спортисти и др. Училищната възраст полага основите на базисните качества на личността и създава траен интерес и навици за системни занимания с физически упражнения и спорт. През този динамичен период на развитие двигателната дейност, взаимодействието с околната среда, психофизиологичното израстване на детето са важни фактори за цялостното формиране на бъдещата личност. Насищането на свободното време на децата с полезни за тяхното формиране и развитие дейности трябва да е приоритет на цялото общество [1].

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Маринова, Р. Проучване на отношението на учениците към заниманията с физически упражнения и спорт през свободното време в Софийска област
- [2] Обрешков, Д. Проучвания върху развитието на абсолютната сила при момичета и девойки, занимаващи се със силови упражнения с тежести Научни трудове на Русенския университет - 2008, том 47, серия 5.4
- [3] Промотиране значението на спорта в училище - Project Number: 557089 EPP1-2014-IT-SPO-SCP

За контакти:

Габриела Венциславова Георгиева, студент II курс, специалност Медицинска сестра, Русенски Университет "Ангел Кънчев", GSM: 0878731270, e-mail: gabriela_georgieva1996@abv.bg

научен ръководител: доц. д-р Никола Събев, Катедра „Здравни грижи“, ФОЗЗГ, Русенски Университет "Ангел Кънчев", GSM: 0878 823 288, e-mail: nikola_sabeff@abv.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Полово възпитание и семейно планиране – съвременно състояние и акценти

автор: Симона Христова

научен ръководител: доц. Никола Събев, дм

Family planning is a system of health services and health education programs that address the widest layers of the population to maintain, improve their sexual and reproductive health.

Key words: health, family planning, reproductive health, sexual health.

ВЪВЕДЕНИЕ

Семейното планиране е термин, въведен в България за дефиниране на системата от здравни услуги и образователни програми, насочени към широки слоеве от населението, с цел поддържане и подобряване на неговото сексуално и репродуктивно здраве. Сексуалното здраве е не само отсъствие на специфични нарушения и болестни затруднения в половото функциониране, но и пълноценно присъствие и развитие на човека в сексуално обусловените роли на интимен партньор, съпруг и родител. Сексуалното здраве съдейства за поддържане на добра самооценка и самочувствие, за изграждане на отговорни и удовлетворяващи отношения с половите партньори.[1]

ИЗЛОЖЕНИЕ

България е на едно от водещите места в света по относителен брой на абортите, което говори за недостатъчна здравна информираност и здравна култура на младите хора по отношение на техните сексуални контакти. Рисковото сексуално поведение се свързва с ранно започване на полов живот, чести нежелани бременности, висок относителен дял на полово преносими инфекции, аборти и др.[6] Тези факти са потвърдени от изследване в представително социологическо проучване, проведено от агенция АССА-М през 1996 г. по поръчка на Министерство на здравеопазването, в което се установява, че през последните години е налице тенденция към бързо снижаване на долната възрастова граница за започване на полов живот и недостатъчно използване на съвременни контрацептивни средства. Близо половината от жените (46%) и 60% от мъжете проявяват безгрижие пред опасностите от нежелана бременност. Едва 46% са хората, използващи съвременни контрацептиви, като само 31% го правят при всеки полов контакт. [4]

Основният нормативен акт, регламентиращ грижата на държавата относно репродуктивното здраве на населението в България, е Законът за здравето. Репродуктивното здраве е дефинирано като „...здравето на лицата, свързано със способността им за създаване на потомство“. В раздела, посветен на репродуктивното здраве се предвижда, че държавата следва да „осигурява здравна защита на репродуктивното здраве на гражданите“ чрез:

- промоция и консултации за опазване на репродуктивното здраве при децата илищата в репродуктивна възраст;
- осигуряване на достъп до специализирана консултативна помощ по въпросите на репродуктивното здраве и семейното планиране;
- профилактика и лечение на безплодието;
- специализирана информация, консултации, профилактика и лечение на предаваните по полов път болести и СПИН;
- профилактика, лечение и диспансерно наблюдение на лица със злокачествени заболявания на репродуктивната система.

Този закон гарантира правото на всеки гражданин за информация и свобода на решение относно репродуктивното си здраве. Предвиждат се здравни кабинети в

детските градини, училищата и специализираните институции за предоставяне на социални услуги за деца, чрез осъществяване на дейности по здравно образование и изграждане на сексуална култура. В рамките на утвърдените учебни планове се осигурява обучение на учениците по сексуално поведение, предпазване от полово предавани болести и СПИН и предпазване от нежелана бременност.[3]

Целта на половото образование е да подпомогне младите хора в съзнателните им усилия да изградят личностни качества (познания, умения и нагласи), които ще ги направят способни самостоятелно, зряло и отговорно да посрещат изпитанията в личния си живот. Половото образование е ориентирано към постигане на личностна зрялост и автономност у младежите по отношение на сексуалните им роли, стимулира самостоятелните им избори на основата на достатъчна информация за закономерностите и последиците от определено сексуално поведение и съответните му нравствени измерения. [1]

Основните форми на организация на половото възпитание могат условно да се класифицират според три основни признака:

1. По обхват – възможните форми са:
 - индивидуално комуникиране;
 - обсъждане по двойки;
 - комуникиране в малки групи – от 5 до 15 човека;
 - дискусии отделно за момичета, отделно за момчета и смесено.
2. В зависимост от мястото на провеждане – възможните форми са:
 - класни и извънкласни;
 - училищни и извънучилищни; семейни, свързани с конкретни традиции и обичаи.
3. В зависимост от източника на информация – възможните форми са:
 - лекции;
 - семинари и дискусии;
 - тренингови форми;
 - практическите модели и др. [5]

Изследванията показват, че съществува оптимална възраст за сключване на брак и за раждане на деца. Младите хора трябва да са не само физически, но и психически и социално зрели, което означава вече да са постигнали:

- самостоятелност и устойчивост пред житейските трудности;
- развито чувство за дълг и отговорност;
- способност да обичат и да се жертват;
- умение да полагат грижи за други;
- материална независимост;
- достатъчна информираност относно особеностите на семейния и половия живот.

Семейното планиране е не само понятие, а означава съчетание на:

- разумни сексуални взаимоотношения при зрялост на личността (полова, психична, социална);
- намиране на подходящ партньор за съвместен живот;
- поява на детето в очакван и подходящ момент.[6]

Половото образование се осъществява чрез дейности в трите главни насоки, съответстващи на основните сексуални роли:

- Подготовка за интимно партньорство – включва придобиване на съответни личностни качества – познания, ценности и умения, които дават свобода за пълноценен и взаимно удовлетворяващ интимен живот. Това е възможно при условия на безопасно сексуално поведение – избягване на нежелана бременност, на риск от заразяване с ХИВ и други полово предавани болести.
- Подготовка за семеен живот – обхваща надграждането на допълнителни

личностни качества, които позволяват човек да живее и да се развива пълноценно като участник в дадена фамилна система.

- Подготовка за съзнателно родителство – придобиване на познания, нагласи и умения за използване на надеждни контрацептивни средства, за опазване на репродуктивните способности, за избор на най-подходящо време и ситуация за встъпване в родителска роля. [1]

Проведено беше проучване, мотивирано от необходимостта за информираност на младите хора по проблемите на сексуалното образование и семейно планиране от медицински специалисти и готовността им да ги посещават за консултации.

Методология: Поставената цел е свързана с проучване на мнението на респондентите относно необходимостта от провеждане на сексуално образование на учениците; подходящата възраст за започване на сексуален живот и готовността за консултиране с медицински специалисти при проблеми, свързани с половия живот.

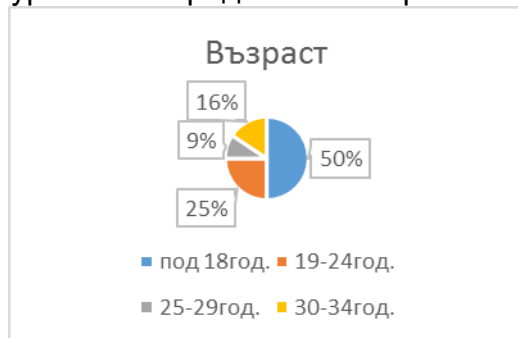
Обект на изследването са лица от двата пола на възраст до 34 години.

Използваният инструментариум е анкетна карта, достъпна онлайн.

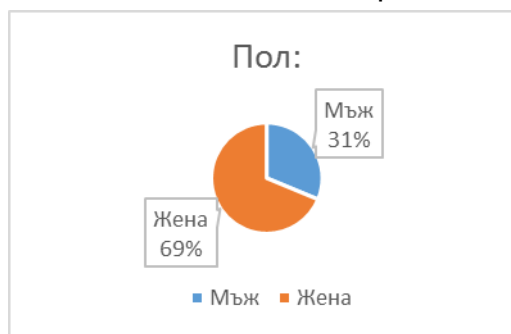
Изследването се проведе през периода: 01.март–31.март 2017 год. Анкетирани бяха 32 души чрез анонимно анкетно проучване.

Резултати от изследването:

На фигура 1 и 2 е представен възрастовият и полов състав на анкетираните лица.

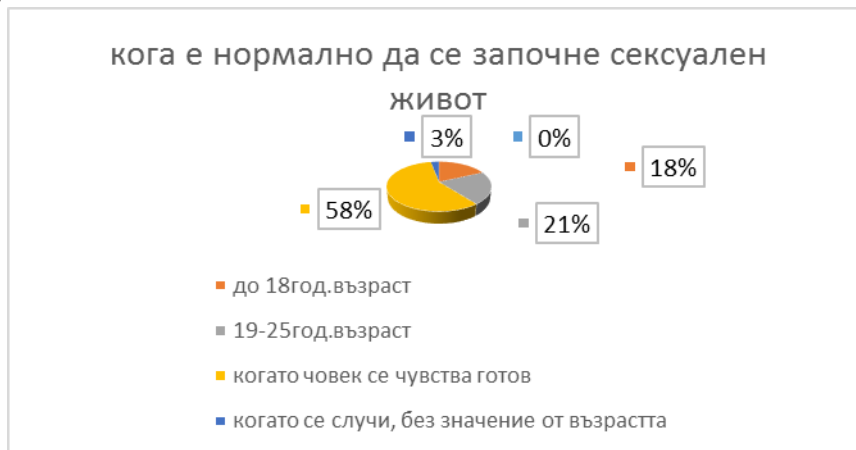


Фиг. 1



Фиг. 2

58% от респондентите смятат, че подходящият момент за започване на сексуални контакти е свързан с наличие на субективно усещане за реална готовност без оглед на възрастта. Според 21% подходящата възраст е между 19 и 25 год., а според 18% от анкетираните, подходящият момент е преди навършване на пълнолетие – до 18-годишна възраст. 3% от респондентите поддържат тезата „без значение, когато се случи“. (фиг. 3).



Фиг. 3

Като редовен сексуален живот, 44% от анкетираните лица определят наличието на полови контакти 3-4 пъти седмично, а 38% от тях - 1-2 пъти седмично. 16% считат, че редовен полов живот е реализирането на полови контакти ежедневно.

Болшинството от респондентите заявяват, че получават информация, свързана с контрацепцията от интернет. Два пъти по-малко са изследваните лица, които си набавят тази информация от специализираните кабинети (фиг. 4).



Фиг.4

Мнението на мнозинството е, че отговорност за предпазване от бременност трябва да носят и двамата партньори (81%), а според 16% отговорността е само на мъжа. Въпреки информацията, която получават респондентите относно контрацепцията, 53% не използват предпазни средства при всеки полов контакт.

С изключително доминиращ относителен дял са анкетираните, заявили необходимост от включване на часове по полово образование в настоящата образователна система (фиг.5).



Фиг.5

56% от респондентите вече са участвали в някаква форма на сексуално образование. 72% от тях смятат, че сексуалното образование би повлияло положително на сексуалното поведение, а 19% не могат да преценят това влияние. Под половината от анкетираните (47%) заявяват, че в тяхното населено място има възможност да се консултират по сексуални проблеми с лекар и биха го направили при нужда, 13% са използвали такива консултации, а останалите респонденти не знаят, не се интересуват или не желаят да ги използват.

Въпреки изразената готовност за консултиране при наличие на проблем, свързан със сексуалния им живот, 31% от анкетираните лица биха го споделили с партньора си или с приятел/ка, като едва 19% от тях биха се обърнали към лекар.

ИЗВОДИ. Данните от проведеното проучване сочат:

- нисък относителен дял на ползващите предпазни средства при полови контакти;
- като предпочитан източник на информация по проблемите на контрацепцията - международната електронна мрежа;
- висок процент на заявिलите необходимост от въвеждане занятия по полово образование в училище;
- реална необходимост от ангажиране на медицински специалисти по проблемите на половото възпитание на младите хора.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сексуалното образование все повече се обособява като специализирана и висококвалифицирана дейност, ангажираща добре подготвени професионалисти. Опитът на Българската асоциация по семейно планиране и сексуално здраве показва, че медицинските сестри и акушерките са особено активни и ефективни участници в здравно-образователните програми, поради непосредствения контакт с пациентите. Те са предпочитаните специалисти за споделяне на различни сексуални проблеми дори и в случаите, изискващи квалифицирана лекарска намеса. Те осъществяват отговорната задача, свързана с насочването към необходимия специалист. Това поражда доверие и сигурност в клиента, като гаранция за краен успех от лечението и интервенциите.

Подготовката на специалистите в училищните здравни кабинети за работа по проблемите на сексуалното образование е включена в рамките на Националната програма по семейно планиране. С нея е ангажирано Министерство на здравеопазването. Специалистите по здравни грижи у нас имат възможности за професионална изява в сферата на сексуалното и репродуктивно здраве като консултанти, работещи в екип с лекари и други специалисти при осъществяването на здравно-образователни проекти в областта на половото образование. [2]

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Бостанджиев, Р. , Сексология и семейно планиране, „Знание”ЕООД, 2000.
[2] Бостанджиев, Р., Сексуалност и здраве. С. ИК „Сиела”, 1998
[3] Закон за Здравето
[4] Мирчев, М. и сътр.Емпирично социологическо изследване – Репродуктивно поведение, семейно планиране и употреба на контрацептиви. Министерство на здравеопазването, Програма „Фар”, Агенция за социални проучвания и анализи АССА-М. София, 1996.
[5] Попова 2004: Попова, Е. (ред.). Наръчник по сексуално и репродуктивно здраве (за водещи на летни лагери). С., 2004
[6] www.rzi-burgas.com/Zdravni%20temi/sem_planirane.doc

За контакти:

Симона Светлинова Христова, студент специалност Медицинска сестра, Русенски университет „Ангел Кънчев”, тел.: +359890458410, e-mail: simonasvetlinova@abv.bg

научен ръководител: Доц. д-р Никола Събев, Факултет „Обществено здраве и здравни грижи”, Катедра „Здравни грижи“, Русенски университет „Ангел Кънчев”; e-mail: nikola_sabeff@abv.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФО33Г-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Оценяване на риска за съвременните жени от развитие на анорексия

автор: Симона Христова

научен ръководител: гл. ас. Даниела Константинова, дузг

*Anorexia nervosa, often referred to simply as **anorexia**, is a psychological and possibly life-threatening eating disorder defined by an extremely low body weight relative to stature (this is called BMI [Body Mass Index] and is a function of an individual's height and weight), extreme and needless weight loss, illogical fear of weight gain, and distorted perception of self-image and body. Additionally, women and men who suffer with anorexia nervosa exemplify a fixation with a thin figure and abnormal eating patterns. Anorexia nervosa is interchangeable with the term anorexia, which refers to self-starvation and lack of appetite.*

Key words: anorexia, anorexia nervosa, weight, body mass index, eating disorder

ВЪВЕДЕНИЕ

Съгласно МКБ 10 Анорексия нервоза е разстройство, което се характеризира с предумишлено намаляване на телесното тегло, предизвикано и поддържано от самия пациент [3].

Според последни данни в България от анорексия се разболява по 1 девойка на 250 – между 12-18 години (най-високата рискова група). Точна статистика липсва, защото много от болните и техните семейства не подозират за проблема. Според Световната здравна организация през последните две години случаите на анорексия и булимия сред младежите на възраст от 12 до 16 години са нараснали два пъти. Заради недоволството от външността си един от сто подрастващи се е опитал да се раздели с живота си.

Според друга статистика за последните десет години броят на заболяелите от анорексия се е увеличил с 66% [2].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Анорексия нервоза е заболяване, при което индексът на телесната маса става 17,5 или по-нисък [6]. Представлява вид хранително, а също и психично разстройство [9]. Терминът означава „липса на апетит“, но при това разстройство много често апетитът присъства осезателно, но е строго контролиран и потискан. Обикновено основният мотив е едно изопачено, нереално възприятие за собственото тяло, което не отговаря на действителността [4]. Субектът изпитва силен страх от покачване на тегло или напълняване, който се облекчава от загубата на килограми. Някои се чувстват напълнели, други осъзнават, че са слаби, но се притесняват, че някои от частите на тялото им, особено често корема, задните части или бедрата са „твърде дебели“. Налице е изкривено възприемане на телесното тегло и фигурата и негативна самооценка. Самочувствието е силно зависимо от фигурата и теглото и те се контролират непрекъснато като напълняването се счита за недопустимо. Начините за контрол на теглото са чрез ограничение на приема на калории, ежедневни физически усилия или прием на различни средства с лаксативно действие [1]. При жените началото обикновено е свързано с прилагане на различни диети. При мъжете често старта е с изтощително спортуване и намаляване на храната, за да изваят тялото си и да намалят подкожната мазнина. Най-често се разболяват тийнейджърите - 16-20 годишна възраст, но белези на болестта могат да бъдат видени и при момичета на 9, 10 годишна възраст, както и при зрели жени [7].

Първи симптоми при анорексия:

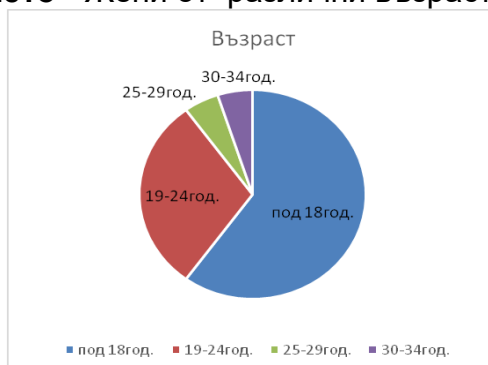
- Промяна на отношението към храната - системно изключване на някои храни, рязко намаляване на порциите
- Фокусиране върху теглото - използване на кантара след всяко хранене
- Засилена физическа активност - непрестанни, ежедневни тренировки.
- Привикване към навици, от които се изразходват повече калории
- В следствие се проявяват симптоми като:
 - Злоупотреба с диуретични и разхлабващи средства;
 - Разстройство във възприемането на собственото тяло, при което страхът от пълнота се запазва като свръх ценна идея;
 - Поведение на отбягване на срещи и покани от близки и приятели, които са свързани с хранене;
 - Засилен интерес към всичко свързано с кухнята и особено голям интерес към здравословното хранене и различни видове диети;
 - Хранене, тегло, диета – стават централна тема на всяка дискусия, разговор;
 - Нетърпимост, когато се заговори за храна;
 - Приемане на еднообразна храна;
 - Обсесивно пресмятане на приетите калории [8].
 - Анорексията е изключително рисково заболяване, тъй като уврежда основни телесни функции:
 - Води до отслабване на здравината на костната структура;
 - Развитие на ранна остеопороза;
 - Авитаминоза;
 - Нарушения в нормалния растеж;
 - Фатални увреждания на стомашно-чревната, отделителната и сърдечно-съдовата система;
 - Неврологични промени;
 - Риск за плода и майката при евентуална бременност [5].
- Протичането и изходът от заболяването са различни: може да се наблюдава възстановяване след единствен епизод, флукутация (напълняване и отслабване) или да има хронично прогресиентно протичане [1].

За изследване знанията и нагласите за здравословно хранене, диети и възприемане на тялото, беше проведено проучване сред 30 жени.

Основна цел на проучването е да получим информация за:

- Начинът, по който всеки един от респондентите възприема тялото си;
- Мнението на респондентите относно диети, здравословно хранене и отслабване;
- Информираност относно рискът, които крие спазването на диета без лекарски контрол.

Обект на изследването - Жени от различни възрастови групи (фигура 1).



Фигура 1. Разпределение на изследваните лица по възраст

Инструментариум на изследването е анонимна анкетна карта, състояща се от 5 въпроса.

Период на провеждане: август – септември 2016.

Резултати от проведеното изследване

100% от анкетираните жени НЕ харесват тялото си (фиг.2)



Фигура 2: „Харесвате ли тялото си?“

И също толкова желаят да редуцират теглото си (фиг.3)



Фигура 3: „Желаете ли да промените теглото си?“

Във връзка с тези данни от проучването е изчислен индексът на телесна маса на анкетираните дами, като 95% са с нормално тегло (ИТМ 18,5 – 24,99), а 5% са с наднормено тегло – предзатлъстяване (ИТМ 25 – 29,99), според нормите за ИТМ на СЗО – 1995год. Тревожен е фактът, че много жени с нормално тегло желаят да го редуцират.

Голяма част от анкетираните лица (80%) търсят информация относно методи за отслабване от интернет, 10% биха попитали колеги, познати и приятели и 10% биха се обърнали към лекар (фигура 4).



Фигура4: Откъде бихте потърсили информация, относно методи за корекция на теглото?

Чрез гладуване и пропускане на хранене 95% от анкетираниите дами са опитвали да свалят килограми (фигура 5).



Фигура 5:Пропускали ли сте хранене с цел редуциране на теглото?

Най-честият метод, използван от респондентите за корекция на теглото е гладуването (60%), 30% от анкетираниите приемат хапчета за отслабване, а 10% пият чайове за тази цел (фигура 6)



фигура 6. Използвани средства с цел корекция на теглото.

45% от анкетираниите дами не избират спорта като метод за отслабване, 25% спортуват повече от 3 пъти седмично или всеки ден, а 30% спортуват 1 до 3 пъти седмично.

Изводи от анкетното проучване:

- Негативно отношение към собственото тяло и желание за отслабване;
- Използване на методи като гладуване, пропускане на хранене и прием на различни средства (чайове,хапчета) с цел корекция на теглото;
- Ниска обръщаемост към медицински специалисти относно проблемите с теглото.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въпреки информираността, която тийнейджърите получават още в училищна възраст относно сериозността на заболяването и кампаниите „НЕ на Анорексията“, тя остава актуален проблем и днес, като броят на болелите от това заболяване с всяка година нараства. В някои страни вече са разкрити специални центрове за

хранителни разстройства, в които се прилага комплексно лечение с цел преодоляване на заболяването, тъй като според психиатъра Омар Алва Лилуе, от анорексия умира всяка пета жена до 35-годишна възраст, която се е разболяла.

Резултатите от анкетното проучване са категорични, че анорексията е актуален проблем и в България, тъй като всички анкетирани показват първи симптоми на заболяването като използване на гладуването като метод за редукция на теглото.

Направеното проучване показва необходимост от повишаване на здравната култура на подрастващите и особено на рисковите категории, за да се използват разумни начини за корекция на теглото, които да се контролират от съответен медицински специалист, да се разпознават своевременно ранните симптоми на заболяването и при появата им да се осигури комплексна медицинска помощ за предотвратяване на задълбочаване на състоянието и по-нататъшни усложнения.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Акабалиев, В., Д.Стоянов, Р. Масалджиева, Учебник по психиатрия, „Лакс бук“ ЕООД, Пловдив, 2015
- [2] Бернаскони, В, „Анорексия, булимия, затлъстяване от хиперфагия”
- [3] Международна статистическа класификация на болестите, F 50.0
- [4] Михайлова, К, „Жените, сексът и анорексията”, изд.Весела Люцканова, 2004, ISBN: 954-311-019-0
- [4] Стойков, И. „Обща психопатология”, изд.”ИВИС”, Велико Търново, 2009, ISBN: 978-954-8387-58-3
- [5] <https://bg.wikipedia.org/>
- [6]<http://feelgood.bg/anoreksiya-bulimiya-preyazhdane/anoreksiya-fizicheski-i-pihicheski-simp/>
- [7] <http://www.vegabg.com/>
- [8] <http://www.pharmacy-bg.com/zabolyavaniya-a-ya/anorexia/>

За контакти:

Симона Светлинова Христова, студент специалност Медицинска сестра, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: +359890458410, e-mail: simonasvetlinova@abv.bg

научен ръководител: гл. ас. Даниела Константинова, дузг; Русенски университет “Ангел Кънчев”, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, тел. 08885200211 e-mail: ddraganova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Множествена склероза – „болестта с хиляди лица”

автор: Ивелина Петкова
научен ръководител: ас. Татяна Атанасова

Multiple sclerosis – “the illness with thousands of faces”: More than two million people all over the world and more than five thousand people in Bulgaria suffer the daily struggles that come with Multiple sclerosis, or also called “the illness with thousands of faces” as the doctors call it based on the huge diversity of symptoms and development of the disease. The aim of this report is to spread awareness among people about Multiple sclerosis, its symptoms, diagnosis and treatment as well as its social importance. A research was performed in its favor – the results are enclosed below.

Keywords: disability, demyelination, autoimmune disease

ВЪВЕДЕНИЕ

Повече от два милиона души по света и над пет хиляди човека в България ежедневно се сблъскват с трудностите, които поставя пред тях Множествената склероза (МС) или „болестта с хиляди лица” както я наричат медиците, поради голямото разнообразие в симптоматиката и хода на развитието ѝ.

От коварното заболяване страдат както възрастни така и млади хора в разцвета на силите си, принудени да променят своя начин на живот в опит да облекчат степента на инвалидизацията си. Множествената склероза ограничава възможностите на болните, лишавайки ги от способността да извършват дейности считани за обикновени и рутинни.

Адекватната информираност относно болестта е първата стъпка към разпознаването и успешното лечение на пациента, оказване на подкрепа и даване на пълноценни съвети.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Множествената склероза (Encephalomyelitis diss eminata), известна още като Дисиминативна склероза или съкратено МС е автоимунно възпалително невродегенеративно хронично заболяване с неизяснена етиология.

Като ключов фактор в развитието ѝ могат да бъдат наследственост и инфекциозни причинители. МС засяга миелиновата обвивка на аксоните на човешкия главен и гръбначен мозък. Това причинява демиелинизация и образуване на лезии в мозъка, което води до широк спектър от признаци и симптоми. Болестта за пръв път е описана през 1868 г. от Жан Шарко. [8]

МС е заболяване, проявяващо се най-често между 15 и 50 годишна възраст, с два пика: 28-30 години и 41-45 години. Засягат се от 2 до 3 пъти по-често жените, както е при другите автоимунни заболявания. Тя е мултифакторно, полигенно състояние, което се развива при генетично предразположени индивиди в съчетание с рискови фактори от околната среда, които го инициират. Болестността се увеличава с нарастване на географската ширина – с отдалечаване от Екватора МС засяга все по-голяма част от населението. По този начин светът се разделя на 3 зони:

- ✓ Зона с висока болестност (3-80/100 000)
- ✓ Зона със средна болестност (5-25/100 000)
- ✓ Зона с ниска болестност (под 5/100 000)

Съществуват различия в заболяемостта от МС при различните етнически групи, които живеят в една и съща географска област. Заболяването е особено често при северноевропейската бяла раса, в частност при скандинавските народи.

Някои популации на чернокожите африканци, американските индианци, австралийските аборигени, новозеландските моари, европейските роми и

лапландците боледуват рядко. Болестността в България е 44,5/100 000, а заболяемостта – 1,03/100 000 души население. Фамилно засягане се установява в 20% от случаите, като обикновено те са с по-ранно начало и се наблюдават по-често при мъжете. [4]

Симптоматика:

Почти всички неврологични симптоми могат да съпровождат заболяването, като често се стига до физическа и ментална инвалидизация. Множествената склероза има няколко форми. Новите симптоми се проявяват като дискретни атаки (пристъпна форма) или бавно се натрупват с времето (прогресивна форма). В периодите между пристъпите симптомите може да изчезнат напълно, но често се явяват трайни неврологични проблеми, особено с напредване на болестта.

Темповете на развитие на новите прояви на МС до достигане на максимална изразеност на клиничната картина са много различни.

Болестта може да засегне всяка част от ЦНС и показва голямо разнообразие от признаци. Разпространението на плаките на демиелинизация, има известна специфичност, така че някои от тях са по-чести в началото.

Парези: Повечето проучвания сочат, че парезите са най-обичайният начален симптом. При половината от пациентите болестта започва с пареза на един или повече крайници. Тя може да се развие за минути до часове или по-бавно – за дни, седмици или месеци.

Неврит на зрителния нерв: Вторият по честота начален симптом. Той се развива за часове до дни и причинява частична или пълна загуба на зрението, най-често на едното око. [2]

Сетивни нарушения: Те са много чести в началото на заболяването, но се наблюдават и през цялото развитие на МС. В началото имат характер на парестезии, а по-късно се появяват и дизестезии, които обхващат най-често долните крайници. Друг характерен сетивен симптом, който се среща при 5% от болните в началото, е симптомът на Лермит. Той се получава при навеждане на главата напред, при което болният усеща силна пареща и краткотрайна болка, ирадираща като електрически ток надолу по гръбначния стълб и краката. Симptomът на Лермит е резултат на повишената сензитивност на демиелинизираните аксони при опъване и навеждане. [1]

Диплодия: При около 13% от болните, първият признак на болестта е двойното виждане, което се характеризира със своята бърза преходност.

Микционни смущения: Те са присъщи за по-късната фаза на развитието на болестта. Изключително рядко (в 3-5%) при заболялите могат да бъдат първа проява. [2]

Синдром на умора: Открива се често (до 88% от пациентите). Отличава се с липса на енергия и мотивация, които не са свързани с мускулна слабост. Този синдром преобладава при хронично-прогресиращата форма и се влошава след физически усилия, стресови ситуации и висока температура.

Конгнитивни нарушения: Наблюдават се в различна степен (до 50%) дори в началните периоди на заболяването. Нарушенията засягат много аспекти на познанието като памет, внимание, концентрация и абстрактно мислене.

Психични нарушения: От психичните промени преобладава депресията, която се среща при 25-50% от болните. Тя е по-често в началото на заболяването и не е свързана с конгнитивни разстройства. [1]

Други симптоми:

Мускулна слабост

Чувствителност към топлина

Сексуална дисфункция и др.

Както симптомите, така и формите на протичане на заболяването са различни. По-често срещани са:

Пристъпно-ремитентна форма – тя е най-често срещаната сред пациентите с МС. Характеризира се с редуване на пристъпи и ремисии, като пристъпите се свързват с поява на нови плаки и/или разширяване на съществуващите, което води съответно и до влошаване на наличните симптоми и поява на нови такива. Пристъпите обикновено продължават повече от 24 часа. Пълните ремисии, характерни за началото на заболяването, след няколко години се заменят от непълни.

Вторично-прогресивна форма – при нея симптомите се влошават по-плавно и непрекъснато във времето, с или без поява на пристъпи и ремисии. Повечето пациенти, диагностицирани с пристъпно-ремитентна форма, в даден момент преминават във вторично-прогресивна форма.

Първично-прогресивна форма – тя се среща при приблизително 10% от пациентите с МС. Характеризира се с бавно влошаване на симптомите от самото начало, без проява на пристъпи и ремисии. По правило е с по-късно начало и с предимно спинални прояви.

Прогресивно-пристъпна форма – рядка форма на заболяването, засягаща около 5% от болните. Характеризира се с постоянно влошаване на състоянието от самото начало на заболяването и с остри пристъпи без ремисии. [7]

Доброкачествена форма – започва като пристъпно-ремитентна форма с малко на брой атаки и периоди на възстановяване. В продължение на много години (10 -15г.) има само едва забележим дефицит без допълнително влошаване на състоянието и без нови рецидиви.

Злокачествена Форма на Множествена склероза – Заболяването започва с комбинация от церебрални, стволни и спинални симптоми, последвани от сопор и кома. Болните често завършват летално за няколко седмици до месец. Тези състояния се развиват най-често у юноши и млади хора. [1]

За диагностициране на заболяването се използват различни изследвания, най-информативни от които са:

Магнитнорезонансна томография (МРТ) – магнитно-резонансното изобразяване на главен и гръбначен мозък (скениране) дава възможност да се диагностицират уврежданията в бялото мозъчно вещество. С помощта на това изследване е установено, че при пациенти с МС може да се открият огнища на демиелинизация, които са „глухи“ - т.е. не водят до изява на симптоми. МРТ изследване не може да се използва като показател за предвиждане хода на болестта. Все пак то е важно при поставяне на диференциална диагноза между Множествена склероза и други заболявания на ЦНС при които може да се наблюдават същите симптоми.

Евокирани (предизвикани) потенциали – изследването дава възможност да се проверят обективно функциите на някои нервни пътища и влакна. Колкото по-изразена е демиелинизацията, толкова по-бавно е провеждането по нервните влакна. Изследват се зрителни евокирани потенциали (ЗЕП), соматосензорни евокирани потенциали (СЕП) и мозъчностволни слухови потенциали (МССП).

Ликворно изследване (лумбална пункция) - дава възможност да се отчетат промени в общия белтък, албумина и клетките. Може да се установи нарастване на клетъчния брой с преобладаване на Т-лимфоцитите и повишено ниво на ликворния протеин. Чрез електрофоретично изследване на ликвор се търси относително нарастване на имуноглобулините (предимно IgG) спрямо ликворния албумин. Изследването позволява да се прецени активността на процеса за даден момент. [3]

Все още не е създадено лекарство, което да лекува МС. Въпреки това съществуват немалко медикаменти, които облекчават симптомите, разреждат пристъпите и ги правят по-леки.

Кортикостероиди – Methylpredisolon и Prednisolone повлияват постепенно атаките със своето противовъзпалително и имунопотискащо действие, макар и ефектът да е краткотраен. Напредването на болестта не се влияе от тях. Приложението им е свързано с ускоряването на възстановяването след отделните кризи. Най-предпочитано е венозното прилагане на големи дози всеки ден или през ден.

Имуномодулатори – интерферони – намаляват честотата на пристъпите и риска от получаване на нови, забавят настъпването на инвалидизация. Прилагат се интерферони от клас бета (интерферон Бета): интерферон Бета 1А и препаратите Avonex и Resif, както и Бета 1Б (Betaferon). Интерфероните са имуномодулатори, които успокояват отхвърлящите реакции на имунната система, а също така повишават устойчивостта на здравите клетки към вируси и усилват съпротивителните сили на организма. Пациентите лекувани с интерферони имат по-продължителни периоди без развитие на нови пристъпи, а при поява на нова атака оплакванията са по-малки.

Глатимер-ацетат(Соракхоне) – представлява синтетичен полипептид, който намалява пристъпната честота при пристъпно-ремитентната форма на болестта.

Имуносупресори – прилагат се Mitoxantrone, Azathioprine и Cyclophosphamide.

Други допълващи средства за подпомагане на организма - Нутриентите вит С и вит Е. Тези витамини забавят вредата, нанесена на нервната тъкан. Вредното въздействие на свободните радикали може да се предотврати чрез допълнителни дози В12 и фолиева киселина.[5]

Профилактиката на заболяването бива първична, вторична и третична.

Първична профилактика: Поради неустановената етиология на заболяването не могат да се назоват конкретни профилактични мероприятия срещу Множествената склероза. Хора с фамилна история на заболяването би следвало да ограничат стреса, да се подлагат на закалителни процедури, да се предпазват от различни инфекциозни заболявания, да се явяват на редовни профилактични прегледи. Провеждането на информационни програми и скрининг могат да осигурят ползи за обществото.

Вторична профилактика: При вече открито заболяване, диагностицирането и определянето на неговата форма е от особена важност. Препоръчват се упражнения за баланс, за запазване на сила, координация, медикаментозно лечение, предпазване от негативни емоции и прегряване, предоставяне на адекватна информация на болния това какво може да прави в една позитивна светлина, за да не страда качеството му на живот. Нужно е и да се осигури социална и психологическа подкрепа на пациента и семейството му както и да бъде насърчаван да не се отказва от активна трудова дейност ако това не го стресира.

Третичната профилактика включва: подбиране на подходящи помощни средства, както и ограничаване на факторите, водещи до влошаване на заболяването. Важно е запазването функционалните възможности на пациента. Недопускане формирането на декубитални рани, застойни явления, констипация, инфекции на пикочен мехур и пикочни пътища. Адресиране на болката с адекватни медикаменти, упражнения, релаксиращи техники, разговор, мотивация. Необходимо е повишаване психоемоционалния статус на болния.[6]

Множествената склероза е заболяване, което се причислява към групата на социално значимите заболявания по няколко причини: заболяват хора в активна възраст, прогнозата е лоша, заболяването води до ограничаване на физическата активност и деградация на личността и въпреки това официален регистър или статистика за тези пациенти в България не се води от 1984 година, а според неофициални източници хората заболели от множествена склероза в България са около 7000 – 8000 души, като годишно се регистрират около 80 новооткрити случая.

Затова ние си поставихме за цел да проучим пациентите с Множествена склероза, постъпили в УМБАЛ-Русе-АД за период от 2 години.

Цел: Да се проучат случаите на пациентите хоспитализирани в УМБАЛ-Русе-АД с Множествена склероза за периода 2015 – 2016 година и да се докаже значимостта на заболяването и нуждата от социална интеграция.

Материал и методи: Проведено е ретроспективно изследване на пациенти с множествена склероза, хоспитализирани в отделението по обща и съдова неврология на УМБАЛ-Русе-АД за периода 2015-2016г. При проучването са използвани документален метод – проучени са 39 истории на заболяване, и статистически метод.

Резултати: За период от 2 години са постъпили общо 39 пациенти, от които 43,6 % (17 пациента) постъпват за първи път; 23,1 % (9) от пациентите постъпват за втори път и 33,3 % (13) от пациентите постъпват за пореден път, т.е. прави впечатление високият процент на новооткритите случаи.

От всичките 39 случая постъпилите мъже са 53,8 % (21), а 46,2 % (18) са жени – тук лек превес имат мъжете в сравнение с официалната статистика от 80-те години в България.

Според възрастта постъпилите пациенти са разделени в следните групи:

До 30 години – 5,1 % (2 пациенти)

До 40 години – 43,6 % (17 пациенти)

До 50 години – 33,4 % (13 пациенти)

До 60 години – 12,8 % (5 пациента)

Над 60 години – 5,1 % (2 пациенти)

Този показател съпоставен с пенсионната възраст в България и инвалидизацията, която съпътства заболяването прави значително впечатление – 94,9 % от пациентите са в активна, трудоспособна възраст.

Проучили сме и симптомите на заболяването: парези, смущения в зрението / диплодия, мускулна слабост, умора, когнитивни нарушения, депресия.

77,8 % от пациентите съобщават за парези

55,6 % съобщават за смущение в зрението или диплодия (двойно виждане)

55,6 % съобщават за мускулна слабост в крайниците

44,5 % съобщават за умора

33,3 % имат когнитивни нарушения

22,2 % се установява депресия

10,3 % нямат задръжка на тазовите резервоари

56,4 % се придвижват самостоятелно

43,6 % се придвижват с помощно средство

23,1 % са насочени за рехабилитация

За диагностициране на заболяването и неговата прогресия при пациентите постъпващи за втори и поред път са извършени следните изследвания:

Магнитно резонансна томография (ЯМР) – при 89,7 % от пациентите

Компютърна томография (КТ) – при 23,1 % от пациентите

Евокирани потенциали (ЕП) – при 30,8 % от пациентите

Ликворно изследване (LP) – не е приложено при нито един пациент, може би поради голямата информативност на магнитния резонанс и компютърната томография.

При 100 % от случаите приложеното лечение е с кортикостероиди, при 12,8 % е приложен допълнително бетаферон, а при 7,7 % от пациентите са приложени имуносупресори.

Изхода от хоспитализациите е:

89,7 % са изписани с подобрение по отношение на симптоматиката и двигателната активност

7,7 % са изписани без промяна при завършен медико-диагностичен и терапевтичен процес, и уточнена терапия

2,6 % - 1 пациент е изписан с влошено състояние

Изводи:

1. Високият процент на регистрираните нови заболявания и факта, че 94,9 % от пациентите са в работоспособна възраст поставят акцент върху социалната значимост на заболяването.
2. Високоспециализираната апаратура и медицинските технологии дават възможност за ранно диагностициране на заболяелите, по-ефективна терапия, по-големи периоди на ремисия, отлагане на инвалидизацията и активен социален живот.
3. Необходима е информираност на обществото, което да оказва подкрепа на тези пациенти чрез разкриване на центрове за лечение и рехабилитация на пациентите с множествена склероза и осигуряване на подходяща трудова заетост, приобщаване към културния живот на обществото, а не социална изолация.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Множествената склероза е уникално, хронично, прогресивно автоимунно заболяване на централната нервна система. Тя повлиява способността на мозъка да контролира функции като зрение, ходене, говорене. Нарича се „множествена“, защото се засягат множество пръснати зони от главния и гръбначния мозък. Нарича се „склероза“, защото болестта предизвиква „склероза“ или уплътнение на мозъчната тъкан в засегнатите области. Проявява се различно и затова хората не бива да се сравняват – всеки случай е различен. Пациентите трябва да се учат да управляват симптомите и по този начин да водят пълноценен живот.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Георгиев, Д., Неврология Клинична неврология, том 2, „Знание“ ЕООД 2000
- [2] Йорданов, Б., Множествена склероза, Медицина и Физкултура, София 1989
- [3] Петрова, В., http://www.puls.bg/illnes/issue_173/part_6.html
- [4] www.medinfo.bg/spisanie/2013/7/statii/mnojestvena-skleroza-syvremenni-patogenetichni-shvashtanija-za-bolestta-1524
- [5] www.pharmacy-bg.com/zabolyavaniya-a-ya/mnojestvena-skleroza/
- [6] www.spaplovdiv.com/комплексна-рехабилитация-при-множес/
- [7] www.spisaniemd.bg/md/2014/07/savremenni-podhodi-i-badeshti-nasoki-v-lechenieto-na-relapsa-pri-patsienti-s-multiplena-skleroza
- [8] https://bg.wikipedia.org/wiki/Множествена_склероза
- [9] <http://www.mshora.bg/Omagiosaniyat-krag-na-mnozhestvenata-skleroza/58/view/>

За контакти:

Ивелина Симеонова Петкова, студент специалност Медицинска сестра, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 0885709268, e-mail: iva78love@abv.bg

научен ръководител: ас. Татяна Атанасова, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел. 0885635514, e-mail: nursing_ruse1@abv.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФО33Г-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Метаболитният синдром- една от причините за развитието на социално значими заболявания

автори: Невин Кязимова, Сибел Мустафа
научен ръководител: доц. Деспина Георгиева, дп

Metabolic syndrome- one of the reasons for the development of socially significant diseases. Metabolic syndrome is associated with the risk of developing cardiovascular disease and type 2 diabetes. In the USA, about a quarter of the adult population have metabolic syndrome, and the prevalence increases with age, with racial ethnic minorities being particularly affected. Insulin resistance, metabolic syndrome, and prediabetes are closely related to one another and have overlapping aspects. The syndrome is thought to be caused by an underlying disorder of energy utilization and storage. The cause of the syndrome is an area of ongoing medical research.

Keywords: metabolic syndrome, insulin resistance, energy

ВЪВЕДЕНИЕ

Метаболитният синдром често е наричан „чумата на 21 век“. Основните фактори за появата му са нездравословният начин на живот, наднорменото тегло и стресът, а последствията може да са трагични. Познат е още като синдром на затлъстяването, синдром X, хипертриглицеридемична талия. С понятието „метаболитен“ се обозначават биохимичните процеси, протичащи в тялото при неговото нормално функциониране. Рискови фактори са признаците, условията и навиците, увеличаващи шанса за развитие на заболяване. Влияние оказват наднорменото тегло, затлъстяването и обездвижването. Друг предвестник е инсулиновата резистентност – състояние, при което тялото не може да използва секретирания инсулин за транспортиране на захарите до клетките за енергия. Това може да предизвика опасно високи нива на кръвната захар [1]. През 90-те години на миналия век се смятало, че метаболитния синдром е характерен за хора предимно в средна и напреднала възраст. Редица изследвания свидетелстват за това, че през последните две десетилетия демонстрира стабилен ръст сред младите хора от различни страни по света. Разпространението на МС сред младите е около 10%, като се повишава до 22,1%, когато е налице изразено затлъстяване. Съществуващите критерии за МС за възрастни вече могат да се използват и за юношите над 16 години[5] .

ИЗЛОЖЕНИЕ

Съгласно критериите на световната здравна организация, при наличие дори на един от факторите - нарушен глюкозен толеранс, нарушена кръвна захар на гладно, инсулинова резистентност, затлъстяване, хипертония, метаболитният синдром може да е налице или предхождащ фактор за развитие на тежки заболявания. Доказано е, че затлъстяването в горните отдели на тялото и особено в коремната област, предразполага към диабет, атеросклероза, подагра. При увеличаване на мастната тъкан се увеличава и броят на клетките на имунната система, които имат отношение към възпалителните процеси. Смята се, че продължителният стрес може да бъде основната причина за метаболитния синдром, тъй като нарушава хормоналния баланс на хипоталамо-хипофизо-надбъбречната ос. Следствие е повишаване нивото на кортизола, което води до повишаване на нивата на глюкоза и инсулин, които причиняват инсулин-медиирани ефекти върху мастната тъкан. В крайна сметка, това стимулира образуването на висцералната мастна тъкан, настъпва дислипидемия (нарушения в мастната обмяна) и хипертония с директен ефект върху костите, което води до остеопороза [2]. Инсулиновата резистентност е патофизиологичното звено, което обединява комплекса от нарушения, развиващи се на фона на МС. Изучаването на основните причини и последствия от ИР е основен

фактор за разбирането на патофизиологичните механизми на МС. Върху чувствителността на тъканите към инсулин влияят различни фактори, в това число възрастта, наднорменото тегло, особено разпределението на мастната тъкан, дислипидемията, АХ, а също така пушенето, общото физическо състояние, закаляването на организма и най-накрая – фамилната анамнеза по отношение на ЗД тип 2. За развитието на ИР причини могат да бъдат стресът, хиподинамиката, злоупотребата с алкохол, пушенето, травмите, повишеното ниво на контринсуларните хормони.

За възникването и развитието на синдрома оказват влияние следните фактори:

✓ **Абдоминално затлъстяване**- Натрупването на мазнини в областта на стомаха е главно условие за поява на сърдечно – съдови заболявания, сравнено с надебеляването в други части на тялото.

✓ **Високи нива на триглицериди**- високите нива на триглицериди създават опасности от увреждане функцията на сърцето, съдовете, възпаление на панкреаса.

✓ **Ниска концентрация на HDL холестерол**- ниската концентрация на т. нар. „добър“ холестерол също представлява опасност, защото неговата практическа функция е да изчиства LDL (лошия) холестерола от артериите, намалявайки опасността от запушването им.

✓ **Високо кръвно налягане**- кръвно налягане е силата, с която кръвта оказва натиск върху стените на артериите. Ако налягането е хронично високо, това уврежда сърцето и предизвиква натрупване на атеросклеротична плака.

✓ **Високи нива на кръвна захар**- високите нива на кръвна захар (измерени на гладно), може да се тълкуват като предвестник на диабет.

Най- често проявени симптоми :

- Глюкоза на гладно $\geq 6,1$ ммол/л (≥ 110 мг/дл) или диагностициран захарен диабет 2 тип (ЗД2).
- Високо кръвно налягане (140/90).
- Централно затлъстяване; също познато като коремно затлъстяване,
- ябълковидно (мъжки тип) затлъстяване, предимно около пояса и корема, обиколка на талията (ОТ) над 102 см при мъжете и над 88 см при жените;
- Ниски нива на високоплътни липопротеини в кръвта.
- Повишени плазмени триглицериди. ниво на триглицеридите $\geq 1,7$ ммол/л (≥ 150 мг/дл); - стойности на HDL < 1 ммол/л (< 40 мг/дл) при мъжете; $< 1,3$ ммол/л (< 50 мг/дл) при жените;

Най-чести усложнения. Метаболитният синдром е предшественик на двете най-често срещани заболявания в днешно време – диабетът и сърдечно-съдовите заболявания. Състоянието причинява натрупването на мазнини в черния дроб, което от своя страна предразполага към поява на стеатоза, хепатит и цироза. Бъбреци също могат да бъдат поразени от високото артериално налягане и диабета. Обструктивната сънна апнея се наблюдава предимно при мъже, но засяга и жени, които страдат от затлъстяване. При метаболитният синдром може да се наблюдава синдромът на поликистозни яйчници [3].

Основната цел при лечението е да се елиминират причините за метаболитните нарушения и да се предотврати развитието на сърдечно-съдово заболяване. Тъй като по-голяма част от хората с метаболитен синдром са с наднормено тегло и водят заседнал начин на живот се препоръчва редуциране на теглото чрез индивидуални програми за хранене и физическа активност . Провежда се детайлна консултация за ползите и вредите, които нанася консумирането на определени продукти. Обикновено се препоръчва Средиземноморската диета, което е богата на полезни мазнини и разумно съотношение между въглехидрати и белтъчини. Много

проучвания показват, че хората, придържащи се към този стил на хранене, много рядко напълняват и се наблюдава подобрене на стойностите на кръвното им налягане, холестерол и други показатели, свързани с риска от сърдечно-съдово заболяване [4]. Днес медикамент на първи избор е Метформин, който не само има непосредствено въздействие върху ИР, но и притежава редица благоприятни кардиоваскуларни и метаболитни ефекти. Резултатите от многобройни експериментални и клинични изследвания позволиха да бъдат разкрити нови аспекти на действието на метформина, по-пълно да се оцени неговото практическо значение и да се разширят показанията за неговото предписване. Основен механизъм на действие (препаратът е от групата на бигванидите и повишава чернодробната и периферната чувствителност към ендогенния инсулин, без да влияе на неговата секреция) е понижаването на продукцията на глюкоза от черния дроб. Без да оказва преки ефекти върху β -клетките, метформинът подобрява секрецията на инсулин, като понижава глюкозотоксичността и концентрацията на свободни МК (липотоксичност). Първичният хипогликемичен ефект е предизвикан от понижаване на глюконеогенезата и гликогенолизата, а също така на продукцията на СМК, на окисляването на ендогенните мазнини. Едновременно с това се повишава поглъщането на глюкоза от черния дроб, от скелетните мускули и мастната тъкан, което съпътства преместването на транспортърите на глюкоза от микрозомите в клетъчната мембрана [5].

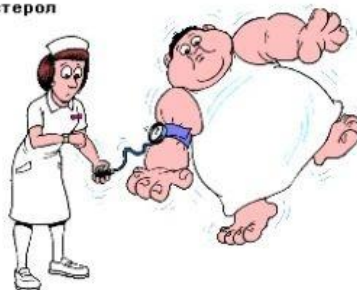
МЕТАБОЛИТЕН СИНДРОМ

❖ Метаболитен синдром е комбинация от рискови фактори:

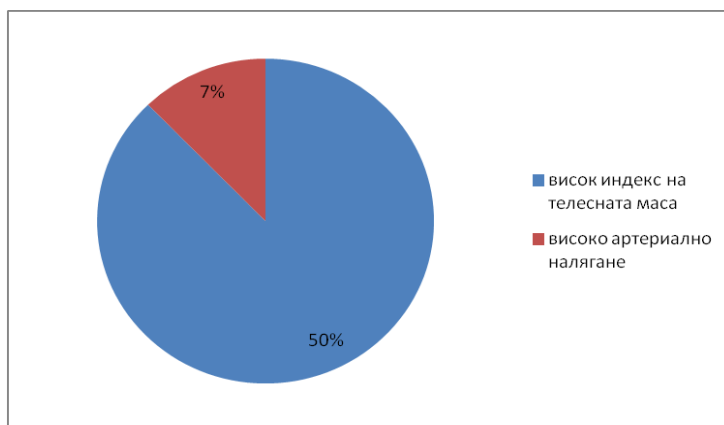
- i. Инсулинова резистентност и/или висока кръвна захар
- ii. Абдоминално (коремно) затлъстяване
- iii. Повишени триглицериди/
нисък **HDL**/ висок **LDL** холестерол
- iv. Високо кръвно налягане

❖ Повишава риска от:

- § Диабет тип 2
- § Сърдечносъдови заболявания
- § Инсулт
- § Мастна чернодробна болест
- § Синдром на поликистозните яйчници при млади жени



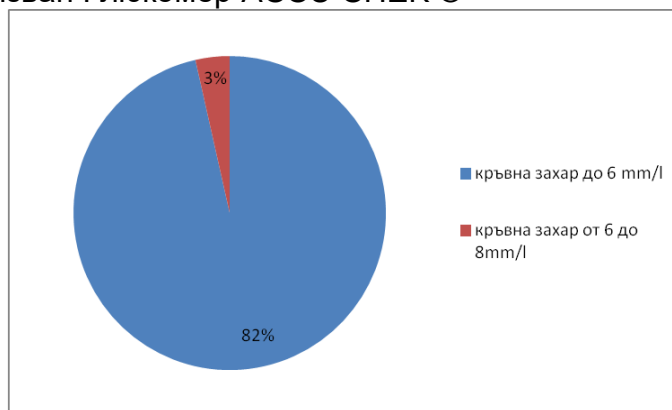
За целите на настоящото научно съобщение и установяване риска от възникване на метаболитен синдром на 04.04.2017г. беше проведено проучване в Русенски университет „Ангел Кънчев“. В изследването са включени 60 служители, студенти и преподаватели, от тях 70% са от женски пол. Изследвани бяха стойностите на **кръвна захар, артериално налягане, ръст, тегло и коремна обиколка, индекс на телесна маса**. Възрастовата граница е от 19 до 66г., 50% от изследваните са на възраст между 19-22г., 40% - 30-49г. и 10% - 50-66г.



Фигура 1. Високи стойности на ИТМ и АН

Най-показателни са резултатите по отношение на ИТМ (индекс на телесната маса), при 50% от всички изследвани са установени високи стойности на ИТМ, съответно и наднормено тегло, при 7 % високи стойности на артериалното налягане. Това представлява предпоставка за възникване на метаболитен синдром и отключване на множество социално значими заболявания.

На фигура 2 са представени стойностите на кръвната захар. За изследване на кръвната захар е използван Глюкомер ACCU CHEK ®



Фигура 2. Стойности на кръвната захар в mmol/l

Измерените нива на кръвна захар варират от 2,9 до 14.2 mmol/l., 82% от изследваните със стойности на кр. захар до 6 mmol/l., при 3% са установени стойности от 6-8 mmol/l., при един - стойност 14.2 mmol/l.

Основни принципи за намаляване риска от заболяване се изразяват във:

- включване на много положителни промени в начина си на живот;
- промени в диетата;
- увеличаване на физическата активност;
- контрол на телесната маса;
- спиране на тютюнопушенето [6]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Състоянието " метаболитен синдром " е световен проблем и засяга голям брой хора, като заболяемостта нараства с възрастта и наднорменото тегло. Развитите индустриални държави, както и по-бедните страни от третия свят по различни причини изпитват сериозни епидемии от затлъстяване, водещи до МетС. Някои изследвания твърдят, че заболяемостта в САЩ и Европа е при повече от 25% от населението. Над 65% от смъртността включително и в България е в следствие на

сърдечно съдови заболявания. Основата причина за този мрачен факт е именно метаболитния синдром.

Тревожни са тенденциите и в нашата страна. Много изследвания констатираат увеличаване на наднорменото тегло при деца и подрастващи. За да се очакват промени начина на хранене и контрол на затлъстяването е необходимо от ранна датска възраст да се водят обучения за здравословен начин на хранене и активна физическа активност.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Какво е метаболитен синдром?, www.ezine.bg
- [2] Какво представлява метаболитния синдром?, www.puls.bg
- [3] Метаболитен синдром, www.zdravoslovnobg.org
- [4] Метаболитен синдром-същност, причини и последствия, www.dietiko.com
- [5] Мкртумян, А. М., Е. В. Бирюкова, Н. В. Маркина, М. А. Гарбузова, Уникалните ефекти на метформин при лечението на метаболитен синдром, <http://forummedicus.com>
- [6] Чумата" на XII век- метаболитен синдром, www.africanmango-bg.com

За контакти:

Невин Ахмедова Кязимова, студент специалност Медицинска сестра, email: moonlight_96@abv.bg тел: 0896926190

Сибел Айдын Мустафа, студент специалност Медицинска сестра, email: sibito_1996@abv.bg, тел: 0894035659

научен ръководител: доц. д-р Деспина Георгиева, дп; РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, тел 0889789100, e-mail: dpgeorgieva@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-РУ-02 „Развитие на иновационни форми за работа на професионалните клубове в Русенски университет „Ангел Кънчев“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенския университет.

Животът на едно дете с тежка комбинирана имунна недостатъчност (SCID)

автор: Лиляна Маркова

научен ръководител: доц. Деспина Георгиева, дп

Severe combined immunodeficiency (SCID) is a group of rare congenital syndromes with little or no immune responses. The defining feature of SCID, commonly known as "bubble boy" disease, is a defect in the specialized white blood cells (B- and T-lymphocytes) that defend us from infection by viruses, bacteria and fungi. Without a functional immune system, SCID patients are susceptible to recurrent infections such as pneumonia, meningitis and chicken pox, and can die before the first year of life. Though invasive, new treatments such as bone marrow and stem-cell transplantation save as many as 80% of SCID patients.

Key words: rare, syndrome, kid

ВЪВЕДЕНИЕ

Тежък комбиниран имунодефицитен синдром (SCID) е група от наследствените заболявания, които причиняват тежки нарушения на имунната система. Хората с този вроден дефект на практика нямат имунна система, изключително уязвими са към инфекциозни заболявания и трябва да се намират постоянно в стерилна среда. Това заболяване засяга едно новородено от 100 000, освен при индианските народи като навахо и апачи с честота 1:2500. А в България според Регистъра за Първични имунни дефицити (ПИД) случаите на деца с Тежка комбинирана имунна недостатъчност са 2 от всички 164 броя с ПИД. Това заболяване може да бъде лекувано успешно, ако е открито навреме. В противен случай то може да бъде фатално в рамките на първата година от живота на детето [1,2,3,4].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Тежката комбинирана имунодефицитна недостатъчност е едно от редките заболявания в света, което се проявява след изконсумирането на майчиния имунитет в детския организъм. Родителите с кърмачета с SCID често търсят медицинска помощ между три и шест месеца с тежки инфекции, които се повтарят и са с нисък и/или никакъв имунен отговор. Това означава, че белите кръвни клетки, произведени в костния мозък, за да се борят с инфекциите, Т-лимфоцити (централни медиатори на имунната реакция), В-лимфоцити (произвеждащи антитела), NK-клетки (естествени убийци) са с някакъв дефект. Тази аномалия не само засяга Т-клетки, а и поне още един друг тип имунни клетки (оттук и "комбинирана имунна недостатъчност").

Генетичните заболявания се появяват, когато дадено лице наследява две копия на ген от всеки родител. Ако индивида наследява един нормален ген и един ген на болестта, лицето ще бъде носител на заболяването, но обикновено не показва симптоми. Рискът при двама носители да предадат променения ген и да имат засегнато дете е 25% с всяка бременност. Рискът да имат дете, което е носител като родителите е 50% с всяка бременност. Шансът за едно дете да получи нормални гени от двамата родители е 25%. Рискът е еднакъв за мъже и жени.

Има няколко типа SCID вследствие на генетичен (наследствен) дефект, като най-честият вид се дължи на проблем в гена, намерен в X-хромозомата и засяга само мъже. Жената може да е носител на заболяването, но тя също наследява и една нормална X-хромозома. Така вероятността да се предаде на децата от майката е :25% шанс с всяка бременност да има дъщеря носител като себе си, 25% шанс да има не-носител дъщеря, 25% шанс да има син, засегнат от болестта и 25% шанс да има незасегнат син. Докато бащата може да предаде само на дъщерите си.

Друга форма се причинява от дефицит на ензима аденозин дезаминаза (ADA), при която липсват Т, В, или NK-клетки. Характерното е, че в зависимост от конкретния дефект в гена ADA, пациенти развиват симптоми скоро след раждането (ранно начало), а други по-късно (забавени или късно начало). Други случаи на SCID са причинени от редица други генетични дефекти. Класическите признаци включват повишена чувствителност към инфекции и неуспех в изграждането на придобит имунитет в резултат на вече прекарани инфекции. Бебе с SCID може да има повтарящи се бактериални, вирусни или гъбични инфекции, които са много по-сериозни и по-малко чувствителни към лечение, отколкото обикновено се очаква. Те могат да включват ушни инфекции (остро възпаление на средното ухо), синусите (синусит), орална кандидоза (вид гъбична инфекция в устата), кожни инфекции, менингит и пневмония. Деца с SCID също могат да имат хронична диария поради която не наддават на тегло и изостават в растежа. Могат да се заразят с вируси (цитомегаловирус) от кърма или живи вируси (например, ротавируса или варицела) от ваксинация.

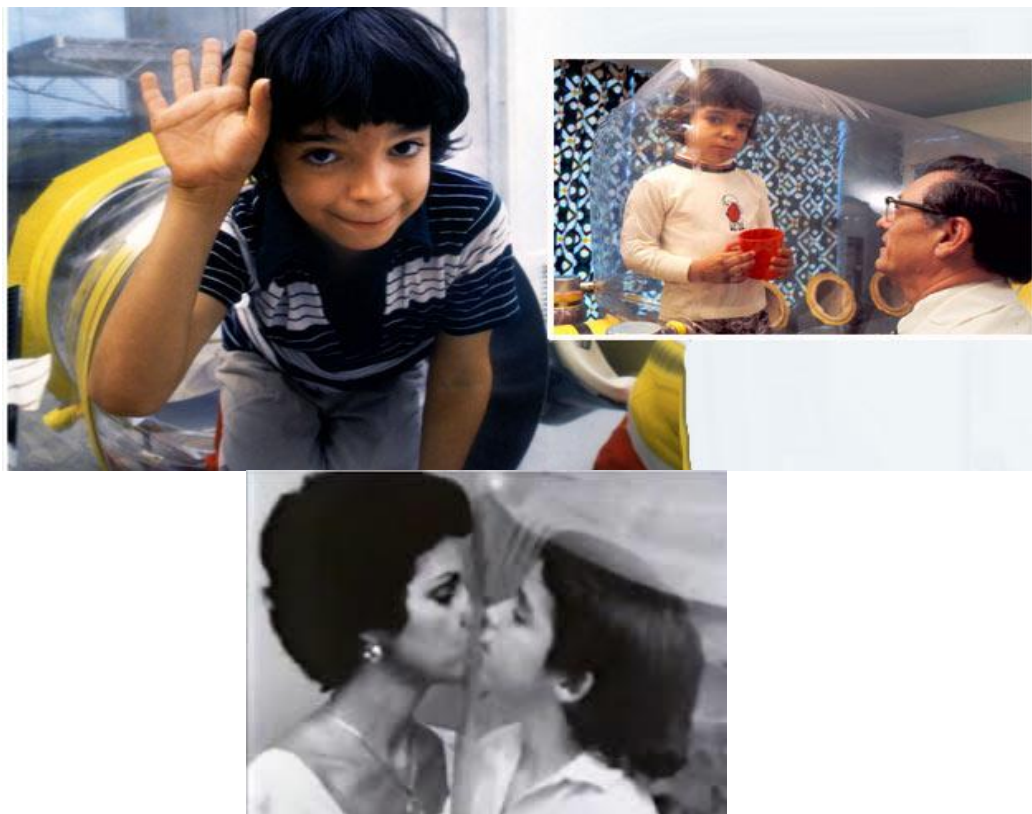
Диагностицира се чрез скрининг на новородени (TREC SCREENING) в повечето страни, а в България е заложен проект за диагностициране и по бързо лечение на Първични Имунни Дефицити от Българската Асоциация по клинична имунология (БАКИ)[2]. Провеждат се генетична консултация и кръвни тестове за съдържанието на имуноглобулини, за клетъчния имунитет. Имунофенотипизиране на лимфоцитни популации, определяне на Treg клетки, определяне на CD34 стволови клетки; функционални клетъчни тестове – за клетъчна активност и пролиферация. При родителите, които имат дете с този синдром или фамилна анамнеза за имуноен дефицит се провеждат задължително генетични изследвания. Докато при повечето деца без данни за семейно онаследяване на заболяването не се диагностицират до 6-месечна възраст даже и повече, ранното диагностициране може да доведе до подобряване на шансовете за добър резултат, защото при децата до 1 година смъртността е висока.

Лечението е костномозъчна трансплантация, която е с успеваемост-90% при откриване на заболяването до 3 месеца на детето. Комплексно се провежда и антивирусна и противобактериална терапия. Друг метод е генната терапия, която е все още в стадий на клинични проучвания [1,3,4,5].

Животът на Дейвид Ветър: Дейвид Филип Ветър е роден на 21 септември 1971г. в Детско отделение на хюстънската болница „Св.Лука“. Семейство Ветър и лекарите са готови и решават предварително, ако се окаже, че бебето страда от SCID да бъде изолирано в стерилна обстановка, докато бъде открито лечение. Веднага след раждането си е поставен в стерилен инкубатор, защото родителите на Дейвид предполагали, че той може да е наследил заболяването, от което първородният им син умира на 7-месечна възраст. Детето живее 12 години в стерилна среда. За лечението и грижите са изразходвани около \$ 1.3 милиона. За детето се грижат екип от лекари, психолози и семейството. Детето прекарва по-голямата си част от живота в болнична обстановка. В дома си, той живее в стерилна среда в специално конструиран балон-камера. Контактът с него се осъществявал единствено чрез гумените ръкавици, вградени в малката камера. Дрехи, памперси, вода, въздух, и храна преминават през дезинфекция и стерилизация. Играчки, книги и други предмети са се почиствали от лепило и етикети и се стерилизирали в етилен, а след това били подложени на аерация от 1-7 дни. На 3-годишна възраст учени добавят допълнителна конструкция за игри, в която първоначално детето не влиза, но след консултация с психолога Мери Мърфи преодолява страха си. Детето расте, започва да се обучава като всички други деца, поставя се телевизор, чрез който той опознава света. На 4-годишна възраст, го запознават с опасността от микробите и последиците при контакта си с тях. Постепенно го местят във все по-големи найлонови „мехури“, но остава една константа: гумените ръкавици. Те са

единственият му начин да усети някого или нещо от външния свят. Очакваното лекарство така и не е открито. Дейвид остава в своя мехур, където привлича внимание в национален мащаб. През 1977 НАСА опитва да му помогне, като му осигурява подвижна биологична изолационна система, в същността си нещо като скафандър, който му дава възможност да напуска понякога своя мехур. Но скафандърът е в действителност просто мехур от друг тип. Тогава Дейвид провървява повече от 6 крачки, играе със сестра си и опознава околния свят. За съжаление го използва само седем пъти, защото пораста. В началото на 80-те години на миналия век лекуващите лекари на Дейвид предлагат на родителите му да го пуснат от мехура и да го подложат на лечение с гама-глобулини и антибиотици, но те след консултация с други доктори отказват предложението. Детето става все по неконтролируемо и с непредсказуеми действия. И така под натиска на лекарите и напредъка в трансплантацията на костен мозък през октомври 1983 година, месец след дванайсетия му рожден ден, на Дейвид е трансплантиран костен мозък от по-голямата му сестра. За нещастие се оказва, че костният ѝ мозък съдържа вирус и в резултат в беззащитния организъм на Дейвид се развива злокачествен лимфом. Като през декември 1983 година започва да се влошава състоянието му. През февруари 1984 година той трябва да напусне своя мехур, за да влезе в интензивното отделение. Тогава неговата майка го прегръща за първи път. Умира малко след това на 22 февруари 1984 от лимфом на Беркет, но поне през последните си дни има най-после възможността да усети топлината на човешкото докосване.

След смъртта му не е било позволено на психолога му и най-добра приятелка Мъри Мърфи да публикува книгата „**Was It Worth It? The True Story of David the Bubble Boy**” от адвокатите на родителите му. Но поне останало посланието от надгробната му плоча „**He never touched the world but the world was touched by him**” [1,6,7]



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тежките комбинирани имунни дефицити са рядко срещани заболявания, които са малко известни в обществото. Разпространението на това заболяване е приблизително 1 на всеки 100 000 родени деца. Към момента, единственото възможно лечение на SCID е трансплантация на костен мозък, с участие на подходящ донор (брат или сестра).

Първата в света животоспасяваща генна терапия за деца е одобрена за прилагане в Европа. Тя е разработена от италиански учени и фармацевтичната компания GlaxoSmithKline (GSK). Европейската агенция по лекарствата е одобрила терапията, наречена Strimvelis, за приложение при малък брой деца с тежка комбинирана имунна недостатъчност, за които няма подходящ донор на костен мозък [8].

Нашата цел като медицински специалисти е да запознаваме обществеността и да даваме напътствия, да оказваме нужната подкрепа и да проявяваме емпатия. Ранното диагностициране може да доведе до бързо лечение и подобряване на шансовете за добър резултат. Посланието ни е повече хора да бъдат запознати с настоящото заболяване, да получат възможност да почувстват това, през което е преминало едно дете с генетично заболяване, като гледат филма „The bubble boy”.

Представеният случай повдига и редица етични въпроси, включително дали родителите с генетична предразположеност трябва да имат деца, какви възможности съществуват за лечение и какво е качеството на живот на засегнатите деца и техните близки.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Уотсън, Д., Бери, А., „ДНК — Тайната на живота”, „ИнфоДАР“ ЕООД, 2004 г.
- [2] Наумова, Е., Балева, М., Мурджева, М., Гешева, Н., Доклад „Регистър на първичните имунни дефицити в България и създаване на експертни центрове”, сп. Социална медицина брой 1/2016
- [3] Вергилова, Е., „Честото боледуване понякога е сигнал за първични имунодефицити”, в. Лечител, брой 21/ 26.05 2016
- [4] Allenspach, E., Vawter, L., Report for SCID, 2016, www.rarediseases.org
- [5] <http://kidshealth.org/en/parents/severe-immunodeficiency.html>
- [6] <https://ru.wikipedia.org>, Дейвид Ветер
- [7] <http://bigpicture.ru/wp-content/uploads/2015/11/115.jpg> „Мальчик в пузуре дюжина лет в ожидании смерти”, 08.11.2016.
- [8] <http://medline.bg/index.php?p=5&l=1&id=69> 05.04.2016

За контакти:

Лиляна Георгиева Маркова, студент III курс, специалност Медицинска сестра, Русенски Университет „Ангел Кънчев”, GSM:0887553826, e-mail: lilqnastaka@abv.bg

научен ръководител: Доц. д-р Деспина Георгиева, дп; Русенски университет „Ангел Кънчев”, ФОЗЗГ, тел. 0889789100, e-mail: dpgeorgieva@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката”, финансиран от фонд „Научни изследвания” на Русенски университет „Ангел Кънчев”.

Аквагенна уртикария-рядка форма на алергия към вода

автор: Зехра Кадирова

научен ръководител: доц. Деспина Георгиева, дп

Akvagenna urticaria rare form of allergy to water: text analyse rare disease aquagenic urticaria with its symptoms and complications allergy is an increased sensitivity of the organism to various factors. Urticaria is a main symptom of this disease. It is characterized by the occurrence of pinpoint scars, redness of the skin and rashes.

Key words: allergy, urticaria, aqua, erythema

ВЪВЕДЕНИЕ

Милиони хора по света страдат от най-различни алергии, които могат да са причинени от неща, които са банални за някои. Алергията представлява повишена чувствителност на организма, обикновено към безвредни субстанции от околната среда – антигени, след предшестваш контакт с тях. В този случай антигените са известни под името алергени, а свръхчувствителността е в резултат на прекомерната защитна реакция на имунната система, предвидима и краткотрайна. Алергията също е и патологична реакция на организма към определени вещества от околната среда – полени, лекарства, животни, храни, лекарства, слънчева уртикария, студова уртикария, уртикария при усилие, холинергична и при стрес уртикария, дермографизъм, инфекции и паразити, уртикария при натиск и индуцирана, битова химия, козметика, продукти от животински произход, течение, ухапвания от насекоми, при контакт с различни вещества и др. Терминът алергия произлиза от древногръцките думи *allos* – друг, чужд, и *ergon* – въздействие. Освен всички тези изброените алергии има и още много други също така има рядко срещани алергии. Например много странна алергията към вода. Среца се сред жителите на Индия, Африка и други страни с горещ климат. Хората там рядко имат достъп до животворната течност, затова кожата им отвиква от постоянното овлажняване.[1] Уртикарията е едно от най-честите кожни заболявания. Счита се, че 7% от населението на Земята поне веднъж в живота си е прекарало такъв обрив, като за България този процент стига до 12%. Засяга еднакво млади и стари, мъже и жени. Според характера на протичане се дели на остра уртикария с продължителност до 6 седмици и обикновено се дължи предимно на алергични причини и хронична, която трае повече от 6 седмици и много рядко, се дължи на алергия. Уртикарията се дължи на освобождаването на хистамин и други медиатори на възпаление, цитокини от клетките в кожата. Този процес може да бъде в резултат на алергична или неалергична реакция. Също така има и неалергична уртикария. Повечето от случаите на т.н. идиопатична уртикария, всъщност се дължат на автоимунна генеза. Тези пациенти често имат и други автоимунни заболявания като Тиреоидит на Хашимото, диабет тип 1, ревматоиден артрит, синдром на Съогрен, витилиго или системен лупус еритематозус. При уртикарията обривът, който се развива, се оприличава на „опарено“ от коприва и се нарича уртика, от латинското наименование на копривата. Представлява зачервено надигнато над нивото на кожата, плътно петно с различна форма и размери, което се явява бързо и също така бързо се скрива или се премества и е силно сърбящо. Обривите обикновено са много на брой и обхващат големи участъци от кожата на цялото тяло и лицето. При по-тежко протичане могат да се появят и мехури върху петната. Когато подобен обрив се появи по лицето, клепачите или по лигавицата на устата, езика, гръкляна, бронхите, отокът от обрива е по-голям и има опасност от задушаване. Температурата може да бъде повишена, да има и втрисане, поради което народът е

нарекъл болестта „Копривна треска” [2]. Понякога уртикарията се съчетава със симптоми от страна на дихателната система - кашляне, задух, сърдечно-съдовата система - понижено кръвно налягане, учестена сърдечна дейност, храносмилателната система - гадене, повръщане, разстройство, болки в корема и нервната система. Поради тази причина уртикарията не е просто симптом за алергия, а болест. Тя е широко разпространена, като жените са засегнати три пъти по-често от мъжете [3] .

ИЗЛОЖЕНИЕ

Възможно ли е човек да е алергичен към вода, макар тялото му да е изградено от нея? Може да звучи невероятно, оказва се, че да! На планетата има общо 35 души, които страдат от водна уртикария. Неприятната алергия прави болезнен допира на кожата с вода – появяват се обриви и подуване на цялото тяло. Всички живи същества са зависими от вода. Що се отнася до хората, мозъкът и сърцето се състоят от около 70% вода, дробовите от 80%, а костите ни съдържат около 30% от жизненоважната течност. Колкото да е странно медицината вече е регистрирала няколко случая [4]. Първият регистриран случай на аквагенна уртикария е от 1963г. Знанията на учените за това състояние са силно ограничени заради малкия брой пациенти. Много лекари дори не са и чували за нея. Аквагенна уртикария е тежко аутоимунно заболяване и изключително рядко срещано. Характеризира се с появата на точкообразни фоликулни белези, съпътствани със зачервяване на кожата. Най-често засегнатите места от алергичната реакция са горната част на торса и крайниците. Въпреки че се броят като изключение в четири от случаите алергията засяга цялото тяло. Патогенезата на заболяването е неясна. Някои от пациентите реагират негативно на всякакъв вид вода, други не. Най-големият брой на алергични реакции е причинен от чешмяна вода. Установено е, че при почти половината от тези случаи между пациентите има родствена връзка. Според учени болестта не е точно алергия, а болезнена реакция, която най-вероятно е имунна и касае нещо, което е в човешкото тяло, а не външен фактор. След множество изследвания и теории се счита, че болестта представлява реакция, която се задейства от промени в налягането, което предизвиква имунен отговор от организма. Симптомите се появяват само тогава, когато водата попадне върху кожата. Без значение дали става дума за пот или слюнка. За хората с аквагенна уртикария обаче капка дъжд или слъза е свързана с редица неприятни симптоми. Само след минута излагане на вода, хората с по-висока степен на алергия получават червени и болезнени обриви, белене на кожата под формата на екзема, сърбеж и много силно главоболие. След около 15 минути контакт с вода почват да усещат парене и щипене, а при някои се подуваат части от тялото. Те се къпят колкото се може по-малко и се стараят да прекарват минимално време в условия, които могат да ги накарат да се изпотят. Такива пациенти също така не могат да плуват или да плачат. Не смеят да излизат навън, ако има опасност да завали дъжд. Пиенето на вода, чай, кафе и плодови сокове ги дразни и затова предпочитат да пият предимно кола, защото тя наранява най-малко устните и кожата им най-малко. Най-често подобна алергия се развива по време на пубертета, а с времето се влошава. Според някои причината е повишаване на нивото на хистамина [2].

Съществуват няколко категории алергия към вода:

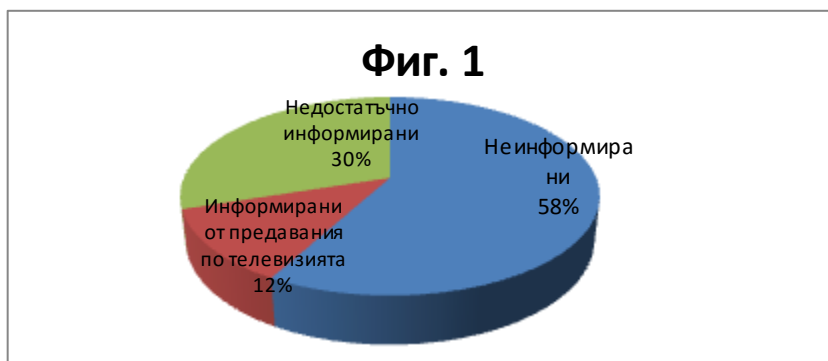
Алергия към морска вода – този вид алергия през последните години все по-често се среща. Смята се, че причината може да бъде цъфтеж на водорасли или крайбрежни растения, микроорганизми и други жители на морето, корабите, минерали и соли, съдържащи се в морската вода.

Алергия към хлорирана вода – всички знаем, че за дезинфекция на водата се използва хлор и вещества, съдържащи хлор. Симптомите могат да бъдат кашлица поради дразнене на белия дроб след пиене на хлорирана вода, както и зачервяване и дразнене на лигавицата на очите.

Алергия към студена вода – при продължително отлагане на студ в тялото започва да се възпроизвежда голямо количество хистамин. Тази защитна реакция води до повишена чувствителност на кожата при много ниски температури. Най-често този вид алергия засяга хора, които са болни от вирусно-инфекциозни заболявания, рак, ревматоиден артрит [5].

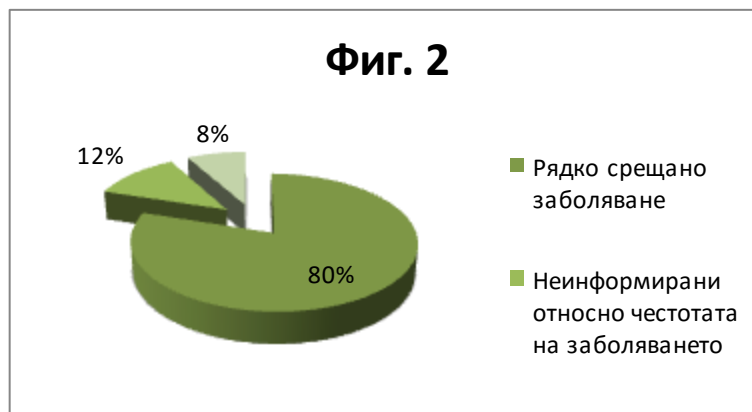
Един от примерите най-изявените случаи на аквагенна уртикария изследван и документиран през последните години: Ашли Морис на 20 г. от Австралия е алергична към вода. Тя е един от христоматийните случаи на аквагенна уртикария в света. Родена в Мелбърн и за жена от страна, известна с великолепните си плажове, условия за почивка и непоносими жеги, състоянието и е истинско мъчение. Ашли не бива да плува, да се топи в топла вана или да се наслаждава на освежителен душ след дълъг и напрегнат работен ден. Тя е алергична към вода от всякаква температура – състояние, с което живее, откакто е навършила 14 години. Когато Ашли се намокри, тялото и се покрива с болезнени червени уртики, които започват да изчезват едва след 2 часа. Разбира се тя обича, но не може да се къпе. За разлика от другите хора за нея това е болезнено изпитание и може да се наслади на удоволствието от душ за не повече от минута. Този кратък контакт за нея е единствения допир с водата през деня. Госпожица Морис е млада дама без здравословни проблеми. Живее нормално, но намокри ли се.. привлича несъзнателно погледите на всички. Затова се налага винаги да носи дълги рокли и дрехи. Неприятната история с Ашли Морис започва на 14 години, когато се разболява от остра ангина. Лекарят и предписва силна доза пеницилин, който повлиява ангината, но създава друг проблем – алергията към вода. Професор Родни Синклер, нейният лекар е констатирал, че пеницилинът е нарушил нивата на хистамин в тялото и така е отключил алергията към вода. За състоянието и няма успешно лечение до този момент. Тя осъзнала сериозността на заболяването си и наложило и се да откаже от спорта и от всички останали дейности свързани с обилно изпотяване. [4]

Във връзка с информираността за заболяването е проведено анкетно проучване на студенти от Русенския университет „Ангел Кънчев”. Анкетирани са 120 студента от специалности: Медицинска сестра, Акушерка, Международни икономически отношения и Екология и опазване на околната среда. Анкета е проведена през м. март. Всички изследвани студенти са във възрастова граница 20-30 години. За съществуването на това заболяване 58% от анкетираните млади хора не са чували и не знаят нищо за симптомите на аквагенната уртикария, 12% познават заболяването от предавания по телевизията, а 30% са чували, но не са достатъчно информирани за симптоми и проява на заболяването. На фигура 1 са представени резултатите.



Фигура 1. Информированост за съществуване на аквагенна уртикария.

Мнението на студентите за честотата на заболяването е отразено на фиг. 2



Фигура 2. Честота на заболяването

Според 80% от изследваните студенти, заболяването се среща изключително рядко, 12% отговарят, че не са информирани и само 8 % смятат, че е често срещана алергия.

На Фигура 3 е отразено мнението на студентите от какво се провокира болестта.



Фигура 3. Как се проявява алергията?

Отговорите на студентите са: 30% от изследваните, смятат, че заболяването се провокира при прием на вода; 50% при пиене и къпане; 12% смятат, че заболяването се проявява при попадане на вода върху кожата и само 8% не могат да отговорят.

Относно възможността за успешно лечение отговорите са разнообразни – 70% са отговорили, че възможностите за лечение са минимални, тъй като не е възможно напълно да се ограничи контакта с вода, 20% не са информирани, а 10% от анкетираните смятат, че лечение е възможно както и при всички останали видове алергии.

По отношение качеството на живот на хората с алергия към вода, мнението на 70% от студентите е, че качеството на живот е силно понижено, т.к. засегнатите от алергията хора е необходимо ежедневно да спазват ограничения, свързани с контакт с вода. По-малка част от изследваните (20%) смятат, че при установена причина за алергия и полагане на определени усилия, качеството на живот на хората, засегнати от този вид алергия може да бъде добро, а само 10% смятат, че хората с алергия към вода водят пълноценен начин на живот.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От проведено изследване става ясно, че голяма част от анкетираните не са информирани за съществуването на алергия към вода. Ниската информираност е обяснима т.к. доказаните случаи на аквагенна уртикария в световен мащаб са около 40 и това заболяване попада в категорията редки болести. В основата на лечението е контролът на провокиращите фактори. Както при всяка алергия важен момент за осъществяване на контрол е откриване на провокиращия фактор или алергена и преустановяване на контакта с него. Доказаните алергии са към чешмяна, морска, дъждовна, хлорирана или студена вода. В зависимост от това ограничаването на контакта с съответния вид вода изисква обучение на пациентите и стриктно спазване на ограниченията. При този вид алергия се налага промяна в начина на живот и контролирането на контакта с вода. Всички тези мерки намаляват качеството на живот на засегнатите пациенти и много голяма промяна в начина им на живот. Към общите мерки са избягване на влошаващите клинична изява се отнасят: контролиране на претоплянето и изпотяването, стресови състояния, забрана на прием на алкохол и медикаменти от групата НСПВС. Добър ефект имат охлаждащите средства. Изключително важно е пациентите да са информирани и да спазват всички предписани указания.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Aquagenic Urticaria: A Report of Two Cases Hoon Park. M.D., corresponding author Hee Su Kim, M.D., Dong Soo Yoo, M.D., Jin Woo Kim M.D., Chul Woo Kim, M.D., Sang Seok Kim, M.D., Jong Ik Hwang M.D., Jun Young Lee, M.D., and Yoon Jeong Choi, M.D. Ann Dermatol. 2011;371-374
- [2] Gallo R, Cacciapuoti M, Cozzani E, Guarrera M. Localized aquagenic urticaria dependent on saline concentration. Contact Dermatitis. 2001; 110-111
- [3] Shelley WB, Rawnsley HM. Aquagenic urticaria. Contact sensitivity reaction to water. JAMA. 1964; 895-898
- [4] http://www.lentata.com/page_6997.html
- [5] <http://medicine-bo.mednews.in.ua/drugi-zaboljavanija/28553-alergija-km-vodata-prichini-lechenie.html>

За контакти:

Зехра Ахмедова Кадирова, студент II курс специалност Медицинска сестра, Русенски университет "Ангел Кънчев", тел. 0899394212; e-mail: zehra_ahmed96@abv.bg

научен ръководител: Доц. д-р Деспина Георгиева, дп; РУ „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, тел.: 0889789100, e-mail: dpgeorgieva@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Вредното въздействие на захарта и болестта Алцхаймер

автор: Невин Кязимова

научен ръководител: доц. Деспина Георгиева, дп

The harmful effects of sugar and Alzheimer's disease is constituted to point out the insulin deficiency and resistant in brain of people with AD. In postmortem studies about AD, it has been detected that insulin receptors, insulin-like growth factor 1 and 2, insulin messenger ribonucleic acid are decreased in brain. Insulin can pass through brain-blood-barrier, besides it can be synthesized by a group of neuron internally. Gene expression of insulin is present in mature and immature neurons of mammals. Insulin has important effects on regulation of energy metabolism of neurons and neuronal recovery.

Keywords: Alzheimer's disease; dementia; insulin; type 3 diabetes

ВЪВЕДЕНИЕ

Заболяването Алцхаймер придобива изключителна популярност. Според СЗО почти 18 милиона души в света боледуват от тази болест. От изследванията става ясно, че не при малка част от болните от заболяването, всъщност мозъчните клетки страдат от недостиг на глюкоза. Още преди десетина години се заговори за връзката между двете заболявания. Тогава учените открили в мозъка на пациенти с болестта на Алцхаймер повишена концентрация на инсулин. Отдавна е известно, че страдащите от захарен диабет 3-4 пъти повече са предразположени към Алцхаймер, но тези пациенти не могат да бъдат наречени диабетици. Според д-р Сюзън де ла Монте от Университета Браун, изработването на инсулин в мозъка е отделен процес, което означава, че и резистентността към инсулина се развива самостоятелно. Де ла Монте смята, че резистентността към инсулина се появява в ранен стадий от болестта на Алцхаймер и може да се превърне в причина за деменция [1].

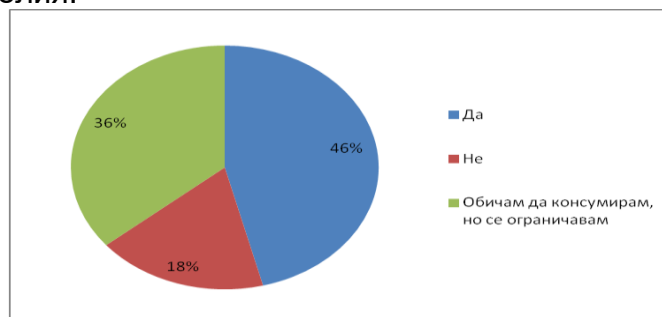
ИЗЛОЖЕНИЕ

Американско изследване е показало, че пациенти с високи стойности на гликемия вероятността да се разболеят от Алцхаймер е 85%. В тази връзка са установили, че пациентите с диагноза Алцхаймер имат намалено равнище на инсулин, което позволява заболяването да бъде определено като диабет тип 3. Това дава идея на италианските учени да изследват молекулярните механизми на двете заболявания. Според тях в основата на Болестта на Алцхаймер стои прекаленото отделяне на протеин А-бета в мозъчните клетки, който образуват плаки в междуклетъчните пространства, които са в основата на прогресивната клетъчна дегенерация. При болестта на Алцхаймер настъпва атрофия на клетки в главния мозък. Пациентите забравят актуални събития, губят ориентация за време и пространство, не могат да си спомнят своето име и адрес. Смята се, че Болестта на Алцхаймер е нервно-еднокрино заболяване. Получава се недостиг на инсулин, смутена функция на нервнотрансмитерните системи. Характерното е, че се получава и инсулинова резистентност от страна на нервните клетки [2]. Инсулинът е хормон, който позволява свързването на глюкозата с клетките. При Захарен диабет глюкозата не е способна да осъществи връзка с клетките, което от своя страна повишава кръвната захар. Въпреки, че кръвната захар е висока, поради клетъчния глад на глюкоза се понижава синтеза на АТФ. Известно е, че нервните клетки, както и самия мозък са „зависими“ от глюкозата. Когато настъпи момент на недостиг на глюкоза, това довежда до смъртта на невроните. Мозъчните клетки не могат да удовлетворят своите нужди от глюкоза, което става причина за нарушения във функционирането им. Интересно е, че много често преди да се развие заболяването Алцхаймер се появяват смущения в концентрацията, нервни изблици, депресия. Високите нива на инсулин възпрепятстват синтеза и на мелатонин, което довежда до

съкращаване продължителността на живот [3]. Според множество проучвания в световен мащаб става ясно, че захарта се оказва „бяла отрова“, поради пораженията, които оказва върху човешкия организъм. Консумацията на захар в големи количество нарушава нормалното функциониране на редица органи, системи и съответно техните функции. Джанан Каратай-турски професор, доктор по кардиология и вътрешни болести, има изключителен принос в диетологията. Според нея прекалена консумация на захар и захарни изделия влияе на поведението и познавателните способности у децата, увеличава стреса, заема мястото на важни хранителни вещества. Поради това, че предизвиква внезапни промени в кръвната захар е предпоставка за развитието на Захарен диабет, Алцхаймер и др. заболявания. Каратай набляга на важноста на правилното и рационално хранене, което според нея изисква премахване на захарта, хляба, рафинираните храни. Нейните проучвания и наблюдения доказват пагубното влияние на тези храни върху човешкото здраве. Основната „опасна“ храна според нея се оказва захарта и това се обяснява с вредите от консумацията на захар и захарни изделия. В общ план те могат да бъдат: Захарта е причина за рязкото спадане на глюкозата в кръвта. Увеличава риска от затлъстяване, диабет и сърдечно-съдови заболявания. Влияе негативно на имунната система. Честата консумация води до дефицит на хром, ускорява остаряването и уврежда зъбите [4].

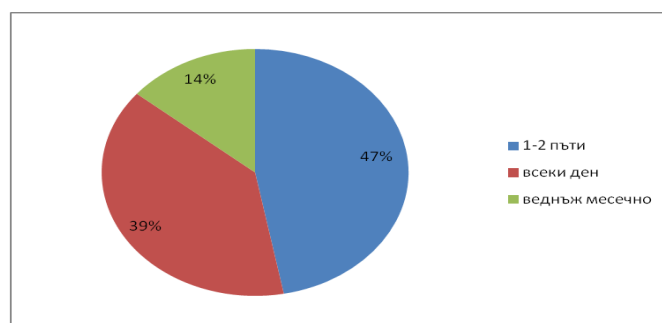
За целите на настоящето научно съобщение се проведе анкетно проучване за информираността на населението за вредното въздействие на захарта и връзката с възникването на болестта Алцхаймер. Анкетирани са 100 респондента от различни възрастови групи и социален статус. Проучването е проведено в периода от 07.03.2017г. до 30.03.2017г.

Най голям дял от анкетираните (32%) са на възраст между 20-30г., следвани от 40-50г. и тези над 50г. Със средно образование са 42% от изследваните, 35% са студенти и 24% са с висше образование. На фигура 1. е отразена консумацията на захар и захарни изделия.



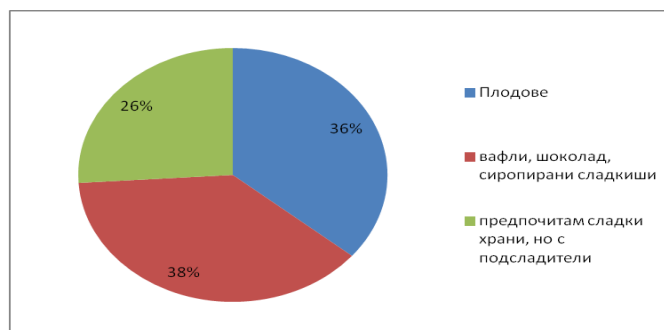
Фигура. 1 Консумация на захар и захарни изделия

Много голяма част от анкетираните общо 82% обичат да консумират захар и захарни изделия, като 36% от тях си налагат ограничения в приема на захар. Само 18% не обичат захар и захарни изделия. Честота на прием на захар е отразена на Фигура 2.



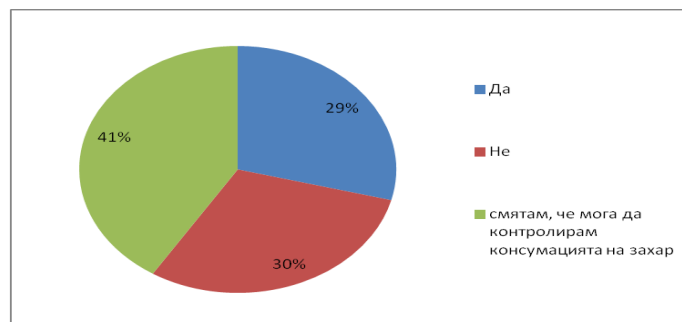
Фигура 2. Честота на прием на изделия, приготвени от бяла рафинирана захар.

Получените резултати са твърде тревожни т.к само 14% от изследваните консумират захарни изделия 1-2 месечно, всеки ден 39%, а почти половината (47%) един – два пъти седмично.



Фигура 3. Предпочитания на храни, съдържащи въглехидрати.

На въпроса: *Какви храни предпочитате да консумирате, за да си набавите нуждите от въглехидрати?* Анкетираните са дали интересни отговори: 38% предпочитат вафли, шоколади и сиропирани сладкиши; само 36% плодове, а 26% захарни изделия, приготвени с подсладители.



Фигура 4. Пристрастеност към захар

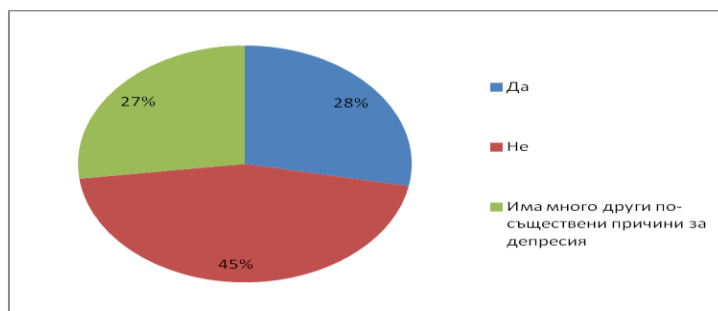
Фигура 4. отразява самооценката на изследваните за зависимостта им към консумацията на захар. Най-голям дял (41%) от респондентите считат, че могат да контролират консумацията на захар, а 29%, че са пристрастени към консумация и не могат да упражняват контрол.

Общозвестен е фактът, че завишената консумация на захар е една от причините за затлъстяване. Въпреки това, 6% от анкетираните не считат, че това е причина за получаване на наднормено тегло.

Отговорите на въпроса: *Запознати ли сте с това, че злоупотребата със захар е причина за състаряване на кожата?* 46% са дали положителен отговор, 40% не са информирани за тази зависимост, а 14% считат, че не консумацията на захар, а други фактори са причина за състаряване на кожата.

Информираността на респондентите за съществуването на теория за връзката между ракови заболявания и злоупотребата със захар е сравнително ниска. Голяма част от изследваните (36%) считат, това не е водеща причина, 34% са дали положителен отговор и останалите 30% не са запознати.

Информираността по отношение на връзката между консумацията на захар и депресия са отразени на Фигура 6.

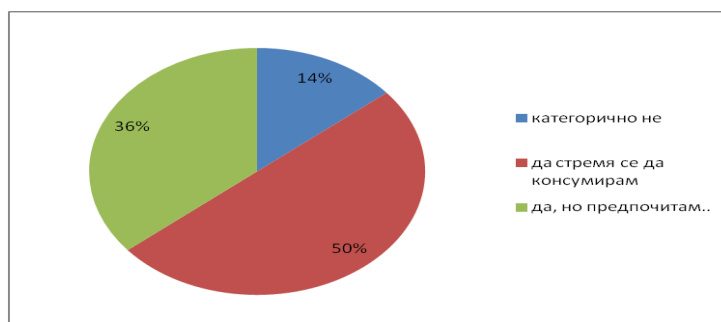


Фигура 6. Информираност за консумация на захар и депресия.

Голяма част от респондентите (45%) не са запознати със тази закономерност, 27% считат, че има много други по-съществени причини за отключване на депресия в сравнение с консумацията на захар.

Отговорите на анкетираните по отношение на информираността им за болестта Алцхаймер имат важно значение за настоящото научно съобщение. Голяма част от анкетираните (50%) не познават характеристиките и начините за намаляване риска възникване на заболяването. На въпроса *Имате ли информация за това, че захарта може да доведе до Алцхаймер?* Много голям дял от хората (72%) дават негативен отговор.

Финансовите възможности на респондентите за ежедневна консумация на зеленчуци; плодове, сурови ядки, риба; зехтин, храни богати на фибри са отразени на Фигура.7.



Фигура 7. Възможности за ежедневна консумация на здравословни храни

Само 14% от изследваните нямат финансова възможност за ежедневна консумация на здравословни храни. Половината от тях се стремят ежедневно да консумират поне част от посочените храни. Интересен е отговорът на 36 % от анкетираните, които твърдят, че финансовото им състояние позволява да си осигуряват здравословно хранене, но предпочитат ежедневна консумация на месо, пържени картофи, сладкиши и безалкохолни напитки.

От анализа на резултатите могат да се направят следните изводи:

1. Независимо, че респондентите са в млада и средна възрастова група, голяма част от тях не са достатъчно информирани за вредното влияние на захарта.
2. Тревожни са фактите, че по-голямата част от анкетираните осъзнават вредата от злоупотребата със захар и захарни изделия и въпреки това не предприемат нищо, за да променят начина си на хранене.
3. Възниква необходимостта от информираност на населението и по- голяма степен на мотивация за промяна в начина на хранене.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От проведеното изследване се установява, че голяма част от респондентите са информирани за вредното влияние на бяла захар, но въпреки това редовно я употребяват. В тази връзка считаме, че е необходимо е да се работи върху осъзнаването на вредата от захарта и мотивацията за промяна в начина на хранене.

Консултиращата дейност на професионалиста по здравни грижи е необходимо да бъде насочена в две основни направления:

Първото е към формиране на потребност от здравословно хранене у подрастващи и млади хора чрез провеждане на беседи и изготвяне на видеоклипове, насочени към пораженията от прекалената употреба на захар. Усилията за намаляване на консумацията е необходимо да се насочат не към налагане на забрана на консумацията на захарни изделия, а към възможности за упражняване право на мотивиран избор. Доказано е, че това се възпитава особено в детска възраст. Организирането на различни форми на информираност с активното ангажиране на децата, демонстрациите на здравословни храни, участие в приготвяне им ще доведе до по-добър резултат в мотивацията им за промяна в начина на хранене. Разкази на хора, които са злоупотребявали с консумацията на бяла захар и са променили начина си на хранене също ще имат добър мотивиращ ефект.

Второто направление е във връзка с информираността на населението за болестта Алцхаймер, превенцията и значението на консумацията на бяла захар като рисков фактор за възникването и.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Алцхаймер - диабет тип 3 <http://www.dergipark.gov.tr>
- [2] Алцхаймер е вид диабет, <http://www.doctoronline.bg>
- [3] Болестта на Алцхаймер е форма на диабет, <http://www.blitz.bg>
- [4] Кой е застрашен от болестта Алцхаймер, <http://www.lekar.bg>
- [5] Причини да ограничим захарта, <http://www.lekar.bg>

За контакти:

Невин Ахмедова Кязимова, студент специалност Медицинска сестра,
email:moonlight_96@abv.bg, тел:0896926190

научен ръководител: доц. д-р Деспина Георгиева, дп; Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, тел: 0889789100, e-mail: dpgeorgieva@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Профилактика и контрол на бронхиалната астма при възрастни

автори: Атанас Атанасов, Садие Юсеин
научен ръководител: доц. Деспина Георгиева, дп
консултант: ст. мед. сестра Ценка Стоичкова

Prevention and control of bronchial asthma in adults Asthma is one of the most common chronic diseases in the world, occurring in both children and adults. In each patient it is different. Asthma is an incurable disease, but with proper therapy, patients can live as asthmatic people who are not asthmatics.

Key words: prevention, control, bronchial asthma, risk factors.

ВЪВЕДЕНИЕ

Бронхиалната астма (БА) е едно от най-честите хронични заболяване на белите дробове. Водещият симптом е внезапно възникнал задух, главно затруднено издишване, известен като астматичен пристъп. Може да възникне по всяко време на денонощието, но главно в малките часове на нощта (през нощта, докато човек спи). В света има над 300 милиона човека, страдащи от астма. През последните години броят на боледуващите от астма значително се увеличава. Известни са редица фактори и причини за развитието и. Въпреки, че астмата е нелечимо заболяване може да се постигне добър контрол като се осъществява добра профилактика и правилно лечение, по този начин болните от бронхиална астма могат да водят пълноценен живот [4, 6]. Превенцията и контролът на рисковите фактори, адекватната профилактика и лечение, осъществявани от екип от лекари, професионалистите по здравни грижи в сътрудничество с пациентите, техните близки и обществото, ще позволи подобряването прогнозата на заболяването, повишаване качеството на живот на болните и намаляване смъртността от заболяването.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Причините за развитието на БА не са напълно установени, но са многобройни и не винаги могат да бъдат напълно идентифицирани. БА е заболяване, което не може да се излекува, но с правилно лечение е възможно да бъде поставена под контрол и болният да има нормален живот. Тя може да се прояви във всяка възраст, а тежестта на заболяването може да се промени с течение на времето. Въпреки, че периодите на влошаване на заболяването са епизодични, болестта присъства в живота на пациента всеки ден! Най-тежкото проявление на астмата е астматичния пристъп. Той бива 3 вида - лек, умерен и тежък [2].

На фигура 1. са представени промените на дихателните пътища при различна степен на увреждане при бронхиална астма.

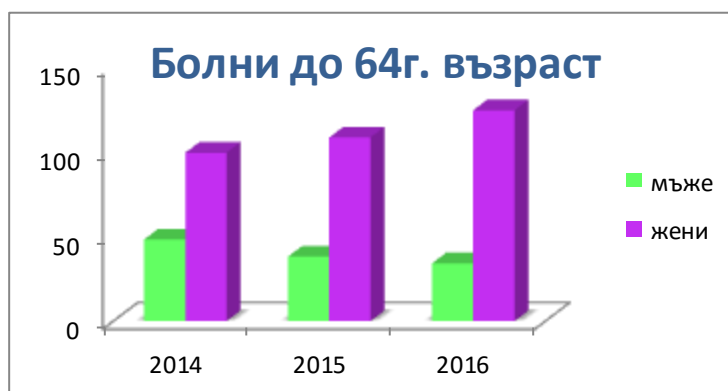


Фигура 1.

Симптомите на бронхиалната астма могат да бъдат различни, класическите са затруднено дишане, стягане в гърдите, упорита кашлица, хрипове и др.

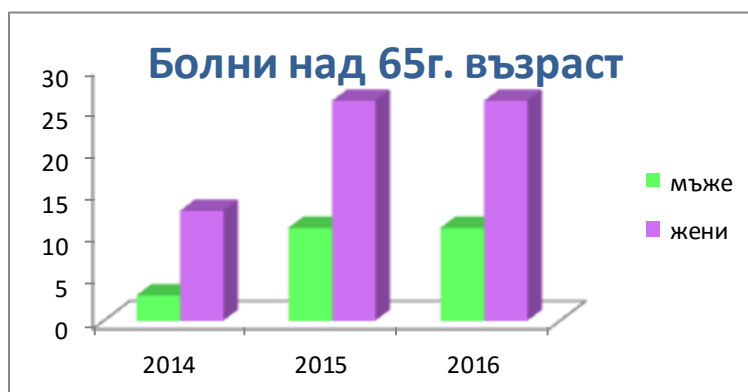
Много често бронхиалната астма е в резултат на алергия предизвикана от алергени с различен характер (цигарен дим, домашен прах, пух и пера, косми, химични вещества, храни с консерванти, мухъл и плесени, акари, настинка и грип, физическо натоварване, лекарства, хлебарки и др.) [3, 5].

Пациентите с БА провеждат непрекъснато лечение в дома си. При екзацербации на заболяването постъпват на стационарно лечение. По данни на СБАЛПФЗ „Димитър Граматиков“ – гр.Русе за периода 2014-2016г. на стационарно лечение са преминавали голям брой пациенти, разпределени съответно до 64г. и болни над 65 години. Броят на пациентите и половата им принадлежност са представени на Фигури 2 и 3.



Фигура 2.

Увеличаващият се брой хоспитализирани пациенти до 65г. с БА за посочения период говори за недобър контрол на заболяването в дома на пациентите.



Фигура 3.

Наблюдава се и тенденция за увеличаване на пациентите над 65г.на стационарно лечение.

Предвид многобройните рискови фактори и значението на контрола им за правилното провеждане на дългосрочното лечение, важен елемент е провеждането на комплексно лечение и степента на информираност на пациентите. Смята се, че една от основните причини за лошото придържане към предписаното лечение е непознаването достатъчно добре характера на болестта от пациентите. Информираността им включва предоставяне на разнообразни форми и методи на обучения, достъпни за пациентите брошури и здравна информация, насочена към подобряване на знанията на пациента за заболяването и за увеличаване на мотивацията им за лечение.

Практическите насоки за подобряване на придържането към терапията на болните с астма включват:

- създаване на отворени, комуникативни, неосъдителни взаимоотношения с пациентите;
- партньорски подход/споделени решения за лечението на астмата;
- ангажиране на пациента в терапевтичния процес;
- опростяване на лечението, когато е възможно, и стремеж към нагаждане на терапията според потребностите, възможностите и предпочитанията на пациента;
- търсене на обратна връзка с пациентите и убеждение, че пациентът разбира характера на заболяването и необходимостта от лечение;
- стремеж към осигуряване на подкрепа в семейството;
- сътрудничество с други медицински специалисти за подобряване на резултатите на пациентите;
- насърчаване за редовни контролни прегледи и проследяване на нивата на придържане към терапевтичния план [1].

Намаляването въздействието на рисковите фактори може да подобри симптомите на бронхиалната астма и да се предотврати влошаването и. Ако БА е под контрол пациентите са по малко чувствителни към рисковите фактори от околната среда[8]. Необходимо е да се акцентира върху необходимостта от правилно провеждане на лечението, контрол на провокиращите рискови фактори, както и спиране на тютюнопушенето. Болните се мотивират да поемат отговорност за собственото си здраве и да провеждат правилно предписаната терапия.

Медицинската сестра, съгласно Наредба 1/08.02.2011г. притежава нужната компетентност да провежда обучение на пациенти с хронични заболявания и техните семейства. Обучението при болните с бронхиална астма е насочено към информиране за основните рискови фактори, ролята на личността в избора на начин на живот, контрол на болестта и повишаване качеството на живот

Студенти от специалност “Медицинска сестра” към Русенски университет “Ангел Кънчев” провеждат периодични обучения на хоспитализирани пациенти с хронични белодробни заболявания в "Специализирана болница за активно лечение за пневмо – фтизиатрични заболявания д-р Димитър Граматиков – Русе ЕООД". Информацията, предназначена за болните е насочена към формиране на умения за контрол на заболяването и поемане на отговорност за собственото здраве.

Обучението на пациентите се провежда в следните направления:

1. Предоставяне на информация за най-често срещаните хронични заболявания на дихателната система.
2. Вредното влияние на тютюнопушенето.
3. Бронхиална астма. Обучение за правилното използване на различни видове инхалатори.
4. Поведение на пациентите при битовото и външно замърсяване на въздуха



Пациентите се запознават с най- често срещашите се рискови фактори (Таблица 1), както и мерките за тяхното контролиране.

Задействащи фактори	Мерки за предотвратяване/намаляване на експозицията.
Цигарен дим	Цигарения дим трябва да се избяга; Пушенето трябва да се спре; Вашите роднини не трябва да пушат във ваше присъствие;
Мухъл	Премахване и пречистване на мухъла; Почистване на стените; Намаляване на влажността на въздуха под 50%; Отстраняване на течовете в помещенията и сградата;
Полени	Затваряне на прозорците и вратите; Използване на климатик при редовно почистване на филтрите;
Хлебарки	Често и внимателно почистване; Използване на спрей срещу инсектициди;
Животни с козина	Преместване на животните там където не спите; Използване на прахосмукачки с филтър за прах; Къпане на домашните любимци;
Акари в домашния прах	Използване на водоустойчиви кълъфи за матраци, възглавници и юргани; Ежеседмично пране на завивките с гореща вода; Намаляване на влажността в околната среда; Отстраняване на килими и подмяна с твърди настилки; Премахване на предмети по които се натрупва прах; Премахване на плюшените играчки; Използване на прахосмукачки с филтър за прах двойна торбичка;
Професионални алергии	Да се намали, а най-добре да се избягват излагането на тези агенти
Лекарства, хранителни добавки	Да се избягват, ако знае, че причиняват симптоми на астма[8].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въпреки разнообразните терапевтични възможности, при голяма част от пациентите с бронхиална астма не може да се постигне контрол на заболяването, което повишава риска за тежки екзацербации, лошо качество на живот и увеличава директните (медикаменти, хоспитализации, посещения в спешни звена) и индиректни (ниска продуктивност, отсъствие от работа) икономически разходи [7].

БА е заболяване, което не може да се излекува, но с правилно лечение и поведение може да се води нормален начин на живот. Лечението трябва да се прилага дори когато заболяването е без видими прояви. Правилното провеждане на поддържащото лечение в дома и контролиране състоянието може да се постигне чрез включването на пациентите в обучения, насочени към мотивация за поемане на отговорност за собственото здраве.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Комплайънс и придържане към терапията при бронхиална астма, Придържане към терапията при ХОББ и астма, Брой № 5 (33) / декември 2015
- [2] Томов И., В. Коларски, Л. Константинова, А. Аструг - Вътрешни болести, Издателство Медицина и физкултура
- [3] GINA Pocket Guide for Asthma Management and Prevention, Декември 2012, http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Posket2013_May15.pdf
- [4] Patient Guide "You can control your asthma" 2017, http://www.ginasthma.org/local/uploads/content/files/GINA_PatientGuide2007.pdf
- [5] MR Miller et al: "Standardization of spirometry", Eur Respir J 2005;26;319-338
- [6] National Heart Lung and Blood Institute, NIH Publication No. 07-5248 March 2007, http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/lung/asthma/have_asthma.pdf
- [7] <http://www.asthmafoundation.org.au/>

[8]<http://spisaniemd.bg/md/2015/04/kak-da-postignem-kontrol-pri-nekontrolirana-astma>
Как да постигнем контрол при неконтролирана астма?

За контакти:

Атанас Михов Атанасов, студент I-ви курс специалност Медицинска сестра, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0876128468, e-mail: efrain87@abv.bg

Садие Доргут Юсеин, студент I-ви курс специалност Медицинска сестра, Русенски университет “Ангел Кънчев”

научен ръководител: Доц.д-р Деспина Георгиева, дп; Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Зравни грижи, тел. 0889789100, e-mail: dpgeorgieva@uni-ruse.bg

консултант: Ценка Стоичкова, старша медицинска сестра, СБАЛПФЗ “Димитър Граматиков“ гр. Русе

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Връзката между емоционалните кризи и суицидните опити

автор: Дияна Димитрова

научен ръководител: доц. Деспина Георгиева, дп

консултант: гл. мед. сестра Бианка Сърталанска

Relationship between emotional crises and suicide attempts: *Emotion is a process associated with internal states of the body that have an external observable side. Stress is not synonymous with a crisis, as we all experience stress in our daily lives. Not all stressful situations lead to an emotional crisis in us, but some types of stressful events can cause crises, suicide attempts or clinically significant disorders in some people. By managing our emotions we are full masters of ourselves. To recognize the symptoms of the emotional crisis, a broad awareness of all population groups is needed.*

Key words: *emotions, emotional crisis, emotional state, suicide, stress, psychological disorders*

ВЪВЕДЕНИЕ

Всеки от нас в живота си се е чувствал сякаш е на кръстопът – все едно стои и пред себе си има множество пътища, по които може да поеме и един, който да се върне обратно. И този път сякаш е най-лесен и най-достъпен. Но дали е най-правилният? Не, не е! Чувството е на несигурност - какво точно се случва, защо именно в този момент от живота ни си задаваме определени въпроси и защо дори сами на себе си не можем да помогнем. Задаваме си куп въпроси като: „Кой съм аз?“, „Какво искам от живота?“, „Ще успея ли?“ и още милиони подобни. Изпитваме безброй емоции събрани в едно тяло и една душа, в което не можем да припознаем себе си. Емоцията е процес свързан с вътрешни състояния на организма, които имат външна наблюдаема страна. Всеки от нас е участник в много и различни събития, които стават повод да преживяваме различни чувства: негативни и позитивни, прости и сложни, силни или не особено силни, приятни или доста неприятни. Но каквито и да са, те са ни необходими, за да можем да се ориентираме в света около нас и да направим своя правилен избор [5,6].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Думата „емоция“ в превод на латински „*emoveo*“ означава „вълнувам се“. Това е понятие, изразяващо психичното състояние на индивида, повлияно от различни субекти и обстоятелства. Това състояние може да бъде както положително (възторженост, радост, щастие), така и отрицателно (тъга, покруса, скръб), но също така и състояние на безразличие (апатия). Понятието „емоция“ често се използва като синоним на „чувство“ в ежедневието, но от гледна точка на психологията се различават едно от друго. Емоцията е високо интензитетно състояние, на силна краткотрайна възбуда - временно и краткотрайно психическо състояние, а чувството може да бъде продължително, дълготрайно психично субективно-оценъчно отношение към определен обект. В началото на 1970 г., Пол Екман и хората, с които той работи започват научни изследвания, които предполагат, че много от емоциите са универсални. Той намира доказателства, че хората имат най-малко пет основни емоции: страх, тъга, щастие, гняв и отвращение [5].

Понятието „криза“ или на латински „*crisis*“ има старогръцки произход и означава „прелом“ - решителен момент. За пръв път е било използвано като специфичен термин в психиатрията от Джералд Каплан (Gerald Caplan). Той се опира на по-ранните свидетелства на Ерих Линдемман (Erich Lindemann), че жертвите на голям пожар в нощен клуб в Бостън (1942 година) са се възстановили по-бързо и в по-пълна степен, ако са получили непосредствена психиатрична помощ. Класическата дефиниция на Каплан за криза е: „Нарушение на стабилното състояние на индивида, настъпващо, когато индивида установи че постигането на

важни за него житейски цели е блокирано от сериозни препятствия. Тези препятствия изглеждат непреодолими, поне за известно време, с помощта на обичайните методи за решаване на проблемите.”[3] Криза е драматичната промяна в състоянието на един организъм или система или в обичайното протичане на един процес. За да се обозначи една промяна като критична, обаче, е необходимо тя да има следните две основни характеристики: да е много категорична или значима, и да настъпва внезапно или много бързо и неочаквано. Поради неочакваността на промяната и нейната сила, възстановяването на равновесното състояние на системата е силно затруднено. От тук произтича и високия риск от неблагоприятно развитие и провал на възстановителните процеси. Поради бурния характер на промените кризисното състояние винаги е съпроводено с висок риск от разрушаване на организма.

Емоционалните кризи имат основни етапи на протичане, като преминават през две основни фази.

1. **Начална фаза** – Поради настъпването на отключващо събитие относително стабилното и устойчиво състояние е нарушено. Появява се интензивна емоционална реакция, съпроводена с когнитивни, поведенчески и вегетативни симптоми.

2. **Фаза на генериране на решения за справяне** (адаптивни или дезадаптивни)-мобилизиране на възстановителните/защитните механизми. В рамките на 24 часа до 2 седмици индивида мобилизира своите “защитни” механизми и стратегии за справяне. Първоначално на преден план излизат обичайните механизми за разрешаване на проблема. Този етап е критичен, тъй като при провал на тези първи усилия за справяне с кризисната ситуация нивото на напрежение често се покачва. Човек се чувства тревожен, объркан и неефективен, преживява провал. Следват поредица неуспешни опити за справяне с проблема. Негативните преживявания могат да се засилят до усещане за полудяване, за хаос, за тежка безпомощност и пълна загуба на контрола над себе си и други симптоми. Високата степен на тревожност може да доведе до висока степен на дезорганизация. Част от трудността идва от това, че човек се мъчи да решава проблема отново и отново по старите, неефективни в новата ситуация начини или използва стереотипни решения, които вече са доказали ниската си ефективност в други ситуации. Изследвания сочат, че по време на тази фаза хората в криза са податливи на интрапсихични промени. Например, нараства склонността им към зависимост. Обикновено на този етап хората в криза предприемат опити за използване на нестандартни начини за преодоляване на кризата.

Възможните изходи от кризата са следните:

- **Разрешаване/Справяне с кризата** - индивидът се приспособява към новите обстоятелства. Стабилността и устойчивостта са възстановени на нивото, предшестващото кризата или дори по-високо ниво.

- **Дезадаптивни решения** - повърхностно „заравяне“ и последващо активиране на кризисните преживявания или изява на повтарящи се медицински симптоми.

- **Сериозна дезорганизация** - ако не бъде постигнато разрешение на кризисната ситуация следва състояние на психическа дезорганизация. Невъзможността индивидът да се справи с кризата, може да доведе до по-ниско ниво на функциониране, съпроводено с изява и хронифициране на евентуални заболявания, отклонения в личностното развитие, поведенчески нарушения и др. Кризисното състояние може да се развие и до психотичен епизод или афективни разстройства.

Психологическите характеристики на човек в криза са: **загуба на себеуважение** /”Аз съм един неудачник”/; **загуба на идентичност** /преосмисляне на въпроса „Кой съм аз?”/; **загуба на усещане за справяне**; **загуба на сигурност**

/човек не вярва, че ще оцелее/; **отричане на реалността**; **чувство на вина или обвинение към събития и хора** /вместо опит да се излезе от кризисното състояние/; **нагласи на объркване и паника** /усещане за безсилие, безполезност, безпомощност, поява на себепоразрушителни действия/; стеснено съзнание – /не се интересува и не чува, не вижда и не усеща какво става около него/; **при намерения за самоубийство има блокиран “рефлекс на целта”**. Тези хора са като в мъгла, не виждат нищо – нито в бъдещето, нито в миналото. Имат усещането, че са сами – без надежда, без възможности за промяна, без подкрепа [5].

Скала на стреса: През 1967 г. психиатрите Томас Холмс и Ричард Рае проучили дали стресът е фактор, предизвикващ различни заболявания. Те изследвали над 5 000 пациенти, като ги помолили да споделят дали някой от тях е преживял някое от събитията (серия от 43 събития), изброени в листа, през изминалите две години. Всяко събитие е наречено променящо живота събитие и има различна „тежест“ за стрес. На събитието с най-голяма тежест, съответстват 100 точки. Колкото повече събития е преживял човек, толкова по-висока е крайната оценка и толкова по-висок е риска от настъпване на някакво заболяване. Холмс и Рае създават скала за оценка на стреса. Благодарение на тази скала става възможно да се измери приблизително как и доколко стресиращите събития в нашия живот влияят върху нашето самочувствие и психична издръжливост. Холмс и Рае успяват да конструират списък с най-честите и най-важните житейски събития, които предизвикват стрес. На събитието с най-голяма тежест (смърт на партньора съпруга(та), съответстват 100 точки, а на събитие с най-малка тежест (малки нарушения на закона) - 11 точки. Според тях, ако човек е преживял събития, количествената оценка на които варира между 155 и 199 точки, възниква 37% риск през следващите две години човек да се разболее от някаква сериозна болест. Ако тази сума варира между 200 и 299 точки, то рискът се увеличава на 51%, а при над 300 точки рискът нараства до 79% [8, 9].

Централен риск при депресивните разстройства включващи емоционалните кризи остава рискът от самоубийство. Самоубийството /суицид/ и опитът за самоубийство са форми на поведение, присъщи само за човека от всички живи същества. Етимологичното название на самоубийство (suicidium) се образува от съчетанието на латинските думи „suus“ свой, собствен и корена „sidium“ на глагола „caedere“ - съсичам убивам. Терминът е приет от Френската академия през 1762 г., като в съдържанието му се включва действие при което човек убива сам себе си [9]. Най-простото и същевременно доста прецизно определение на суицидното поведение дава Щенгел(1970): „Това е едно преднамерено самоувреждане, ограничено в къс интервал от време, при което въпросният, който извършва действието, не може да знае дали ще го преживее или не. Суицидното поведение е един от параметрите, с които се оценява нивото на психично здраве и социално благополучие на всяко общество [9]. Без лечение 10-15%, от хората които страдат от депресивно разстройство правят опити за самоубийство. Много хора които правят опити за самоубийство, са търсили медицинска или специализирана здравна помощ в рамките на 3 месеца преди опита им. Риск от предприемане на сериозни стъпки по отношение на самоубийство имат всички хора с депресия, които имат суицидни идеи. По тази причина този риск не бива да се пренебрегва в нито един от случаите. Този риск обаче сериозно нараства, когато към неопределеното желание да сложи край на живота си или просто да заспи или изчезне, пациентът разкрива ясен и конкретен план за действие, избрал е начина, по който ще извърши самоубийството и си е осигурил необходимите за целта средства. При вече направен един опит за самоубийство рискът се оценява като особено висок [2]. Рисковите групи са: стари, болни, самотни хора, а също така и тийнейджъри. Депресивните разстройства са едни от най-честите психични разстройства като според епидемиологични проучвания, направени в различни страни годишната заболеваемост от депресивно

разстройство е около 30%. Това означава, че в рамките на една година една десета част от населението страда от различни по продължителност и тежест депресивни разстройства. Полът, възрастта и социалния статус играят важна роля в разпространението на депресивното разстройство.

За България самоубийствата представляват един от проблемите с непрекъснато нарастваща обществена значимост. Сред причините за смърт във възрастта от 15 до 35 години самоубийствата заемат второ място сред нещастните случаи. През последните години броят на самоубийствата в страната ни надвишава този на загиналите при пътнотранспортни злополуки. С нарастване на възрастта нараства и смъртността от самоубийства. Особено голяма тревога представлява ясно изразената тенденция на смъртност сред юношите у нас. Опитите за самоубийство, незавършили със смърт, са много повече, но за разлика от реализираните суициди, за които има данни от официалната държавна статистика, за парасуицидите няма информация. С нарастване на възрастта, нараства и суицидалитетът. От проведеното по линия на Програмата за суицидопрофилактика епидемиологично проучване най-висок е делът на самоубийците се след 40 годишна възраст около 73%. Като сравнително по-висок се преценява, обаче, и делът на отнелите живота си във възрастта 20-39 год. - 23%. Съответно висок е и делът на направилите суициден опит на възраст 20 - 39 год. - 47%; парасуицидантите между 15 и 19 год. са 26% [7].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Личната криза не е психично разстройство, но интензивният и продължителен отговор на кризата може да предизвика психично разстройство. Стресът не е синоним на криза, тъй като всички ние преживяваме стрес като част от ежедневието си. Не всички стресиращи преживявания водят до криза, но някои типове стресиращи събития могат да предизвикат кризи или даже клинично значими разстройства у някои хора. За намаляване на последиците от кризата и благополучния изход от кризата, решаваща роля играят своевременно предоставената специализирана помощ, обозначаваща като кризисни интервенции. Те имат благоприятен клиничен, икономически и социален ефект. Животът е немислим без чувства, но можем да направим така, че те да ни носят само полза и удоволствие! „Как да изживеем несподелена любов?“, „Какво да правим, ако таим в душата си обида?“, „Как да преодолеем предателство, от което по цели нощи не можем да спим?“. Управлявайте емоциите си и ще станете пълновластни господари на вашите настроения и на живота си в цялата му пълнота [6].

За разпознаване симптомите на емоционалната криза е необходимо по-широка информираност на населението. Важно е да се знае, че при установени признаци на криза е необходимо установяване на връзка с психиатър или психолог за оказване на професионална помощ и наблюдение. Към Дружество на психолозите в България съществува разкрита Секция по кризисна психологическа интервенция, също така телефонът на доверието към БЧК, осигурява денонощна гореща линия.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Барбанова, М. , Психология на личността, Варна, ВСУ, 2000
- [2] Божинов, С. , Л. Гълъбов, К. Йоцов, Ив. Темков, Хр. Христозов, Ръководство по психиатрия, Наука и изкуство, 1995
- [3] Каплан, Г. Седок, Б., Клиническая психиатрия, том II, с.68-70, Медицина, Москва, 1994
- [4] Миланова В., Психиатрия - учебник за студенти и специализиращи лекари, 2013

- [5] Темков, И., Тимчев, Л. Кризисни състояния и кризисни интервенции, Съвременна медицина, т.26, 2, с.3-8, София, 1975
- [6] Рубщейн, Н. , Как да управляваме емоциите си, Изток-Запад, 2009
- [7] Ръст на убийствата през 2014 г. /https://offnews.bg/news/Politika_8/Rast-na-ubijstvata-prez-2014-g-otchete-MVR_486358.html/
- [8] Perczak, Skala stresu” 2008 / <http://psychologia.wieszjak.pl/stres-i-relaks/81875,Skala-stresu.html> /
- [9] Holmes, T. H., R. H. Rahe (1967)The Social Readjustment Rating Scale. In: Journal of Psychosomatic Research, Vol. 11, Issue 2, pp. 213-218. Published by Elsevier Science Inc.

За контакти:

Дияна Венциславова Димитрова, студент II-ри курс, специалност Медицинска сестра, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел. 0884740966, e-mail: did4eto_96@abv.bg

научен ръководител: Доц. д-р Деспина Георгиева, дп; Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Зравни грижи, тел. 0889789100, e-mail: dpgeorgieva@uni-ruse.bg

консултант: Бианка Сърталанска, главна медицинска сестра, ЦПЗ – гр. Русе

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Профилктика и контрол на бронхиалната астма в детската възраст

автор: Зерин Ахмед
научен ръководител: доц. Деспина Георгиева, дп
консултант: мед. сестра Гергана Стоянова

Prevention and control of asthma in children. *Asthma is the most common chronic disease during childhood. Reacting to the irritations, the musculature of the bronchi contracts and the respiratory tract narrows. The disease often goes on for many years. But with appropriate prevention and prophylaxis, children's condition can be relieved to such a degree that they can continue living just like their fellow coevals.*

Key words: bronchial asthma, signs, symptoms, prophylaxis, children.

ВЪВЕДЕНИЕ

Бронхиалната астма е заболяване, при което дихателните пътища пристъпно намаляват своя просвет и затрудняват обмена на газове между организма и околната среда. Тежестта на бронхиалната астма варира в големи граници - от леки форми, при които има само кашлица и недостиг на въздух до тежки форми, които ограничават елементарни човешки дейности и могат да застрашат живота. В същото време има състояния, при които има симптоми, подобни на астматичните, но които не са астма. Важно е да се постави точната диагноза: дали се касае за астма, каква е тежестта на астмата, дали има елементи от околната среда, които по специфичен начин да я предизвикат. Остро разгърналите се форми на астма могат да протекат много бързо, да прогресират и да наложат приемането на страдащия по спешност в болница. Това е необходимо, защото с провежданото лечение в домашни условия не винаги може да се постигне желанят резултат [5]. Астмата при деца в много от случаите е на алергична почва. Затова е важно да се установи алергена с тест и по възможност да се ограничи контакта с него. Дали за детето е подходящо евентуално лечение за десенсибилизиране, трябва взаимно да се реши с лекуващия лекар [4].

ИЗЛОЖЕНИЕ

По време на сън нервната система се грижи за свиване на бронхите-необходимо е по-малко количество въздух, тъй като тялото не се движи. Това стесняване продължава още известно време и след събуждането, въпреки че всъщност отново има нужда от повече въздух. Причината е, че още не се е образувал достатъчно кортизон, който да разшири бронхите. Затова астматичните пристъпи обикновено са в ранните сутрешни часове [4].

Причини: Астматичният пристъп при малките деца се провокира предимно от инфекции. Други възможни отключващи фактори са: физическо усилие, стрес, студен или сух въздух, цигарен дим, прах, отработени газове, вирусни или бактериални инфекции на дихателните пътища, както и алергични реакции към тревни или дървесни полени, изпражнения на акари в домашния прах, животински косми или пърхот, плесенни спори, пращинки от брашно, химически разтворители, отрови за насекоми или някои хранителни продукти [3].

Симптоми:

- Свирещо дишане
- Резки вдишвания без нормално издишване
- Стягане и чувство за тежест в гърдите
- Спастична кашлица
- Силен страх от задушаване
- Студени ръце и стъпала

– Синкави устни [4].

По време на пристъп детето заема типична поза: за да облекчи дишането, заема седнало положение, опира се на ръцете и раменете са повдигнати [3].

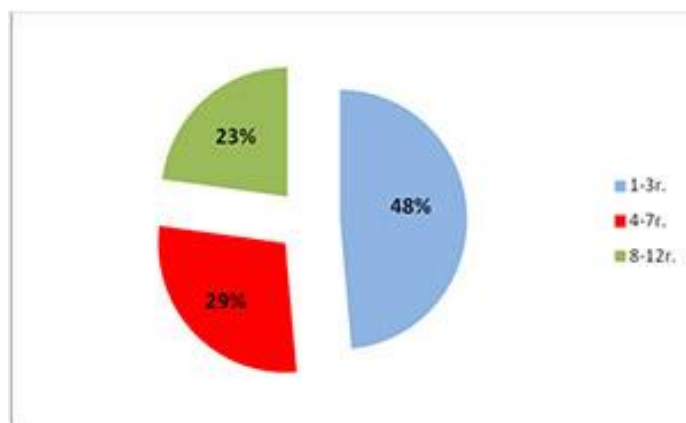
Лечение: след консултация и преглед от специалист се назначава лечение с инхалаторни бронхоразширяващи бета-2-миметици, както и противовъзпалителните кортизонови препарати и кислород [3].

В таблица 1. са представени симптомите на бронхиалната астма и честота на проявяване при хоспитализирани деца. Данните са от проведено проучване на хоспитализирани в детско отделение на МБАЛ гр. Луковит деца с бронхиална астма и инфекции на дихателната система за двугодишен период (2012 г. и 2013 г.) [1].

Табл.1 Клинични симптоми при хоспитализираните с бронхиална астма деца.

Симптоми	Брой N (%)
Остро начало с температура 38°C	17 (48.57)
Остро начало с температура над 39°C	3 (8.57)
Без температура с хрема, кашлица и затруднено дишане	15 (42.86)
Суха, непродуктивна кашлица	35 (100)
Затруднено дишане	18 (51.42)
Бронхоспазъм, експираторна диспнея в първите три дни след хоспитализация	35 (100) [1].

Възрастовото разпределение на хоспитализирани с дихателни инфекции деца с бронхиална астма е представено на Фигура 1.



Фигура 1. Възрастово разпределение на хоспитализирани с дихателни. инфекции деца.

Най голям дял хоспитализирани деца (48%) са между 1-3 години; следвани от деца на възраст 4-7г., съответно 29% и 8-12г.- 23% от всички хоспитализирани деца [1].

Природолечение: синапени компреси; компреси; чайове за облекчаване на задуха [4].

Дългосрочни грижи при деца с бронхиална астма. Болните от астма деца обикновено срещат сериозни затруднения в училище, тъй като често отсъстват или поради недостига на въздух не могат да се концентрират.

В Германия са създадени специални училища за деца с астма и алергии. В определени случаи посещението на такова училище се заплаща от социалните служби или от здравната каса.

В България съществуват няколко специализирани училища за деца с белодробни заболявания: Средно оздравително общообразователно училище "Христо Смирненски" в с. Ракитово, на 12 км. от Велинград, санаториум и основно

общообразователно училище за деца с белодробни заболявания "Райна Цанева" в Кюстендил, както и подобно учебно заведение в гр. Белица [4].

Контрол и профилактика на заболяването в детска възраст. Съветите и обученията са насочени, както към децата, така и към техните родители. Основните принципи се изразяват в следното:

1. Предпазване на децата от силен студ! Острият студ дразни бронхите и води до спонтанното им свиване. При много ниски температури е за предпочитане детето да остане въщи или при излизане до увие шал пред носа и устата си!

2. Следене детето да диша през носа. Да се отделя време да упражняване техниката на дишане. При дишане през носа въздухът се затопля и пречиства, преди да попадне в бронхите.

3. Убеждаване детето да спортува. Особено подходящи са спортовете за издръжливост като плуване, каране на колело и бягане на дълги разстояния [4].

Целта на профилактиката е да предотврати отключването на бронхиална астма при пациенти с повишен риск, като се премахне или намали влиянието на рисковите фактори върху тях. Профилактичните мерки включват:

- Избягване на алергенна експозиция: цигарен дим, озон, някои парфюми и др.;
- Избягване местата със замърсен въздух;
- Безразборният прием на някои лекарства, като: нестероидни противовоспалителни средства, антибиотици. Приема на бета блокерите влошава астматичния статус.
- Пациентите, страдащи от астма, индуцирана от физически усилия, трябва да избягват неконтролирана физическа активност (American Academy of Allergy, Asthma & Immunology) [7]
- Други пациенти се влошават при излагане на студ или сух въздух;
- Препръки за кърмене на бебетата при пациентки с фамилен анамнез за атопия, като профилактична мярка срещу развитие на астма при новороденото;
- Други мерки: редовната консумация на рибено масло намалява вероятността от развитие на астма при децата;
- Избягване на замърсители [6].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Бронхиалната астма е белодробно заболяване, което чрез подходящо лечение и профилактика може да се поддържа в нормални граници и да не затруднява живота на пациентите. Но, за да се назначи лечение, след проявата на първите симптоми, непременно трябва да се потърси помощта на специалист и да се спазват стриктно лечебните указания.

През последните десетилетия в световен мащаб се регистрира увеличаване на заболяемостта от бронхиална астма, което се свързва със замърсяването на околната среда. В България заболяемостта от бронхиална астма при деца показва по-високи стойности по отношение на общата заболяемост, тя е различна в отделните региони от страната [1].

ЛИТЕРАТУРА

- [1]. Атанасова, М., П. Илиева, , М. Карчева,, Клинико-епидемиологично проучване на хоспитализирани деца с бронхиална астма. // MED INFO, 2014, бр. 8.
- [2]. Гладилова, А., Динамика на разпространение и основни епидемиологични показатели на бронхиалната астма в детска възраст в България през периода 2005-2008 г. Педиатрия, 2, 18-23, 2012

- [3]. Вахтер, К., К Саркади,., Всичко за детските болести., Първо издание за България., "Коала прес" ООД, 2011
- [4]. Зомер, Г., Детски болести., Издание на български език., "Софт Прес" ООД, 2007
- [5]. КП № 40.2 Диагностика и лечение на бронхиална астма: средно тежък и тежък пристъп при лица под 18 годишна възраст, Информация за пациента (настойника/попечителя), Документ № 4.
- [6]. Миткова, Т., Превенция и профилактика на бронхиалната астма. Борба с рисковите фактори, НАУЧНИ ТРУДОВЕ НА РУСЕНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ, том 51, серия 8.3., 2012
- [7]. American Academy of Allergy, Asthma & Immunology Work Group Report: Exercise-induced asthma Weiler, John M; Bonini, Sergio; Coifman, Robert; Craig, Timothy; Delgado, Luís; et al. Journal of Allergy and Clinical Immunology; St. Louis 119.6 (Jun 2007): 1349-1358.

За контакти:

Зерин Кязим Ахмед, студент специалност Медицинска сестра, I курс, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел: 0895372116, e-mail: zerin_ahmed@abv.bg

научен ръководител: Доц. д-р Деспина Георгиева, дп; Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Зравни грижи, тел. 0889789100, e-mail: dpgeorgieva@uni-ruse.bg

консултант: Гергана Стоянова, медицинска сестра, СБАЛФЗ „Димитър Граматиков“ гр. Русе

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Исторически факти и личности, свързани с развитието на сестринството в Република България

автор: Сибел Мустафа

научен ръководител: ас. Грета Колева, дузг

The word "nurse" originally came from the Latin word "nutrire", meaning to suckle , referring to a wet-nurse ; only in the late 16th century did it attain its modern meaning of a person who cares for the infirm . From the earliest times most cultures produced a stream of nurses dedicated to service on religious principles . Both Christendom and the Muslim World generated a stream of dedicated nurses from their earliest days . In Europe before the foundation of modern nursing, Catholic nuns and the military often provided nursing – like services. It took until the 20th century for nursing to become a secular profession .

Key words: nurse, history, development

ВЪВЕДЕНИЕ

За развитието на сестринството в Р България основна роля има Българското дружество „Червен кръст“ (БДЧК). Първите червенокръстки дружества са учредени още след Освобождението на България през 1878 година. Тяхната цел е подпомагане на болните и ранените от войната. Местните организации възникват както в Княжество България, така и в Източна Румелия. Подготовката на милосърдни сестри в България се е извършвала от българското дружество „Червен кръст“ (БДЧК)-инициатор, вдъхновител и организатор на сестринството на благотворителни начала. Първият курс за милосърдни сестри у нас се открива през 1984г. по инициатива на Софийският клон на БДЧК с продължителност на обучение 10 м. Две от първите сестри завършили курса са Евица Видич и Мария Блъскова. Първото училище за милосърдни сестри се основава също по идея на БДЧК, като за тази цел към училището се създава и малка болница през 1900г. чрез руските дипломатически представители в България са привлечени София Висоцкая и Олга Сухонен за наставнички на сестри-ученички. Първият випуск е от 8 ученици курсът на обучение е 1г. През 1910г. става двугодишно обучението[2]. Дружеството "Червен кръст" основава "Свето Троицко общество сестри милосърдни" с цел подготовката на милосърдни сестри на БЧК. През ноември 1900 г. отваря врати и лечебницата "Червеният кръст" в София, по-късно преименувана на Институт за спешна медицинска помощ "Н.И. Пирогов". Болница „Червен кръст“ – в историята на българското здравеопазване и особено на болничното дело у нас, болница заема особено място и играе важна роля. Съществуването ѝ в един период от половин век (1900-1950 г.) доказва, че Българското дружество „Червен кръст“ (БДЧК) стои като в основата на повечето дейности, свързани с изграждането на националното ни здравеопазване от първите дни на освобождението на страната. Идеята за такова начинание се ражда постепенно, през опита на стотици български медици, доброволни санитарни и помощници на представителите на Руския Червен кръст по време на Освободителната руско-турска война. Тя узрява с изпитанията през Сръбско-българската война, когато – без никакви собствени средства, БДЧК организира впечатляваща дейност за подпомагане на ранените и болните във войната. Освен помощна работа вътре в страната, БДЧК успява да привлече чрез Международния комитет на Червения кръст (МКЧК) в Женева редица чуждестранни мисии, които помагат да се спаси българската войска от санитарна катастрофа. Ръководството разбира, че трябва да се подготви предварително, като обучи милосърдни сестри, санитарни и други служители, да попълни складовете си с всички необходими материали, да има своя, макар и малка болница, в която да квалифицира своите служители. Носители, вдъхновители и реализатори на тази

идея са десетки български медици, завършили медицина и специализирали в Русия, Франция, Австрия, Германия, САЩ [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Във връзка със 100 год. юбилей от учредяването на БДЧК е **създаден клуб на милосърдните сестри**- (в периода 1978-1989г.) През 1878-1879г. Българския Червен кръст, съобщава пред българското общество, че ще подготвя милосърдни сестри и ще доведе до развитието на болничното дело в страната. През 1985 г., по молба на тогавашния първи зам. председател на БЧК Георги Господинов, започнали да помагат на група милосърдни сестри, които търсели съдействието на БЧК, за да получат нормативно признание за участието си в медицински дейности по време на Втората световна война. През м. февруари 1986 г. в редакцията на сп. "Български Червен кръст" дошла милосърдна сестра Елена Добрева от Русе. Тя носела юбилейни отличия, с които ОК на БЧК - Русе отличава мил. с. Невена Сендова - Попова (родена 1895 г.) и мил. с. Тодорина Петрова (родена 1903 г. в Русе) за принос в развитието на сестринството в България, в т. ч. и в Русенски окръг [1].

Целта на настоящото научно съобщение е да се представят достойни личности с интересни съдби и принос в развитието на БДЧК и сестринството в България. Разказите на медицинските сестри са представени от първо лице, за да не се загуби автентичността и емоцията с която те разказват своите истории.

Тодорка Петрова е на 87 години, близо 70 години от живота и са преминали под знака на Червения кръст. „Благодарна съм на съдбата си, поради това, че посветих живота си на хуманното дело на Червения кръст, омъжих се едва след пенсионирането си (такива бяха изискванията) и не можах да имам свои деца. Но за сметка на това служех на едно дело, което приобщава отделния човек към безбрежния и прекрасен свят на доброто, на хуманността, дава му чувството на гражданин на света, обединяван от тези добродетели. И сега, колкото и откъсната от света да съм в Дома за възрастни хора в Дървеница, не съм сама. Край мен и съпруга ми Крум Табаков и неговият син, грижовен като към собствена майка, мои ученички, които след толкова години не ме забравят. Имам самочувствието на човек, живял достойно. А това е сигурно доказателство, че когато е посветен на вечни човешки ценности и добродетели, човешкият живот е истински смислен – нужен и за отделната личност, и за цялото общество. Искрено се радвам, че през последните години, а особено сега - в това трудно за народа и страната време, Българският Червен кръст все по-активно се вглежда в историческата си участ, преосмисля своето присъствие във времето и в народната съдба, че възстановява онези дейности, които са осъществявани преди десетилетия, но отново имат свое място и днес, които го правят най-близък до човека, нуждаещ се от закрила на своя живот и достойнство. Защото най-важното качество на Червения кръст е навременността на неговите прояви. Всичко това представлява същността на моя живот, както и на всички възпитанички на училището за милосърдни сестри на Българския Червен кръст. Родена съм в Русе през 1903 г. На 13 години останах без майка, а бяхме 7 деца. Не беше лек животът ми и сама търсех място в него. И когато прочетох във в. „Ратник“ условията за приемане в училището за милосърдни сестри, реших, че трябва да уча в него. Трудно се справих с нежеланието на баща ми, но успях. Постъпих в училището през 1922 г., курсът на обучение беше двегодишен, такса тогава не се изискваше, а това беше важно за мен. Завърших училището през 1924 г. с отличен успех, поради което ми предложиха специализация в Лондон със стипендия на Лигата на Червените кръстове от Женева. По онова време там имаше курс за ръководителки на сестрински училища от цял свят, тъй като сестринството в Англия беше на най-голяма висота. Той беше едногодишен и се провеждаше в университета Bedford College. В моя випуск бяхме студентки от 60 страни. По молбана БЧК Лигата ме оставиха още една година, за да изуча в едно училище за

акушерки работата на сестрата с родилката и бебето. Там бях дипломирана като акушерка. От момента, когато се върнах в България през 1926 г. до 1940 г., работих в системата на БЧК“. *Ученичките на Тодорка Петрова се гордеят с факта, че по време на специализацията и в Лондон са я наричали „българката със златните ръце“.* „Подобна оценка беше предназначена чрез мен за утвърждаващата се школа на Българския Червен кръст в подготовката на милосърдните сестри. По това време се реорганизираше нашето училище с помощта на изпратените по негова молба милосърдни сестри на Американския Червен кръст *Рахила Торанс и Теодора льо Гро*. Изискванията в училището бяха много строги и безкомпромисни. Но за сметка на това се създаваха първокласни медицински работнички, така нужни на българското здравеопазване. Давам си сметка, че като инструкторка в него, а и във всички свои прояви, съм се старала да отговарям на тези изисквания както за себе си, така и за хората около мен. Не беше леко, но Червеният кръст не можеше да си позволи липса на висок професионализъм и висок морал в дейността си, защото те са в неговата същност.“

Много важен момент от професионалната изява на възпитаничката на БЧК е работата и в Скопие пред 1941-1944г. С нейна помощ е открита училище за милосърдни сестри“ [2].

Друга интересна личност, имаща принос в развитието на сестринството в нашата страна е **Бояна Христова**. „В края на 1922 г. се завърна от Лондон г-ца Бояна Христова, която бе изпратена преди две години да се специализира по социална служба в Международния сестрински курс в Лондон. В същото време по наша молба Американският Червен кръст ни изпрати две американки сестри: Мис Торанс (Miss Torance) и Мис льо Гро (Miss le Gros), за да реорганизират нашето училище за милосърдни сестри. Б. Христова бе назначена като помощница на двете сестри американки. След шест месечна работа в училището тя бе командирована за три месеца от БДЧК да завежда сестринската работа в детските ясли. Въпреки лошите условия, съществуващи по онова време в яслите, сестра Б. Христова, като помощница на д-р Ф. Кисов, въведе ред и дисциплина. С това тя допринесе много за доброто гледане на децата и за намаление на смъртността между тях. След работата си в яслите, тя бе повикана от Червения кръст да бъде старша сестра на ученичките от училището, които практикуваха в Университетската детска клиника. През това време, сестра Б. Христова, по указание на г-н проф. д-р Ст. Ватев, изработи плана по уреждането на Детски здравни съвещателни станции, който план бе представен и одобрен от Управителното тяло на Червения кръст и през юни 1924 г. се откри първата Детска здравна станция“ [3].

Христина Петрова - родена на 17 април 1922г. с. Башкьой, Тулчанско. „В училището на дружество “Червен кръст” за милосърдни сестри постъпих през 1942 г. Поради военното положение моят випуск се дипломира още през м. септември 1943 г. Реших, че моето място е при нашите войници на фронта. В края на м. октомври 1944 г. пристигнах в управлението на Червения кръст в София. Сестра Невена Сендова се разпореждаше със сестрите за фронта, но тя не ме одобри за сестра в санитарния влак. Наложих се сама да намеря начин да замина като сестра в санитарния влак, защото тогава така исках. Намерих Трети армейски санитарен болничен влак на гара Волюяк, формиран от Трети армейски шуменски полк. Комендантът - полковник Николов, беше от Варна. Аптекарят Любчо Димитров – от гр. Провадия, отговаряше за цял вагон аптека - такава, подобна на болничната аптека. Заварих д-р Петрунов, който тръгна на бойната линия. Посрещнах д-р Бобчев от гр. Хасково, опитен хирург, който стана началник на санитарната работа. Пристигна и вторият хирург – д-р Стоянов от гр. Балчик. Момичетата самарянки бяха: Гинка, Николина, Живка, Вера, Дора, Коева - всички от гр. Нови Пазар и четиримата опитни санитарни подофицери Илия, Трайчо, Иван и Методи. На мен ми

зачислиха операционния вагон - да отговарям за него и да работя като операционна сестра - изпълнявах ролята и на старша сестра. Вlakът беше със 160 легла редовен капацитет, имаше и резервен вагон с 40 легла. Трети армейски санитарен болничен беше единственият от санитарните влакове, който превозваше тежко ранените от нашите полеви болници за България. Ранените разтоваряхме на Централна гара София. Само един транспорт с леко ранени докарахме за България, оставихме ги в Габрово. След всеки транспорт влакът на Централна гара - София, вагон по вагон се дезинфекцираше и декартизираше. Получавахме чисто бельо и зареждахме вагоните с всичко необходимо за следващия транспорт. Санитарният влак представляваше болница на колела – условия за работа извънредни, тежко беше. На 9 юни 1945 г., със заповед на Щаба на войската, численият състав на Трети санитарен болничен влак беше демобилизиран. Сестра Сендова ми връчи мобилизационно за болницата на 2-ра мъжка гимназия, където бяха настанени ранените от фронта. Прецених, че нямам повече сили за страданията на окървавените и обезобразени хора, воювали не по своя воля и не се явих в болницата във 2-ра мъжка гимназия.“

Вера Ченчева - “Животът ми премина под знака на белия цвят. Почти 40 години работих в бели сгради, в бели стаи, с бяла престилка. В по-голямата част от това време ме наричаха медицинска сестра, но аз съм закърмена със званието милосърдна сестра - гордея се с това звание и ще го съхраня до последния си ден като една от най-големите ми придобивки. Бях милосърдна сестра по професия, но мисля – най-вече по призвание. Флоренция (така наричаха моите сестри Флоранс) Найтингейл ни учеше именно на това – да превърнем сестринството в професия, но да се отнасяме към него като към част от човешката ни същност, като зов на съвестта и на морала ни, като към служба в името на народа. През 1941 г. прочетох в някакъв вестник обява, че към Българското дружество “Червен кръст” има училище за милосърдни сестри бях девойка, която искаше да има собствено място в живота. Почувствах, че пътят ми се открива. Сега, с опита си на дългогодишна сестра, мога да преценя, че обучението ни премина на много високо равнище“ [4].

Атанаска Дишкова - родена на 11 октомври 1926 г. в с. Долни Дъбник, Плевенско. Заедно със сестра Гургана Балабанова и проф. Ганчо Ганев откриват филиал за акушерки. Идва Елена Захаријева и през есента на 1947 г. я изпраща в училището на Червения кръст. През м. юли 1949 г. завършва института за медицински сестри (така вече е преименувано училището на БЧК). В качеството си на специалист е включена в първата българска медицинска бригада за Корея, състояща се от 47 души. Заминават през м. март 1952 г., пътуват един месец с влак, като на много гари ги ваксинират за различни болести. Настаняват ги в гр. Синиджу и Таноричун и изграждат полева подвижна болница. Първата медицинска бригада работи в Корея през периода 1952-1956 г. Личният състав и на двете медицински бригади работи във военнопoleви болници. По предварително споразумение между двете държави, болницата в гр. Синиджу е оборудвана от Българския Червен кръст и нашата страна поема набавянето на необходимите консумативи за лечението на ранените и болните [5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За възникването и развитието на сестринската професия голямо значение оказват: войните и гражданските стълкновения, положението на жената в обществото, степените на нейната свобода, възможностите за нейната подготовка и еманципация, специализираните училища и професионалното обучение, хуманизмът, милосърдието състраданието и готовността да се помогне на страдащите, болните и ранените без оглед на тяхната религиозна, расова и национална принадлежност. Разказите на всички представени в доклада медицински

сестри, работили за утвърждаването на сестринството в Р България са изпълнени с достойнство, гордост, саможертва и милосърдие.

Днес сестринската професия приема предизвикателството за предоставяне на здравни грижи в съгласие с променящите се условия и нарастващите потребности на населението, в условия на недостиг на медицински сестри, ниско заплащане на труда, както и липса на признателност и уважение на професията от обществото. Нека си пожелаем въпреки трудностите на днешния ден да продължаваме да отстояваме хуманните принципи на избраната от нас професия. Вместо заключение нека всички ние - студенти и медицински сестри да помним думите на милосърдната сестра Цветана Дилова, насочени към запазване хуманните основи на сестринството : **„Дай, Боже, да не се роди “сестра-робот”, за да не изчезне топлата човешка дума и усмивка. Защото милосърдието и хуманността са качествата, които осмислят сестринската професия ”**[5].

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Апостолов,М. Иванова,П. Христоматия по история на медицината. Българска академия на науките, София, 1995, 256с.
- [2] Български червен кръст, <https://bg.wikipedia.org>
- [3] История на медицинската сестра, www.bilincsalik.com.
- [4] Кръстева,Н. Сестрински грижи – Теории и концепции, Пловдив, 2006, 278с.
- [5] Милосърдните сестри на Българския Червен кръст, Издание на Български червен кръст, http://www.redcross.bg/docs/Sestrinstvo_2.pdf

За контакти:

Сибел Айдън Мустафа, студент специалност „ Медицинска сестра” II курс, Русенски университет „Ангел Кънчев“, email: sibito_1996@abv.bg, тел: 0894035659

научен ръководител: ас. Грета Колева, дузг; Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, тел: 0882517173, e-mail: gkoleva@uni-ruse

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Цитонамазката като скринингов метод

автор: Снежина Митева

научен ръководител: ас. Грета Колева, дузг

Pap test as a screening method: a medical examination for early detection and diagnosis of cancer of the cervix in women. The demonstration of the biological significance of papillomavirus infection and its role in oncogenesis of cervical cancer requires the need to identify the role of individual HPV (Human Papillomavirus) types, and thus to rapid development of various specialized virology techniques. Great achievement of modern medicine are vaccines Cervarix and Silgard against HPV, responsible for the occurrence of cancer of the cervix - one of the most common cancers of the female reproductive system. Prevention of this deadly disease is carried out by placing a vaccine against HPV to girls over 9 years of age. It is estimated that if all girls be vaccinated for 10-20 years, cervical cancer will disappear.

Key words: prevention, human papilloma virus, cervical.

ВЪВЕДЕНИЕ

Папаниколау тестът (PAP), известен като цитонамазка, е медицинско изследване за ранно откриване и диагностициране на рак на шийката на матката [5]. Основите на цервикалната онкоцитодиагностика се поставят от американски анатом от гръцки произход Джордж Папаниколау (1883-1962). Създадената от него в сътрудничество с Н. Traut класификация на цитологичната находка се характеризира с простота и универсалност и е основна система за оценка на намазките [1].

Изследването е препоръчително да се провежда веднъж годишно при всички жени на възраст между 21 и 65 години както и при момичета под 21 години, които водят полов живот. При жени с повишен риск изследването се провежда веднъж на шест месеца или по лекарска препоръка. При преустановяване на активен полов живот, след 65 – 70 годишна възраст, при налични три отрицателни резултата в последните десет години провеждането на изследването не е необходимо [4]. Гинекологичната цитодиагностика е хормонална и туморна [6]. Цитологичното изследване се предприема след окончателното спиране на менструалното кървене. Оптималните дни за цитонамазка са 10 – 14 ден от менструалния цикъл. Желателно е поне 24ч. преди цитонамазката да не се използват вагинални тампони, да не се правят вагинални промивки, да не се осъществяват сексуални контакти, да не се използват вагинални глобули и кремове. При динамично проследяване цитонамазките се правят през интервали от три дни в продължение най-малко на два-три цикъла. Процедурата за извършване на PAP – тестът (цитонамазката) е безболезнена и кратка. Извършва се в гинекологичен кабинет [2, 4]. Ексфолиацията на клетки от нормалната лигавица или от злокачествените тумори се смесват с влагалищния секрет и при намазка върху предметно стъкло при съответното оцветяване под микроскоп дават богата информация за диагностика [6].

При изследване на цитонамазките се наблюдават три групи клетки – нормални клетки, дискариотични клетки и туморни клетки [3].

Оценка на находката по цифровата класификация на Papanicolaou:

Pap I - нормални клетки;

Pap II - атипични клетки, без белези на малигненост (с възпалителни промени);

Pap III – атипични клетки, съмнителни за малигненост, без тя да е очевидна;

Pap IV – атипични клетки, силно внушаващи за малигненост;

Pap V – атипични клетки, със сигурни морфологични данни за малигненост.

Оценка на находката може да се направи и по модифицираната класификация на Papanicolaou – Koss, където на лекостепенните дискариозии се дава оценка Pap III-A, а на тежките – Pap III-B групи.

През последните години в практиката на много страни се използва и нова техника за подготовка на клетъчния материал за микроскопиране, наречена техника на еднослойните намазки - Бетезда Терминологична Система (БТС). Същата е създадена в САЩ през 1988/89 г. гр. Bethesda, щата Maryland. При нея цитологичният материал се диспергира в епруветка с транспортна среда до лаборатория, където посредством автоматизирано устройство преминава през три стъпки на приготвяне на материала, с цел получаване на тънка и еднослойна цитонамазка. Следва стандартно фиксиране, оцветяване и микроскопско скриниране на намазката [1].

Таблица 1. Сравнителна таблица на основните цитологични класификации

Групи по Papanicolaou-Koss	Bethesda (2001)
Pap I	Клетки в нормални граници
Pap II	Клетки с реактивни и възпалителни промени
Pap III	Интраепителни плоски/жлезни клетъчни изменения (ASC/AGC)
	С неопределено значение (ASCUS/AGUS)
Pap III - А	Нискостепенни интраепителни лезии (LSIL)
Pap III - Б	Високостепенни интраепителни лезии (HSIL)
Pap IV	Високостепенни интраепителни лезии (HSIL)
Pap V	Плоскоклетъчен карцином; аденокарцином; неепителни тумори

Жените от III-та група се вземат на диспансерен учет, провежда се евентуално противовъзпалително лечение, колпоскопично изследване с последваща повторна намазка и биопсично изследване. Цитологичните групи IV и V изискват незабавно биопсично изследване и диспансеризиране на жените от онкологични диспансери в страната [6].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Цел на настоящата тема е да се проучи отношението на анкетираните към превенцията, профилактиката и ранната диагностика на рака на маточната шийка.

Поставени са следните **задачи**:

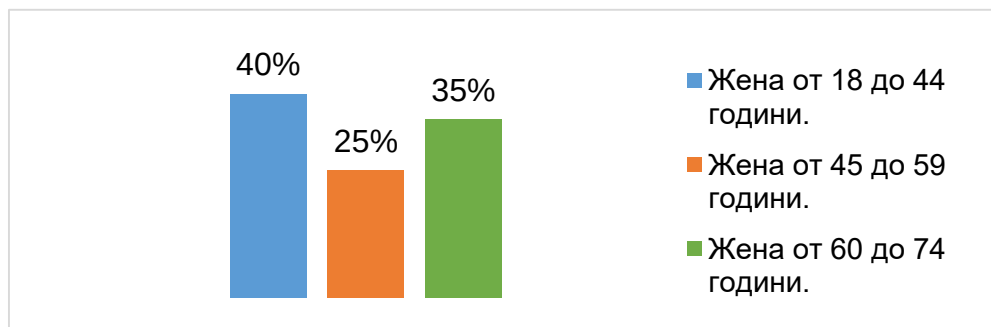
1. Сформиране на целева група.
2. Разработване на анкетна карта.
3. Провеждане на анкета.
4. Предоставяне на информация за превантивните мерки и изследвания, за предотвратяване на рака на маточната шийка.
5. Анализ на получените данни и изготвяне на графичен анализ.

Анкетата се проведе сред четиридесет жени, на възраст от 20 до 74 години в периода от 01-30.08.2016г.

Анкетната карта е анонимна и съдържа 9 въпроса от затворен тип.

Резултати от изследването

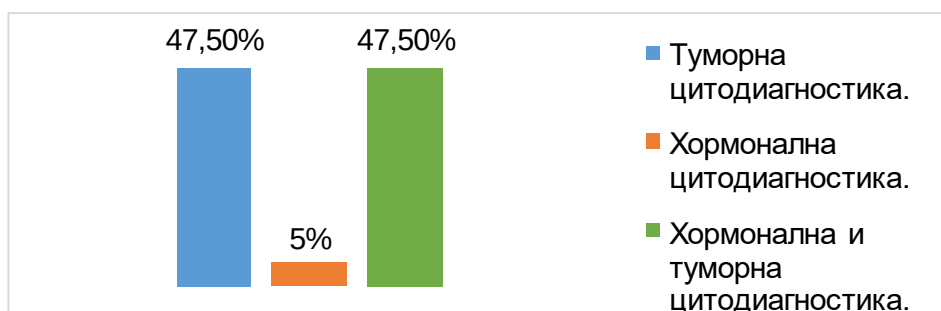
Възрастова характеристика на изследваните лица (фигура 1).



Фигура 1. Възрастова група на анкетираните

По-голямата част от анкетираните жени са на възраст от 18 до 44 год. (40%), една четвърт във възраст от 45 до 59 години (25%) и една трета от всички са на възраст от 60 до 74 години (35%). Разпределението по-възраст показва равномерно обхващане на значимите възрастови групи.

Проучихме информираността на респондентите относно видовете цитодиагностика, като им предложихме варианти за отговор (фигура 2).



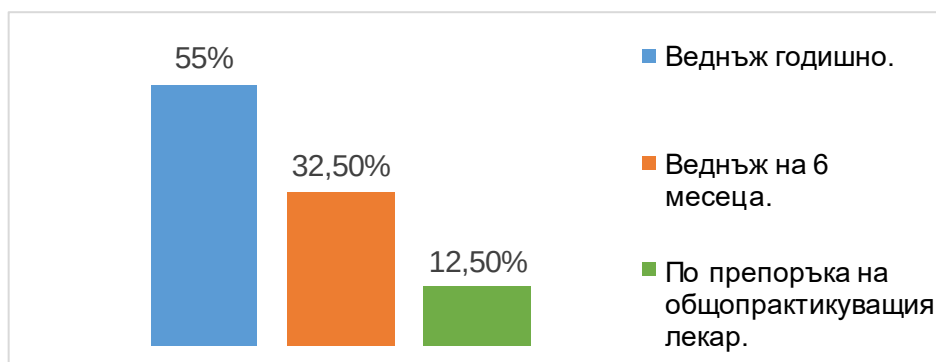
Фигура 2. Видове цитодиагностика.

Отговорите на този въпрос се обединяват в два от предложените варианти, а именно – туморна цитодиагностика и хормонална туморна цитодиагностика (по 47,5%).



Фигура 3. Значение на понятието цитонамазка като метод

Според 80% от респондентите цитонамазката означава метод за ранно откриване и диагностициране на атипични клетки, съмнителни за малигненост – рак на маточната шийка, според 10% - понятието означава метод за ранно откриване и диагностициране на инфекции, предаващи се по полов път, а останалите считат, че е метод за ранно откриване и диагностициране на хормонални изменения при жени (10%).

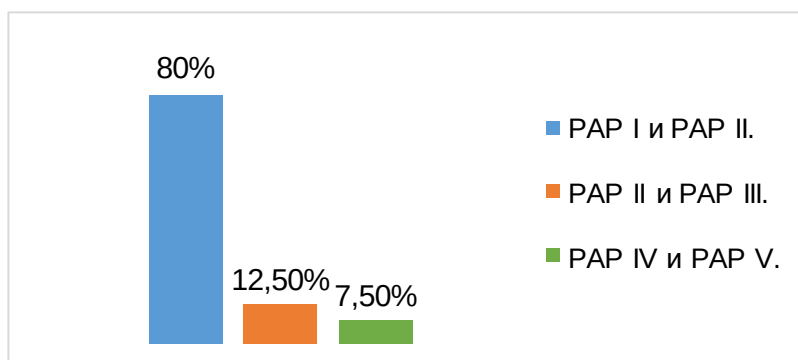


Фигура 4. Препоръчителен период за извършване на PAP – тест.

Повече от половината от анкетираните смятат, че препоръчителният период за правене на PAP – тест е веднъж годишно (55%), други смятат, че периодът е веднъж на шест месеца (32,5%), а малка част от анкетираните считат, че трябва да се препоръча от общопрактикуващия лекар (12,5%).

Следващият въпрос се отнася до къде се взема материал за PAP – тест. Според 90% от анкетираните вземането на материала се извършва в гинекологичен кабинет, според 5% - в онкологична болница, а според останалите 5% - при общопрактикуващия лекар.

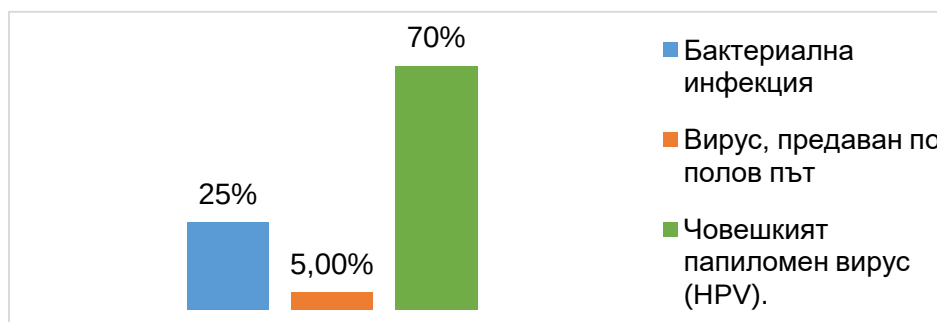
С цел да добием по-точна представа за информираността на жените по отношение на получените резултати от изследването ги попитахме дали знаят какво следва при получаване на съответните резултатите от него и налагат ли се последващи прегледи и диспансеризация (фигура 5).



Фигура 5. Нива, получени като резултат от изследването, не налагащи диспансеризиране

Голяма част от анкетираните посочват, че нивата PAP I и PAP II не налагат диспансеризиране (80%). При нива на PAP II и PAP III не налагат диспансеризиране според 12,5%, а останалите 7,5% са решили, че нивата не налагащи диспансеризиране са PAP IV и PAP V.

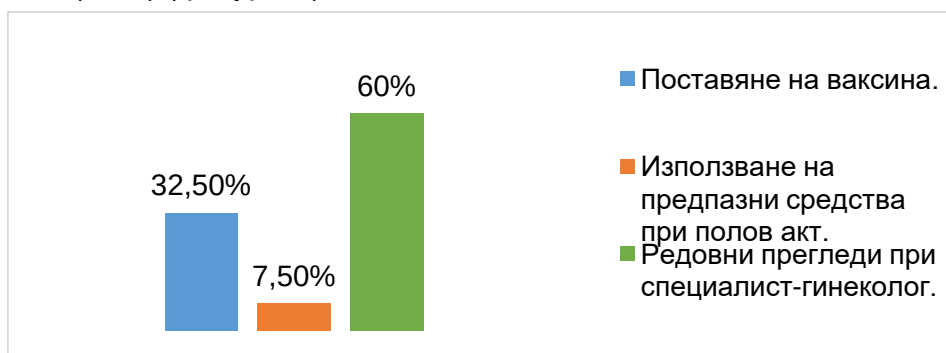
Респондентите ни се оказаха добре информирани относно причинителя на рак на шийката на матката (фигура 6).



Фигура 6. Причинител на рака на маточната шийка.

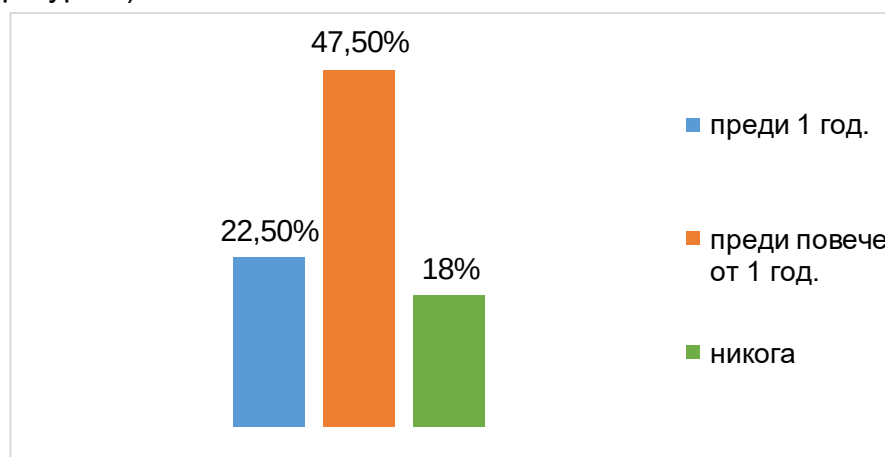
Според 70% от анкетираните причинител на заболяването е човешкият папиломен вирус (HPV). Идна четвърт от тях смятат, че ракът на маточната шийка се причинява от бактериална инфекция на шийката на матката (25%), а останалите 5% - от вирус, предаван по полов път.

Гояма част от взелите участие в нашата анкета мислят, че редовните прегледи при акушер-гинеколог биха били ефикасен метод за предпазване от рак на маточната шийка (60%) (фигура 7).



Фигура 7. Метод за предпазване от рак на маточната шийка.

Едва една трета отговарят, че методът за предпазване е поставяне на ваксина (32,5%), а малък процент посочват като метод използването на предпазни средства при полов акт 7,5%. Началната възраст за отпочване на профилактични мероприятия според половината от анкетираните е над 9 год. възраст на момичетата (50%). Други 22,5% смятат, че трябва да започне при момичета над 18 годишна възраст, а за профилактиката по всяко време, без значение от възрастта са 27,5%. Респондентите бяха попитани кога за последно им е направено изследването цитонамазка (фигура 8).



Фигура 8. Извършено изследване цитонамазка

При почти половината жени такова изследване е правено преди повече от една година (47,5%), в рамките на последната една година е извършено при 22,5%, а на 17,5% не им е правено такова изследване.

Изводи от анкетното проучване:

1. Половината от анкетираните (50%) не са запознати с видовете гинекологична цитодиагностика.

2. 44% от анкетираните показват недостатъчни познания относно препоръчителния период за правене на PAP - тест.

3. При 20% от анкетираните се наблюдава недостатъчна информираност относно нивата, получени като резултата от изследването, налагащи и неналагащи диспансеризиране.

4. При 30% от анкетираните се наблюдават липса на познания относно причинителя на рак на маточната шийка.

5. 60% от анкетираните смятат, че методът за предпазване от рак на маточната шийка са редовните прегледи при специалист-гинеколог .

6. Почти при половината от анкетираните (47,5%) изследването цитонамазка е направено преди повече от година, а при 17,5% от анкетираните не е правено такова изследване.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Получените резултати показват необходимост от:

✓ По разширено запознаване на анкетираните с видовете гинекологична цитодиагностика.

✓ Осведомяване на анкетираните, относно препоръчителния период за правене на PAP - тест.

✓ Предоставяне на информация на анкетираните, свързана с резултатите от изследването, изискващи и неизискващи диспансеризиране.

✓ Разясняване от страна на общопрактикуващите лекари относно ваксината срещу рак на маточната шийка и препоръчителната възраст за нейното прилагане.

Само правилният подход, включващ нужната информация, провеждането на цитонамазки през шестмесечен период и прилагането на ваксина в препоръчителната възраст биха довели до намаляване честотата на рака на маточната шийка .

ЛИТЕРАТУРА

[1] Димитров А., В. Златанов, Гинекология, МИ „АРСО“ 2013 г.

[2] Мирков К., Гинекология, Медицина и физкултура, София 1988 г.

[3] Налбански Б., А. Налбанск, Учебник по акушерство и гинекология, Издателство „Знание“ ЕООД 2003 г.

[4] Онкоцитонамазка, <http://www.shterevhospital.com/consultations/>

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

[6] Ташков Д., П. Савов, Акушерство и гинекология, Медицина и физкултура, София, 1989.

За контакти:

Снежина Михайлова Митева, студент специалност Медицинска сестра, III курс, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 0884124413, e-mail: snega090883@abv.bg

научен ръководител: ас. Грета Колева, дузг; РУ „Ангел Кънчев“, ФО33Г, катедра Здравни грижи, тел: 0882 517 173, e-mail: gkoleva@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФО33Г-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Исхемичен мозъчен инсулт – същност и информираност за симптомите

автор: Снежина Митева

научен ръководител: ас. Грета Колева, дузг

Ischemic stroke - nature and awareness of symptoms: ischemic stroke are characterized by high morbidity and mortality, disability, prolonged therapy and rehabilitation. A major factor in reducing cases of ischemic stroke prevention is aimed to prevent development of the disease, and if they occur requires adequate and long-term treatment. The prevention of strokes are important: systematic, rational, hygiene and diet with restriction of salt, animal fats and carbohydrates, overcoming hypokinesia, limit and stop alcohol abuse and nicotine proper use of recreation, sport and communion with nature. Knowing the symptoms of a stroke occurring and instant healing events are essential for rapid and fullest possible recovery.

Key words: hypertension, atherosclerosis, stroke, ischemia, necrosis, thrombolysis.

ВЪВЕДЕНИЕ

Мозъчно-съдовите заболявания включват всички остри и хронични разстройства на мозъчното кръвообращение, както и някои по-редки заболявания на мозъчните съдове, като артериити и флеботромбози. Артериалното кръвоснабдяване на главния мозък се осъществява от четири магистрални съда: две вътрешни сънни артерии и две вертебрални артерии, формиращи лява и дясна каротидна и вертебробазиларна системи. В основата на мозъка, чрез комунициращите артерии, те формират Вилизиевия кръг - основа на интракраниалното кръвообращение.

Мозъчният кръвоток представлява 15%-20%, а при деца до 30% от минутния сърдечен обем. Нарушенията на кислородния и глюкозен транспорт, чрез мозъчното кръвообращение, обуславят развитието на исхемия. Исхемията може да бъде общомозъчна и регионална (определен съдов басейн) и след настъпването и мозъкът бързо нарушава своите функции, поради високия аеробен метаболизъм и липсата на енергийни запаси. При общомозъчната исхемия болните загубват съзнание за около 10s., мозъчна смърт настъпва за около 10 min, а пълна некроза за около 20-30 min. При регионалната се развива некроза, която се нарича мозъчен инфаркт. Неговата големина зависи от големината на засегнатия съд, скоростта на развитие на обтурационния процес, наличието на колатерална циркулация и най-вече от целостта на Вилизиевия кръг, както и някои други фактори [6].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Инсултът е внезапно нарушение на мозъчните функции, резултат от недостатъчен приток на кръв към определени области на мозъка. Около 80-85% от мозъчните инсулти биват исхемични [1]. Прекъсването или силното намаляване на кръвния ток към дадена област в мозъка клинично се проявява с неврологичен или психичен дефицит [3]. Най-честата причина за ИМИ са атеросклерозата и хипертоничната болест с изразени атеросклеротични изменения в мозъчните съдове. Той може да се развие и при възпалителни и алергични съдови заболявания, ревматичен васкулит, луетичен ендартериит, облитериращ ендартериит, нодозен периартериит, безпулсова болест и други. За възникването му имат значение и някои благоприятстващи фактори или болестни състояния, като понижаване на артериалното налягане, повишаване на коагулационните свойства на кръвта и други [5]. Огнищното мозъчно увреждане настъпва поради мозъчна тромбоза (около 70% от ИМИ), тромбоемболии на мозъчните съдове (5-8%). В

останалите случаи се развива мозъчен инфаркт от нетромбоемболична (необтуриционна) мозъчна исхемия.

Мозъчна тромбоза. Тромботичният инсулт за разлика от хеморагичния, който се развива през деня, при физическо усилие и умствено напрежение, започва и засилва исхемията по време на покой, сън и през ноща [4]. Предшества се от серия преходни краткотрайни разстройства на мозъчното кръвообращение – изтръпване на крайници, слабост и говорни смущения. В продължение на няколко часа постепенно се развива парализа на половината тяло, обикновено без загуба на съзнание. Кожата е бледа, пулсът не много напрегнат и са наблюдават склеротични явления в очните дъна. Огнищната симптоматика зависи от района на тромбозирания съд.

Емболичен мозъчен инсулт. Емболичните инсулти са резултат от емболи с кардиален или артериален произход и се характеризират с внезапно начало. Възможни причини за емболи от страна на сърцето са заболявания като предсърдно мъждене, миокарден инфаркт, ендокардит, дилатативна кардиомиопатия, наличие на клапни протези. Артериалните емболи произхождат от пристенни тромби в областта на аортната дъга, каротидните и вертебрални артерии. За откъсване на тромботичния материал роля имат смущения в сърдечния ритъм, тахикардия, рязка промяна на стойностите на кръвното налягане. При млади хора клиничната картина се развива, остро, без предшестващи симптоми, при съществуващи данни за сърдечен порок. Проявяват се хемипареза на половината тяло или само на един крайник, нарушена сетивност, нарушение на говора. Понякога началото може да започне с Джаксънов гърч или с голям епилептиформен припадък. Преобладаваща част от болните са в съзнание, а главоболие се среща при 25% от тях. Гадене и повръщане са по-чести при локализация в малкия мозък и мозъчния ствол. [2].

Нетромбоемболичен (необтуриционен) ИМИ. Може да се развие при тежки остри или хронични разстройства на сърдечно-съдовата дейност, при каротидна и вертебро-базиларна недостатъчност. В дисталните мозъчни съдове, оросяващи мозъчната кора, намалява постъпващата кръв и тя не достига до тях. Създават се условия за развитие на инфарктни огнища, поради което по-късно могат да се развият вторични тромбози в тези съдове, което увеличава огнищната и обща симптоматика и влошава прогнозата. След преживяването му остават резидуални огнищни симптоми и нарушения [4].

Тежестта на ИМИ се преценява на базата на анамнеза, клинично-лабораторни изследвания, оценка по различни скали, като най-популярна е NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE (NIHSS). За диагностициране на острия исхемичен инсулт се използва образна диагностика, която позволява да се определят размерите, локализацията и състоянието на кръвотока в зоната на инфаркта. Ядрено-магнитен резонанс може да се използва като алтернатива на компютърния томограф.

Лечение на ИМИ. Перспективите в съвременната терапия на мозъчния инфаркт се свързват с два основни лечебни подхода. Единият е възстановяване на циркулацията в засегнатия съд чрез реканализация на запушената артерия с използване на ранна тромболитична терапия, състояща се в интравенозно или интраартериално приложение на рекомбинантен активен тъканен плазминогенен активатор [7]. Тази терапия се препоръчва при много внимателно подбрани пациенти, които могат да бъдат лекувани в рамките на три часа от началото на исхемичния инсулт. Вторият подход е невропротекция, целяща повлияване на вътрешните тъканни механизми на исхемична мозъчна увреда [2].

Мотивацията за избор на темата за нашето изследване е увеличилата се честота на развитие на ИМИ, все по-често засягащи и хора в ранна възраст.

Цел на изследването е да се проучи нивото на информираност на хората относно:

- същността на ИМИ;
- най-честите причини за развитието ИМИ;
- симптомите на ИМИ
- адекватните действия при проявата на симптоми.

Обект на изследването са лица, избрани на случаен принцип, на възраст между 20 и 75 години.

Използван е следния инструментариум анкетна карта и интервю.

Материал и методи

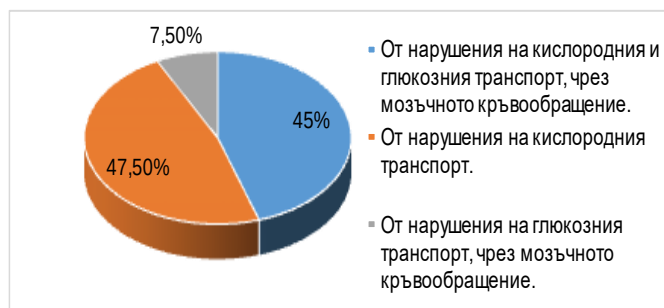
Изследването се проведе в периода 01.07.2016 - 31.08.2016.г. Проучено бе мнението на 40 души на случаен принцип, чрез анонимно анкетно проучване, като анкетираните нямат медицинско образование.

Анкетната карта съдържа въпроса от затворен тип.

За онагледяване на получените резултати е използван графичен метод.

Резултати

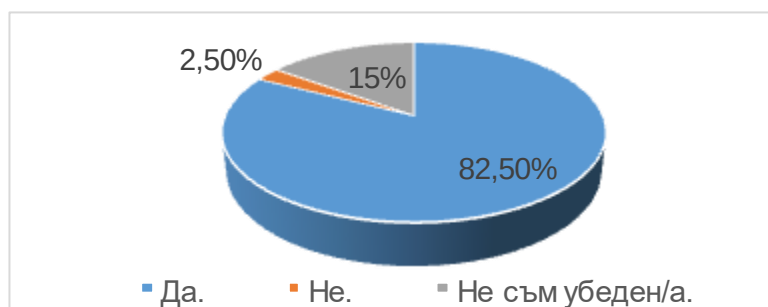
Развитието на исхемията и от какво се обуславя тя, според респондентите е представено във фигура 1.



Фигура 1. Развитие на исхемията и нейната обусловеност

Половината от участниците са посочили като причина за възникване и развитие на исхемия - нарушения в кислородния транспорт (47,5%). Почти толкова смятат, че настъпват нарушения в кислородния и глюкозния транспорт (45%) и малка част – чрез нарушения в глюкозния транспорт.

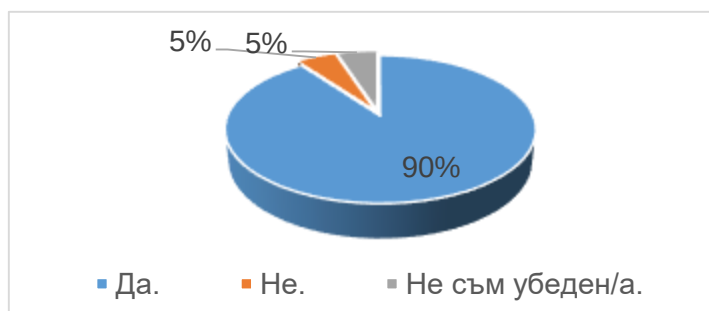
Информираността на лицата относно същността на ИМИ се визуализира на фигура 2.



Фигура 2. Исхемичният инсулт е развитие на некроза в дадената част на мозъка, поради прекъсване или силно намаляване на кръвния ток към нея.

Наблюдаваме много добра информираност по отношение на същността на мозъчната исхемия. Голяма част от респондентите са съгласни с посоченото твърдение (82,5%) и само 15% не са убедени в това.

Познаването на симптомите на настъпващ мозъчен инсулт са решаващи за бързата и адекватна реакция в началото на инцидента и последващото търсене на помощ (фигура 3).



Фигура 3. Симптоми на ИМИ: изтръпване на крайниците, нарушено съзнание, гадене, повръщане, главоболие и смущения в говора.

Резултатите от този въпрос са категорични, че почти всички респонденти са запознати със симптомите на настъпващ мозъчен инсулт (90%), което е изключително важно за реакциите, ранната диагностика и лечение.

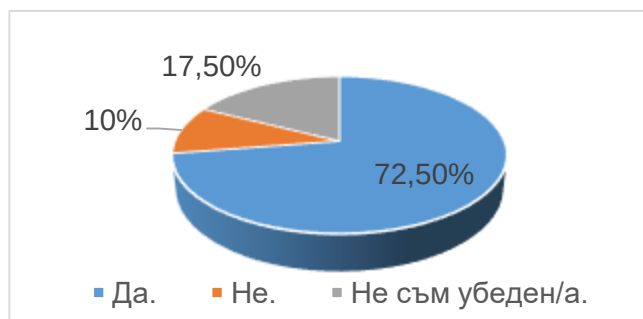
Като причини и рискови фактори за развитие на мозъчен инсулт са познати болестите на съдовете като атеросклероза, високо артериално налягане и ритъмните нарушения в дейността на сърцето. Правилното лечение на тези заболявания би намалило риска от развитие на мозъчен инсулт. Попитахме нашите респонденти за причините поради които за възниква заболяването според тях (фигура 4).



Фигура 4. Причини за развитие на исхемичен мозъчен инсулт

Повече от половината участници смятат, че атеросклерозата и високото артериално налягане, както и предсърдното мъждене са причина за развитие на исхемичните промени в мозъка (58%), останалите го отдават на предварително настъпили промени в мозъчните съдове.

Какво е отношението на вредните навици и употребата на някои медикаменти към промените в мозъчното кръвообращение попитахме респондентите (фигура 5).



Фигура 5. Други фактори за развитие на мозъчно-съдови заболявания като тютюнопушене, употреба на алкохол и орални контрацептиви.

Две трети от участниците смятат, че посочените фактори оказват влияние за развитието на заболяването (72,5%). Почти 18% не са убедени за връзката между тях, а 10% отговарят отрицателно.

Във връзка с доказаното увреждащо въздействие върху съдовете от страна на артериалната хипертония (АХ), проучихме наличието и сред нашите респонденти (фигура 6). Попитахме ги и дали се налага да бъде лекувана с цел предотвратяване развитието на мозъчно-съдови инциденти (фигура 7).



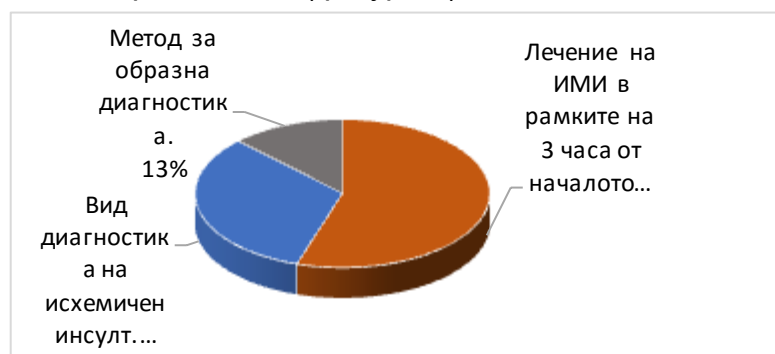
Фигура 6. Наличие на АХ



Фигура 7. Лечение на АХ

От резултатите можем да кажем, че повече от половината участници в анкетата не страдат от АХ (60%), а 1/3 имат това заболяване. По отношение лечението ѝ голям процент изразяват мнение, че трябва да бъде лекувана (80%), 18% се са убедени в необходимостта от лечение.

За да установим информираността на включилите се в изследването лица относно съвременните методи за лечение на ИМИ ги попитахме дали са наясно какво означава понятието тромболиза (фигура 8).



Фигура 8. Значение на понятието тромболиза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализът на резултатите от проведеното изследване дава основание да се направят следните изводи:

- Наблюдават се добри познания относно симптомите на мозъчен инсулт.
- Налице е недостатъчна информираност за обуславянето на исхемията.
- Наличие на разбиране относно въздействието на вредните навици.
- Недостатъчна информираност относно тромболизата като метод за лечение на ИМИ.

Препоръки. Предпазване от мозъчно-съдови заболявания чрез редуциране на факторите на риска, водещи до появата им. При диагностицирана АХ, стриктно да се спазва предписаното лечение. При наличие на един или няколко симптома на ИМИ незабавно да се потърси специализирана медицинска помощ, тъй като само навременната диагностика и незабавно лечение биха предотвратили инвалидизация или смърт.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Александрова И., Съвети за болни с мозъчен инсулт
[2] Велева-Горанова С., Н. Василева, Х. Недев, Възстановяване след инсулт, ИК Булберба 3122
[3] Йорданов Б., Вл. Иванов, Нервни и психични болести, Медицина и физкултура, София 1989
[4] Кючуков М., Т. Станкушев, Нервни болести и психиатрия, Медицина и физкултура, София 1997
[5] Митков В., Спешна неврология, Медицина и физкултура, София, 1982
[6] Шотеков П., Неврология, МИ Апро 2010 г.
[7] Koleva G., I. Hristova, D., Georgieva, D., Draganova, I., Serbezova. Level of awareness of Republic Bulgarias population for treatment of ischemic stroke via thrombolysis. IN: Sea-international conference, Constanta, Publishing House Naval academy, 2016, ISBN 2457-144X, L 2457.

За контакти:

Снежина Михайлова Митева, студент специалност Медицинска сестра, III курс, Русенски университет "Ангел Кънчев", тел.: 0884124413, e-mail: snega090883@abv.bg

научен ръководител: ас. Грета Колева дузг, Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи; тел: 0882 517 173; e-mail: gkoleva@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Сомнамбулизъм – ходене на сън

автор: Елис Неджиб

научен ръководител: ас. Грета Колева, дузг

Sleepwalking: *Sleepwalking, also known as somnambulism or noctambulism, is a phenomenon of combined sleep and wakefulness. Sleepwalking occurs during slow wave sleep stage in a state of low consciousness and perform activities that are usually performed during a state of full consciousness. These activities can be as benign as sitting up in bed, walking to a bathroom, and cleaning, or as hazardous as cooking, driving, violent gestures, grabbing at hallucinated objects, or even homicide.*

Key words: *sleepwalking, somnambulism, stories, sleep disorder*

ВЪВЕДЕНИЕ

Сомнамбулизмът представлява ходене и шепнене по време на сън, което се повтаря епизодично. Това е разстройство на съня, което произлиза от латинските думи „*somnus*” – спане и „*ambulus*” – ходене [5]. Епизодите на ходене по време на сън имат продължителност от няколко минути до един час. Ходещите на сън хора се наричат сомнамбули. По-често срещан е при деца, но ако симптомите се проявяват през юношеството, е препоръчителна консултация с лекар. Според проучване на Националната програма National Sleep Foundation's 2004 в Америка, 1% от децата (особено при момчетата) в предучилищна възраст и 2% от децата в училищна възраст ходят в съня си най-малко няколко нощи на седмица [7].

Сомнамбулизмът се проявява обичайно в края на първия или началото на втория цикъл на съня, което означава, че момента на появата му е много скоро след заспиването. В някои случаи може да се получи в сутрешните часове. Такива индивиди могат да ходят из стаята, без да се ударят в предмети и понякога да отговарят на въпроси.

В България живеят около 4000 сомнамбули, гласи неофициалната статистика [4].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Да наблюдавате човек в момент на сомнамбулизъм може да се окаже доста страховито – той се движи и изглежда като буден, може просто да се изправи и да седне в леглото с празен поглед, втрещен напред, а може и да върши дейности, които са обичайни за ежедневието му, включително да излезе от дома си и да се опита да шофира. Ходенето на сън обикновено продължава много кратко и не оставя спомени в съзнанието, а само дезориентация и объркване в случай, че човекът бъде събуден.

Причини за сомнамбулизъм

Макар конкретни причини за проявата на сомнамбулизъм още да не са открити, учените са стигнали до някои възможни заключения, направени въз основа както на физиологически, така и на психологически изследвания. Те са разпределили вероятните причини в няколко категории:

Генетични – по-често сомнамбулизъм се наблюдава при еднояйчните близнаци. Освен това, ако пряк роднина в семейството е сомнамбул, то шансът и детето да го наследи е 10 пъти по-голям.

Общи – липса на сън, нерегулярен сън, треска, стрес, липса на магнезий в организма, алкохолно отравяне, наркотици, силни медикаменти и стимуланти.

Физиологически – дължината и дълбочината на отделните етапи на съня, който при децата са по-развити. Освен това при жените бременността и месечният цикъл увеличават възможността за проява на сомнамбулизъм [5].



Симптоми на сомнамбулизъм - обикновено очите са отворени, погледът е втренчен и „стъклен“, походката тромава и тиха. Но при ходене на сън човек не се движи с изпънати напред ръце, както е грешно популяризиран този образ. При задаване на въпрос отговаря бавно и просто, с безсмислени фрази, или изобщо не отговаря. Ако се върне в леглото, без да бъде събуден, не помни нищо за случката. По-големите деца, които по-лесно могат да бъдат събудени при сомнамбулизъм, се наблюдава смущение и срам от собственото им поведение.

Често срещано заблуждение относно това разстройство е, че сомнамбулът никога не трябва да бъде буден по време на дейността си. По принцип няма опасност, въпреки че сомнамбулът може да бъде дезориентиран или объркан, ако се събуди. Всъщност, когато един сомнабул представлява опасност за себе си или околните (например, когато се изкачва или слиза по стъпала или използва потенциално опасен обект като нож или печка), добре е той да бъде събуден. Има случаи на смърт на сомнамбули, паднали от прозорци по време на сън. А един отличен пример за сомнамбулизъм може да бъде намерен в шедьовъра на Шекспир „Макбет“ (пето действие, първа сцена), което показва, че обществото се е сблъскало с този проблем още преди векове [9]. В известната пиеса на Шекспир се споменава, че лейди Макбет е сомнабул и накрая тя полудява и се самоубива.

Според медицинските проучвания ходенето на сън има пряка връзка с мозъка, който излъчва електромагнитни вълни към различни точки в главата. Въз основа на тези вълни е установено, че сънят има 5 етапа, които заедно оформят един цикъл. При последния етап сънят е най-дълбок и именно тогава възниква сомнамбулизмът. Този етап е познат още като „движение на бързото око“ - характеризира се с трептене на клепачите, породено от ярки сънища, а събуждането става много трудно.

Бхарадвай Р. и С. Кумар описват два случая на деца от семейства със средно социално-икономическо положение, живеещи в град. Първият случай е на момче на 8 г. и десет месеца, ученик в четвърти клас, ходил в съня си през последните 5 месеца. Той си лягал към 23ч. и към полунощ ставал от леглото и извършвал разнообразни действия – рецитирал, изпълнявал сцени от телевизионни сериали и т.н. Ходенето е извършвано с отворени очи, но не е отговарял на повикване и на името си. Всеки от епизодите продължавал 5-7 мин. и приключвал когато се върне в

леглото. В началото е получавало на нощ само по 1 епизод на интервали през 1-2 седмици, през последния месец преди да потърсят помощ – всяка нощ. Във фамилната анамнеза липсват заболявания като епилепсия и ходене на сън. Извършена е ЕЕГ в будно състояние и по време на сън – без патологични отклонения. Детето е лекувано за няколко месеца с Lorazepam 1 mg. След проследяване в рамките на 6 месеца, епизодите не са се повторили.

Вторият случай е на момче на 13г. и 8 мес., ученик в осми клас имащ епизоди на сомнамбулизъм през последните 3 години. Претърпял е инцидент с еднократен генерализиран тонично-клоничен припадък, лекуван с медикаменти в продължение на 1 седмица. След като изследванията ЕЕГ и ЯМР излизат нормални, медикаментозната терапия е спряна. По същото време е загубил и дядо си, към когото е бил много привързан. Епизодите на ходене на сън се случвали през първите 4 часа от съня и то само през ноща. Действията му са разнообразни, включващи случки от деня. Епизодите са в рамките на 30 мин., зачестили до 3-4 пъти седмично и всеки опит за комуникация с него е неуспешен. При прегледа е констатирано, че родителите оказват прекомерен натиск върху детето във връзка с резултатите му в училище. След промяна в поведението на родителите, оказване на подкрепа и помощ, както и краткотраен прием на медикаменти подпомагащи съня, симптомите на сомнамбулизъм изчезнали [6].

До не отдавна сомнамбулите са били смятани едва ли не за дяволски изчадия, а след това – за странни създания, които обикалят по покривите нощем.

Това явление е свързано с много легенди. Сред учените, които се занимават сериозно с този проблем, е известен един класически случай. Има писмени медицински свидетелства за сомнамбул, който в сънно състояние влязъл в дома на съседката си и ѝ направил бебе.

Сред най-разпространените грешки насън са скоковете през прозореца. Има и няколко случая на убийство, в които виновният е бил оневинен, след като екип от лекари доказват, че е сомнамбул и е действал насън.

Във Великобритания има дори случай на изнасилване, в който защитата се позовава на сомнамбулизъм. Дори жертвата признала, че Джеймс Билтън се държал неадекватно. Веднага след като той спрял, тя избягала при полицаите, които го събудили няколко часа по-късно с обвинение за изнасилване.

В Ню Йорк 35-годишен мъж бил обвинен, че легнал до непълнолетна и я целунал, като съдът го оправдал че е действал насън.

Има случай на развод по време на сън. При арабите, за да разкараш жена си е достатъчно да кажеш „Развеждам се, развеждам се, развеждам се“ и си готов. Когато обаче човекът се събудил ерген, осъзнал, че обича жена си и поискал анулиране на развода.

Мийт Лий Ходуин започнал да рисува насън още като дете. В началото родителите му мислили, че е нормално, но това продължило и като тинейджър. Мийт вече е фелдшер и все още рисува, докато спи. За да си спести чистенето на стените в апартаментата си, той започнал да оставя за спящия в него Пикасо листове и пастели, като вече дори има няколко продадени картини [8].

Най-якият случай на сомнамбулизъм е австралийка от Сидни. Въпреки че била щастливо женена, тя имала нужда от нещо по-така. Всяка вечер, когато двойката заспивала, половинката се изнизвала и хващала първия непознат. На сутринта съпругът и не я намирал до себе си. Той се опитал да приеме обясненията на жена си, но когато една сутрин я заварил на калъп с някакъв кретен, веднага я вкарал в болница.

Най-тъжно било положението на госпожица Ана Раян. Тя се поддържала слаба, но изведнъж започнала рязко да качва и въпреки всички диети нямало ефект. Накрая била хваната от една приятелка, че вечер изпразва хладилника.

Готвач от Единбург 30 години става почти всяка нощ, за да готви. 55-годишният Робърт Ууд не само по цял ден работи в семейния ресторант, а и цяла нощ продължава да готви.

34-годишен програмист бил хванат от жена си да коси ливадата чисто гол в 2 часа през нощта.

Има и модерни сомнамбули. 44-годишна жена страда от писане на имейли насън. Тя се събуждала посред нощ и започвала да пише писма на всичките си познати. Повечето от тях били уговорки за срещи или просто безсмислени.

Момиче на 15 год. от Лондон вечер се превръщало в жената котка. Една нощ тя била намерена на върха на 13-етажен кран, докато спяла на не много широка греда.

През 2008 година мъж на име Брайън Томас е оправдан за убийството на съпругата си Кристин, която удушава в съня си. Съдът приема, че става дума за нещастен случай. Самият той разказва, че когато се е усетил какво е сторил, вече е било късно [1].

През януари 2009 г. 51-годишният електротехник от Уисконсин, напуснал дома си през ноща по бельо. На следващата сутрин, е бил намерен мъртъв на 17 метра от къщата си. Той прекарал ноща на -7°C и загинал поради прекомерна загуба на топлина [9].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ходенето насън обикновено е доброкачествено състояние, което се излекува спонтанно с възрастта. Единственият риск за здравето на сомнамбулите са травмите от спъване, падане от високо и др., които са много чести. Ето защо схващането, че ходенето по време на сомнамбулен епизод е напълно безопасно, е заблуда.

За да се избегне появата или влошаването на сомнамбулизма, специалистите препоръчват много почивка за пациента, който се чувства преуморен след ходене на сън. Трябва да бъде изграден график на лягане, както и да се помисли за някакви релаксиращи техники като медитация или музика, които да прогонят стреса и напрежението. От стаята трябва да се махнат всички предмети, които биха могли да наранят човека – сомнамбул по време на нощните му разходки. Вратите и прозорците да бъдат здраво залостени.

В повечето случаи лечение не е нужно. В останалите се обърнете към невролог. Хипнозата е доказано лечение на сомнамбулизъм, която обаче трябва да бъде проведена от опитен специалист. Тя е успешен метод – както при деца, така и при възрастни [2,3].

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Опасният сомнамбулизъм, Epis, 2017; <http://epis.bg/za-horata/opasniiat-somnambulizam/>
- [2] Сомнамбулизъм - ходене на сън, 09 Фев 2010 (обновена 29 Юни 2012); <https://zdravbadi.com/bolesti/bolesti/nevrologiya/309-somnambulizam-hodene-na-san>
- [3] Стоянова, Р., Сомнамбулизъм, <http://ezine.bg/n61-30218>
- [4] Тайните на сомнамбулизма, БЛИЦ, 02.10.2008, <http://www.blitz.bg/article/7164>
- [5] Тошева, Ц., Сомнамбулизъм – ходене на сън, 2/11/2009 <http://zdrave.rozali.com/zaboliavaniia-zdrave/p11654.html>
- [6] Bharadwaj R., S. Kumar, Somnambulism: Diagnosis and treatment, Indian J Psychiatry. 2007 Apr-Jun; 49(2): 123–125; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2917078/>
- [7] Mahowald, M., Sleepwalking, <https://sleepfoundation.org/sleep-disorders-problems/abnormal-sleep-behaviors/sleepwalking/page/0/1>
- [8] Murano Gr., 10 Unbelievable Sleepwalking Stories, 5/22/2009; http://www.oddee.com/item_96680.aspx

[9] İnanamayacağınız 10 Uyurgezer Hikayesi, 11-06-09, <http://www.genckolik.net/garip-olaylar/231699-inanamayacaginiz-10-uyurgezer-hikayesi.html>

За контакти:

Елис Еджевит Неджиб, студент специалност: Медицинска сестра, II курс, Фак.№:159232, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0899400525, e-mail: elis2101@abv.bg

научен ръководител: ас. Грета Колева, дузг, Русенски университет “Ангел Кънчев”, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, e-mail: gkoleva@uni-ruse.bg; тел.: 0882 517 173

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Евтаназията като обект на дискусии и противоречия

автор: Биляна Великова
научен ръководител: ас. Грета Колева, дузг

Euthanasia as an object of controversy and discussion: *Euthanasia is a mild, painless death. It is taken to relieve the patient's suffering when he is hopelessly ill. It can be voluntary when patient is willing and involuntary when he/she is not autonomous to take decisions or is deprived of the right to decide whether he/she wants to use euthanasia. There is also an active euthanasia that is active and passive, where no action is taken to prolong life wherever possible. Euthanasia is associated with numerous contradictions. In many countries, it is not legally permitted.*

Key words: *euthanasia, passive euthanasia, active euthanasia, involuntary euthanasia, voluntary euthanasia*

ВЪВЕДЕНИЕ

Пълноправното членство на Република България в Европейския съюз, широкото популяризиране на Европейската харта за правата на човека и промените в здравната система през последното десетилетие у нас поставиха на изпитание правното съзнание на българските граждани, подлагайки на преосмисляне правото на живот, правото на достойнство и в частност правото на достойна смърт [4].

От втората половина на XX век феноменът „евтаназия“ поставя началото на множество дискусии „за“ или „против“, които и до днес не изчерпват темата, тъй като проблемът е не само медицински и юридически. Той има също така философско и морално-етично измерение, поради което изисква задълбочено разглеждане на доводите с цел заемане на най-благоприятната позиция и постигане на консенсус [4]. Евтанатично законодателство е установено в Китай, Колумбия и Япония, докато в почти всички европейски държави, в частност и България, добросъвестното отнемане живота на пациента е наказуем акт [3].

ИЗЛОЖЕНИЕ

По своята същност евтаназията е лека, безболезнена смърт. Съгласно доклада на специалния комитет към Сената в Канада тя се определя като „предумишлено действие, предприето от едно лице с намерение за прекратяване на живота на друго лице с цел облекчаване на страданията му, което действие е причина за смърт“ [2].

В зависимост от компетентността и волята на болния евтаназията може да се разглежда като доброволна, когато е съобразена с желанието на компетентния пациент и недоброволна, тогава, когато пациентът е неавтономен или някой друг е отнел правото му да вземе решение да се сложи край на страданията му. Според характера на предприеманото действие евтаназията може да бъде активна евтаназия, т.е. чрез извършване на някакво целенасочено действие, и пасивната - свързана със съзнателно бездействие или въздържание от започване на действие, което би продължило живота на пациента [1].

В Клетвата на Хипократ, както и в Женевската декларация, категорично е заявено несъгласието за отнемане на човешки живот, дори и това да бъде от състрадание. СЗО има ясно отношение, изразено в декларация през 1992 г., като обявява евтаназията за неетична [3]. Именно в резултат на тези етични позиции възникват противоречия между ролята на медицинския специалист, който е длъжен да не допуска нанасяне на вреда и задължението му да облекчава болката и страданията на болния.

Материал и методи

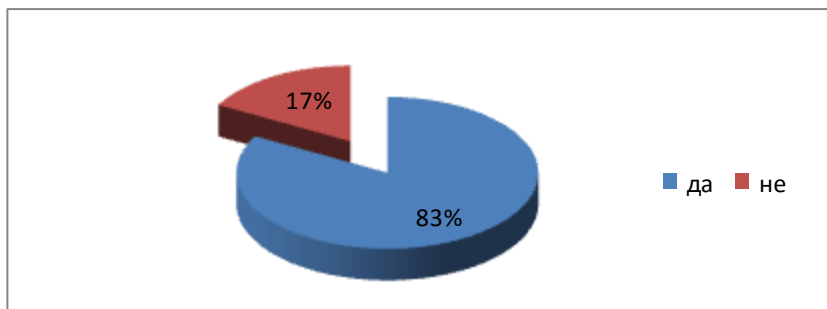
Цел на настоящото проучване е установяване позицията на произволна група граждани за противоречията, свързани с евтаназията, както и представяне на

аргументи и контра аргументи, които са съответно в защита или противоречие на идеята за узаконяването ѝ.

Във връзка с поставената цел се проведе анкетно проучване през периода април-май 2017г. сред 52-ма души от гр. Русе. Анкетната карта съдържа 9 въпроса от затворен тип.

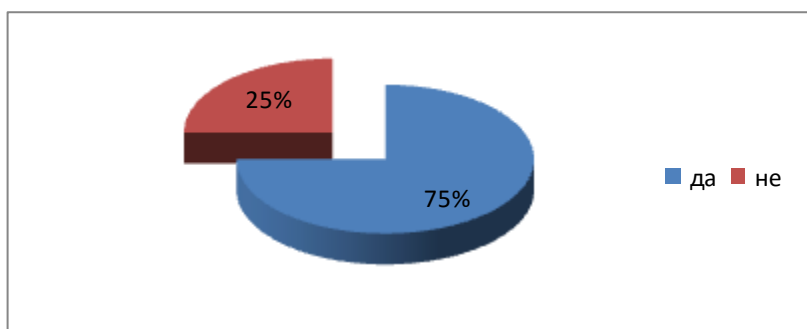
Резултати:

Почти всички от анкетиранияте (90%) са на възраст между 18-25 г. Образователният им ценз е на средно и над средното ниво: със завършено средно образование са 92%, а останалите са с висше образование (8%). В разпределението по пол преобладават жените, а мъжете са близо една четвърт от респондентите.



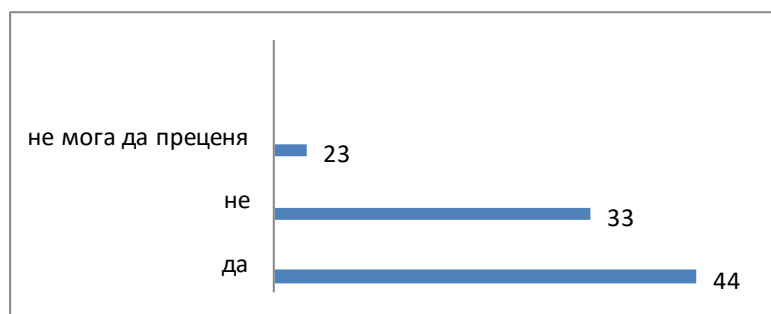
Фигура 1. Познаване на понятието евтаназия

Значителен дял от анкетиранияте (83%) са запознати със същността на понятието евтаназия, както и с нейните разновидности, докато останалите (17%) нямат познания за значението и естеството на „леката, безболезнена смърт“.



Фигура 2. Познаване на законовата уредба за евтаназия в страната

Проучването, че по-голямата част от участниците са запознати със законовата уредба за евтаназия в нашата страна (75%), и оценяването ѝ от закона като убийство. Една четвърт не са наясно с настоящото статукво по този въпрос (25%).



Фигура 3. Лична позиция за узаконяване на евтаназията в страната

Почти половината от участниците подкрепят идеята за узаконяване на еутаназията в България (44%). На противоположна позиция са 33%, а останалите нямат единно мнение по въпроса, поради незадълбочено познаване същността и разновидностите на еутаназията или наличието на множество аргументи и контра аргументи с невъзможност за наличие на превес на едните от тях (23%).



Фигура 4. Аргументи в подкрепа на еутаназията

Повечето от респондентите, които заявяват своята подкрепа за еутаназията (14 от 23 човека), аргументират своя избор с правото на пациента за уважение на автономността му, докато 17% базират своето мнение на благодеянието за терминално болните с цел облекчаване на непоносимото страдание. Най-малък дял от посочените отговори има медицинската отговорност, която визира приноса на медицината в удължаването на живота без да има отношение към неговото качество, което я задължава да разреши създадения от нея проблем (9%). Останалите са привърженици на Сенека, според който „трябва да се уважава не изобщо животът, а добрият живот“ (13%).



Фигура 5. Аргументи против еутаназията

Аналогично тези, заявили несъгласие за узаконяване на еутаназията, бяха запитани за аргументите, на които се основава техният избор. Половината от тях се обосноваха с това, че човешкият живот е безценен и не бива да се отнема по каквато и да е причина (53%). Малък дял смятат, че молбите за еутаназия не винаги отразяват желание за прекратяване на живота, а би могло да се дължат на симптомите на терминалната фаза или да представляват моментни вътрешни мотиви (12%). Привърженици на хуманността в медицината са 17%, а 18% са на мнение, че установяването на еутаназията като законен акт би довело до размиване границите на допустимото и недопустимото чрез повишаване ятрогенността на медицината, както и възникването на наклонена плоскост, която налага изправянето пред нови все по-тежки дилеми и извършване на еутанатичен акт с лекота.



Фигура 6. Възможност на качествените палиативни грижи да заменят евтаназията

Интерес представлява мнението на респондентите по отношение на повишаване качеството на палиативните грижи и поддържащото лечение и техния ефект върху желанието за евтаназия. Повече от половината от всички участници са на мнение, че ще има положителен резултат т.е. качествените палиативни грижи ще намалят поддръжниците на евтаназията (62%). Не малък дял обаче – почти една трета са на мнение, че оказването на тези грижи не би подобрило значително качеството на живот и затова не могат да заместят евтаназията, която спасява пациентите от страданията (29%). Останалите изпитват трудност за заемане на категорична позиция (9%).

Изводи. Резултатите от проведеното проучване, макар то да не е с толкова голям мащаб, сочат, че:

- съществуват реални и сериозни противоречия между опонентите за узаконяването на евтаназията, като положителният отговор във връзка с узаконяването на евтаназията има превес над отрицателния;
- високият относителен дял на подкрепящите евтаназията и не малкият такъв относно липсата на вяра в подобряването на живота в следствие на повишено качество на палиативните грижи е доста притеснителен по отношение на доверието към палиативната медицина.
- всички запознати със същността на евтаназията имат ясни аргументи и контра аргументи, на базата на които са заели своята категорична позиция;
- не малък е дялът на незапознатите със същността на понятието евтаназия, което представлява потенциална заплаха за заемане на неправилна позиция, поради недостатъчно познания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нарастването на дела на уязвими групи пациенти, включително нелечимо болни, полиморбидни и инвалидизирани граждани, увеличава товара, който може да понесе обществото. В този смисъл евтаназията би „разтоварила” в определена степен здравната система и би спестила страданията на пациентите, но в същото време тя опетнява хуманността и чистотата на медицината, като увеличава риска от възникване на злоупотреби и модел на поведение, който да доведе до negliжиране и пренебрегване цената на човешкия живот.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Александрова-Янкуловска.С., Наръчник по медицинска етика, Плевен, 2016
- [2] Георгиева.Д., Колева.Г., Палиативни сестрински грижи, Медиатех-Плевен, 2017
- [3] Лисаев.П., Деонтологични и правни въпроси на сестринската медицинска практика, МУ-Плевен, 2010

[4] Манчева, П., Правно съзнание за легализиране на евтаназията и качеството на живот при полиморбидните пациенти с трайно намалена работоспособност, автореферат, Варна, 2013; <http://eprints.mu-varna.bg>

За контакти:

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

научен ръководител: ас. Грета Колева дузг, Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи , тел.: 0882 517 173, e-mail: gkoleva@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Необходимост от разкриването на сестрински служби и/или центрове за домашни дългосрочни грижи в Р. България

автор: Биляна Великова

научен ръководител: ас. Грета Колева, дузг

Need for the disclosure of nursing services and/or centers for long-term care in Bulgaria:

Nursing care is focused on caring for patients with severe pathology who need specialized nursing care at home. Nurses must meet adequately the health needs of the population. Nurses should continuously improve their competence through training. One of the most serious problems of bulgarian healthcare is the low number of medical professionals and their low pay, which is a major cause of migration to other countries. Long-term nursing care include rehabilitation, treatment of disease, social care, transport, food, household assistance, especially nursing care. The World Health Organization defines the role of the nurse as a key, since its function is associated with protecting not only the individual but also public health.

Key words: *nursing, nursing care, health, nursing services, center for long-term care home, health problems*

ВЪВЕДЕНИЕ

Бързото развитие на диагностичните, терапевтичните и фармацевтичните медицински технологии, допринасящи за борбата с различни нелечими до сега заболявания и състояния, е една от причините XXI век да се смята за век на здравните грижи. Високото ниво на стресови фактори и социалните проблеми водят до увеличаване потребността на българското здравеопазване от квалифицирани лица [2].

Сестринската служба се свързва с дейности по събиране и предоставяне на здравна информация, осъществяване на манипулации, предоставяне на хигиенни и здравни грижи, оказване на помощ и консултации [4]. Изграждането на Сестринска служба повишава социалната роля на медицинската сестра и утвърждава сестринската професия като автономна [3]. Основните трудности при създаване на модел за развитие на Сестринската служба са свързани главно със законодателството и правилата за добра сестринска практика [4].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Мисията на съвременното сестринство е да гарантира високо качество на оказваните здравни грижи на населението. Много често стереотипите в мисленето и страха от промяна се явяват бариера за разработване и внедряване на иновации. Именно Сестринската служба би била такава иновация за България. Осъществяването на дейността следва да се извършва като се отчитат индивидуалните потребности, както и нивото на обща и здравна култура на пациентите [3].

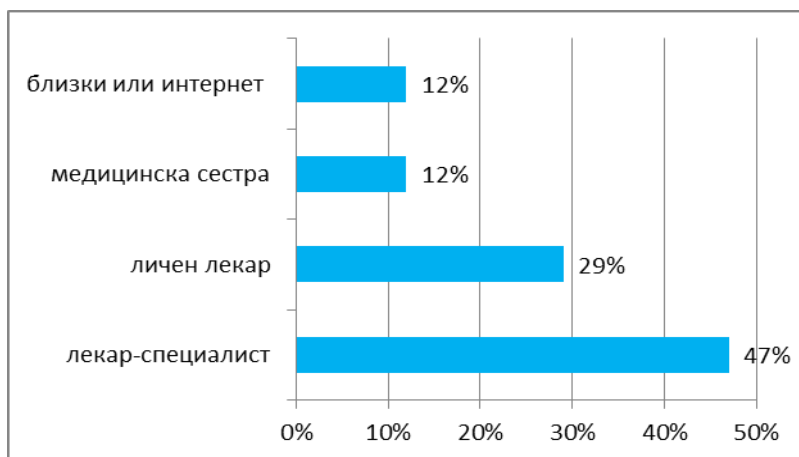
За да се предоставят на нуждаещите се качествени дългосрочни грижи, в Европа се разработват множество подходи за тяхното осигуряване. Дългосрочните грижи обикновено се предоставят на лица с физически или умствени увреждания, немощни хора или такива, които страдат от едно или няколко соматични заболявания, изискващи подпомагане при ежедневните дейности. Основен контингент на тези грижи са възрастните и стари хора [1]. Общата тенденция е към деинституционализиране на грижите и разработване на съобразени с индивидуалните потребности грижи в домашни условия и грижи в общината. Така хората могат да живеят възможно най-дълго в позната среда в собствения дом, близо до семейството и приятелите си, а същевременно при необходимост да се възползват от подкрепата на институционалните грижи [4].

Цел на настоящото проучване е определяне степента на гласуваното доверие към медицинската сестра като квалифициран специалист и източник на здравна

информация, както и установяване нагласите към създаването на Сестрински служби в нашата страна.

Материал и методи. Във връзка с поставените проблеми на съвременното сестринство се проведе анкетно проучване през периода март-април 2017г. сред 58 граждани на гр. Русе. Анкетната карта съдържа 9 въпроса.

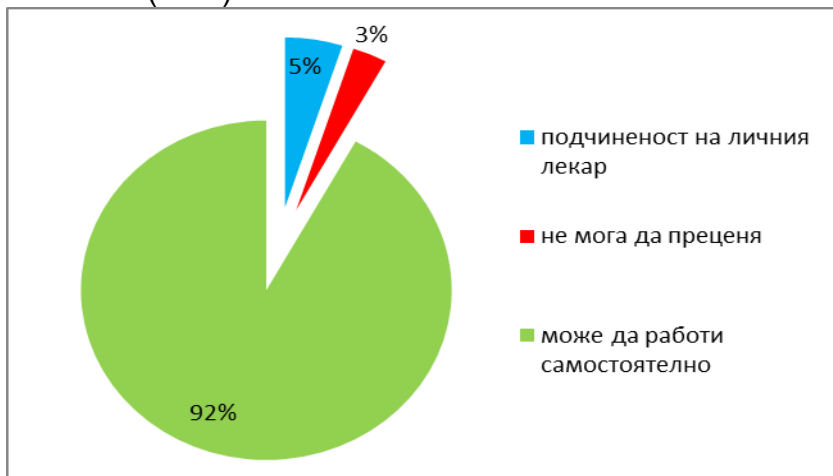
Резултати от проучването. Почти половината от анкетираните са на възраст между 18-25г. (46,6%), като от всички имат завършено средно образование имат 76%, останалите са с висше образование (24%). Разпределението по пол е почти 1:2 в полза на жените.



Фигура 1. Източници на здравна информация

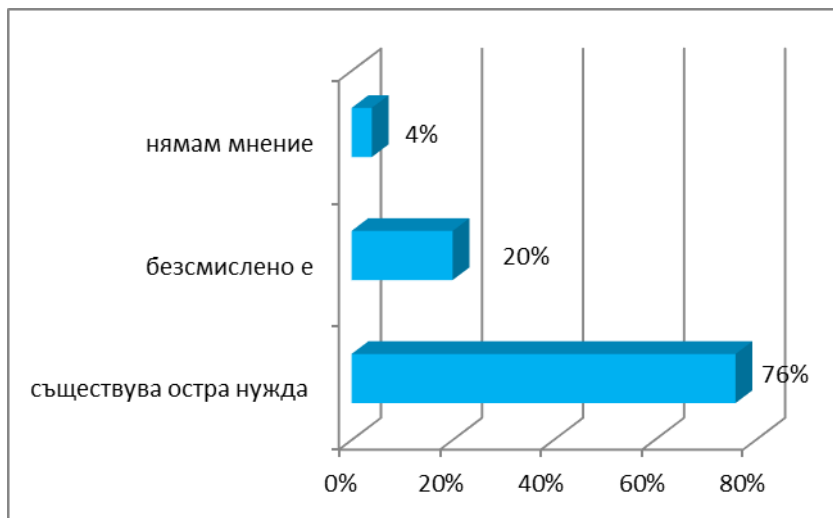
Почти половината от участниците в проучването определят лекаря като източник на здравна информация и лице към което биха се обърнали за такава (47%). Една трета разчитат на помощта на личния лекар (29%) и само една малка част се обръщат към медицинската сестра (12%). Още толкова предпочитат да разчитат на своите близки или интернет (12%).

Факт е, че доверието на пациентите към медицинския персонал като цяло клони към изчерпване и 47% от респондентите смятат, че причината за negliжирането на същинските сестрински дейности от самите медицински професионалисти се крие в ниското заплащане за труда им. Голяма част от анкетираните го отдават на наличието на апатия към ежедневноната практика (30%). За съжаление много малък дял споделят мнение, че медицинската сестра притежава необходимата компетентност за оказване на дългосрочни грижи (10%), а останалите са на мнение, че именно тя е в основата на здравно-промотивната дейност, но функцията ѝ е неocenена и неавтономна (14%).



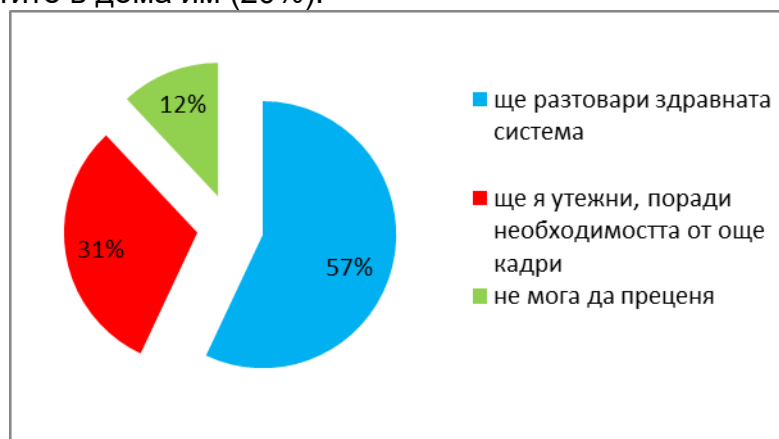
Фигура 2. Подчиненост на лекаря при осъществяване на дългосрочни грижи

По отношение на това дали е редно да бъде подчинена изцяло на лекаря при извършването на дългосрочни грижи в рамките на екипната дейност с общопрактикуващ лекар, изключително малък дял считат, че това трябва да бъде така във всеки аспект от медицинската дейност (5%), а всички останали, че има достатъчно познания, за да изпълнява посочената функция (92%). Незначителен е дялът на тези, които не могат да преценят до каква степен трябва да е самостоятелна в дейността си медицинската сестра (3%).



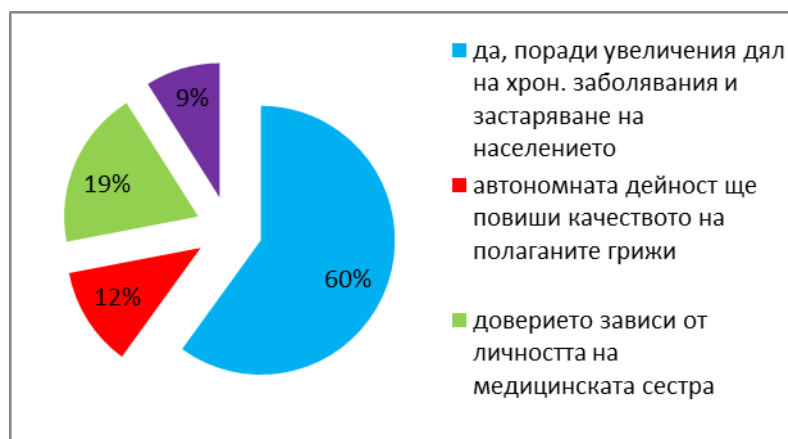
Фигура 3. Необходимост от разкриване на Сестрински служби в страната

Мнението на две трети от респондентите е, че съществува остра нужда от разкриване и съществуването на Сестрински служби (76%). Значителен дял смятат разкриването на сестрински служби за безсмислено, защото няма да се променят грижите за пациентите в дома им (20%).



Фигура 4. Състояние на здравната система, след създаването на сестрински служби

По отношение ефекта, който ще окаже върху здравната система на страната разкриването на Сестрински служби резултатите показват във висок процент мнението на респондентите за „разтоварване“, при положение, че пациентите получават информация и грижи в дома си без да е необходимо постъпване в лечебно заведение (57%). Една трета са убедени, че ще се утежни обстановката в здравеопазването поради необходимостта от още повече медицински кадри на фона на натоварения им дефицит, което ще изисква и повече средства и по този начин ще „натовари“ допълнително здравната система (31%). Останалите не могат да изберат правилната според тях позиция (12%).



Фигура 5. Засилване на доверието към медицинската сестра от страна на пациентите, чрез разкриването на Сестрински служби

Повече от половината участници в проучването смятат, че разкриването на Сестрински служби ще засили доверието към медицинската сестра от страна на пациентите (60%). Някои считат, че автономната функция на сестрата ще допринесе за повишаване качеството на полаганите от нея грижи, а това ще рефлектира и върху доверието към самата нея (12%). Значителен дял мислят, че всичко изцяло зависи от личността и индивидуалните характеристики на медицинската сестра (19%). Неминуемо се наблюдават и изцяло песимистично настроени респонденти, които са убедени, че доверието към медицинската сестра е безвъзвратно изгубено (9%).

Изводи. Резултатите от проведеното изследване, макар извършено сред не толкова голяма част от обществото, сочат, че съществува недоверие и скептицизъм към практиката на съвременната медицинска сестра, но има шанс то да бъде възобновено. Пътят към постигането му е регламентиране на автономност на сестринската практика в някои аспекти на здравеопазването и създаването на Сестрински служби би могло да бъде добро решение при оказването на дългосрочни домашни грижи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СЗО определя ролята на медицинската сестра като ключова и ѝ отрежда основно място в системата на здравеопазване, независимо дали работи самостоятелно или в екип. Медицинската сестра е необходимо да търси съмишленици за опазване на индивидуалното и общественото здраве, като утвърждава партньорство с институциите, имащи отношение към здравето и благополучие. Осъзнавайки тази си роля, тя трябва да поеме отговорности и да предостави дейности с високо качество в рамките на своите компетенции.

Независимо дали се предоставят в общността или в институционална среда, грижите са процес, изискващ от професионалистите да притежават необходимия опит. Осигуряването на подходящо обучение е от особено значение за непрекъснатото обогатяване на уменията и квалификациите. Дългосрочните грижи в домашни условия са предпочитана възможност за зависимите лица пред институционализираните грижи.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Дългосрочни грижи в Европейския съюз, ec.europa.eu
- [2] Стратегия за развитие на здравните грижи в Р България, www.nursing-bg.com/str.html

[3] Тончева, С., От традиционно сестринство към иновации и отговор на очакванията на пациента, Научни трудове на Русенския университет-2015, том 54, серия 8.3, с. 9; <http://conf.uni-ruse.bg/bg/docs/cp15/8.3/8.3-1.pdf>

[4] Цветкова, Т., Т. Евтимова, С., Павлова, Модел за изграждане и финансиране на сестринска служба, mu-varna.bg

За контакти:

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

научен ръководител: ас. Грета Колева дузг, Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи; тел.: 0882 517 173; e-mail: gkoleva@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Хиперпаратиреоидизъм като причина за нефролитиаза и участието на медицинската сестра в лечебно- диагностичния процес

автори: Невин Кязимова, Сибел Мустафа
научен ръководител: гл. ас. Даниела Константинова, дузг

***Hyperparathyroidism (HPT)** is the third most common endocrine disease and the most common cause of outpatient hypercalcemia. Historically, most patients presented with overt symptoms and signs of pHPT. With the advent and widespread use of automated blood analyzers, currently the majority of patients are diagnosed through routine biochemical laboratory testing done for other aims. The majority of patients are minimally symptomatic or asymptomatic. The clinical presentation of pHPT varies from asymptomatic disease to classic symptomatic disease in which renal and/or skeletal complications are observed.*

Key words: Asymptomatic primary hyperparathyroidism, mild primary hyperparathyroidism, nonclassic primary hyperparathyroidism, normocalcemic primary hyperparathyroidism, primary hyperparathyroidism, symptomatic primary hyperparathyroidism

ВЪВЕДЕНИЕ

Паратхормонът е пептиден хормон, секретирани от паращитовидните жлези. Те обикновено са четири на брой, локализирани зад щитовидната жлеза, фиксирани за капсулата и. Основната функция на паратхормона е регулирането нивото на свободния, йонизиран калций в кръвта. Той съставлява около 50% от общия калций, 40% са свързани с албумина и около 10% са под формата на соли – цитрати, фосфати и др. Йонизиран калций е биологично активен. Ефектът на паратхормона е резултатът от действието му върху костите, бъбреците, чревния тракт. В костите стимулира костната резорбция. В бъбрека паратхормонът повишава абсорбцията на калциеви йони в дисталния тубул и обратно – потиска фосфатната на ниво проксимален тубул. Освен това на ниво бъбречен паренхим паратхормонът стимулира хидроксилиране на витамин Д до активния метаболит 1,25 (ОН)₂ витамин Д. Чрез него паратхормонът оказва ефекта си върху абсорбцията на калциеви йони в чревния тракт.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Хиперпаратиреоидизмът, дължащ се на повишена активност на паращитовидните жлези, е едно от честите ендокринни нарушения, свързано със сериозни усложнения, дължащи се на хроничната хиперкалциемия със засягане на сърдечносъдовата система (калцификация на коронарните артерии, аортата и сърдечните клапи), бъбреците (нефролитиаза, нефрогенен инсипиден диабет) и костите (метаболично костно заболяване), и налага адекватно оперативно или медикаментозно лечение (фиг. 1).



Фигура 1. Нормалната функция на паращитовидните жлези и секреция на хормоните.

Заболяването се дължи на вътрешно нарушение, водещо до прекомерна продукция и секреция на паратиреоиден хормон (първичен хиперпаратиреоидизъм)

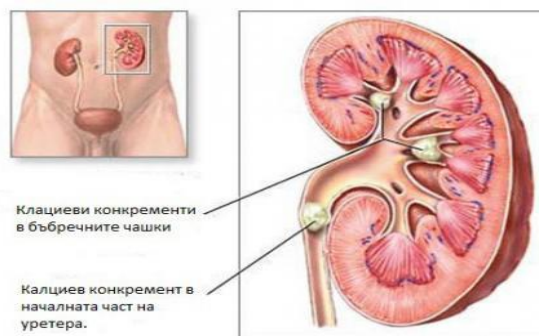
или на външно нарушение (друго заболяване), което засяга калциевата хомеостаза (вторичен хиперпаратиреоидизъм) [5].

Причините са различни заболявания. Първичният хиперпаратиреоидизъм може да се дължи на солитарен аденом или множествен аденом на паращитовидните жлези. Друга причина може да бъде хиперплазията на паращитовидните телца. Рядко може да се дължи на карцином или да бъде част от т.нар. MEN-синдроми (множествени ендокринни неоплазии).

Вторичният хиперпаратиреоидизъм настъпва, когато е налице заболяване, водещо до понижаване на серумния калций, при което паращитовидните жлези реагират със свръхсекреция на паратхормон. Най-честата причина за вторичен хиперпаратиреоидизъм е хроничната бъбречна недостатъчност. По-рядко той може да настъпи при нормална бъбречна функция, вследствие причини от страна на червата - малабсорбционен синдром; чернодробни причини - чернодробна цироза, холестаза; при нарушен синтез на витамин Д - например недостатъчно излагане на слънчеви лъчи.

За третичен хиперпаратиреоидизъм се говори тогава, когато в хода на вторичния хиперпаратиреоидизъм настъпи хиперкалциемия, вследствие на несъответствието между секрецията на паратхормон и нуждата от него. [3]

Патогенезата на заболяването е свързана с усилените ефекти на паратхормона върху калциево-фосфорната обмяна. Под влияние на паратхормона калций и фосфорът се извличат от костите и преминават в кръвта. Това предизвиква деминерализация на костното вещество, дифузна остеопороза и кистозна остеодистрофия с образуването на т.нар. „кафяви тумори“ на костите. Тези промени обуславят патологичните фрактури.



Фигура 2. Калциеви конкременти в резултат на нарушената калциево-фосфотната обмяна.

Увеличаването на серумния калций от друга страна води до повишено отделяне на калций с урината. Усиленото калциево отделяне благоприятства образуването на бъбречни конкременти (фигура 2). Хиперкалциемията стимулира стомашната и панкреасната секреция, което може да доведе до язва и панкреатит.

Хиперкалциемията при хиперпаратиреоидизмът настъпва поради автономна продукция на паратхормон. Това от своя страна първоначално довежда до повишено бъбречно отделяне на фосфати, намалява фосфатната концентрация в серума, повишено образуване на калцитриол (активната форма на витамин Д) в бъбреците, което стимулира чревната резорбция на калций. Изброените последователни процеси водят до хиперкалциемия, която в напреднал стадий на първичен хиперпаратиреоидизъм се усилва и от повишената активност на остеокластите в костната тъкан. Последните стимулират костното разграждане, при което серумният калций се повишава [1].

Вторичният хиперпаратиреоидизъм се дължи най-често на хронична бъбречна недостатъчност. При това заболяване количеството калцитриол, което се образува в

бъбрека е недостатъчно, намалява активната форма на витамин Д в организма - отговорен за чревната резорбция на калций. Намаляването на серумният калций (хипокалциемия) стимулира паращитовидните жлези като усилва функцията им и води до вторичен хиперпаратиреоидизъм.

Заболяването се проявява различно при различните болни. При някои от тях оплакванията могат да бъдат дискретни и единственото отклонение да бъде случайно открита хиперкалциемия. Около 50% от болните с първичен хиперпаратиреоидизъм имат бъбречни прояви на заболяването. Честа е нефролитиазата с образуване на калциево-фосфатни или оксалатни камъни. Порядко заболяване, но с по-неблагоприятно протичане и изход е нефрокалцинозата. При него се ограничава концентрационната способност на бъбреците, което води до полиурия и полидипсия. Напредналите случаи на нефрокалциноза могат да доведат до бъбречна недостатъчност. Около 50% от пациентите с първичен хиперпаратиреоидизъм имат и костни прояви на заболяването, поради повишената активност на остеокластите от паратхормона. Нарушеното равновесие между дейността на остеокласти и остеобласти в костите водят до отрицателен костен баланс. Силно изразената дейност на остеокластите води до субпериостална остеолiza и образуване на резорбционни процеси в областта на ръцете и краката. Описаните кафяви тумори в костите - *osteodystrophia cystica generalisata* на Реклингхаузен, се срещат много рядко. Рентгенологично най-честият признак е дифузната остеопения. Черепът може да бъде засегнат, при което рентгенологично се наблюдава череп тип „матово стъкло“. При засягане на костите лабораторно се открива повишаване на алкалната фосфатаза в серума. Стомашно-чревните прояви също са характерни за първичния хиперпаратиреоидизъм. Такива прояви могат да бъдат безапетитие, запек, метеоризъм, загуба на тегло. Може да се образува язва на стомаха или дванадесетопръсника. Поради нарушаване на нервно-мускулното предаване се наблюдават бърза уморяемост, мускулна слабост и атрофия. Възможни са ритъмно-проводни нарушения в електрокардиограмата. Възможни са и психични прояви. При част от болните се наблюдават калциеви отлагания в меките тъкани.

Рядко усложнение е т.нар хиперкалциемична криза. Тя се характеризира с полидипсия, полиурия, повръщане, дехидратация, адинамия, психични отклонения, сомнолентност, кома. Ритъмните нарушения могат да предизвикат внезапна смърт.

Клиничната картина при вторичен хиперпаратиреоидизъм се владее от симптомите на хронична бъбречна недостатъчност. При развитие на хиперпаратиреоидизма могат да се появят болки в костите, слабост на мускулатурата.

Диагнозата се поставя въз основа на клиничната картина и лабораторните данни. При първичния хиперпаратиреоидизъм е висок серумният калций, нисък фосфат, повишен интактен паратхормон. При хиперкалциемия вследствие на неопластичен процес, паратхормонът е понижен. Ако се касае за вторичен хиперпаратиреоидизъм вследствие на бъбречно заболяване, то тогава се откриват повишени урея и креатинин, бъбречна анемия, хиперфосфатемия, серумният калций е нормален или понижен. Рентгеновото изследване подпомага откриване на признаците на костно увреждане при вторичния хиперпаратиреоидизъм [4].

Лечението на първичен хиперпаратиреоидизъм, който най-често се дължи на аденом на паращитовидните жлези е своевременно оперативно отстраняване на уголемените жлези. В такъв случай най-важната лечебна мярка е форсирането на диурезата (>5л/ден) с физиологичен солеви разтвор и фуросемид под контрола на водно-електролитното равновесие на организма. Преустановява се вносът на калций, тиазидни диуретици и сърдечни гликозиди. Средство на избор при тумориндуцираните хиперкалциемии са бисфосфонатите, които потискат остеокластната активност. При предизвикана от витамин Д хиперкалциемия

средство на избор са глюкокортикоидите, които са антагонисти на витамин Д. При наличие на бъбречна недостатъчност може да се стигне до хемодиализа.

Лечението на вторичния хиперпаратиреоидизъм включва намаляване вноса на фосфати, съдържащи калций препарати, които свързват фосфатите и заместително лечение с калцитриол [2].

Сестрински грижи:

- Запознаване на болните със същността на заболяването и усложненията от него;
- Организиране и провеждане на мероприятия, свързани с профилактиката на заболяването;
- Извършване на адекватно наблюдение на застрашените лица от развитие на патологичния процес;
- Спазване на диета, ограничаваща приема на калциеви и фосфорни храни; Да се препоръчи на пациентите умерена двигателна активност;
- Да се контролира приемът на течности;
- Да се посещава редовно ендокринолог и уролог, за да се направи превенция на заболяването;
- Медицинската сестра отговаря за строгото спазване на медикаментозната терапия;
- Медицинският специалист е необходимо активно да участва в научно изследователска дейност - провеждане на семинари, обучения, с цел подобряване здравната култура на населението;

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хиперпаратиреоидизмът е нарушение на калциево- фосфорната обмяна. При това заболяване се нарушава цялостното равновесие на организма, най-често смутената функция на паращитовидните жлези води до образуване на камъни в бъбреците /нефролитиаза/. Медицинската сестра е лицето, което има огромна роля в лечебно- диагностичния процес, както и в запознаването на обществото със самото заболяване и възможните начини за профилактика.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] www.ofertomat.bg, Калциево- фосфатна обмяна. Какво трябва да знаем за заболяването на паращитовидните жлези?
- [2] www.medik.bg, Хиперпаратиреоидизъм.
- [3] www.doctorbg.com, Хиперпаратиреоидизъм- същност.
- [4] www.spisaniemd.bg, Хиперпаратиреоидизъм- етиология, клинична изява, лечение.
- [5] www.puls.bg, Първичен хиперпаратиреоидизъм.

За контакти:

Невин Ахмедова Кязимова, студент специалност Медицинска сестра, Русенски университет „Ангел Кънчев“, email: moonlight_96@abv.bg, тел: 0896926190

Сибел Айдын Мустафа, студент специалност Медицинска сестра, Русенски университет „Ангел Кънчев“, email: sibito_1996@abv.bg, тел: 0894035659

научен ръководител: гл.ас Даниела Константинова, дузг; Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, тел.: 08885200211, e-mail: ddraganova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Митове и реалности за синдром на даун

автор: Зюляй Айриева

научен ръководител: гл. ас. Даниела Константинова, дузг

Down syndrome (DS or DNS), also known as trisomy 21, is a genetic disorder caused by the presence of all or part of a third copy of chromosome 21. It is typically associated with physical growth delays, characteristic facial features and mild to moderate intellectual disability. The average IQ of a young adult with Down syndrome is 50, equivalent to the mental ability of an 8- or 9-year-old child, but this can vary widely.

Key words: moderate intellectual disability, mental ability

ВЪВЕДЕНИЕ

През 1866 г. английският доктор Down описва клиничните белези на синдром, който днес носи неговото име. През 1959г. Lejeune и Jacobs установяват, че Синдромът на Даун е резултат от Тризомия 21. Това е най-често срещаната генетична аномалия, която се дължи на една допълнителна хромозома в 21-ата хромозомна двойка. Хората с този синдром имат в кариотипа си 47 хромозоми вместо 46, както всички останали. Честота на раждане на дете със Синдром на Даун е приблизително 1 на 700 и тя е еднаква във всички страни, всички раси и всички социални групи. Годишно в България се раждат около 100 такива деца.

Изследванията на механизмите на образуване на Тризомията сочат, че синдромът на Даун се унаследява. Предполага се, че като цяло увреждания в яйцеклетките, дължащи се на облъчване или на естествения процес на стареене, увеличават възможността за грешка при мейозата. Тризомия 21 е една от най-често срещаните хромозомни аномалии при новородените [3].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Във връзка с развиващите се възможности за изследване на бременността (пренатална диагностика) и документиране на откритите особености и различия, все по-често лекарите успяват да прогнозират синдром на Даун. Има много признаци и симптоми, които особено при комбинация един с друг могат да означават наличие на Тризомия 21 у нероденото – те могат да се потвърдят при изследване на кръвта или ултразвук:

- порок на сърцето
- значително умален плод (проблеми с растежа, често обусловени от порок на сърцето)
- сравнително малка глава на бебето в съответствие с тялото (микроцефалия, бебетата със синдром на Даун имат около 3% по-малка обиколка на главата от нормалното, черепът им е по-малък и има по-скоро сферична форма)
- сравнително по-малко разстояние между очните ябълки (хипотелоризъм)

Никой от тези симптоми не е достатъчен, за да се диагностицира синдром на Даун, дори и да се открият повече признаци едновременно – увеличава се вероятността за наличие на синдром на Даун. Еднозначна диагноза може да се постави само след хромозомни изследвания – амниоцентеза или биопсия, рядко чрез пункция в плацентата (кордоцентеза). Трябва да се има предвид, че тези изследвания носят различно висок риск от спонтанен аборт.

Изследователи от Станфордския университет в Калифорния, САЩ, успяват да отделят свободни фрагменти от ДНК от кръвта на бременна жена и нейния плод, да ги размножат и да ги подредят в обичайните за човека 46 хромозоми. Оказва се, че ако плодът има синдром на Даун, тогава и количеството на допълнителните хромозомите е по-голямо в майчината кръв. Това високо съдържание може да се

докаже само чрез новите методи за хромозомни изследвания, които доказват Тризомия 21.

След раждането при повечето бебета със синдром на Даун се установява наличие на различни телесни признаци, които могат да бъдат основа за по-ясна прогноза:

- наличие на трета фонтанела
- извити навън и нагоре клепачи (които придават на окото форма на бадем)
- бели, светлосиви или светложълти петна по външната част на ириса на

окото

- малка сърповидна бръчка по вътрешния ъгъл на окото
- дълбока бразда на дланта - при 75 на 100 от децата
- уголемено разстояние между първия и втория пръст на крака
- мускулна хипотония (намалено мускулното напрежение, повечето бебета

имат трудности при сукането, лесно се уморяват, плачат по-малко и са по тихи от останалите деца, които нямат синдром на Даун; по-често изплезват езика си навън)

Първоначалните симптоми на заболяването включват понижен пулс на новороденото, леко сплескан лицев профил, бадемовидни очи, наличие на трета фонтанела, забавени реакции и трудно наддаване на теглото впоследствие.

Лицето на децата със синдром на Даун има характерен изглед – малка глава, малък и сплескан нос, монголоидни черти, къса шия и плоско лице, отворена уста с показващ се навън език. Намалена е способността за възприемане, което от своя страна може да доведе до умствена изостаналост.

Въпреки очевидното изоставане, децата със синдром на Даун имат таланти, които родителите трябва да се стремят да насърчават. Някои от болните деца може да страдат от вродена сърдечна недостатъчност, проблеми с дихателната и храносмилателната система, нарушения в слуха и зрението, твърде суха кожа и повишен риск от инфекции.

Затрудненията в приемането и преработката на храната са обусловени от понижения мускулен тонус в оралната област и трудното координиране на действия, като гълтане, сукане и дишане.

Независимо от това кога една майка ще разбере, че детето ѝ е със Синдром на Даун (пренатално или след раждането) със сигурност новината ще провокира чувства на тъга, разочарование, гняв и несигурност. Трябва да отбележим, че в България има много да учим и взаимстваме от чуждия опит по отношение на фасилитиране процеса на поднасяне и приемане на фактите от страна на семейството и особено важно: относно получаване на професионална помощ от специалисти, работещи в сферата на ранното детско развитие. Защото трудностите и неизвестните, пред които тепърва ще се изправя семейството, са много и последното нещо, което имат нужда да чуят и мислят е, че детето им ще бъде бреме за тях и за обществото. Защото промяната в живота им не приключва с поставяне на диагнозата, а напротив - следва по-трудната част: "Детето ни е със Синдром на Даун... и сега какво?"

Често след раждане на дете със синдрома на Даун майките изпадат в паника, и то защото лекарите ги плашат до смърт - детето е непълноценно, няма да се научи да ходи и говори и едва ли ще доживее до зряла възраст. А ако доживее, ще стане агресивно, неуправляемо и т.н. На майката се налага да посвети целия си живот на него и да не помисли за второ дете.

Специалистите от Сдружение на родителите на деца със Синдром на Даун организация са готови да разсеят всички митове за децата със синдрома на Даун. Те казват, че такива деца могат и да ходят, и да говорят. Само дето при тях това ще се случи по-късно, отколкото при връстниците им [4]. А това е свързано с особеностите на тяхното развитие, обусловено от наличието на излишните хромозоми.

Твърденията за повишен полов инстинкт при такива деца също са абсолютно пресилени. Момченцата с тази болест всъщност в сексуален план си остават винаги деца. Момичетата се развиват нормално и могат да станат майки, въпреки че е голям рискът такава майка да роди дете с наследствен синдром на Даун [1].

По-рано се смяташе, че наличието на този синдром е съпроводено със сериозна умствена изостаналост. Но в наши дни е станало ясно, че това съвсем не е така. Тези болни имат сериозен потенциал и могат да научат много. Майките не са в състояние сами да се справят с болните си “нестандартни” деца, необходими са помощници. Такива деца се чувстват “на мястото си”, ако практически бъдат научени да се занимават с нещо - например да се грижат за животни, да работят по озеленяване, в градината. Тяхното търпение и спокойствие, тяхната готовност да вършат часове наред монотонна работа, предизвикват искрено уважение. Но детето трябва да бъде непрекъснато занимавано. Повторението, настойчивостта и специалните методики ще донесат успех [4].

Статистиката показва, че с увеличаване възрастовата граница при майката, расте и вероятността новороденото да има синдром на Даун. Това най-вероятно се дължи на стареенето на яйцеклетките в майчиния организъм, което може да доведе до повече грешки при деленето по време на мейозата. Вероятността жена на възраст до 25 години да роди дете със синдром на Даун е под 0,1%, до 35 г. е 0,3%, до 40 г. – 1%, а над 48 г. вероятността се покачва драстично на 9%. При фамилна обремененост расте вероятността да се засегне от синдром на Даун една многоплодна бременност. След поставяне на диагноза и консултация 5,5% от майките износват бебетата. Според студия от 1988-1997 (на Акерман, Адор, Шинцел, от 2000 г.) като цяло в 53% от случаите аномалията се открива преди раждането, след което 84% от майките решават да направят аборт, 3% имат спонтанен аборт, 3% от децата са мъртвородени, а 10% са живородени, т.е 10% от майките износват бебетата. Във Великобритания в националния регистър по цитогенетика за деца, родени със синдром на Даун, през 2003 са регистрирани общо 244 двойки близнаци; при 29 двойки от тях (11,8%) и двете деца са с Тризомия 21 (едната двойка е била разнояйчни близнаци – момиче/момче). При регистрираните 9 тройки тризнаци, поне едно от трите деца е родено със синдром на Даун[2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Много от тези хора са уникални и с потенциал. Равномерното разпространение на Даун по цялата планета говори за поява на качествено нов човек чрез мутиране на 21 хромозома. На родените с Даун трябва да се помага като се тренират и физически и умствено.

Децата със синдром на Даун изискват специални грижи и внимание. Те могат да постигнат способностите на всяко друго дете, това просто става по-бавно. Ако се полагат грижи и има правилен подход, децата учат и развиват творческото у себе си, като не малко хора със синдрома днес са актьори, скулптори, художници и т.н.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Скалеръп, С., Деца със синдром на Даун. Наръчник за родители, изд. „Св. Климент Охридски“, 2014г.
- [2] Buckley, S. Teaching reading to develop speech and language. Presented at the 3rd International Conference on Language and Cognition in Down Syndrome, Portsmouth, UK, September 6-8, 2000.
- [3] Leddy, M. The biological bases of speech in people with Down syndrome. In J. F. Miller, M. Leddy, & L. A.
- [4] <http://www.blitz.bg/article/3228>

За контакти:

Зюляй Амдиева Айриева, студент специалност Медицинска сестра, РУ „Ангел Кънчев“, e-mail: zulay.hayrieva@abv.bg, тел. 0896946262

научен ръководител: гл.ас Даниела Константинова, д-р; Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, тел. 08885200211, e-mail: ddraganova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Редките заболявания и трудностите на медицинския специалист в борбата с тях

автор: Биляна Великова

научен ръководител: гл. ас. Даниела Константинова, дузг

Rare diseases and the difficulties of the medical specialist that is battling them. Rare diseases are diseases with a low prevalence but a serious public health problem. The lack of medical and scientific knowledge leads to a difficult diagnosis of these diseases. Treatment usually does not exist, or it is too expensive. It is a stumbling block in the fight against rare diseases and leads to problems in the care of the individual patient.

Key words: rare diseases, medical specialist, expensive treatment, treatment failure, integration

ВЪВЕДЕНИЕ

Редките болести са животозастрашаващи или хронични инвалидизиращи заболявания със слабо разпространение и висока степен на сложност. Според общоприетата европейска дефиниция „рядко“ е това заболяване, което е с разпространение не повече от 5 на 10000 души в ЕС. Тази рядкост е твърде относителна поради големия брой нозологични единици и това, че дадена болест може да е рядка за една област и честа за друга. Сумирани като цяло, те представляват един сериозен проблем за общественото здравеопазване на всяка здравна система [2].

Сферата на редките заболявания страда от дефицит на медицински и научни познания. Поради недостатъчната информация по отношение на тяхната етиология, диагностика и лечение много от заболяванията остават неидентифицирани. Такива хора страдат най-много от трудности при получаване на подходяща подкрепа, наред със своята психологическа, социална, икономическа и културна уязвимост [3].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Докато почти всички генетични заболявания са редки, то не всички редки болести са генетични. Въпреки наличието на много редки инфекциозни, автоимунни и малигнени заболявания се счита, че етиологията им е неизвестна. При много от тях симптоматиката може да се наблюдава още при раждането или в детска възраст (синдром на Рет, неврофиброматоза и др.), но повече от половината болести с малък спектър на разпространение се проявяват по време на зряла възраст (болест на Крон, сарком на Капоши и др.).

Всички засегнати от тези заболявания са изправени пред сходни трудности в стремежа им за диагностика, съответстваща информация и правилна насока към квалифицирани специалисти. Специфичните въпроси по отношение на достъпа до качествени здравни грижи, общата социална и медицинска помощ, ефективна връзка между болниците и общопрактикуващите лекари, както и професионална и социална интеграция и независимост се повдигат от всички засегнати [3].

Едно от изключително рядко срещаните заболявания от тази група е прогерията. Тя е известна още като синдром на Хътчинсън-Гилфорд и засяга кожата, мускулатурата и кръвоносната система. Характеризира се с преждевременно остаряване на организма още в ранна детска възраст, както и настъпване на преждевременна смърт в повечето случаи още преди навършване на 20 години. Леталният изход е в следствие от типични за напредналата възраст атеросклерози на сънните и коронарните артерии. Пациентите са с писклив глас, нисък ръст и тегло, незавършена сексуална зрялост, хипертония, отслабване или загуба на слуха [4].

Елефантиазата е т. нар. „слонска“ болест. Характеризира се със задебеляване на кожата и подкожната тъкан в резултат на застой в лимфните съдове, най-често

поради тяхното запушване и нарушаване дренажа на лимфата. Наблюдава се тестоват или твърд оток. Може да настъпи след операция на млечната жлеза по повод рак на гърдата и аксиларна лимфна дисекция. В тропическите и субтропическите страни също се среща елефантиаза, но тя се причинява от червеи, които след ухапване от комар попадат в организма. Влизайки в тялото, се настаняват в слабините и подмишниците и пречат на лимфния ток да стигне до тях. В резултат на това ръцете, краката, гърдите и скротума придобиват гигантски размери. Болните от елефантиаза страдат от затруднено придвижване, но въпреки това се препоръчва извършването на физически упражнения с цел облекчаване на състоянието и предпазване от усложнения. Лечебният подход включва още компресивни превръзки и специален масаж, който отново привежда лимфата в циркулация.[5]

Прогресивната осифицираща фибродисплазия (*fibrodysplasia ossificans progressiva*, FOP), известна още като болест на Munchmeyer, е рядка наследствена болест. От 1996 г. в световната литература са описани не повече от 200 случая. Заболяването се характеризира с прогресивна ектопична осификация и вродена деформация на палеца на крака. Проявява се в бавно превръщане на мускулите и съединителната тъкан в кости. Така в рамките на няколко десетилетия цялото тяло става един гигантски скелет, поради което е позната още като „синдром на каменния човек“. Заболяването обикновено започва в детските години, като процесът в повечето случаи стартира във врата и раменете. Така човек не може да върти главата си настрани. Колкото повече части се парализират, толкова по-слаба става мобилността и е много по-лесно да се нарани останалата част от тялото. При пациентите с FOP се налага постоянна медицинска грижа [5].

Метхемоглобинемията е генетично заболяване, което се дължи на ензимна недостатъчност. При тази болест кръвта придобива кафяв цвят, а при хората от бялата раса тя посинява. Транспортът на кислород в организма се осъществява от хемоглобина, в чиято молекула желязото е от втора валентност. Под влияние на окислителни фактори, може да настъпи окисление на желязния атом, в резултат на което той преминава в трета валентност и от нормалния оксигемоглобин се получава метхемоглобин. Последният има увеличен афинитет към кислорода и го отдава на тъканите в по-ниска степен от нормалния HbA. Наблюдава се лесна уморемост и невъзможност за активни физически натоварвания [5].

Аквагенната уртикария представлява алергия към вода. Човек не би могъл да живее без нея и за щастие тази непоносимост не е смъртоносна. Алергичните реакции не се задействат при пиене. Те се появяват само тогава, когато водата попадне върху кожата. Причина за това може да бъде собствената пот или слюнка. За хората с аквагенна уртикария капка дъжд или сълза е свързана с редица неприятни симптоми. Само след минута взаимодействие с вода хората с по-висока степен на алергия получават червени и болезнени обриви и много силно главоболие. Те пренебрегват тоалета си заради тези симптоми и се стремят колкото е възможно да го ограничат. Потенето предизвиква обриви, сърбеж и парене и по тази причина те прекарват минимално време в условия, които предразполагат към него. Счита се, че страдащите от това заболяване са алергични към участък от собствената си кожа, който се променя при контакт с вода и води до либерация на хистамин, лежащ в основата на алергичната реакция [5].

Синдромът на Клайн-Левин, познат още като синдром на спящата красавица, представлява рядко неврологично заболяване, което се характеризира с повтарящи се пристъпи на прекомерно време, прекарано в сън, заедно с когнитивни и поведенчески проблеми. Заболяването започва обикновено в периода на юношеството и симптомите се проявяват епизодично- между 2 и 12 пъти в годината, като с напредване на възрастта тяхната изява е все по-рядка. Епизодите може да

продължат от няколко дни до няколко месеца. Освен хиперсомнията и когнитивните разстройства се наблюдават и проблеми с възприятията, компулсивно хранене, хиперсексуалност, дезориентация. Те не могат да се обслужват самостоятелно, да ходят на работа или на училище. Богатата симптоматика на заболяването изисква полагане на грижи от различен характер, включително и осигуряване на психическа подкрепа на болния [6].

Синдромът на Рапунцел, или още трихофагия, е друго сериозно заболяване, което обикновено се среща при момичета и жени. Болните късат косата си и поглъщат космите. Погълнатата коса не се разгражда, а се събира в стомашно-чревния тракт и може да предизвика болки, лошо храносмилане, повръщане, подуване на корема. В някои случаи отстраняването на образувания безоар става с очистително, а при по-сериозните такива е необходима хирургическа операция поради настъпването на илеус и перитонит [7].

Хемофилията е рядко заболяване, характеризиращо се с липса на някои от факторите на кръвосъсирване. Това води до нарушения в нормалната коагулация. При болните от хемофилия представлява проблем едно малко одраскване или нараняване. Сериозна опасност има от кръвене в мускулите и ставите, които стават изключително болезнени и оточни [1]. Хроничната болка допринася за нарушаването на комфорта и качеството на живот на пациентите. Те не могат да бъдат излекувани. Лечението осигурява единствено повлияване на кръвоизливите с цел предпазване от кръвене в жизненоважни органи и по възможност осъществяване на протекция на ставите с цел понижаване на последствията за тях чрез намаляване броя на кръвоизливите. Трудностите на болните са свързани основно с набавянето на препаратите, които доставят на организма съответния липсващ фактор и по този начин възстановяват коагулацията, както и с високата им цена. Друг проблем за болните от хемофилия е психологическото им състояние. Ниското им самочувствие произхожда от negliжирането им от страна на обществото. Неговата масова незаинтересованост и липсата на солидарност буди у болните чувство за дискриминация. Чувстват се недостойни и чужди за същото това общество и това е основната причина да не демонстрират открито заболяването си.

Аниридията е рядко генетично заболяване, при което се засяга зрението и на двете очи, характеризиращо се с непълното формиране на ириса на окото. Болните могат да имат и вторични заболявания - фотофобия, нистагъм, глаукома, катаракта. Въпреки различията в достъпа до качествено здравеопазване и социално подпомагане в различните части на Европа, още при поставяне на тази диагноза трябва да се вземат своевременни и неотложни мерки, които са решаващи за по-нататъшната съдба на детето. Необходимо е да се направят различни генетични изследвания, за да се идентифицира мутацията, да се проследява зрението. Трябва да се извършват и редовни ултразвукови изследвания на бъбреците и офталмологични прегледи. Освен това е нужно да се стимулира възможно най-доброто развитие на зрението и да се предприемат действия за предотвратяване на проблемите, свързани с намаленото зрение, които от своя страна биха повлияли движението, речта, социалния живот [8]. Ето тук се откроява първостепенната роля на медицинския специалист и по-скоро на грижите, които извършва в следствие на натрупаните знания и опит. Трудностите при най-обикновени ежедневни дейности налагат необходимост от качествено и всеотдайно обслужване на болните не само от това заболяване, но и всички редки такива, защото дори и да не са толкова разпространени, налагат нуждата от помощ и съдействие. Те не са социално значими заболявания, които обхващат голяма част от обществото, но липсата на квалифицирани кадри за тази специалност и неинформираността като цяло за самите заболявания пораждаат съществени проблеми за борбата с тях.

Пулмоналната хипертония също води до сериозни последици за живота на заболелите лица. При нея се засягат кръвоносните съдове на белите дробове.

Увеличено е белодробното артериално налягане поради стесняване на малките артерии в белите дробове. Сърцето се опитва да изтласка кръв през стеснените артерии. Тогава настъпва хипертония и кардиомегалия. С течение на времето преумореното сърце се износва, което може да доведе до сърдечна недостатъчност и преждевременен летален изход. Заболяването е хронично прогресивно и се проявява предимно чрез увреждане на функционалния капацитет, засяга качеството на живот и води до намаляване продължителността на живота. Недостигът на въздух дори и в покой, цианозата и сърдечните болки са част от симптоматиката на това заболяване. Липсващото дефинитивно лечение е един от основните му проблеми. Терапиите са насочени единствено към повлияване на основното заболяване, очакваната прогноза, наличието и достъпа до съответни лечебни опции като белодробна трансплантация. Провежданото лечение цели единствено да повиши качеството на живот на пациента. Освен това в световен план се провежда кампания за повишаване информираността относно заболяването и ранното му диагностициране [9].

Един от основните проблеми на хората с редки болести е изолираността. Тези заболявания сякаш ги изключват от социалния живот и пречат на индивидуалната им реализация. Затова е добре да се създават организации, подпомагащи тези групи от хора, тъй като обмяната на опит и преживявания, имайки предвид неяснотата около техния произход и методи за лечение, се отразява благоприятно върху отделната личност и освен че има принос за повишаването на мотивацията и надеждите на индивида, то спомага и за интеграцията му в обществото.

Редките болести представляват сериозен проблем за медицинските специалисти и здравната система на всяка страна. Тези трудности произхождат от това, че лекарят, независимо дали е общопрактикуващ или специалист, може да не е срещал аналогичен случай до този момент в своята практика и е твърде вероятно той да остане единствен. Другата причина е неинформираността на обществото, която не е характерна само за публичното пространство, но и за самите медицински среди. В много европейски държави с развити граждански общества пациентите с редки болести и техните семейства са обединени в асоциации, които играят съществена роля при разпространението на информация, осигуряване на обществена подкрепа, лобиране на създаването на адекватна законова уредба за защита на техните човешки права, стимулиране на научно-изследователска дейност.

Фармацевтичната индустрия няма икономически интерес да разработва нови медикаменти, предназначени за лечение на редки болести и насочени към ограничен брой евентуални пациенти. Поради тази причина цената на тези лекарства-сираци е изключително висока и може да надхвърли 100000 евро за един пациент на година. Националните здравноосигурителни фондове и местните власти не са склонни и нямат развита политика да подпомагат и реимбурсират подобни схеми на лечение, особено в развиващите се страни, където хората имат ограничени финансови средства [10].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Всички тези факти превръщат хората с редки заболявания в обособена група от населението с нарушени човешки права. За подпомагане на хората с редки заболявания в България са учредени неправителствени организации, информационни центрове и скрининг програми. Нуждата от създаване на единна национална политика е причина за подготвянето на Национална програма за редки болести, съгласно съвременните насоки на Европейската комисия [10].

Въпреки усилията и стремежите за интеграцията на хората с редки заболявания, те все още са уязвими и дискриминирани, тъй като е нарушено едно от основните им човешки права, а именно правото на достъп до адекватна медицинска

помощ[10]. Необходимостта от пропътуването на големи разстояния, наред със скъпоструващото лечение се оказва пагубно за финансовото им състояние, още повече ако заболяването се отразява на тяхната работоспособност. Проблемите на пациента с рядко заболяване рефлектират неминуемо и върху неговите близки, представляват трудност за цялото семейство, а от там и за цялото общество.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Гавраилова, Д., Ръководство по вътрешни болести със сестрински грижи- II част, Медицински университет- София, 2013;
- [2] www.raredis.org, Редки болести;
- [3] www.orpha.net, За редките болести. Какво е рядко заболяване?;
- [4] www.puls.bg, Прогерия- мистериозната болест на „децата старци“- (I-ва част);
- [5] www.nbox.bg, Десетте най-редки заболявания на света;
- [7] www.wikipedia.org, Трихофагия
- [6] www.puls.bg, Когато сънят няма край- синдром на спящата красавица;
- [8] www.aniridiabg.eu, Какво е аниридия;
- [9] www.bspph.net, Симптоми при пулмонална хипертония;
- [10] www.europlanproject.eu, Национална програма за редки болести, 2009-2013

За контакти:

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

научен ръководител: гл.ас Даниела Константинова, дузг; Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, тел. 08885200211, e-mail: ddraganova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Участие на медицинската сестра в профилактиката и лечението на пиелонефрит

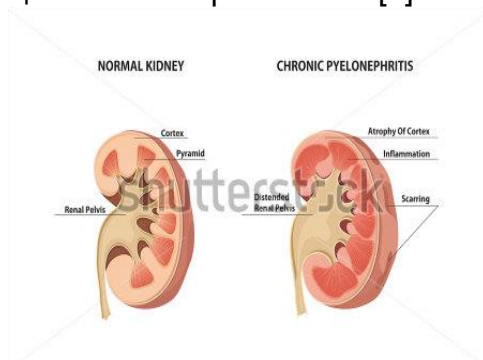
автори: Гюлбен Йосифова, Мелиса Вадет
научен ръководител: гл. ас. Даниела Константинова, дузг

Pyelonephritis is an inflammation of the kidney tissue, calyces, and renal pelvis. It is commonly caused by bacterial infection that has spread up the urinary tract or travelled through the bloodstream to the kidneys. Pyelonephritis presents with fever, accelerated heart rate, painful urination, abdominal pain radiating to the back, nausea, and tenderness at the costovertebral angle to the affected side.

Key words: pyelonephritis, urine, urology, nephrology

ВЪВЕДЕНИЕ

Пиелонефритът е огнищно неспецифично възпалително заболяване на бъбречния паренхим и легенче показано във фигура 1, предизвикано от директното попадане в тях на бактерии. Той е най-честото бъбречно заболяване. Среща се повече при жени, поради късата уретра и близостта и влагалището, от което съществуват условия за замърсяване. С напредване на възрастта и появата на аденом на простата, водещ до обструктивни нарушения в оттичането на урината, пиелонефритът се среща по-често при мъжете [1].



Фиг.1. Образ на нормален бъбрек и на бъбрек с възпален паренхим и легенче в следствие, на което се е развило остър пиелонефрит.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Най-честият причинител на пиелонефрита са Грам (-) бактерии: E.coli , Proteus, Pseudomonas и др. E.coli се изолира при около 60-70% от болните. Грам (+) бактерии като Staphilococcus aureus и Enterococcus faecalis се изолират по-рядко [5].

Рисковите фактори за развитието на заболяването са:

- Женски пол - жените са изложени на по-голям риск от развитие на бъбречни инфекции, в сравнение с мъжете. Това се дължи на особеностите в анатомията на женската отделителна система. Женската уретра е много по-къса от мъжката, така че бактериите изминават много по-малък път от външната среда до пикочния мехур. Анатомичната близост на уретрата до влагалището и ануса, също създават предпоставка за по-лесното инфектиране на пикочния мехур при жените. Веднъж навлезли в пикочния мехур, бактериите по-лесно достигат до бъбреците, причинявайки пиелонефрит.
- Обструкция на пикочните пътища - всичко, което нарушава нормалния поток на урината и пълното изпразване на пикочния мехур, предразполага към инфектиране на бъбречния паренхим. Това може да е наличие на бъбречни

камъни, аномалии в структурата на пикочните пътища или увеличени размери на простатната жлеза при по-възрастните мъже.

- Отслабване на имунната система - заболявания като диабет или наличие на ХИВ – инфекция, предразполагат към наличие на пиелонефрит. Отделянето на глюкоза с урината при недобре компенсирани захарен диабет, създава отлична среда за развитие на бактерии в пикочните пътища и с това се обяснява по-честото наличие на заболяването при диабетици. Приемът на лекарства, потискащи имунната система (имуносупресанти), най-често при трансплантация на органи, също създава предпоставки за поява на инфекция на бъбреците.
- Увреждане на нервите около пикочния мехур - увреждането на нервите или на гръбначния мозък, може да доведе до блокиране на симптомите, които се появяват при инфекция на пикочния мехур. Така оставено без лечение, възпалението може да прогресира до бъбречна инфекция.
- Продължително носене на катетър - уринарният катетър представлява тръбичка, която се използва за дрениране на урина от пикочния мехур. Поставя се обикновено преди и след някои оперативни интервенции, или постоянно при лежачо болни.
- Наличие на състояние, наречено везикоуретрален рефлукс (ВУР) - при това състояние, малки количества урина се връщат обратно от пикочния мехур към уретерите и бъбреците. Хората с везикоуретрален рефлукс страдат от чести инфекции на бъбреците в детска възраст и по-късно [5].

В зависимост от състоянието на дренажа, пиелонефритът може да бъде обструктивен (едностранен и двустранен) или необструктивен. Протичането може да е остро или хронично с периоди на обостряне [1].

Патогенеза: в бъбреците инфекцията възниква по два пътя:

а) хематогенен – по-рядко

б) асцендентен (възходящ) – по-чест (80%). Този начин на възникване на инфекцията е възможен при условия на смутен дренаж и застой на урината (уростаз) и рефлукс на урината (връщане на уринния ток). Основен източник на бактерии е флората на дебелото черво. При определени условия тези микроорганизми колонизират последователно в перитонеума, влагалището, уретрата и пикочния мехур. Когато защитните механизми на лигавицата на пикочния мехур са нарушени, бактериите могат да предизвикат улцерации (разязвяване) на мехурната лигавица, навлизат в кръвния ток и взаимодействат с имунната система. Високите титри на антитела се приемат като израз на засягане на бъбречния паренхим [1].

Симптоми: Симптомите на болестта включват влошаване на общото здравословно състояние, слабост и отпадналост, повишение на телесната температура до 38 или 40 градуса. Проявяват се втрисане и изпотяване, чести позиви за уриниране, придружени с парене и болка. Урината е мътна и има лоша миризма, болки в областта на кръста, които обхващат и слабините. Възможно е да се наблюдава и загуба на килограми, липса на апетит и бледност на кожата. Не е изключено и развитието на ренален инсипиден диабет. Болестта може да протече много различно – без проявата на никакви симптоми до пристъпи на тежка бъбречна недостатъчност [3].

Диагноза: тя се поставя като се извършат следните изследвания:

- Изследване на урината – микробиологичното изследване доказва причинителя на инфекцията. Най-удачно е това да стане, преди да е започната антибиотичната терапия. Също така се намират и левкоцити и левкоцитни цилиндри;

- Ехография – образно изследване, което дава възможност да се види белезите на възпаление в бъбреците. Освен за диагноза може да се извършва и в хода на лечението, за да се проследи оздравителният процес на бъбреците;
- Разпит и клиничен преглед – характерните оплаквания и находките по време на прегледа прави поставянето на диагнозата лесно, ако се извършат от опитен лекар;
- Пълна кръвна картина и хемокултура – изследвания на кръвта, при който се откриват най-често повишени левкоцити, CRP, СУЕ, също така може да се докаже и причинителят.
- Други образни изследвания – рентгенографията, венозната урография, КАТ и ЯМР. Използват се при диагнозата на хроничния пиелонефрит. Те влизат в съображение и при по тежко и нехарактерно протичане на заболяването или при трудности в диагностичния процес [2].

Лечение на острия и хроничния пиелонефрит:

а) режим и диета – острият пиелонефрит и хроничният обострен пиелонефрит се лекуват в болнична заведение. Болният спазва постелен режим до изчезване на острите явления. Прилагат се затоплящи процедури в лумбалната област. Осигурява се редовна дефекация, при нужда се дават лаксативни средства. Много е важно своевременно да бъдат открити и отстранени предразполагащите фактори – нефролитиаза, простатен аденом, захарен диабет и т.н. В острия стадий диетичният режим е млечно-растителен – плодове и зеленчуци в натурален вид, пюре, сокове, кисело и прясно мляко, компоти, чай, обилно количество течности. Постепенно диетата се разширява с включване на прясно месо, риба, яйца. Извън периодите на обостряне режимът на хранене се подчинява на общите правила за бъбречна диета (диета №7 по Певзнер) – консумация на лесноусвояема храна, без силни и лютиви подправки и храни, намалено количество сол, диуретичен чай от мечо грозде; Забраняват се дразнещи пикантни подправки, алкохол, силно кафе!

б) медикаментозно лечение: – Бусколизин, Спазмалгон, Но-Шпа, Алкозин. Антибиотиците прилагат се само при сигурни данни за възпалителна активност в бъбреците, съобразно резултатите от урокултурата и антибиограмата. Предпочитат се антибоитици и химиотерапевтици, които осигуряват висока кръвна и уринна концентрация и които не са нефротоксични. Дозировката им трябва да е съобразена с бъбречната функция. Извършва се динамичен контрол на урокултурите. Продължителността на лечението е не по-малко от 10 и не повече от 20 дни. При тежки пиелонефрити се прилага комбинирано АБ-лечение.

в) симптоматично лечение – хипотензивно лечение при хипертония, кръвопреливане при анемия, витамини А, В₁, В₆ и др [1].

Сестрински грижи

- настанява пациента в отделението
- обяснява на пациента за вътрешния ред
- попълва нужната документация
- извършва назначените изследвания от лекаря: ПКК, урина
- осигурява периферен венозен източник и изпълнява назначената терапия от лекаря
- следи диурезата и я регистрира в температурния лист
- следи соматичните показатели и най-голямо внимание обръща на температурата. При нужда дава на пациента антипиретични средства назначени от лекаря
- следи личната хигиена на пациента

- медицинската сестра предоставя приятна обстановка на пациента за пълноценна почивка за по бързото му възстановяване
- медицинската сестра изпълнява назначената диета от лекаря
- при изписването на пациента медицинската сестра обяснява как да спазва назначената терапия и диета за максимално и пълно оздравяване, и напомня кога е контролният му преглед.

Предотвратяване на пиелонефрит

- тъй като пиелонефрит често се развива на фона на други заболявания на пикочно-половата система, незабавно трябва да се потърси лекарска помощ и да се изпълни пълният курс на лечение.
- Избягване на хипотермия, всяка болест може да причини възпаление на бъбреците.
- спазването на култура на хранене. При изготвяне на менюто си, се ограничават в мазнини и твърде горещи храни, ще от полза за никого.
- за да се предотврати развитието на пиелонефрит профилактични прегледи редовно, и винаги изследвания за урина и кръв. Въз основа на резултатите ще видите началото на заболяването и в началото на лечението.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Един от най-неотложните проблеми на съвременната педиатрична нефрология е лечение, рехабилитация и профилактика на рецидив на хроничен пиелонефрит. За профилактиката е важно навреме да се лекуват инфекциите на долните пикочни пътища. Вродените малформации на отделителната система също трябва навреме да се ликвидират, за да се избегнат усложнения, едно от които е пиелонефритът. При вече диагностициран пиелонефрит е от изключително значение да се проведе пълният антибиотичен курс и той да не бъде спиран, преди това да реши лекуващия лекар. Укрепването на имунитета, а също така и уроваксините могат да бъдат от голяма помощ за справянето с инфекциозния процес. Понякога при хроничните пиелонефрити като профилактика от рецидив могат да се използват дълги курсове (до няколко месеца) с редуцирани дози антибиотици. Лечението на пиелонефрита изисква постоянство [2].

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Гавраилова, Д., Ръководство по вътрешни болести със сестрински грижи /II част/, Централна медицинска библиотека, Медицински университет – София, 2013г.
- [2] <http://upladdy.com/bg/pages/1603531> Влияние на терапии за ефективността на рехабилитация на деца с хроничен пиелонефрит
- [3] <http://www.arsmedica.bg/zabolyavaniya/nefrologiya/pielonefrit> Симптоми
- [4] <http://www.medik.bg/?page=cat&id=143> Как да се предпазим?
- [5] <http://www.pharmacy-bg.com/zabolyavaniya-a-ya/pielonefrit/> Рискови фактори

За контакти:

Гюлбен Севдалинова Йосифова, студент специалност Медицинска сестра, I курс, Русенски университет "Ангел Кънчев", email: gulben.yosifova@abv.bg, тел: 0899318689

Мелиса Кенан Вадет, студент специалност Медицинска сестра, I курс, Русенски университет "Ангел Кънчев", email: melishka@abv.bg, тел: 0885863769

научен ръководител: гл.ас Даниела Константинова, д-р; Русенски университет "Ангел Кънчев", ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, тел. 08885200211, e-mail: ddraganova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Оценяване на риска за съвременните жени от развитие на анорексия

автор: Симона Светлинова Христова

научен ръководител: гл. ас. Даниела Константинова, дузг

Anorexia nervosa, often referred to simply as **anorexia**, is a psychological and possibly life-threatening eating disorder defined by an extremely low body weight relative to stature (this is called BMI [Body Mass Index] and is a function of an individual's height and weight), extreme and needless weight loss, illogical fear of weight gain, and distorted perception of self-image and body. Additionally, women and men who suffer with *anorexia nervosa* exemplify a fixation with a thin figure and abnormal eating patterns. *Anorexia nervosa* is interchangeable with the term *anorexia*, which refers to self-starvation and lack of appetite.

Key words: *anorexia, anorexia nervosa, weight, body mass index, eating disorder*

ВЪВЕДЕНИЕ

Съгласно МКБ 10 Анорексия нервоза е разстройство, което се характеризира с предумишлено намаляване на телесното тегло, предизвикано и поддържано от самия пациент [3].

Според последни данни в България от анорексия се разболява по 1 девойка на 250 – между 12-18 години (най-високата рискова група). Точна статистика липсва, защото много от болните и техните семейства не подозират за проблема. Според Световната здравна организация през последните две години случаите на анорексия и булимия сред младежите на възраст от 12 до 16 години са нараснали два пъти. Заради недоволството от външността си един от сто подрастващи се е опитал да се раздели с живота си.

Според друга статистика за последните десет години броят на заболялите от анорексия се е увеличил с 66% [2].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Анорексия нервоза е заболяване, при което индексът на телесната маса става 17,5 или по-нисък [6]. Представлява вид хранително, а също и психично разстройство [9]. Терминът означава „липса на апетит“, но при това разстройство много често апетитът присъства осезателно, но е строго контролиран и потискан. Обикновено основният мотив е едно изопачено, нереално възприятие за собственото тяло, което не отговаря на действителността [4]. Субектът изпитва силен страх от покачване на тегло или напълняване, който се облекчава от загубата на килограми. Някои се чувстват напълнели, други осъзнават, че са слаби, но се притесняват, че някои от частите на тялото им, особено често корема, задните части или бедрата са „твърде дебели“. Налице е изкривено възприемане на телесното тегло и фигурата и негативна самооценка. Самочувствието е силно зависимо от фигурата и теглото и те се контролират непрекъснато като напълняването се счита за недопустимо. Начините за контрол на теглото са чрез ограничение на приема на калории, ежедневни физически усилия или прием на различни средства с лаксативно действие [1]. При жените началото обикновено е свързано с прилагане на различни диети. При мъжете често старта е с изтощително спортуване и намаляване на храната, за да изваят тялото си и да намалят подкожната мазнина. Най-често се разболяват тийнейджърите - 16-20 годишна възраст, но белези на болестта могат да бъдат видени и при момичета на 9, 10 годишна възраст, както и при зрели жени [7].

Първи симптоми при анорексия:

- Промяна на отношението към храната - системно изключване на някои храни, рязко намаляване на порциите
- Фокусиране върху теглото - използване на кантара след всяко хранене
- Засилена физическа активност - непрестанни, ежедневни тренировки.
- Привикване към навици, от които се изразходват повече калории

В следствие се проявяват симптоми като:

- Злоупотреба с диуретични и разхлабващи средства;
- Разстройство във възприемането на собственото тяло, при което страхът от пълнота се запазва като свръх ценна идея;
- Поведение на отбягване на срещи и покани от близки и приятели, които са свързани с хранене;
- Засилен интерес към всичко свързано с кухнята и особено голям интерес към здравословното хранене и различни видове диети;
- Хранене, тегло, диета – стават централна тема на всяка дискусия, разговор;
- Нетърпимост, когато се заговори за храна;
- Приемане на еднообразна храна;
- Обсесивно пресмятане на приетите калории [8].

Анорексията е изключително рисково заболяване, тъй като уврежда основни телесни функции:

- Води до отслабване на здравината на костната структура;
- Развитие на ранна остеопороза;
- Авитаминоза;
- Нарушения в нормалния растеж;
- Фатални увреждания на стомашно-чревната, отделителната и сърдечно-съдовата система;
- Неврологични промени;
- Риск за плода и майката при евентуална бременност [5].

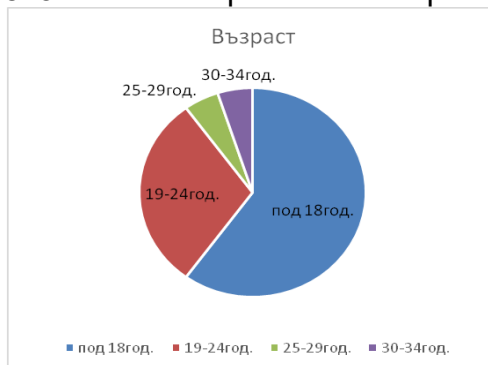
Протичането и изходът от заболяването са различни: може да се наблюдава възстановяване след единствен епизод, флукутация (напълняване и отслабване) или да има хронично прогресиентно протичане [1].

За изследване знанията и нагласите за здравословно хранене, диети и възприемане на тялото, беше проведено проучване сред 30 жени.

Основна цел на проучването е да получим информация за:

- ✓ Начинът, по който всеки един от респондентите възприема тялото си;
- ✓ Мнението на респондентите относно диети, здравословно хранене и отслабване;
- ✓ Информираност относно рискът, които крие спазването на диета без лекарски контрол.

Обект на изследването - Жени от различни възрастови групи (фигура 1).

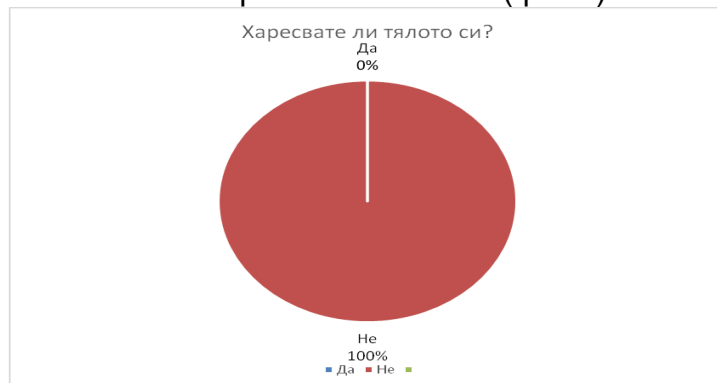


Фигура 1. Разпределение на изследваните лица по възраст

Инструментариум на изследването е анонимна анкетна карта, състояща се от 5 въпроса. Период на провеждане: август – септември 2016.

Резултати от проведеното изследване

100% от анкетираните жени НЕ харесват тялото си (фиг.2)



Фигура 2: „Харесвате ли тялото си?“

И също толкова желаят да редуцират теглото си (фиг.3)



Фигура 3: „Желаете ли да промените теглото си?“

Във връзка с тези данни от проучването е изчислен индексът на телесна маса на анкетираните дами, като 95% са с нормално тегло (ИТМ 18,5 – 24,99), а 5% са с наднормено тегло – предзатлъстяване (ИТМ 25 – 29,99), според нормите за ИТМ на СЗО – 1995год. Тревожен е фактът, че много жени с нормално тегло желаят да го редуцират.

Голяма част от анкетираните лица (80%) търсят информация относно методи за отслабване от интернет, 10% биха попитали колеги, познати и приятели и 10% биха се обърнали към лекар (фигура 4).



Фигура4: Откъде бихте потърсили информация, относно методи за корекция на теглото?

Чрез гладуване и пропускане на хранене 95% от анкетираните дами са опитвали да свалят килограми (фигура 5).



Фигура 5: Пропускали ли сте хранене с цел редуциране на теглото?

Най-честият метод, използван от респондентите за корекция на теглото е гладуването (60%), 30% от анкетираните приемат хапчета за отслабване, а 10% пият чайове за тази цел (фигура 6)



фигура 6. Използвани средства с цел корекция на теглото.

45% от анкетираните дами не избират спорта като метод за отслабване, 25% спортуват повече от 3 пъти седмично или всеки ден, а 30% спортуват 1 до 3 пъти седмично.

Изводи от анкетното проучване:

- Негативно отношение към собственото тяло и желание за отслабване;
- Използване на методи като гладуване, пропускане на хранене и прием на различни средства (чайове, хапчета) с цел корекция на теглото;
- Ниска обръщаемост към медицински специалисти относно проблемите с теглото.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въпреки информираността, която тийнейджърите получават още в училищна възраст относно сериозността на заболяването и кампаниите „НЕ на Анорексията“, тя остава актуален проблем и днес, като броят на болелите от това заболяване с

всяка година нараства. В някои страни вече са разкрити специални центрове за хранителни разстройства, в които се прилага комплексно лечение с цел преодоляване на заболяването, тъй като според психиатъра Омар Алва Лилуе, от анорексия умира всяка пета жена до 35-годишна възраст, която се е разболяла.

Резултатите от анкетното проучване са категорични, че анорексията е актуален проблем и в България, тъй като всички анкетирани показват първи симптоми на заболяването като използване на гладуването като метод за редукция на теглото.

Направеното проучване показва необходимост от повишаване на здравната култура на подрастващите и особено на рисковите категории, за да се използват разумни начини за корекция на теглото, които да се контролират от съответен медицински специалист, да се разпознават своевременно ранните симптоми на заболяването и при появата им да се осигури комплексна медицинска помощ за предотвратяване на задълбочаване на състоянието и по-нататъшни усложнения.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Акабалиев, В., Д.Стоянов, Р. Масалджиева, Учебник по психиатрия, „Лакс бук“ ЕООД, Пловдив, 2015
- [2] Бернаскони, В, „Анорексия, булимия, затлъстяване от хиперфагия”
- [3] Международна статистическа класификация на болестите, F 50.0
- [4] Михайлова, К, „Жените, сексът и анорексията”, изд.Весела Люцканова, 2004, ISBN: 954-311-019-0
- [4] Стойков, И. „Обща психопатология”, изд.”ИВИС”, Велико Търново, 2009, ISBN: 978-954-8387-58-3
- [5] <https://bg.wikipedia.org/>
- [6]<http://feelgood.bg/anoreksiya-bulimiya-preyazhdane/anoreksiya-fizicheski-i-pihicheski-simp/>
- [7] <http://www.vegabg.com/>
- [8] <http://www.pharmacy-bg.com/zabolyavaniya-a-ya/anorexia/>

За контакти:

Симона Светлинова Христова, студент специалност Медицинска сестра, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: +359890458410, e-mail: simonasvetlinova@abv.bg

научен ръководител: гл. ас Даниела Константинова, дузг; Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, тел. 08885200211, e-mail: ddraganova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Трудности на родителите при отглеждане на дете с ДЦП

автор: Шамсие Пашева

научен ръководител: гл. ас. Даниела Константинова, дузг;

консултант: доц. Николина Ангелова, дм

Parenting difficulties in raising a child with CCP: Child Cerebral Palsy (CCP) is a non-progressive motor changes. The most common causes are viral infections (rubella virus, cytomegalovirus, herpes virus, etc.) that were spent during pregnancy. A characteristic feature is the diffuse involvement of the brain, motor and sensory disorders are observed. Conducting prolonged and complex rehabilitation procedures relieve the child's condition.

Key words: Child Cerebral Palsy, Rehabilitation Procedures

ВЪВЕДЕНИЕ

Детската церебрална парализа (ДЦП) представлява непрогресиращи двигателни промени – парези, неволеви движения, координационни нарушения и промени в мускулния тонус, които са резултат от мозъчни увреждания в предродовия, родовия и следродовия период. Чести придружаващи симптоми са: зрителна и очедвигателна непълноценност - нарушена функция на очедвигателните нерви, епилептични пристъпи, говорни нарушения, изоставане в интелектуалното развитие.

Най-честите причини са вирусни инфекции (рубеола вирус, цитомегаловирус, херпес вирус и др.), прекарани по време на бременността. Медикаменти (седативи, психотропни, антиконвулсанти), както и други психоактивни вещества (никотин, алкохол), които са употребявани по време на бременността. Рисков фактор са недоносените бебета, новородените, които не изплакват в първите 5 минути след раждането, децата с мозъчен кръвоизлив и тези, които се нуждаят от кувъз повече от 4 седмици. Но най-честата причина е продължителното раждане – продължителна вътрематочна асфиксия, както и вътречерепни кръвоизливи [2].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Заболяването засяга организацията на движението и придвижването в пространството, като обикновено е придружено от други заболявания и отклонения, свързани с говора, перцепцията, поведението, слуха, зрението и емоциите [3]. Много често церебралната парализа е съпроводена и от епилепсия. В една или друга степен тези странични реакции променят или нарушават още повече както двигателното, така и общото развитие на детето.

Засяга се и говора под формата на дизартрия и афазия. Задълбочава се и интелектуалният дефицит. Белезите на двигателни нарушения се наблюдават най-често след 3-6 месечна възраст. Забелязва се повишен тонус на крайниците, забавяне в задържането на главичката на детето, нарушено проследяването на предмети с очи. Детската церебрална парализа се дели на пирамидна, екастрамирамидна, церебеларна и смесена в зависимост от мозъчните структури, които са засегнати:

1. Пирамидната форма се разделя на хемиплегична, диплегична, двойнохемиплегична:

- Хемиплегичната форма е най-честа. Първите прояви са около 5-месечна възраст. Характерни за нея са едностранните двигателни нарушения, като ръката е засегната по-силно от крака. Наблюдават се намален мускулен тонус, повишена мускулна сила (повече в мускулите сгъвачи на горния крайник и разгъвачите на долния крайник), патологични рефлексии (болестно отклонение на

рефлексите), атрофии, атетозни движения. Проходването е забавено и се наблюдават огнищни епилептични припадъци;

- Диплегична форма. Двигателното нарушение е в долните крайници, които са в поза като „ножица“. Характерно е наличието на оживени сухожилни рефлексии, както и на клонуси на стъпалата. Болните са с нормално развит интелект;

- Двойнохемиплегична форма. Диагнозата се поставя рано. Новородените са сънливи, имат епилептични припадъци от първите дни след раждането, не могат да си изправят главата, сукането и гълтането са затруднени, наблюдава се микроцефалия, кривогледство и изоставане в интелекта.

2. Екстрапирамидна форма. Представлява тежко двигателно нарушение, характеризиращо се с променлив (повишен или понижен) мускулен тонус и неволеви движения. Наблюдават се атетозни хиперкинезии към края на първата година. Те са спонтанни и могат да бъдат провокирани от шум или докосване. Обхващат мускулите на лицето и крайниците. Децата са с нормално психично здраве;

3. Церебрална форма. Характерни за тази форма са мускулна хипотония, атаксия при опит за сядане. Детето прохода към 3-4 годишна възраст и има патологични рефлексии и говорни смущения [2].

Битува схващането, че това заболяване се появява по време на родилния процес, поради увита пъпна връв, раждане чрез форцепс или грешно движение или издърпване на бебето от страна на акушер-гинеколозите.

Все повече проучвания обаче показват, че едва между 10 и 15% от децата са увредени при раждането. В тези случаи родилният екип би имал вина, но такова нещо няма как да се докаже. При останалите 80-85% причина за заболяването са различни структурни увреждания – мозъчни дефекти, малформации, вирусни заболявания по време на бременността, както и преждевременното раждане.

Поставянето на диагнозата е трудно, защото няма метод, чрез който да се каже със сигурност, че се касае за детска церебрална парализа. Диагнозата се поставя на базата на различни видове информация:

- От майката – наличие на проблеми преди, по време и след раждането;
- Образни методи - компютърна аксиална томография и ядрено-магнитен резонанс - за да се определи причината за парализата, както и нейната степен;
- Електроенцефалография - за диагностика на гърчовете;
- Електромиография - за разграничаване на детската церебрална парализа от други нарушения на мускулите и нервите [2].

Лечението е физикално, медикаментозно и хирургично. Голямо значение имат **кинезитерапията и рехабилитацията** за изработване на двигателни умения и за профилактика на контрактурите и деформациите. Провеждат се занимания с логопед. Медикаментозното лечение включва антиконвулсанти, ноотропни средства, миорелаксанти и др. Хирургично лечение се прилага при наличие на контрактури.

Именно тук се намесва важноста от ранната диагностика и навременното лечение. Решението кога да се започнат различните видови терапии принадлежи на специалистите-лекари по детска неврология и физикална медицина, които имат най-богат опит при неврологичните заболявания при най-малките[1].

Робот-асистираното ходене по бягаща пътека е нов метод и перспективна възможност във физикалната и рехабилитационна медицина. Методът дава различна, по-голяма и по-качествена възможност на пациентите за правилно изграждане и усвояване на координацията при ходене и овладяване на центъра на тежестта.

Прилагането на видео-игри по време на роботизираната терапия, покачва мотивацията на децата, което активира допълнително пластичността на нервната система. Участието на субективния фактор при обучението в ходене – терапевта, е сведено до минимум чрез автоматизирано и високо репродуктивно моторно

обучение, компютъризиране и обективно контролиране на терапевтичната сесия, адаптирана към прогреса на детето [3].

Здравната каса поема по 10-дневни курсове всеки месец до навършването на 18 години. В тях влизат по три процедури на ден, което е оптималното. Някои родители искат по повече процедури, но това няма да промени състоянието на пациента съществено, а и детето има нужда от неговото детство и не е редно непрекъснато да бъде подлагано на терапии, защото това го затормозява. Не може от него да се искат невъзможни неща, защото детска церебрална парализа още е нелечима в общоприетия смисъл. Някои общини заплащат още 10 дни и на практика при тях рехабилитацията е непрекъсната [3].

С цел проучване информираността на родители за заболяването Детска церебрална парализа, беше проведена анкета сред 80 човека [фигура 1.].



Фигура 1. Информираност за заболяването ДЦП

Почти всички са на мнение, че за подобрене на състоянието им е нужна добра рехабилитация [фигура 2.]



Фигура 2. Методи за лечение

Профилактиката на заболяването е свързана със стриктно следене на бременността, както и провеждане на необходимите визуализиращи изследвания (ехография) за определяне съотношението глава на плода - таз на майката. Точно

определяне размерите на таза, както и ранно диагностициране на всякакви аномалии в матката, плода, плацентата, пъпната връв и околоплодния мехур и да не се пристъпва към родоразрешение извън болнично заведение, без специалист акушер-гинеколог или акушерка. Рано да се определи дали има фактори, които могат да усложнят нормалното раждане и при наличието на такива, да се вземе решение за вида родоразрешение (цезарово сечение или нормално раждане). Веднага след раждането на детето да се предприемат всички нужни мерки от специалистите неонатолози за бързо продишване и за осигуряване на проходими въздухоносни пътища. При нужда - ранно поставяне в кувъз и реанимация.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Детето, засегнато от ДЦП, трябва да се рехабилитира още от раждането, а когато съзнанието и възрастта му позволят, и да се саморехабилитира.

Когато се разглежда и обсъжда бъдещето на дете с ЦП, това трябва да става с комбинация от оптимизъм и реализъм. Основните цели, които трябва да бъдат поставяни както от родителите, така и от лекуващия екип, трябва да бъдат първо физическа независимост, второ социална отговорност и трето емоционална зрелост. Това са трите цели, от които трябва да бъде изтъкван както лечебният процес, така и животът и самоконтролът на детето.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] www.cpcentresof-bg.com/?cid=26
- [2] www.medik.bg/?page=cat&id=182
- [3] www.puls.bg/health/hot-news/news_16753.html

За контакти:

Шамсие Ахмедова Пашева, студент специалност Медицинска сестра, I курс, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 0896398699, e-mail: shamsie@abv.bg

научен ръководител: гл.ас Даниела Константинова, дузг; Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, тел. 08885200211, e-mail: ddraganova@uni-ruse.bg

консултант: доц. Николина Ангелова, дм; Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра Здравни грижи, тел. 0888747347, e-mail: nangelova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Tresiba – инсулин от ново поколение

автор: Яница Коева

научен ръководител: ас. Татяна Атанасова

Abstract: Tresiba - new generation insulin: Insulin degludec (Tresiba of Novo Nordisk) is a basal insulin analogue with ultra-long-lasting action (up to 48 hours) authorized in the European Union since January 2013. Tresiba therapy results in a significantly lower incidence of general, And severe hypoglycaemia compared to other basal insulins. It is used in the treatment of type 1 and type 2 diabetes. It is applied once a day and allows flexibility in time of administration. The endocrinological department of UMHAL-Ruse AD has been applied since August 2016. Patients switched to insulin Tresiba have a significantly reduced risk of hypoglycaemia and good glycemic control.

Key words: insulin, diabetes mellitus, hypoglycemia, glycemic control

ВЪВЕДЕНИЕ

Ендокринната система обхваща шест жлези: хипофиза, щитовидна, надбъбречни, околощитовидни, полови и задстомашна жлеза. Първите пет са жлези само с вътрешна секреция, а задстомашната – със смесена секреция.

Панкреасът (задстомашната жлеза) е орган с екзокринни и ендокринни функции в организма, намиращ се зад стомаха в коремната кухина. Екзокринната секреция на човешкия панкреас се състои в синтез, отделяне и разграждане на храносмилателни ензими и хранителни вещества. Ендокринната функция на жлезата се осъществява чрез секреция на два основна хормона: **инсулин** - от бета – клетките на Лангерхансовите острови и **глюкагон** от алфа-клетките.

При абсолютен или относителен инсулинов дефицит се развива хроничното, социално-значимо заболяване наречено **захарен диабет (Diabetes mellitus)**. При диабетиците има пълна или частична липса на производство на инсулин от панкреаса, както и нарушено действие.

ИЗЛОЖЕНИЕ

При захарния диабет е повишено нивото на глюкозата в кръвта необходима за производството на енергия, което става във всяка клетка на тялото. Глюкозата от кръвта може да влезе в клетките само в присъствие на достатъчно количество инсулин. Инсулинът е хормон, който се произвежда от бета-клетки на панкреаса. Той има свойството да намалява повишената след прием на храна кръвна захар, като и помага да влезе в клетката. Срещат се два основни типа захарен диабет, като всеки има своите особености. При млади хора и при деца, които са предразположени или са с променена имунна система, се образуват вещества (антитела), които унищожават бета-клетките на панкреаса, в резултат на което настъпва пълна липса на инсулин. Глюкозата от кръвта не може да влезе в клетките и се натрупва в организма. Кръвната захар (глюкозата) остава висока както на гладно, така и след нахранване. В този случай инжектирането на инсулин е абсолютно необходимо. Този тип диабет е известен като инсулинозависим или тип 1 захарен диабет. При по-възрастните, обикновено над 40 години, причината за заболяването е друга. Бета-клетките на панкреаса не са атакувани и унищожавани и инсулин се произвежда. Проблемът е в това, че действието му е затруднено и той не може да отключи вратата на клетката, за да проникне глюкозата в нея. Ето защо и тук неизползваната глюкоза остава в кръвта и кръвната захар се повишава. Получава се парадокс: Клетките „да плуват ” в глюкоза и същевременно да гладуват за глюкоза. Най-общо физиологичното действие на инсулина е подчертано анаболно и антикатаболно, т.е. стимулира процесите на изграждане и поддържа процесите на разграждане в човешкото тяло. Основното въздействие на инсулина е

съсредоточено върху черния дроб, мастната тъкан и мускулите, където служи като енергиен източник.

Инсулинът:

- Стимулира усвояването на глюкоза от кръвта в клетките на мускулната, мастната тъкан и черния дроб и складирането и като енергиен резерв под формата на гликоген.
- Повишава синтеза на гликоген. Обратно понижените нива на инсулин активират преобразуването на гликогена в чернодробните клетки в глюкоза и последващото и постъпване в кръвта.
- Повишава синтеза на белтъци чрез увеличено усвояване на аминокиселини
- Повишава синтеза на мазнини от мастната тъкан.
- Подтиска разграждането на мазнините и белтъците.
- Подтиска образуването на глюкоза от невъглехидратни субстанции в черния дроб (аминокиселини, мастни киселини) и образуването на кетотела.
- Участва в процесите на растеж на организма.

Приетата с храната глюкоза се всмуква в червата и попада в кръвта. Повишените нива на кръвната глюкоза стимулират освобождаването на инсулин от панкреаса. След като нивата на глюкоза в кръвта достигнат нормални стойности, отделянето на инсулин намалява, за да се предотврати по-нататъшното и спадане до опасно ниско ниво.

Някои хормони, освобождавани при стресови за организма ситуации, като например адреналин, подтискат продукцията на инсулин и така повишават кръвната глюкоза.

Друг хормон продуциран от панкреаса е **глюкагонът**. Той се отнася към така наречените контраинсуларни хормони и има противоположно на инсулина действие – повишава кръвната захар. Балансираното въздействие на двата хормона – инсулин и глюкагон, поддържа нивото на серумната глюкоза в границите на нормата и осигурява нормалните функции на организма.

Нормалните стойности на кръвната захар (КЗ) са:

- При хора без захарен диабет:
КЗ на гладно 3,5 – 5,6 mmol / l
2 часа след хранене < 7,8 mmol / l
- При хора със захарен диабет
КЗ на гладно 4,0 – 7,0 mmol / l
2 часа след хранене < 9,0 mmol / l

Категориите на концентрациите на плазмената глюкоза на гладно се дефинират както следва:

КЗ < 5,6 mmol / l = нормална КЗ на гладно

КЗ 5,6 – 6,9 mmol / l = нарушена гликемия на гладно

КЗ > 7,0 mmol / l = работна диагноза захарен диабет, която трябва да бъде подкрепена и от другите критерии за захарен диабет

Нарушеният глюкозен толеранс (НГТ) и нарушената гликемия на гладно (НГГ) са две състояния формиращи предиабета.

НГТ = КЗ на 2-рия час при орален глюкозо-толерантен тест от 7,8 до 11,1 mmol / l

НГГ = КЗ на гладно от 5,6 до 6,9 mmol / l

Те са междинни етап от естествения ход на нарушения въглехидратен метаболизъм – от нормалната обмяна до клинично изявен захарен диабет. Поради тази причина те се считат като предиабетни състояния, при които пациентите имат относително висок риск да развият захарен диабет на по-късен етап. Двете състояния отразяват различни нарушения на глюкозната регулация. При НГГ е нарушена въглехидратната обмяна в основно състояние, а при НГТ е налице

нарушение във въглехидратната обмяна след стандартно натоварване (обременяване) с глюкоза.

Нарушената гликемия на гладно и нарушеният глюкозен толеранс могат да бъдат свързани с метаболитния синдром, който включва и:

- Затлъстяване – особено в областта на корема или висцерално затлъстяване, мъжки тип затлъстяване
- Повишено кръвно налягане (артериална хипертония)
- Нарушения в мастния профил (дислипидемия) с повишени триглицериди и / или ниско ниво на HDL холестерола (добрия холестерол)

Критерии за диагностициране на диабет:

1. Симптомите на захарен диабет плюс

- измерено ниво на КЗ $\geq 11,1$ mmol / l, независимо по кое време на деня е измерено, т.е. независимо от изминалото време от последното хранене

или

- Измерено ниво на КЗ $\geq 7,0$ mmol / l на гладно, т.е. след изминали минимум 8 часа без прием на храна и напитки, с изключение на вода

или

- ниво на КЗ $\geq 11,1$ mmol / l на 2-я час след извършване на орален глюкозо-толерантен тест

2. Ниво на гликиран хемоглобин (HbA_{1c}) $> 6,5$ %

Контрол на захарния диабет:

За всеки пациент се изготвя план за грижи независимо от възрастта, който включва непрекъснато обучение и подкрепа на пациентите и техните семейства.

Доброто обучение на пациентите и стриктното придържане към определения индивидуален план са гаранция за добър метаболитен контрол. Необходимо е:

- Постоянна оценка за острите усложнения - хипогликемия и диабетна кетоацидоза
- Оценка за хронични усложнения – неврологични, очни, бъбречни, мозъчно-съдови, сърдечно-съдови
- Неколкократно ежедневно измерване на кръвната захар от самия пациент чрез глюкомер или чрез системите за продължителен глюкозен мониторинг
- Измерване на гликиран хемоглобин на всеки 3 месеца – златен стандарт за оценка качеството на лечение при захарен диабет. Той показва каква част от общия хемоглобин се е свързала с кръвната захар. При деца и подрастващи HbA_{1c} $< 7,5$ %, а при възрастни - HbA_{1c} $< 7,0$ %.

Лечение на захарния диабет:

I. Диетолечение

II. Перорални препарати

III. Инсулинолечение

Инсулинолечението е заместително лечение, целящо да бъде заместена недостатъчната или липсващата секреция на хормона от панкреаса на диабетно болния, да предпази пациента от хипер- и хипогликемии, да отсрочи съдовите усложнения и да осигури на болния живот, максимално близък до този на здравия.

Индикации за инсулинолечение:

- ЗД тип 1
- Диабетна кетоацидоза, лактацидоза, хиперосмолярна кома
- ЗД и бременност
- Временно, при болни със ЗД 2 при остри състояния – операции, травми, тежки инфекции и др.
- След изчерпване възможностите на пероралните препарати при пациенти със ЗД 2

Усложнения от инсулинолечението:

- Хипогликемии

- Инсулинова алергия
- Инсулинова резистентност – най-често на имунна основа

Видове инсулинолечение:

От откриването на инсулина през 1922 г. до днес инсулиновото лечение е преминало през различни етапи, за да се стигне до създаването на съвременните инсулини – човешките инсулини и техните аналози, като инсулиновите аналози заемат все по-голяма роля в лечението на захарния диабет, поради редица предимства, които притежават спрямо останалите инсулини, а това са:

- По-редки епизоди на ниска кръвна захар (хипогликемии)
- По-добро овладяване на високите кръвни захари след нахранване (постпрандиална гликемия)
- По-добро качество на живот

Инсулиновите аналози са близки по структура, но са с по-различен профил от човешките инсулини. Създадени са като на различни места в молекулата на човешкия инсулин са вмъкнати или заместени нови аминокиселини. По този начин профилът им на действие е много по-близък до нормалната инсулинова секреция, провокирана от храненето.

Според началото и продължителността на действието си инсулините биват:

- Бързодействащи
- Бавнодействащи

Ролята на бързодействащия инсулин е да покрива нуждите от инсулин по време на хранене, тоест да понижава високата кръвна захар след нахранване. Най-често използваните конвенционални бързодействащи инсулини у нас са:

- Actrapid (Актрапид) на фирма Novo Nordisk
- Humulin Regular (Хумулин Регулар) на фирма Eli Lilly
- Insuman Rapid (Инсуман Рапид) на фирма Sanofi Aventis

Профилът им на действие изисква храненето да започне 20 – 30 минути след инжектирането им, както и да се осигури втори прием на храна след 3 часа - като междинна закуска. Ако това правило не се спазва се увеличава рискът от спадане на кръвната захар (хипогликемии), поради по-продължителното им действие. Началото на действие на тези инсулини е на 30-та минута от 1-вия час, пикът на действие е 1-3 часа, а продължителността им на действие трае от 3 до 8 часа.

Действието на бързодействащите инсулинови аналози започва между 10-та и 20-та минута, пикът на действие е 1-ви – 3-ти час и продължават да действат 3 до 5 часа. За разлика от бързодействащите конвенционални инсулини, бързодействащите инсулинови аналози се прилагат непосредствено преди, по време на хранене или в края на храненето, като се постига много по-добър контрол на повишената кръвна захар след нахранване. При приложение на бърз инсулинов аналог отпада необходимостта от междинни закуски и хлебните единици от тях се прибавят към основното хранене. От друга страна ако се инжектира инсулина и се забави храненето, съществува риск от хипогликемия.

Бързодействащи инсулинови аналози са:

- Aspart (Novo Rapid) на фирма Novo Nordisk
- Lispro (Humalog) на фирма Eli Lilly
- Glulisine (Apidra) на фирма Sanofi Aventis

Ролята на базалния (бавнодействащия) инсулин, е да покрива нуждите от инсулин между отделните хранения и през нощта, като регулира производството на глюкоза от черния дроб.

Бавнодействащи (базални) конвенционални инсулини са:

- Insulatard на фирма Novo Nordisk
- Humulin N на фирма Eli Lilly

- Insuman Basal на фирма Sanofi Aventis

Прилагат се преди лягане – обикновено в 22 часа, възможно е и преди вечеря. При нужда може да се приложи 2-ра доза сутрин. Началото им на действие е 1-ви – 2-ри час, пикът на действие е 4-ти – 12-час и продължителността е до 24 часа. Те са пикови инсулини, което е свързано с риск от възникване на нощни хипогликемии.

Бавнодействащи (базални) аналози са:

- Detemir (Levemir) на фирма Novo Nordisk
- Degludec (Tresiba) на фирма Novo Nordisk
- Glargin(Lantus) на фирма Eli Lilly
- Glargin (Abasaglar) на фирма Sanofi Aventis

В последните години в лечението на диабета приложение намира ултрадългодействащия базален аналогов инсулин. Представител на тази група е инсулин Tresiba на фирма Novo Nordisk. Той осигурява нуждите от инсулин между отделните хранения и през нощта. Регулира отделянето на глюкоза от черния дроб. Инсулин degludec (Tresiba) е базален инсулинов аналог с ултра-дълго действие (до 48 часа), разрешен за употреба в страните от Европейския съюз от Януари 2013 г. Освен в Европа приложение намира в страни като Япония и САЩ.

Положителна оценка на Комитета за лекарствени продукти в хуманната медицина получи и друг предварително смесен инсулин degludec / aspart (Ryzodeg на Novo Nordisk), който се очаква и на нашия пазар. В сравнение с инсулин NovoMix, Ryzodeg се свързва с по-ниска честота на нощна и обща хипогликемия при сходна степен на контрол на гликирания хемоглобин. Двата нови вида инсулинови аналози се прилагат с автоматичното устройство за инжектиране тип писалка. Инсулин Degludec има двойно по-дълъг полуживот в сравнение с останалите дългодействащи инсулинови аналози – 25,4 часа спрямо 12,5 часа на инсулин Glargin, като притежава плосък профил на действие (по-малка честота на хипогликемия) и намалена променливост на действие (по-малко колебания на гликемията) през различните дни. Degludec е ново поколение инсулин, който образува депо от големи разтворими мултихексамери в мястото на подкожното му инжектиране. Наличието на цинкови йони забавя разграждането на тези хексамери до мономери, които се абсорбират много по-бавно и постоянно в кръвта. Това осигурява плавен и стабилен фармакокинетичен профил на инсулина и удължена продължителност на неговото действие. В сравнение с инсулин Glargin, инсулин Degludec води до още по-малка вариабилност на действието си през различните дни, което намалява риска за хипогликемия или колебания на гликемичния контрол. Намалената честота на хипогликемия, особено през нощта също е важно предимство на този инсулин. Страхът от хипогликемия е честа бариера за започване на инсулинолечение при хората с диабет тип 2 и инсулините, които имат по-безопасен профил на действие в това отношение могат да насърчат пациентите да подобрят степента на гликемичен контрол. Проучвания представени на конгрес на Американската диабетна асоциация сочат, че терапията с дългодействащия базален инсулинов аналог Tresiba е свързана със значително по-ниска честота на обща, нощна и тежка хипогликемия в сравнение с инсулин Glargin, а хипогликемията е често усложнение при болни с диабет тип 1 и тип 2, която може да се предизвика от по-високи дози инсулин, неспазване режима на прилагане или от продължителни и интензивни физически усилия.

Предимства на инсулин Tresiba:

- Ултрадългодействащ базален аналогов инсулин
- Използва се за лечение на захарен диабет при възрастни, юноши и деца на възраст 1 и повече години

- Еднократно дневно приложение, с което се постига еквивалентна редукция на нивата на кръвната глюкоза, с по-нисък риск за нощна хипогликемия, в сравнение с инсулин Glargin
- Осигурява ултра-продължително действие над 42 часа, което позволява гъвкавост на времето на всекидневните дозировки, без намаляване на ефикасността или увеличаване на риска за хипогликемия
- Може да се използва с бързодействащи инсулинови продукти, когато това е необходимо и свързано с храненето или в комбинация с таблетки за диабет
- Може да се използва при пациенти с бъбречни или чернодробни проблеми

Инсулин Tresiba се прилага и в ендокринологичното отделение на УМБАЛ-Русе-АД от месец Август 2016 година при пациенти с лош гликемичен контрол, стойности на HbA_{1c} > 9 %, сутрешни хипергликемии, постпрандиални хипергликемии и нощни хипогликемии. За периода Август – Декември 2016 г. на лечение с инсулин Tresiba са преминали 21 пациента, които при дехоспитализацията им са с добър гликемичен контрол. От проучените 21 пациента за периода Август 2016 г – Април 2017 г. с повторна хоспитализация са само 3-ма пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Инсулин Tresiba има потенциал да поддържа добър гликемичен контрол при намалена честота на нощна хипогликемия в сравнение с инсулин Glargin. Посредством него на пациентите с диабет, получаващи терапия с базален инсулин, им се предоставя по-голяма гъвкавост по отношение на времето на поставяне на нужната им доза инсулин за разлика от инсулин Glargin, който трябва да се инжектира по едно и също време всяко денонощие. Това е особено ценно предимство при пациенти, които водят непредвидим начин на живот или пътуват често на големи разстояния (различни часови зони). Този инсулин е подходящ за приложение и при възрастни пациенти, които живеят сами и се нуждаят от помощта на друг човек, който да им постави инсулина, посещавайки ги у дома.

ЛИТЕРАТУРА

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

За контакти:

Яница Руменова Коева, студент I курс, специалност Медицинска сестра, Русенски университет "Ангел Кънчев", тел.: 0988313174

Научен ръководител: ас. Татяна Атанасова, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, Русенски университет "Ангел Кънчев", тел.: 0885635514, e-mail: nursing_russe@abv.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No 2017-ФО33Г-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

Употребата на алкохол в детска възраст

автор: Нели Томова
научен ръководител: ас. Теодора Тодорова

The use of alcohol in childhood: Since prehistoric times people have been producing alcoholic beverages and were consumed by various hygienic, medical, religious, refreshing, recreational or recreational reasons. Alcohol causes even temporary damage to the body of those who drink only occasionally. Most young people try for the first time alcoholic beverages at a very early age (9-11 years). These experiments often come under the influence of an older family member. Recommendations to the parents: Drink a glass of alcohol at home just on a good occasion or at a family holiday; do not teach your children wrongly that alcohol solves problems, never sit behind the wheel after drinking alcohol.

Key words: alcohol use, young age, reasons.

ВЪВЕДЕНИЕ

От праисторически времена хората са произвеждали алкохолни напитки най-често от жито и плодови сокове, по-рядко от мед или мляко, и са получавали питиета подобни на вино и бира, медовина и кумис, приготвени от ферментирало мляко. Алкохолът бил възвеличаван като “дух на виното” или като вода на живота (Aqua vitae)[1]. Алкохолните напитки са били консумирани по различни хигиенни, медицински, религиозни, освежаващи, ободряващи или развлекателни причини[4]. Скоростта, с която алкохолът проявява своите токсични ефекти, зависи от различни променливи фактори, като например индивидуална поносимост, количество на храната в стомаха и тегло. Алкохолът причинява дори временна вреда на организма на тези, които пият само от време на време. Той дехидратира тялото, тъй като оказва влияние върху функцията на антидиуретичния хормон вазопресин. Този хормон помага да се поддържа правилен баланс на хидратация и електролити. Когато хормонът се потисне, уринирането се увеличава, отделяйки от тялото хидратиращи флуиди толкова бързо, че организмът не може да навакса. Ето защо след нощ, с прекомерна употреба на алкохол, човек се събужда сутринта с главоболие и чувство на прекалена жажда. Алкохолът възпрепятства и други хормони, които са отговорни за функцията на бъбреците, като това с течение на времето може да доведе до увреждане на този жизненоважен орган [4].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Цел на настоящото изследване е да се проучи употребата на алкохол при деца на възраст 14-18 години. Изследването е проведено през периода м. Април 2016 г. – м. Април 2017 г. в МГ „Баба Тонка“ гр. Русе.

За реализация на поставената цел се решиха следните задачи:

- Да се разработи анкета за проучване употребата на алкохол при деца;
- Да се проведе анкета сред ученици от МГ „Баба Тонка“ Русе на възраст 14-18 г.;
- Да се направи анализ на получените резултати.

Методи: Анкетно проучване и Графичен анализ – данните от анкетните карти са организирани в MS Office Excel.

Повечето млади хора опитват за първи път алкохолни напитки в твърде ранна възраст (9 – 11 години). Нерядко тези експерименти стават под въздействието на по-възрастен член на семейството. Малко по – късно (около 14-15г.) започва така нареченото предумишлено пиене – в компанията на връстници[1].



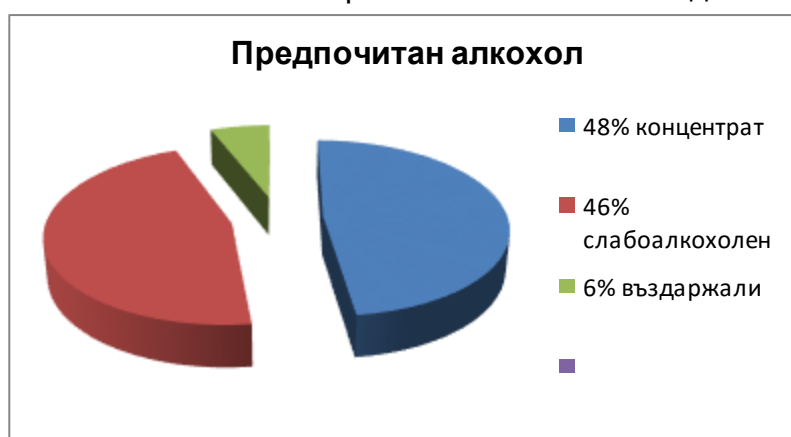
Фиг. 1. Начална възраст на употребата на алкохол.

На въпроса „Кога за първи път сте употребили алкохол?“ 50% от анкетираните ученици са посочили под 13 годишна възраст , 20% на 13 годишна възраст, 14% на 14 годишна възраст и 16% на 16 годишна възраст .



Фиг. 2. Място на употреба на алкохол.

Интересни са отговорите на учениците по отношение на мястото на употреба на алкохол за първи път. Общо 72 % отговарят, че за първи път са употребили алкохол в дома, от тях 38% в компанията на приятел, а останалите 34% с родител. Само 28% от анкетираните са опитали за първи път алкохол в заведение.



Фиг. 3. Предпочитан алкохол.

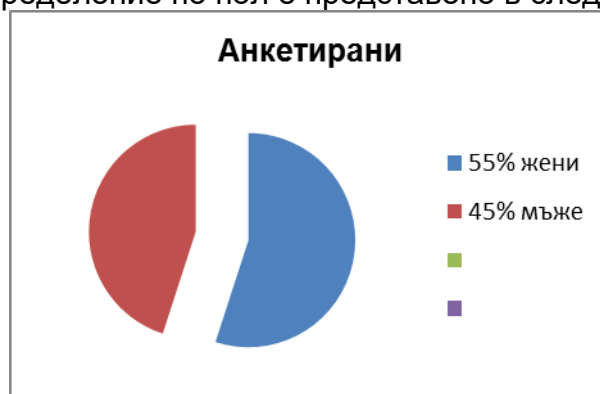
Голямо притеснение будят отговорите по отношение на предпочитанията за консумация на алкохол от учениците – 48% употребяват концентрат, а 46% - слабоалкохолен.



Фиг. 4. Седмичен прием на алкохол.

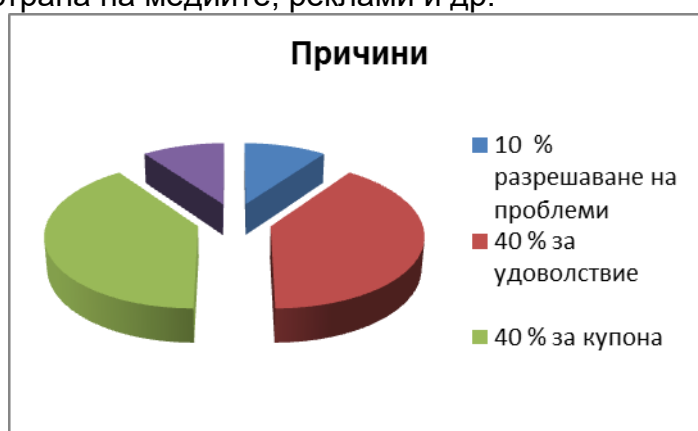
Седмичния прием на алкохол също води до големи притеснения - 40% приемат по 100ml/седмично, 14% по 200 ml/седмично, 29% приемат повече от 200ml/седмично и много малка част от анкетиранияте съобщават за по-малко количество (под 100 ml/седмично).

Процентното разпределение по пол е представено в следната фигура:



Фиг. 5. Разпределение по пол.

Причини за употребата на алкохол при подрастващите индивиди са многобройни, променливи и твърде често взаимно зависими. Едни от най-честите причини са: любопитство, употребата на алкохол от родителите и позитивното отношение към алкохола, конфликти в семейството, натиска от връстници, въздействието от страна на медиите, реклами и др.



Фиг. 6. Причини за употребата на алкохол.

"Аз не съм по пиенето – тялото ми не приема никъкъв спирт. На Нова година изпих две мартинита и се опитах да отвлека асансьор и да отлети с него за Куба"и[3, Уди Алън].

Въздействието на алкохола – хората реагират различно на едно и също количество алкохол в зависимост от различни фактори – емоционално състояние,

физическо и социално обкръжение и много други. Алкохолът въздейства върху всички органи и системи на човека:

1. Нервната система – атрофия(намаляване) на мозъчната тъкан на главния и малкия мозък, развитие на други заболявания – епилепсия, менингит(възпаления на мозъчната ципа) и инсулти. Памет – уврежда се кратковременната памет (не си спомняме) и може да се достигне до тотална загуба на паметта.

2. Дихателна система – по-големите количества изпит алкохол водят до нарушаване на дихателната дейност и дори до спирането ѝ.

3. Сърдечно-съдова система - уврежда функцията на сърдечния мускул, сърдечната дейност се учестява, а АН се повишава.

4. Храносмилателна система - лигавицата на храносмилателните пътища се уврежда, в резултат на което се развива гастрит и язви на стомаха и на дуоденума, а също така съществува и риск от злокачествени образувания.

5. Заболявания от страна на черния дроб – хепатит, цироза, рак и др.

6. Ендокринна система - алкохолът предизвиква смущения във функцията на щитовидната, околощитовидните, надбъбречните и половите жлези. Поради увреждания на тестисите намалява производството на сперматозоиди и мъжки полови хормони, вследствие на което се понижават либидото и потентността.

7. Костна система – забавя образуването на клетките, изграждащи костна тъкан, в резултат на което намалява нейната плътност (остеопороза) и се увеличава честотата на костните счупвания[1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Препоръки към родителите, за да предпазят своите деца:

- Консумирайте у дома чаша алкохол само при хубав повод;
- Не давайте пример, че може да се пие от мъка, депресия, яд, самота..... сутринта;
- Не учете погрешно децата си, че алкохолът решава проблеми, така само ще изкривите представата им за реалния живот ;
- Не сядайте никога зад волана след консумация на алкохол, тъй като децата копират поведението на своите родители![1].
- “Алкохолът причинява на човечеството много повече мъка, отколкото радост, въпреки че се употребява именно заради веселието.” [2, Иван Петрович Павлов].

ЛИТЕРАТУРА

[1] Екип на „ СИНДИ“ – РЗИ Русе 2012 г. / <http://www.riokoz-vt.com/alk.htm>.

[2] Иван Петрович Павлов /https://bg.wikiquote.org/wiki/Иван_Павлов

[3] Уди Алън <https://dama.bg/article/mudrostite-na-udi-alun/5419/>

[4] <http://medpedia.framar.bg>

За контакти:

Нели Анетова Томова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, студент специалност Медицинска сестра, II курс, тел. 0894215109, e-mail: tomova_1987@abv.bg

Научен ръководител: ас. Теодора Тодорова Тодорова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“, тел. 0897-083-403, e-mail: tetodorova@uni-ruse.bg

Докладът отразява резултати от работата по проект No2017-ФОЗЗГ-01 „Оптимизиране на научноизследователската дейност в областта на Здравните грижи чрез създаване на съвместни научни екипи от преподаватели, студенти и професионалисти от практиката“, финансиран от фонд „Научни изследвания“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“.

СЕКЦИЯ**„Промоция на здравето и социални дейности“****Същност и характеристика на мобилизиращия масаж.
Въздействие върху нивата на болка при пациенти с дегенеративни
заболявания в шийния отдел на гръбначния стълб**

автор: Ива Стоянова

научен ръководител: ас. д-р Александър Андреев

***Meaning and characterization of mobilizing massage:** The purpose of this report is improving knowledge of students in physiotherapy and medical specialties in mobilizing massage techniques and influence on the body, combined with individual plan of rehabilitation and physiotherapy. Reaching a beneficial effect of applying manual soft-tissue techniques require excellent theoretical and practical training of the therapist to perform maneuvers properly.*

Key words: Mobilizing massage, Techniques, Physiotherapy.

ВЪВЕДЕНИЕ

Дегенеративните заболявания и травмите на опорно-двигателния апарат се повлияват благоприятно от физиологичното въздействие на масажа върху ставите и меките тъкани, чиито функции са засегнати. Техниките за мекотъканна мобилизация се прилагат с голям успех при неправилна поза, болков синдром, за подобряване подвижността на ставите, за модулиране на рефлексите или намаляване на напрежението в определен участък.

В настоящия доклад е изложено влиянието на мобилизиращия масаж върху функционалното състояние на пациентите, като интегрирано средство в кинезитерапевтичния комплекс за подпомагане на възстановителния процес чрез ефективно намаляване на болката.

ИЗЛОЖЕНИЕ**1. Характеристика на мобилизиращия масаж**

Мобилизиращият масаж се характеризира с това, че мускулните техники не се изпълняват в едно определено положение на ставата, а в комбинация с различни (активни или пасивни) движения. С мобилизиращия масаж се въздейства на пациентите в три направления: наляване на болката, въздействие върху мускулатурата (трофично и релаксиращо) и подобряване на ставната подвижност в различните равнини.

Всяка техника се изпълнява в продължение на 1-2min – в началото с бавно темпо, което постепенно се ускорява. Масажът, наречен от J.C.Terrier „манипулативен“, подобрява обема на пасивните движения, активизира и провокира ставните рецептори.

В резултат на комбинирането му с активни средства на кинезитерапията за повишаване на мускулната сила, се намалява болковата симптоматика, нормализират се ставната механика и физиологичните движения по всички възможни оси [1].

2. Методика на изследването

В периода 01.10.2016г. – 31.04.2017г. в базите на лечебни заведения „Медика“ ЕООД гр. Русе беше извършено изследване и рехабилитация на 30 пациенти с диагностицирани дегенеративни промени в шийния дял на гръбначния стълб, подбрани по сходни начални показатели на болков синдром. Болката беше отчетена по визуално-аналогова скала (BAS).

Пациентите бяха разпределени в 2 групи на случаен принцип и се оформиха работна (А) и контролна група (Б). На база литературните източници и нивата на болка беше изработена кинезитерапевтична програма, еднаква за всички пациенти. При група А бяха интегрирани маньоври в основната част на комплекса, изпълнявани ежедневно в продължение на 10 дни. На фиг.1 и фиг. 2 са показани две от използваните мануални техники.

3. Техника и въздействие на мобилизираният (манипулативен) масаж

Манипулативният масаж е мануално-терапевтичен метод, който съчетава ефекта на масажа върху малка по обем повърхност с този на пасивните физиологични движения. Според J.C.Terrier (1996) този метод може да се определи като масаж върху пасивно задвижвана част или като пасивно раздвижване на определена става, съчетано с масаж на околоставните ѝ структури или някои мускулни влакна. Техниките често се изпълняват съчетано с мануална ставна мобилизация. По принцип тази техника започва от патологичната граница на движението (ПГД), повтаря се многократно, като при всяко повторение трябва да има спечелен обем, а ПГД все повече да се доближава до физиологичната (ФГД) и анатомичната (АГД) граница на движение.

Масажират се предимно рефлексогенните зони около ставата – залавни места на мускулите, сухожилия, лигаменти с фрикционни техники, заимствани от трансверзалния масаж. Масажната линия винаги е много къса. Натискът, в някои случаи при масажиране, може да достигне и до самата ставна капсула. Кожата и подкожната съединителна тъкан също се повлияват при масажа, макар че не са основен обект на въздействие.

Мобилизира се лекуваната става в посоката и обема на физиологичните ѝ движения, съчетани с разтягане и релаксиране на масажираните структури. Много важен е и ритъмът на изпълнение. Той трябва да се поддържа през цялото време на мекотъканната мобилизация. Ако това е невъзможно, техниката се прекъсва.

Основната идея на метода се базира на познанието, че неврофизиологичното дразнене на масажа и неврофизиологичното въздействие на пасивните движения притежават определена родственоост, резултат от тяхната обща отправна точка – нервно-мускулното управление на опорно-двигателния апарат [2].

Масажът и мобилизацията предизвикват механично дразнене върху проприорецепторите и по неврофизиологичен път повлияват тонуса на мускулните влакна.

Възбудата, реализирана в механорецепторите и другите проприорецептори на ОДА, оключва целенасочени реакции на ефекторните органи и носи „вътрешна“ информация, т.е. информация с произход от собственото тяло. Те непрекъснато информират за нормалното и абнормалното функционално състояние на отделните структури на ОДА и предизвикват автоматично нагаждане и коригиране на тонуса [3].

Чрез масажа и мобилизацията се отваря възможност отвън да се интервенира в тази вътрешна система за регулация и да се задвижват управляеми, въздействащи на тонуса и терапевтично приложими рефлексии.

Неврофизиологичните импулси, изпратени от рецепторите до нервните синапси, се предизвикват от механичното въздействие на масажа и мобилизацията, но съв в пряка зависимост също от интензитета, ритъма и натиска при изпълнение на съответната техника, наречена от автора маньовър. Те могат да предизвикат както подтискане, така и активизиране на мускулния тонус. В състояние са също да припокрият и други нежелани, а именно болезнени аферентации, респ. да спрат тяхното по-нататъшно провеждане. При подходящо изпълнение маньоврите изпълняват изравняващо, отпускащо и освобождаващо въздействие върху моторните единици на един мускул с увреден тонус [4].

Ако масажът и дразненето се изпълняват едновременно на един и същ обект, то дразненията на двете мероприятия могат взаимно да си повлияят – да усилят, да отслабят, да „модулират“ въздействието си, което може по-fino да се диференцира при съвместното приложение на двете кинезитерапевтични средства [5].



Фиг. 1. Разтриване с екстензия на шийен дял на гръбначния стълб

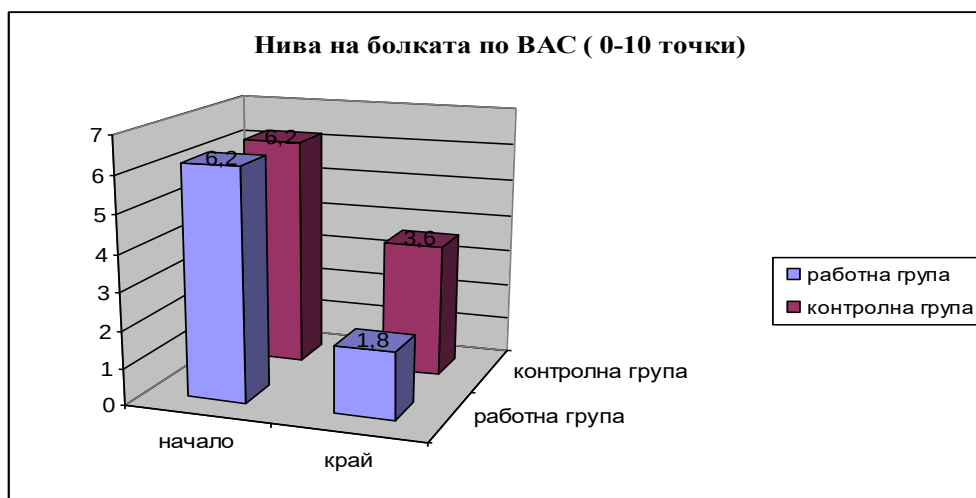


Фиг. 2. Напречно размачкване с кръгови движения

4. Анализ на резултата

След статистическа обработка и сравнителен анализ на резултатите се направи заключение, че по-бързото възстановяване и подобрене на пациентите от работната група А спрямо контролната група Б е в резултат на приложената методика в комбинация с манипулативен масаж.

Практиката показва, че средните нива на болката при група А, измерени по Визуално-аналогова скала, в края на рехабилитацията са с 1.8 единици по-ниски от тези на група Б. Намалването на болковата симптоматика е от основно значение за постигане на успешна рехабилитация, тъй като ограничава движенията и възпрепятства изпълнението на активните движения.



Диаграма 1. Нива на болката по визуално-аналогова скала

*Таблица 1. Сравнителен анализ на крайните резултати
при пациентите от двете групи*

показател	Крайни А			Крайни Б			t-emp
	X	S	V%	X	S	V%	
ВАС	1.8	0.77	42.77	3.6	1.12	31.11	5.11

Онагледените крайни резултати от ВАС на табл.1 дават информация, че в края на рехабилитацията пациентите, при които са приложени мобилизиращи масажни техники са постигнали по-голямо подобрене спрямо контролната група Б.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дегенеративните заболявания са социално-значими заболявания с висока честота, чиито симптоми силно ограничават работоспособността и изпълнението на ежедневните дейности. Предвид литературните източници и проведеното изследване, може да се подчертае, че мобилизираният масаж способства и подпомага по-бързото и ефективно повлияване на болковата симптоматика. Внедряването на манипулативните техники в кинезитерапевтичния комплекс е от съществено значение за възстановяването на пациентите и забавяне на болестния процес.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Крайджикова, Л., Д. Петкова, Т. Андонова, Ш. Ахмедов. Масажна методика за мекотъканна мобилизация при хроничен болков синдром в лумбосакралната област. Кинезитерапия и рехабилитация, 2005, №1-2, с. 4-12.
- [2] Левит, К. Мануална терапия в рамките на медицинската рехабилитация, С.: М. и Ф., 1981.
- [3] Häkkinen, A., P. Salo, U. Tarvainen, K. Wirjñ, J. Ylinen. Effect of manual therapy and stretching on neck muscle strength and mobility in chronic neck pain. J Rehabil Med. 2007 sep; 39(7):575-9.
- [4] Terrier, J. C. Technik der Manipulativmassage. Baden, 1996, s 16-48.
- [5] Bronfort, G., M. Haas, R. Evans, L. Bouter. Efficacy of spinal mobilization for low back pain and neck pain: a systematic review and best evidence synthesis. Spine J. 2004 May-Jun;4(3):335-56.

За контакти:

Ива Стоянова Стоянова, студент специалност „Кинезитерапия“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, факултет „Обществено здраве и здравни грижи“, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел. +359 878 961206, e-mail: stoyanovaiv@abv.bg

Научен ръководител: ас. Александър Любомиров Андреев, д-р, Русенски университет „Ангел Кънчев“, факултет „Обществено здраве и здравни грижи“, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел. +359 878 420310, e-mail: aandreev@uni-ruse.bg

Приложение на техники за релаксация и мускулен стречинг за мускулите около колянна става

автор: Иван Николов

научен ръководител: гл. ас. д-р Ивелина Стефанова

Application of relaxation techniques and muscle stretching for the muscles around the knee joint: Manual therapy with its diagnostic and therapeutic capabilities is an essential part of the treatment of functional disorders of the locomotor system. Longstanding researches and practical experiences of contemporary authors have confirmed the effectiveness of relaxation and stretching techniques on the muscles and other related structures in the treatment of the musculoskeletal system's damage. Stretching is a distraction at either end of the muscle or soft tissue structure to restore its length and elasticity.

Key words: Knee joint, Manual stretching, Auto stretching, Manual therapy, Muscles around the knee joint.

ВЪВЕДЕНИЕ

Мануалната терапия с нейните диагностични и терапевтични възможности е една съществена част от лечението на функционалните нарушения на опорно-двигателния апарат. Според O.Evjenth, J.Hamberg (2003) в съвременните условия всеки един от четири болни е с оплаквания от ОДА. Част от останалите трима болни търсещи лечение по други причини също се оплакват от скованост, болки, ограничени и болезнени движения. Дългогодишните изследвания и практически опит на съвременните автори потвърждават ефективността на техниките за релаксация и стречинг на мускулите и други свързани структури при лечението на увредите на мускулно-скелетната система.

При нормална функция мускулът е способен свободно да се движи при контракция и релаксация, има запазена еластичност и сила. Нарушаването на баланса между тонуса и силата на мускулите се отчита като мускулен дисбаланс. Това е състояние, при което едни мускулни групи са скъсени и с повишен тонус, а техните антагонисти реагират със слабост и понижен тонус. Твърдият и скъсен мускул е подложен на по-голям стрес при внезапна или силова контракция. Затова чрез мануалните техники за релаксация и мускулен стречинг се цели да се предотвратят редица травми и усложнения [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Стречингът е раздалечаване на двата края един от друг на мускул или мекотъканна структура за възстановяване на нормалната му дължина и еластичност.

Целта на мускулната релаксация и стречингът е да се подобри функцията на меките структури и ставите, чиито движения са ограничени от прекомерната тензия на хипертоничните или скъсени мускули.

Основни задачи – мускулните техники се прилагат за постигане на:

- Мускулна релаксация, инхибиране, деконtrakция.
- Мускулна еластичност.
- Фасциален стречинг.
- Мобилизация на ставите.

Показания за приложение са:

- Болка, ограничен обем на движение, дисфункция.
- Нормална ставна игра и наличие на повишен мускулен тонус, мускулно скъсяване или спазъм.
- За профилактика преди поява на симптомите.

В остри случаи техниките се прилагат с цел релаксация. В хронични случаи техниките се прилагат с цел разтягане на мускулите.

Мануалните техники за релаксация и мускулен стречинг са ефективни, когато причината за ограничението на движението в ставата е свързано с мускулна дисфункция. Мускулатурата и ставите представляват едно единно цяло. Дисфункцията или заболяването на едната структура се отразява задължително и върху другата.

Физиологична обосновка – Техниките за мускулна релаксация и стречинг се базират на принципа, че след изометрична контракция мускула се релаксира и може да бъде разтеглен максимално. Според Sherrington колкото по-силна е контракцията, толкова по-голяма е последващата релаксация. Това е принципът на реципрочна инхибиция, който се отнася както за мускулите антагонисти, така и за мускулите на контралатералната страна.

Видове техники за релаксация и стречинг:

Пасивни мускулни техники – прилагат се при тежки контрактури, за да се получи трайно удължаване на скъсените структури. Болният е релаксиран, докато терапевтът движи ставата в посоката на ограничение и след това задържа в максимално постигнатия обем на движение толкова дълго, колкото е необходимо (дори 2 минути), за да удължи скъсените структури.

Активни мускулни техники – в практиката са известни много различни техники, но принципите, на които се основават, са едни и същи:

- контракция – релаксация
- реципрочна инхибиция

Разликите между отделните мускулни техники са по следните показатели:

- контракция на хипертоничните мускули;
- тракция – дали контракцията и последващото разтягане на скъсените мускули се съчетава с леко мануално изтегляне за намаляване на компресията между ставните повърхности или не;
- релаксация – времетраене, съчетаване с други въздействия;
- стречинг – дали се прави или не след или успоредно с релаксацията, темпо, интензитет на въздействие;
- контракция на антагонистите;
- дозировка на самата техника;
- модел на изпълнение на движението.

Постизометрична релаксация (ПИР)

Тази техника е модификация на К. Lewit на нежната, индиректна, изометрична техника, която прилагат остеопатите върху ставите. Тя е подобна на техниката от ПНМУ. Прилага се за релаксация на мускули с повишен тонус, за лечение на тригерни точки, мобилизация на ставите и при наличие на нервно мускулна тензия. Изходното положение има важно значение за успеха на постизометричната релаксация, за точното и насочване към мускула с повишен тонус.

Реципрочна инхибиция

Техниката се прилага при остри състояния и при травмирани или болезнени мускули, изискващи релаксация, в максимално и умерено протективния период на кинезитерапията. Тя включва следните стъпки:

1. Скъсения мускул се поставя в средна позиция. По този начин се осигурява удобна позиция за съкращение и избягване на крампи.
2. Пациентът извършва контракция на антагониста на скъсения мускул в посока ограничението срещу минимално съпротивление. Движението се съчетава с вдишване и задържане на дишането.
3. Следва релаксация на пациента
4. Терапевтът разтяга пасивно скъсения мускул до новата бариера.

Постурален стречинг - техниката включва следните стъпки:

1. Скъсения мускул се поставя в средна позиция.

2. Пациентът извършва изометрична контракция срещу максимално съпротивление за 7-10 сек. Поддържа се съпротивлението еднакво, така че контракцията да е почти изометрична.
3. Когато пациента се отпусне, терапевтът прилага бързо разтягане на мускула до максимално възможна позиция и задържане до 20 сек.
4. Релаксация 20-30 сек.

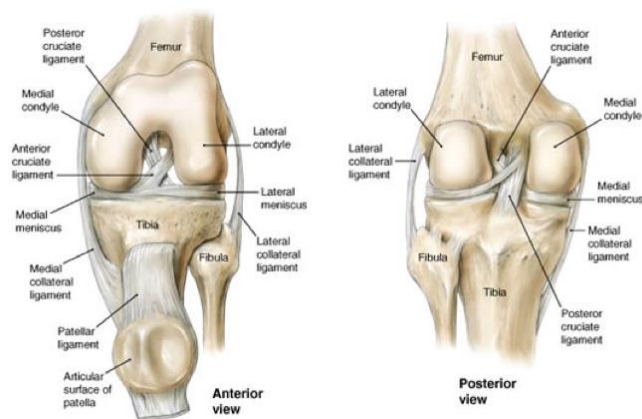
Автостречинг

Прилага се за профилактика на рецидивирането на високоеластичното втвърдяване или увеличаването на нервнo-мускулната тензия. Дозировката е 1-2 пъти дневно. Пациентът трябва да е запознат със следните методически правила:

1. Да прави разтягане преди стречинга.
2. Да разтяга мускула до усещане на леко теглене.
3. Да поддържа правилна изходна позиция, така че тегленето да не се предава върху други части на тялото.
4. Да задържа позицията на максимално разтягане 10-20 сек, като постепенно увеличава обема на движение в ограничената посока, след поддаване на скъсените тъкани.
5. Да вдиша и да издиша дълбоко за улесняване на релаксацията
6. Да повтаря стречинга на мускула поне 2 пъти в процедурата и 2 пъти дневно.[1]

Мускулен стречинг за мускулите около колянна става

Колянната става е една от най – сложните и отговорни стави в опорно двигателния апарат. Тя обединява двете големи кости – бедрената (femur) и подбедрената (tibia), които носят цялата тежест на тялото, както в движение, така и в покой. Това значително увеличава момента на действащите сили, което е предпоставка както за остри травми, така и за хроничен травматизъм. [2] Освен тях на лице е и така нареченото „капаче“ (patella), което играе важна роля за екстензията на коляното. Дисталната част на бедрената кост е задебелена и образува два кондила (condylus medialis et lateralis) разделени с трапчинка (fossa intercondylaris). На проксималния край на тибията са разположени два менисуса (латерален и медиален), чиято функция е да подобри конгруентността и триенето на ставните повърхности и да разпределя натоварването вътре в колянната става. В човешкото коляно има и две кръстни връзки които свързват двете кости в ставната кухина и образуват „Х“ образна структура, която стабилизира коляното при сили, действащи отпред-назад и отзад-напред. Латералните и медиалните колатерални връзки допринасят за пълната стабилност на колянната става. Цялата става е обхваната от фиброзна капсула, отвътре покрита с гладка тъканна облицовка наречена синовия (фиг. 1). [5]



Фиг. 1. Колянна става [6]

Движенията, които са в колянна става са флексия и екстензия. Екстензията се изпълнява от *m. quadriceps femoris*, който е разделен на четири части: *m. rectus femoris*, *vastus intermedius*, *vastus lateralis*, *vastus medialis*, а флексията от *m. semitendinosus*, *m. semimembranosus*, *caput longum m. biceps femoris* и *caput breve m. biceps femoris*, като помощни мускули са *m. popliteus*, *m. gracilis*, *m. sartorius*, *m. gastrocnemius*, *m. plantaris*. Мускул *gastrocnemius* е плантарен флексор в глезенна става, но заради началното му залавно място помага и за флексията в колянна става.



Фиг. 2. Мускули около колянна става [4]

Мускул quadriceps femoris.

Четириглавият бедрен мускул е най-масивният мускул в човешкото тяло и частите му обхващат бедрената кост от всички страни. Той се разполага по предната и отчасти по страничната повърхност на бедрото. Изграден е от 4 глави, които са обособени в началото си като 4 отделни мускула. Всичките тези четири отделни мускула се свързват в едно и се залавят за *tuberositas tibiae*. Мускула се инервира от *n. femoralis* (L3 – L4). [3]

Стречинг на *m. quadriceps femoris*



Фиг. 3. Автостречинг на *m. quadriceps femoris*

На фиг.3 са показани различни видове автостречинг, които се прилагат. Най – честите изходни положения са стоеж, лег и едностранна колянка.

Мануален стречинг и техника на изпълнение на *m. quadriceps femoris* (*m. rectus femoris*)

Исходна позиция за изпълнение:

Пациента е в лег, лека флексия в КС на травмирания долен крайник.

Терапевтът стои от страната на травмирания крайник на пациента.

Мануален хват: С едната си ръка терапевтът фиксира таза, а с другата си ръка обхваща дисталната част на подбедрицата, точно над малеолите.

Движение: Използвайки описания мануален хват, терапевтът постепенно извършва флексия на колянна става. [1]

Мануален стречинг и техника на изпълнение на *m. quadriceps femoris* (*vastus medialis*)

Изходна позиция за изпълнение:

Пациентът е в тилен лег, флексия в тазобедрена става (90) и флексия на колянна става на травмирания долен крайник около 90 градуса.

Терапевтът стои от страната на травмирания долен крайник на пациента.

Мануален хват: С едната си ръка терапевтът фиксира дисталната част на бедрото на пациента към тялото си, а с другата си ръка обхваща дисталната част на подбедрицата и петата на пациента.

Движение: Използвайки описания хват, терапевтът извършва флексия, външна ротация и абдукция на подбедрицата. [1]

Мануален стречинг и техника на изпълнение на m.quadriceps femoris (vastus lateralis)

Изходна позиция за изпълнение:

Пациентът е в тилен лег, флексия в тазобедрена става (90) и флексия на колянна става на травмирания долен крайник около 90 градуса.

Терапевтът стои от страната на травмирания долен крайник на пациента.

Мануален хват: С едната си ръка терапевтът фиксира дисталната част на бедрото на пациента към тялото си, а с другата си ръка обхваща дисталната част на подбедрицата и петата на пациента.

Движение: Използвайки описания хват, терапевтът извършва флексия, вътрешна ротация и аддукция на подбедрицата. [1]

Стречинг на флексорите в колянна става

Мускул semimembranosus е дълъг двуставен мускул които започва от tuber ischiadicum и се залавя за медиалния кондил на os tibiae. Мускула се инервира от n. tibialis (L4 – S1).

Мускул semitendinosus също е двуставен мускул които започва от tuber ischiadicum и се залавя за tuberositas tibiae. Мускула се инервира от n. tibialis (L4 – S1).

Мускул biceps femoris (caput longum) е двуставен мускул, той започва от tuber ischiadicum и се залавя за caput fibulae. Мускула се инервира от n. tibialis (L4 – S1).[3]



Фиг. 4. Автостречинг за флексорите в колянна става

На (фиг.4) са показани различни видове изходни положения за автостречинг на флексорите в колянна става. На фигура 4А изходното положение е седеж с изпънати крака, свити един до друг с леко приведено тяло към коленете. Целта е прилагане на допълнителен натиск с тяло към коленете и опит за хващане на глезените с ръце. На фигурата 4Б изходното положение е тилен лег с изпънат и сгънат в ТБС крак. Целта е придърпване на крака към тялото с ръце или при невъзможност с колан.

Мануален стречинг и техника на изпълнение за ишокруралната мускулатура.

Изходна позиция за изпълнение: Пациентът е в тилен лег.

Терапевтът стои от страната на травмирания долен крайник.

Мануален хват: С едната си ръка терапевтът фиксира таза, а с подхват на другата си ръка обхваща дорзалната част на подбедрицата и дисталната дорзална

част на бедрото.

Движение: Използвайки описания мануален хват, терапевтът постепенно извършва флексия на тазобедрена става.

Втори вариант: Изходната позиция на пациента е тилен лег. Терапевтът стои от страната на травмирания долен крайник, дорзалната част на глезена на пациента е опряна върху рамото на терапевта.

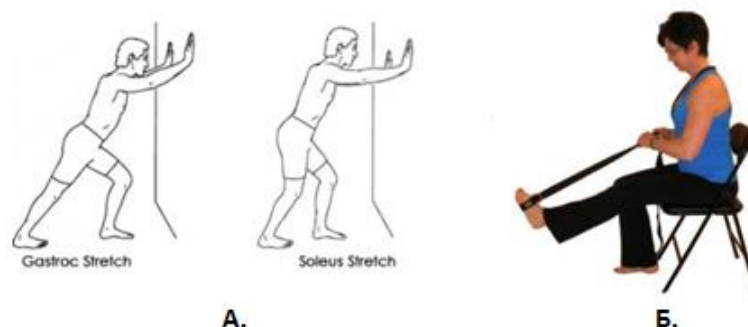
Мануален хват: с едната си ръка терапевтът фиксира бедрото на здравата страна да не се повдига от кушетката и по този начин осигурява фиксация на таза. Бедрото на болния крайник е фиксирано при флексия около 120 градуса с колан. С другата си ръка терапевтът обхваща дорзалната дистална част на бедрото, точно над коляното.

Движение: Използвайки описания мануален хват и движение на тялото си, терапевтът постепенно извършва екстензия на колянна става. [1]

Мускул *m. triceps surae* (*m. gastrocnemius*)

Триглавия мускул на подбедрицата е двуставен мускул, които действа едновременно в глезенна става и колянна става. Медиалната глава започва от *condilus med. fem.*, а латералната глава от *condilus lat. fem.* и се залавя за *tuber calcanei*. Инервира се от *n. Tibialis (L4 – S2)*. [3]

Стречинг на m. triceps surae.



Фиг. 5. Автостречинг на *m. triceps surae*

На фиг.5 са показани различни изходни положения за стречинг на триглавия мускул на подбедрицата. На фигура 5А изходното положение е стоеж до стена с поставени ръце на нея, като краката са в полунапад. Целта е приближаване на тялото към стената без повдигане на петата от земята. На фигура 5Б изходното положение е седеж с изпънат крак в коляното и с помощта на колан се прилага опън върху плантарната част на ходилото.

Мануален стречинг и техника на изпълнение за m. triceps surae

Изходна позиция за изпълнение: Пациентът е в тилен лег, ходилото е извън кушетката. Терапевтът стои от страната на травмирания долен крайник на пациента.

Мануален хват: С едната си ръка терапевтът обхваща вентралната и дисталната част на подбедрицата, а с другата си ръка петата, като с предмишницата си опира плантарната повърхност на ходилото.

Движение: Използвайки този мануален хват, терапевтът с едната си ръка изтегля петата и с предмишницата си увеличава дорзалната флексия в глезенния комплекс. [1]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Най-добрия начин за подобряване на еластичността и възстановяването на скелетните мускули са стречинг упражненията. Стречинг упражненията имат

множество положителни ефекти за тялото, като помагат за баланса на мускулите, релаксацията, възстановяването и растежа. Интересен е ефектът върху периферната нервна система. Периферните нерви притежават еластичност, която може да се увеличи или изгуби при обездвижване. Стречингът е задължителна и неизменна част при различни видове спорт.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Димитрова Е. Мускулна релаксация и стречинг, НСА ПРЕС, 2008.
- [2] Попов Н. Кинезиология и патокинезиология на ОДА, НСА ПРЕС, 2009.
- [3] Янев Ст. Лекционен материал по ММТ.
- [4] <http://garamanta.blogspot.bg/2009/05/hamstrings-biceps-femoris.html>
<https://www.pinterest.com/pin/573786808749388098/>
- [5] <http://medicine-bg.com/za-patzienta-5/kolyanna-stava-anatomiya-prichini-za-operatziya-vazstanovyavane-sled-operatziya-22.html>
- [6] <http://www.newhealthadvisor.com/structure-of-the-knee.html>

За контакти:

Иван Николов, студент специалност „Кинезитерапия“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 0898592694, е-mail: ivan.r.n@abv.bg

Научен ръководител: гл. ас. д-р Ивелина Стефанова, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, е-mail: istefanova@uni-ruse.bg

Кинезитерапия при раменни луксации и нестабилност

автор: Надежда Колева

научен ръководител: гл. ас. д-р Ивелина Стефанова

***A dislocated shoulder:** occurs when the humerus separates from the scapula at the shoulder joint (glenohumeral joint). The shoulder joint has the greatest range of motion of any joint, at the cost of low joint stability, and it is therefore particularly susceptible to subluxation (partial dislocation) and dislocation. Approximately half of major joint dislocations seen in emergency departments involve the shoulder.*

Key words: Dislocated shoulder, pain, functional deficit

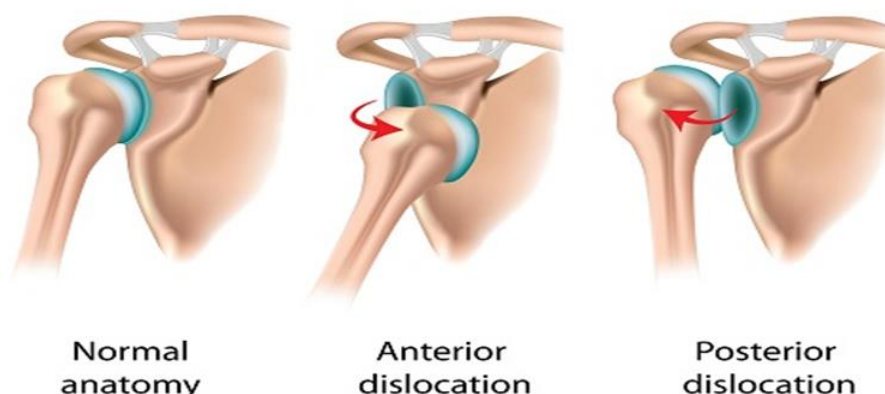
ВЪВЕДЕНИЕ

Болковите синдроми на рамото са едни от най-често срещаните в практиката заради големия обем на движение на ставата. В много случаи, развитието на болкови синдроми (тендинити, бурсити, руптури на ротаторния маншон) се дължат на прекалено натоварване или неправилно изпълнение на движения при тежка физическа работа. [5]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Луксацията на глено-хумералната става най-често е следствие от механична травма, но може да бъде вродена или вторична в следствие на ортопедично заболяване. Тази става е обект на луксация много по-често от другите стави поради малката си конгруентност между изграждащите я ставни повърхности и поради хлабавия капсуло-лигаментарен апарат, позволяващ значителна подвижност. Основната причина за развитието на гленохумералната нестабилност е слабата статична стабилизация на раменната става- значително несъответствие между главата на хумеруса и гленоидалната ямка, хлабавата ставна капсула и слабите лигаменти. Луксациите в раменната става могат да бъдат класифицирани на пет основни вида: **предна, задна, luxatio erecta, фрактура-луксация и хабитуална луксация** (Dandy, 1993).

Shoulder Dislocation



Фиг. 1. Луксация на раменна става - видове

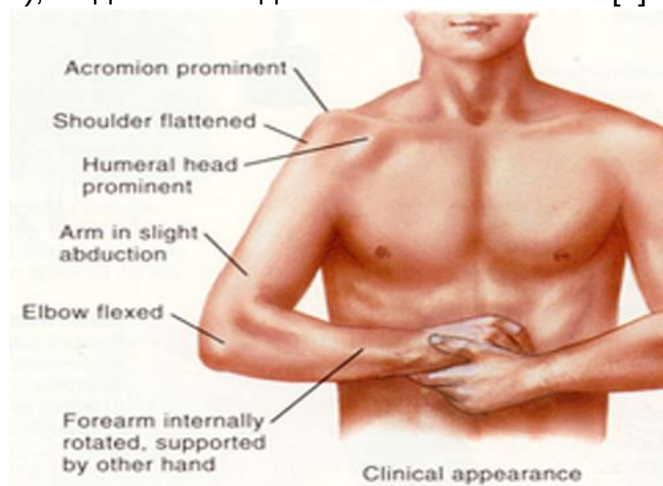
Травматичната **предна луксация** се предизвиква най-често по директен механизъм- удар върху брахиума, когато той е в абдукция и външна ротация. Главата на хумеруса се измества напред и надолу [5]. Обикновено травмата е съпроводена с пълно разкъсване на ротаторния маншон. Сигурен белег за луксация на рамото е тестът на Hamilton (ако върхът на акромиона и латералния епикондил

могат да бъдат свързани с права линия) [4]. **Задната луксация** се среща значително по-рядко от предната. Механизмът на травмата най-често е директно въздействие върху хумеруса в посока на флексия, аддукция и вътрешна ротация или при падане върху изпънатата ръка. Обикновено е субакромиална, но се среща и субгленоидална и субспинатна форма. [4] В редки случаи главата на хумеруса може да се пусне под *cavitas glenoidalis*, а ръката да сочи нагоре- **luxatio humeri erecta**. Типично долна луксация за разлика от предната луксация, при която главата на хумеруса само се плъзва леко надолу, след като се е луксирала в предна посока. [4] **Хабитуалната луксация** може да бъде унирекция или мултидирекционна. Тя е свързана със значителен капсуло- лигаментарен лакситет. Най-честите движения, предизвикващи луксацията са комбинация от: 1) абдукция и външна ротация 2) флексия, аддукция и вътрешна ротация. [4]

Други форми на луксации в гленохумералната става биват:

- **Сублуксации:** Увеличена патологична трансация без пълна загуба на контакт между главата на хумеруса и гленоида при натоварване със спонтанна репозиция при отслабване на причиняващото напрежение;
- **Хронично рецидивирани луксации на рамото:** Състоянието, настъпило след първата травма или луксация на рамото.
- **Спонтанни луксации:** Пациенти, които луксират рамото си в определена позиция, след което сами успяват да си го наместят.
- **Хиперлакситет:** Повишена трансация на ставата, излизаща от рамките на физиологичните норми, което може да причини патологична клинична картина.
- **Раменната нестабилност** е склонност към спонтанни и чести луксации или частични размествания в рамото (сублуксации) по време на движение.

Клиничната картина най-общо се характеризира с режеща болка и блокаж на ставата. Главата излиза през разкъсаната капсула и заема принудително положение. Нормалното ѝ място остава празно и клавикулата се вижда да стърчи през кожата - това е "симптомът на Пагон". Болният поддържа със здравата си ръка луксираната (фиг.2), за да намали движението и болката. [7]



Фиг. 2. Клинична картина при луксация на рамото

Раменната нестабилност е втората най-често срещана увреда при горния крайник. Тя може да е резултат от ставен лакситет, слабост на мускулите от ротаторния маншон или недостатъчност на динамичния стабилизиращ механизъм на ротаторния маншон и дългата глава на *m. biceps brachii*. Най-често се касае за нестабилност в предно-долната част на ставата и за такъв тип луксации и сублуксации (при 90-95%). Причините за раменната нестабилност са свързани с разхлабването на капсуло-лигаментарния апарат на раменната става, в следствие от предишно изкълчване или еднотипни движения с ръце, при някои спортове.

Пример за такива спортове са плуване, волейбол, бейзбол, при които с течение на времето може да се отслаби връзковия апарат и това да доведе до нестабилност в раменната става. От раменна нестабилност страдат най-вече млади спортисти като най-засегнати са мъжете под 25 години. Друга често срещана причина за раменната нестабилност е вродена слабост и по-голяма еластичност на капсуло-лигаментарния апарат и съединителната тъкан. Клиничната изява включва: болка при палпация в областта на мускулно-тендинозния преход, лоша позиция на раменете и скапулите, с вътрешна ротация на мишниците и протракция на скапулите, често свързани с лоша кифотична стойка и протракция на шия и глава, хипертонус на *m. pectoralis minor et major* и вътрешните ротатори, слаби ретрактори на лопатките и външни ротатори на раменна става.

Приложението на кинезитерапията в състоянията на раменни луксации и нестабилност е с цел възстановяването на комплексната функция на раменния пояс, чрез възстановяване на мускулния дисбаланс на гленохумералната става и скапулоторакалните мускули. [4] При травматични луксации на гленохумералната става, кинезитерапията трябва да започне през имобилизационния период с контралатерална тренировка, дихателни упражнения и т.н. За препоръчване е имобилизацията да се осъществи с протективна шина, която да може да се сваля за кинезитерапията. Ранната кинезитерапия включва изометрични контракции с малка интензивност за ротаторния маншон и *m. biceps brachii*, пасивни и активно-асистирани движения (абдукция до 60°, флексия до 90°, без външна ротация и екстензия извън неутрална позиция), пендуларни упражнения. Ранният следимобилизационен период се определя от изходното състояние. Използват се упражнения за релаксация на скъсените мускули (ПИР) и адекватни упражнения за засилване на слабите мускули в отбременено изходно положение. Удачно е и използването на подводна гимнастика. От апаратната физиотерапия, могат да се използват електростимулации, нискочестотни токове и интерферентен ток. [3] Основната цел на кинезитерапията в следимобилизационния период е пълноценно функционално възстановяване на травмираната става, без да се преразтягат и стресират увредените стабилизиращи структури. Последното би довело до развитие на хронична нестабилност и хабитуална луксация. [4] Акцентираща върху възвръщане на максималния обем на движение в ставата и пълното възстановяване на мускулатурата. Постепенно се увеличава интензивността и продължителността на тренировките и се включват упражнения от съответния спорт. От апаратната физиотерапия могат да се използват ултразвук, ултрависокочестотни, нискочестотни и средночестотни токове. [3] Консервативно лечение се прилага при синдром на нестабилност, бурсити, тендинити или частични руптури на ротаторния маншон. Преди определянето на програмата е важно да се разграничи дали е налице остра или хронична възпалителна реакция. Острото възпаление се характеризира с локален едем, хематом и кратък период от появата на симптомите. Хроничното възпаление се характеризира с наличие на фиброзни промени, минимално задържане на течности и персистираща симптоматика. Първоначалната задача на кинезитерапевтичната програма включва контрол на възпалението. [1] За контрол на острото възпаление прилагаме криотерапия, елевация, физиотерапевтични процедури, транзверзален масаж и покой в митела. За поддържане на целостта и мобилността на тъканите, прилагаме пасивни контролирани движения, активни асистирани, автопасивни, суспенсия и др. Акцентираща на стимулирането на функцията на ротаторния маншон, *m. biceps brachii* и мускулите около лопатката. Противопоказни в тази фаза са упражнения или движения създаващи условия за притискане на тъкани в субакромиалното пространство, като средата от обема на абдукцията на мишницата и стречинга. Често стойката е кифотична, с изнесена напред глава и рамене. Веднага след възстановяване на контрола на позата и

базовите компоненти на желаната активност, включваме специфична тренировка за постигане на функционално възстановяване. За подобряване на издръжливостта, увеличаваме репетиторното натоварване в точно определен модел на движение – 3-5мин. За увеличаване на бързината на движенията, прилагаме натоварване при по-голяма скорост. Подобряваме цялостната функция чрез прогресиране към специфична тренировка и увеличаване на времетраенето и натоварването. [1]

Усложненията включват риск от повтарящи се луксации, рецидивираща и хабитуална луксация, фрактура на tuberculum majus или част от гленоидалната ямка и др. Най-честото увреждане е на n.axilaris, водещ до парализа на m.deltoideus. Увредата на n. axilaris се изразява с невропраксия с последващо пълно възстановяване.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Глено-хумералната става е най- подвижната става в човешкото тяло, което е причина за честите увреди в нея. Ролята на кинезитерапията при този тип увреди е свързана както с лечението им и превенция от последващи усложнения, така и общо тонизиране и психо- емоционално повлияване на пациента. При адекватно проведено кинезитерапевтично лечение, съчетано с това на лекуващия ортопед, се наблюдава скъсяване за времето на възстановяване и по- ранно възвръщане в дейностите от ежедневния живот на болния преди травматичния момент.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Димитрова Е. Раменен комплекс - функционална диагностика и кинезитерапия, „Синдроми на болезнено рамо: Синдром на пренапрежение импинджмънт синдром, раменна нестабилност руптури на ротаторния маншон”, НСА ПРЕС, 2006
- [2] Косев П., Й. Андонов, Б. Валентинов, Цв. Соколов; Ръководство по травматология на крайниците, Русе, 2015
- [3] Парашкевова П, Лекционен материал – КТОТ
- [4] Попов Н, Е. Димитрова, Кинезитерапия при ортопедични заболявания и травми на горния крайник, НСА ПРЕС 2007
- [5] Стефанова И, Лекционен материал- патокинезиология
- [6] Good, CR, MacGillivray, JD, Traumatic shoulder dislocation in the adolescent athlete: Advances in surgical treatment, Curr. Opin. Pediatr. 2005
- [7] <http://sport.framar.bg>

За контакти:

Надежда Колева, студент в катедра Кинезитерапия.Тел: 0895859547, e-mail: nadia_v_kabv.bg 08958579574

Научен ръководител: гл. ас. д-р Ивелина Стефанова, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail: istefanova@uni-ruse.bg

Кинезитерапевтични подходи при деформации на гръбначния стълб във фронталната равнина

автор: Велислава Стаматова

научен ръководител: гл. ас. д-р Ивелина Стефанова

Guidelines in the physical treatment of the vertebral column strains: *The struggle against the vertebral column strains is associated closely with the prophylaxis, early diagnostic technique and the timely complex decision. Vertebral column strains notably scoliosises are developed increasingly often. The longstanding attempt confirms that the forcible practices under the condition of corrective gymnastics are an irreplaceable way in the treatment of the vertebral column strains.*

Key words: *vertebral column strains, scoliosises, corrective gymnastics*

ВЪВЕДЕНИЕ

Борбата срещу гръбначните изкривявания е тясно свързана с профилактиката, ранната диагностика и своевременното комплексно решение. Незабележимото начало, бавното безболезнено протичане, слабата изразеност на клиничните симптоми при хората с неправилна стойка довеждат до късното им диагностициране и лечение. Гръбначните изкривявания особено сколиозата, често се развиват прогресивно. Това предизвиква деформация на гръбначния стълб, която нарушава функцията на вътрешните органи, намалява работоспособността и понякога води до инвалидност. Лечебната физкултура има решаващо значение в профилактиката и лечението на гръбначните изкривявания. Дългогодишният опит потвърждава по безспорен начин, че целенасочените занимания с физически упражнения под формата на изправителна гимнастика са незаменимо средство при лечението на гръбначните изкривявания.

ИЗЛОЖЕНИЕ

I. Актуалност на проблема

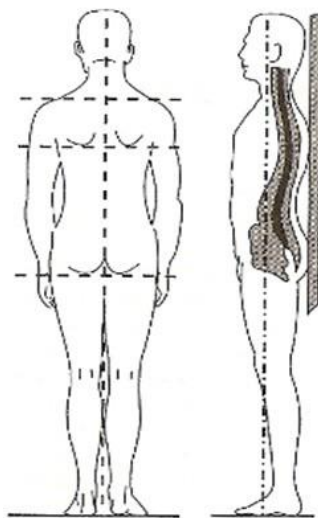
Предпоставки за гръбначните изкривявания са лошите битови условия, нездравословното хранене, неправилната позиция на тялото в седнало и изправено положение, липсата на физическа активност и замаяната ѝ с игри пред компютъра, таблета или смартфона. Честото боледуване от инфекциозни и др. заболявания в детска възраст довеждат до общо отслабване на организма. Особено опасно и с последствия в това отношение е боледуването от рахит. За развитието на гръбначните изкривявания има значение анатомофизиологичната недостатъчност на опорно-двигателния апарат, слабостта и лесната уморемост на нервната система.

Предпоставки за гръбначните изкривявания са неблагоприятните условия на работа, налагащи често принудително неправилно телодържане. Затова те се срещат при хора с неподходящо за ръста бюро за работа, често физическо едностранно натоварване, ранен трудов процес в неудобни пози и др.

II. Същност на заболяването

Във фронталната равнина идеалният изправен стоеж изисква пълна симетрия – главата да е изправена, рамената да са на едно ниво, тазът да е хоризонтален, колената да са симетрични, без отклонения във валгус или варус, ходилата да са симетрично леко отклонени навън. При оглед отзад гръбначния стълб трябва да представлява права линия, без отклонения вляво или дясно. Всяко отклонение се приема за нарушение на позата във фронталната равнина – сколиоза (от гр. означава кривина). Формирането на сколиозата е сложен патологичен процес. Първата проява е страничното отклонение на гръбначния стълб. При една

функционална крива то е обосновано само в изменение формата на междупрешленните дискове в пределите на физиологичните възможности на гръбначния стълб. Тази сколиоза има обратим характер и в повечето случаи се счита като резултат на статико-динамични нарушения.



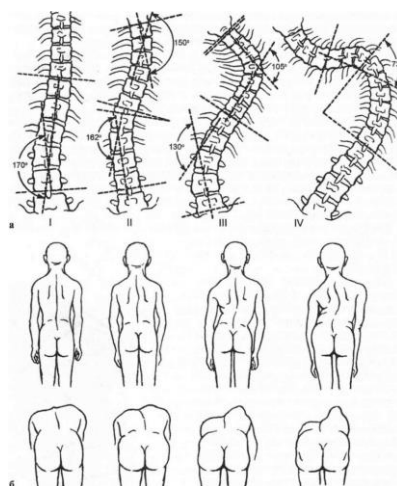
Фиг. 1. Идеален изправен стоеж

Сколиозата обхваща един или повече сегменти на гръбначния стълб. В зависимост от количеството на обхванатите дялове на гръбначния стълб може да бъде едно-, дву- и тридъгова. При последните два случая се наблюдават компенсаторни криви на основната сколиоза в сравнение с вертикалната линия, преминаваща през гръбначния стълб. Сколиозите се делят на **структурни** и **функционални**. Функционалните се предизвикват най-често от неправилен навик за телодържание, притискане на нервно коренче, разлика в дължината на долните крайници. Засягат предимно лумбалния и тораколумбалния дял. При функционалното изследване се установява, че деформацията се коригира при наклон напред, а латералните наклони са симетрични и не са ограничени. Структурните сколиози се дължат на вродени или придобити костни деформации, следствие на травми, остеохондропатии, костно-ставна туберкулоза и др. Те могат да бъдат идеопатични, нервно-мускулни, миопатични, постоперативни и др. При структурните сколиози се нарушава подвижността на гръбначния стълб и латералните наклони стават асиметрични. При наклон напред сколиотичната деформация не се коригира напълно и често страданието е прогресиращо. Около 80-90% от структурните сколиози са идеопатични и засягат най-често подрастващи момичета. Останалите 10-20% са следствие от заболявания и патологични промени в ОДА.

В зависимост от протичането на изкривяването се различават две основни форми – прогресиращи и стабилни. При болен, който не провежда лечение и в продължение на една година сколиозата не се увеличава, тя може да се счита за стабилна. Сколиозите също така се делят на компенсирани и некомпенсирани. За компенсирани се считат изкривяванията, при които сумата от ъглите на вторичната крива е равна на тази от основната крива. Според степента на изкривяването сколиозите биват:

- Първа степен – Изкривяване с малко странично отклонение до 10° , лека контрактура, липса на промени във формата на прешлените. Болният може сам да коригира кривината, като наклони тялото на противоположната страна или като повдигне горния крайник от страната на хлътването.

- Втора степен – Изкривяване със средно странично отклонение - между 10° и 25° , оформена контрактура, незначителна деформация на прешлените.
- Трета степен – Изкривяването е значително изразено – между 25° и 50° . Кривината се коригира частично. На рентгенография се отчита и ротация на прешлените. Образува се и ребрена гърбица.
- Четвърта степен – Деформацията е силно изразена – над 50° . Не се поддава на активна и пасивна корекция. На рентгенова снимка, на мястото на най-голямото изкривяване, се открива странично снижаване телата на прешлените. Увеличава се торзията на прешлените. Появява се деформация на гръдния кош.



Фиг. 2. Степени на гръбначното изкривяване при сколиоза

Сколиозата може да доведе до следните неблагоприятни промени:

- Промяна в двигателния стереотип и походката
- Намалена подвижност и гъвкавост на гръбначния стълб
- Затруднено дишане и кардио-васкуларни проблеми
- Болка
- Липса на самоувереност

III. Функционални измервания и изследвания

За всестранната оценка на клиничните симптоми, уточняването на степента, характера на изкривяването на гръбначния стълб, функционалните и други отклонения на опорно-двигателния апарат на изследвания, важна роля играе огледът и снемането на анамнеза.

- Огледът на предната част на тялото се провежда в стоеж при свободно пуснати ръце. Обръща се внимание на положението на главата, шията, рамената, формата на гръдния кош и корема, положението на таза и краката, формата на стъпалата.

- Оглед на задната част на тялото - оглежда се развитието на мускулатурата, височината на раменните линии, нивото на долните ъгли на скапулите и отдалечеността им от гръдния кош, формата на талийните триъгълници. Отчитат се следните характерни признаци: повдигнато рамо, изпъкнала скапула, изпъкнал гръден кош, скъсяване на долния крайник, за установяване положението на шиповидните израстъци се използва дермографизъм.

- Оглед в профил доизяснява преценката за положението на главата, шията, гръбначния стълб, контурите на гръдния кош и корема, както и кривините на гръбначния стълб на изследвания, с който се установява отклонението на шиповидните израстъци от средната линия на торса.

- Гониометрия, сантиметрия, ММТ

- Провеждат се тестове за подвижност на гръбначния стълб: Брада-стернум, Брада-акромион, Ухо-акромион, Тест на Forester, Хирц 1,2 и 3, Тест на To-Mayer, Латерални наклони, Тест на Отт, Тест на Shober и др.
- Плантаграма на ходилата
- Рентгенографичният метод е най-точният при оценката на формата, характера и степента на изкривяването на гръбначния стълб.

IV. Насоки на кинезитерапията

Кинезитерапията при сколиотични изкривявания е насочена главно към превенция на прогресирането и евентуално корекция на изкривяването. Подобряването на кардиореспираторната функция и повлияването на болката са също от голямо значение. Един от трите подхода на консервативното лечение при сколиоза е базиран на физикалната терапия по специализирани методики (Lehnert-Schroth, Dobosiewicz и др.)

Трябва да се акцентира върху това, че специализираната физикална терапия при сколиози не се свежда само до общи упражнения, а по-скоро е един от най-признатите методи за лечение на специфичните гръбначни деформитети. Също така е стимул за кинезитерапевтите и лекарите да обогатят знанията си относно консервативните подходи на лечение. Вторият подход е основан на интензивната сколиотична рехабилитация, която набляга върху възпрепятстването на гръбначното изкривяване. Третият подход на консервативната терапия е корсетолечението, което може да повлияе торзията на прешлените и нуждата от оперативно лечение. Предимство на корсетолечението е, че крайният резултат от него може да бъде предвиден. Масажът е задължителна съставна част от комплексното лечение на постуралните нарушения и гръбначните изкривявания. Мобилизиращият масаж се характеризира с това, че мускулните техники не се изпълняват в едно определено положение на ставата, а в комбинация с различни движения – активни или пасивни. Смобиализиращият масаж се въздейства в три направления: намаляване на болката, въздействие върху мускулатурата (трофично и релаксиращо) и подобряване на ставната подвижност в различните равнини.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечението на гръбначните изкривявания във фронталната равнина е сложен и продължителен процес. За да се постигне максимален положителен ефект от терапията е нужно своевременно диагностициране, правилен подход на кинезитерапия, индивидуален подход към всеки пациент и не на последно място редовни занимания, а не спорадични такива. Също така е важна отговорността на кинезитерапевта да мотивира пациента и активно да го въвлече в процеса на рехабилитация.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] www.helpos.com Дипломна работа на тема: Рехабилитация при гръбначни изкривявания, 2006
- [2] Крайджикова Л. Мануални методи за мобилизация при мускулно-скелетни дисфункции в областта на гръбначния стълб, Монография, 2011
- [3] Лекционен материал
- [4] Митова, С. Дисертационен труд на тема Кинезитерапия при постурални проблеми в гръбначния стълб, 2016
- [5] Попов, Н. Кинезиология и патокинезиология на ОДА, 2009
- [6] Попов, Н. Кинезитерапия в спортната практика. НСА-ПРИНТ, 2006
- [7] Попов, Н. Гръбначен стълб – функционална диагностика и кинезитерапия, НСА – ПРЕС, 2002

[8] Соколов Б., Г. Маркова-Старейшинска Изправителна гимнастика, София 1991

[9] www.sosort.mobi International Scientific Society On Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment (SOSORT), 2006

[10] www.spine-health.com Scoliosis topics

За контакти:

Велислава Йорданова Стаматова, студентка в специалност „Кинезитерапия“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 0894797064, e-mail: velislava31@gmail.com

Научен ръководител: гл. ас. д-р Ивелина Стефанова, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail: istefanova@uni-ruse.bg

Кинезитерапия при алопластика на тазобедрена става – клиничен случай

автор: Пламен Великов

научен ръководител: гл. ас. д-р Ивелина Стефанова

Hip joint alloplastic: In this paper you will have the opportunity to learn some detail information about the normal functions of the hip joint, the reasons for feeling pain in the area of the hip joint, what to expect from joint replacement surgery, what exercises and activities will help you recover the mobility of the hip joint and will bring you back to day-to-day activities. The material in this piece of writing is valuable to everyone having to face the issues of the degeneration, congenital disorders or the fracture of the hip joint.

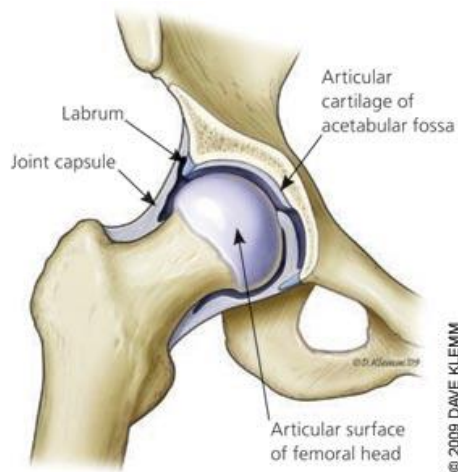
Key words: hip joint, replacement surgery, exercises, activities, issues, degeneration, congenital disorders, fracture.

ВЪВЕДЕНИЕ

Изкуствената тазобедрена става се причислява към групата на медицинските импланти и се нарича още тазобедрена ендопротеза или алопластика. Когато се оперира увредената тазобедрена става, ортопедът отстранява увредената част на ставата и на нейно място поставя новите изкуствени елементи на ставата. През последните години ендопротезирането на тазобедрената става е второто по честота след колянното ендопротезиране, тъй като тазобедрената става е една от най-обременените стави в човешкото тяло. Според възрастовия диапазон по-често се налага алопластика на тазобедрената става при по-възрастни пациенти, понеже при тях ставата е по-износена или тази част на бедрената кост, която е към тялото е по-податлива на счупвания, поради изменения в костната плътност. [1]

ТАЗОБЕДРЕНА СТАВА – АНАТОМИЯ

Тазобедрената става (Фигура 1) е една от големите, носещи тялото стави. Тя се състои от основно от две части – главата на бедрената кост, която е най-горната и вътрешна част на бедрената кост и окръжклената ямка на тазовата кост, наречена ацетабулум. И ацетабулумът и бедрената глава са покрити от ставен хрущял, като между двата ставни хрущяла има ставна течност, която омекотява триенето между ставните хрущяли. Множество здрави сухожилни елементи свързват тези две части като капсула и осигуряват стабилността на ставата. Движенията, в които участва тазобедрената става са флексия, екстензия, външна и вътрешна ротация, отвеждане и привеждане към тялото. Има и съществена роля във ходенето и бягането. [2]



Фигура 1. Тазобедрена става
ПРИЧИНИ ЗА ЕНДОПРОТЕЗИРАНЕ

Намаляването на ставната течност предизвиква триене между ставните повърхности, което от своя страна води до болка, дискомфорт и мускулен гард (свиване на мускулните влакна, в резултат на болката), които силно ограничават движенията на човек. Най-честите причини за хроничната болка и ограничената подвижност в тазобедрената става, налагащи нейната подмяна, са остеоартритът, ревматоидният артрит, и травматичният артрит.

- Остеоартритът, по-познат като артроза, е хронично дегенеративно заболяване на синовиалните стави, в основата на което стои първична дегенерация (познато като износване) и деструкция на ставния хрущял, с вторично увреждане на подлежащата кост и възпаление на ставната капсула. В резултат на това се развиват костни деформации и остеофити (т.нар. шипове) по периферията на ставата. [2]
- Ревматоидният артрит е вид автоимунно заболяване, при което синовиалната мембрана се възпалява и задебелява, произвежда се твърде много ставна течност, уврежда се ставният хрущял, което предизвиква болка и ограничава двигателния обем на тазобедрената става. [2]
- Травматичният артрит може да е вследствие на сериозна увреда или счупване на бедрената шийка и може да доведе до състояние известно като остеонекроза. Поради факта, че бедрената глава е обвита от много кръвоносни съдове, счупването на шийката на бедрената кост може да прекъсне доста голям процент от кръвообращението до главата на бедрената кост, което предизвиква остеонекроза на главата и бавно износване на ставния хрущял. [2]
- Фрактури-луксации на тазобедрена става (луксация – изкълчване) – според класификацията на Пипкин фрактурите-луксации на тазобедрена става биват:
 1. Тип 1 – фрактура под фовеа капитис (вдлъбнатина на бедрената глава към тазовата кост)
 2. Тип 2 – фрактура над фовеа капитис
 3. Тип 3 – фрактура на бедрената глава и шийка
 4. Тип 4 – фрактура на бедрената глава и ацетабулум [1]
- Вродена луксация и дисплазия (неправилно развитие или растеж) на тазобедрената става – най-честата аномалия на опорно-двигателния апарат. Причините за това заболяване могат да бъдат:
 1. Ставна халтавост (повишена подвижност)
 2. Генетичен фактор (наличие на заболяването при някой друг от семейството)
 3. По-силни вътрешни мускули около тазобедрената става
 4. Малко околоплодни води по време на вътреутробното развитие
 5. Вредни навици на майката по време на бременността [4]

КЛАСИФИКАЦИЯ И ЧАСТИ НА ИЗКУСТВЕНАТА ТАЗОБЕДРЕНА СТАВА

Частите на изкуствената тазобедрена ендопротеза са:

- Бедрено стебло – представлява удължена част, изработена от метални сплави, която се „вкарва“ в канала на бедрената кост по нейната дължина.
- Бедрена главичка – представлява сфера, която е изработена от метални сплави или керамика, която се съчленява на върха на бедреното стебло.

- Тазова капсула – представлява най-опростено полусфера, която се влага на мястото на естествения ацетабулум на таза. Капсулата се изработва обикновено от метална сплав или специален вид пластмаса. В тази полусфера „влиза“ бедрената главичка и в контактната повърхност между двете възпалост се осъществяват движенията в изкуствената тазобедрена става. [3]

Съществува разнообразие и по отношение на закрепването на бедреното стебло и тазовата капсула към естествената тазова и бедрена кост. Най-общо съществуват два начина на закрепване:

- Механичен – при тазовите капсули механичното закрепване се осъществява чрез навиване на резба (както обикновен винт) или чрез вбиване (т.нар. “press fit” или плътно прилягане). При механичното закрепване на тазовите капсули често се използват един или няколко специални винтове.
- С костен цимент – при циментното закрепване капсулата се „залепа“ за предварително обработения ацетабулум на таза и с помощта на специален костен цимент. Костният цимент навлиза в порестата кост на таза и след втвърдяването се характеризира с голяма здравина и якост и осигурява голяма контактна площ между тазовата капсула и тазовата кост. [3]

Изкуствените тазобедрени стави биват еднополюсни и двуполусни. При еднополюсните се подменя само хрущялът на бедрената глава или цялата бедрена глава. При двуполусните, или тоталните тазобедрени ендопротези се подменя както бедрената глава, така и износената ставна повърхност на ставната ямка на тазовата кост. [3]

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Всеки претърпял алопластика на тазобедрена става трябва да избягва следните движения, предразполагащи към изкълчването на ставата:

- Сгъване на долния крайник повече от 90° в тазобедрена става
- Ротация на долния крайник вляво и вдясно
- Привеждане на болния крак към здравия [1]

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И СРЕДСТВА НА КИНЕЗИТЕРАПИЯТА

Кинезитерапията при ендопротезирани пациенти започва от втория ден след операцията и е съобразена с периода, в който е пациента. Ранният следоперативен период обхваща периода от операцията до един месец след нея. Целта през този период е подобряване функционалното състояние на пациента и профилактика на усложненията от постелния и полупостелния режим. Задачите, които включва една кинезитерапевтична програма в този период са:

1. Повлияване на психо - емоционалното състояние на пациента
2. Подобряване кардио-пулмоналната функция
3. Профилактика от декубитуси
4. Профилактика от застойни явления и хипостатична пневмония
5. Подобряване общия и местния кръво - и лимфоток
6. Повлияване на болковия синдром
7. Редуциране на постоперативния оток
8. Засилване на мускулатурата на крайника
9. Увеличаване на ставния обем на движение
10. Подобряване равновесно – координационните способности

11. Поетапно вертикализиране
12. Обучение/преобучение в ходене с помощни средства

Средствата, с които се постигат задачите в ранния следоперативен период са:

1. Дихателни упражнения
2. Криотерапия (лед)
3. Масаж
4. Общо – развиващи упражнения
5. Пасивни упражнения
6. Активно – асистирани упражнения
7. Активни упражнения на и без уреди
8. Позиционно лечение

Късният следоперативен период обхваща периода от първия до втория месец след операцията. Целта в този период е подобряване функционалното състояние на болния долен крайник. Задачите са същите като в ранния следоперативен период като може да се добави само намаляването на следоперативния оток. Средствата са отново като при ранния следоперативен период, като вече не се използват пасивните упражнения и се включват изометрични упражнения, упражнения тип „затворена кинетична верига“, упражнения срещу мануално съпротивление, пуллитерапия, постизометрична релаксация, ритмична стабилизация и релаксиращи упражнения.

Тренировъчният период обхваща периода от края на втория до края на третия месец след операцията. Целта в този период е максимално функционално възстановяване на оперирания долен крайник. Задачите за този период са същите като тези от късния следоперативен период без профилактиката от застойните явления и хипостатична пневмония и поетапното вертикализиране. Средствата за този период са същите като при късния следоперативен период. [1]

КЛИНИЧЕН ПРИМЕР

Пациентът В.И. е пенсионер на 70г. от Русе. Той се е спънал и е паднал на десния си крак на 20.10.2016г., в резултат на което чупи главата и шийката на дясната си тазобедрена става. Опериран е по спешност на същия ден в УМБАЛ „Русе“. По следните изследвания (Таблица 1), направени на 24.10.2016г. и на 31.10.2016г. след изпълнена КТ програма, установих, че пациентът има силна болка и контрактура (ограничена подвижност) в дясна тазобедрена става.

Таблица 1: Антропометрични данни за долен десен крайник

дата	Визуално-аналогова скала (болка)	Сантиметрия на ниво 10 см над КС	Сантиметрия на ниво КС	Сантиметрия на ниво 10 см под КС	Гониометрия на тазобедрена става
24.10.2016г.	9 при движение, 5 при покой	59 см	47 см	44 см	S : 0° - 0° - 40° F : 30° - 0° - 0°
31.10.2016г.	3 при движение, 0 при покой	56 см	46 см	44 см	S : 10° - 0° - 80° F : 50° - 0° - 0°

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въз основата на проведения курс на лечение и скромния си опит, установих, че кинезитерапията при пациентът В. И. е повлияла положително, като се е увеличил обемът на движение в тазобедрената става, намалели са болката и отока в ставата и ставите в съседство на тазобедрената. Пациентът вече може да изпълнява голяма част от дейностите от ежедневието, използвайки специални спомагателни средства.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Андонов, Й. , Ортопедия и травматология с ортотика и протезиране, лекционен курс, РУ „Ангел Кънчев“, 2016–2017г.

[2] <http://www.tokudabolnica.bg/bg/orthopedics-and-traumatology/total-hip-replacement>

[3] http://www.puls.bg/illnes/issue_310/part_2.html

[4] <http://www.devamaria.com/bg/medical/page/34/34>

За контакти:

Пламен Венелинов Великов, студент по Кинезитерапия, Русенски университет „Ангел Кънчев“, 2 курс, фак. № 159007, 0886560821, e-mail: [paco_96 @abv.bg](mailto:paco_96@abv.bg)

Научен ръководител: гл. ас. д-р Ивелина Стефанова, Катедра „Обществено здраве и здравни грижи“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail: istefanova@uni-ruse.bg

Рационалното хранене – един от основните компоненти на здравословен стил и начин на живот

автори: Калина Попова, Виктория Димитрова
научен ръководител: преп. Ваня Дачева

***Optimum nutrition – one of the main components of healthy living:** Nutrition is crucial for the healthy functioning of every organism. The paper states the importance of a balanced diet and the steps to aware nutrition. It introduces the wise eating as a preventive approach to socially significant diseases and represents the results from research made by the authors on nutrition style of Ruse citizens. As in conclusion the optimum nutrition is a conscious act - matter of personal choice, actually applicable in everyday life, and it is vital that healthcare professionals inform their patients about the importance of balanced nutrition and its benefits.*

Keywords: Nutrition, Health, Balance, Aware, Prevention, Socially significant diseases

ВЪВЕДЕНИЕ

Стилът на живот е обобщаваща характеристика, която отразява в цялостност поведенческите стереотипи на отделната личност и има силно изразено отношение като социален фактор на здравето. Здравословният стил на живот е не само част от промоцията на здравето в социален аспект на всяка една държава, част е и от глобалната политика за здраве на Световната здравна организация. Здравословният начин на живот включва жизнени дейности, които запазват и увеличават здравето на отделния индивид и обществото.

Един от основните компоненти за пълноценен, здравословен и щастлив живот е рационалното (балансирано, здравословно) хранене. То е безусловно свързано със здравната култура – система от знания, убеждения, навици, умения и поведение на индивидите на едно общество за възстановяване и укрепване на личното и общественото здраве.

Настоящият доклад има за цел да посочи стъпките към балансираното хранене, неговата значимост за човека, както и превантивната му роля по отношение на някои сериозни заболявания. Представени са резултатите от направено проучване за здравословното хранене и са посочени изводите в заключение.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Храненето е от основно значение за поддържане и добро функциониране на жизнените показатели на всеки един организъм.

6

Физиология и биохимия на храненето

Процесът на храносмилане се извършва от храносмилателната система, която е важна част от човешкия организъм. Тя осигурява непрекъснатото му снабдяване с хранителни вещества, вода, витамини и соли. Процесът на храносмилане в своята същност представлява последователно разграждане на хранителните вещества (протеини, въглехидрати и мазнини), с помощта на съответните смилателни ензими до прости изходни съединения, които се резорбират и усвояват от организма.

Рационално и балансирано хранене

Рационалното хранене е достатъчно, балансирано хранене, при което разходите на енергия съответстват на енергийната стойност на приетата храна и човек запазва или увеличава, но в норма теглото си.

Храната е основният източник на енергия за хората. Тя поддържа жизнените процеси, растежа и развитието. Чрез закуската, обяда и вечерята трябва да се набавят необходимите белтъчини, мазнини, въглехидрати, минерали и витамини в

тяхното рационално съотношение. За да се получи максимална полза от храната, предпочитаните продукти следва да са в прясно състояние, с ниско съдържание на мазнини, като се избягват продукти с дългосрочно съхранение.

Количество на храната и енергиен баланс

При всеки човек потребността от определено количество храна е индивидуално. Според редица автори оптималното количество храна при еднократен прием за зрелия организъм трябва да бъде около 300 - 600 грама.

Енергийните потребности за индивидите са различни: от 1500 до 6000 калории/ден. Балансираното хранене се съставя в зависимост от пол, възраст, телосложение, здравословно състояние, начин на живот, характер на работа/дейност на лицето.

Съотношението между количеството енергия, постъпващо чрез храната в организма и отделящо се във външната среда от организма представлява енергийният баланс.

Приемането на големи количества храна, т.е. преяждане е една от най-често срещаните причини за проблеми в храносмилането и обмяната на веществата (ферментация, токсично разлагане на храните, необходимост от по-голямо количество ензими и др.). Прекомерният прием на хранителна енергия е вреден, тъй като излишъкът се съхранява в организма като мастна тъкан. Продължителният положителен баланс води до затлъстяване.

Ако чрез храната се набавя по-малко енергия от нужната, тялото използва свои собствени запаси от мазнини и гликоген. При продължително гладуване или недохранване се формира отрицателен енергиен баланс, при който организма изчерпва запасите от депата на трите основни хранителни съставки, носители на енергия, т.е. на лице е консумативен синдром.

Честота на хранене

Постоянството в приема на храна по отношение на времето за хранене е важно условие. Така, тялото си изработва условен рефлекс, с който в определен час се отделя слюнка и стомашен сок, с което се осигурява по-доброто храносмилане на храната. Ето един универсален пример за режим, който представя хранене през интервал от 5-6 часа:

8 часа – закуска; 13 часа – обяд ; 19 часа – вечеря.

Време и място за хранене

Твърде често в напрегнатото ежедневие се храним „в движение“ или „хапваме набързо“. В добрия случай, когато приемаме храна, трябва да сме в седнало положение и в приятна обстановка. Семейно барбекю или пикник са отпускателни атмосфери, заради свежия въздух и доброто настроение.

Тишина и съзнателност

Често пъти времето за хранене се превръща във време за домашния бизнес, клюки, освобождаване на гнева, семейни спорове и скандали. Това е и начало на различни симптоми и болестни оплаквания, свързани с храносмилането – ГЕРБ, язвена болест, колит.

Сдъвкване, превишена скорост и лакомия

Когато храната се сдъвква добре, на възможно най-ситни парченца, се създава по-голяма повърхност, върху която да действат стомашните киселини и ензими. При погълната набързо храна, попадналите в стомаха големи и несдъвкани парчета от нея не могат качествено да се обработят, разграждането става много по-бавно и с по-голямо количество ензими. Това предизвиква и непълно абсорбиране и усвояване на хранителните вещества, ферментация, подуване на корема, отделяне

на газове, което създава предпоставки за появата на тежки заболявания от страна на стомаха и червата.

Храненето като превенция на сериозни социално значими заболявания

По-голямата част от сериозните социално значими заболявания могат да бъдат предотвратени. Социално значими са тези заболявания, които обхващат големи части от населението в трудоспособна възраст, свързани са със значими социални, медицински, икономически и психологически щети за самите болни и техните семейства, както и със значителни разходи на държавни, обществени и частни фондове за покриване заболяемостта с временна неработоспособност и инвалидност.

Затлъстяването заема челно място сред предотвратимите причини за преждевременната смърт в САЩ, във Великобритания е на второ място след тютюнопушенето. Може да се каже, че хората копаят собствения си гроб с ножа и вилицата си. Затлъстяването е в основата на редица заболявания на сърдечно-съдовата система, ендокринната система, опорно-двигателния апарат, дегенеративните заболявания артрит и остеопороза, астма, обструктивна сънна апнея, някои видове неоплазми. Почти всички от тях са предотвратими и в много случаи обратими, като по този начин може да бъде увеличена продължителността на живота в добро здраве с десет или двамадесет години.

Артериалната хипертонията представлява състояние на повишени стойности на артериалното налягане. Тя е главен рисков фактор за поражения върху сърдечно-съдовата система (инфаркт на миокарда, ритмично-проводни нарушения, образуване на аневризми и сърдечна недостатъчност) и от страна на нервната система (мозъчно-съдова болест). Шансът да умрем от сърдечно заболяване преди да навършим 75 години е 33%. Това е лошата новина. Добрата новина е, че в повечето случаи сърдечните заболявания са напълно предотвратими. Доказано, много хранителни стратегии намаляват високото кръвно налягане и спират, дори обръщат процеса на стесняване на артериите. Намаляването на приема на сол и увеличаването на източниците на магнезий, калций и калий променя съществено кръвното налягане само след месец. Положително си струва приемането на допълнително 300 мг магнезий, както и яденето на повече листни зеленчуци и тиквени семки, които са отлични хранителни източници. Омега-3 МК разреждат кръвта, намаляват възпаленията и риска от сърдечни заболявания. Антиоксидантите също предпазват артериите. Приемането на комбинация от тези хранителни вещества е по-ефикасно в дългосрочен план, отколкото приемането на лекарства, предназначени да понижават кръвното налягане, тъй като хранителните вещества се занимават с причината на проблема, а не просто със симптомите. [1]

Диабет. Диабетът е ендокринно заболяване, при което е трайно повишено нивото на кръвната захар в организма. Хроничното заболяване придобива мащабите на световна епидемия - от него страдат над 360 милиона души. Всеки 10 секунди двама души се разболяват от диабет, а един човек умира от това заболяване. В България според статистиката от това заболяване страдат около 520 000 души, от тях 80 000 на инсулиново лечение, от които 2500 деца. 40% от хората обаче не знаят, че имат диабет. Основните рискови фактори за развитие на захарен диабет са наднорменото тегло, възпалителни заболявания и тумори на панкреаса, както и наличието на фамилна обремененост. Определящо значение има също начинът на живот – хранене, намалена физическа активност, стресът в ежедневието. Международната Диабетна Федерация препоръчва поне 30 минути умерена физическа активност-бързо ходене, плуване, каране на колело, танци през повечето дни от седмицата. Редовно ходене поне 30 минути дневно снижава риска от диабет с 35-40%. Изследвания категорично сочат, че промяната в начина на живот снижава риска от захарен диабет с 58%. [2]

Остеопорозата е дефинирана от Световната здравна организация (СЗО) като системно заболяване, характеризиращо се с ниска костна маса и нарушения в микроархитектурата на костната тъкан, водещи до повишена чупливост на костите и увеличен фрактурен риск. През последните десетилетия в света се разви истинска епидемия от остеопороза и остеопорозни фрактури, като честотата им нарасна повече от 2 пъти. През 2000 г. остеопорозата бе определена като третото социално-значимо заболяване в света (след сърдечно-съдовите и онкологичните заболявания), с прогноза да заеме второ място през 2020 г. На Световния конгрес по остеопороза (Лисабон, 2002 г.) бяха изнесени данни, че тя вече се е доближила до второто място, изпреварвайки онкологичните болести. На планетата приблизително 200 млн. души страдат от остеопороза. Очаква се до 2050 г. броят на остеопорозните фрактури да се удвои. Усилията в сферата на превенция на остеопорозата трябва да се насочат още в ранна възраст към здравословното хранене и двигателната активност[2]. Консумирането на по-малко животински протеини и повече растителни протеини (зърнени храни, бобови растения, ядки и семена) е свързано и с по-голям прием на хранителните вещества, които поддържат здравето на костите. Към богатите на калций храни спадат сусамовите семена, таханът, къдравото зеле, сардините, бадемите, младите зелени листа, бразилските орехи – всички те съдържат повече калций от млякото. Другата полза от тези храни е, че те съдържат и други хранителни вещества, които са решаващи за здравето на костите, т.е. заедно с калция, фосфорът и магнезият също са необходими за изграждането на костите. Вит. D също е важен, тъй като без него тялото не може да абсорбира калция. На организма трябва да се доставят също нужните количества вит. С и цинк.[1]

Онкологичните заболявания са сред основните причини за смъртност в световен мащаб. С най-голяма честота са злокачествените заболявания на млечната жлеза при жените и рака на белите дробове при мъжете. Следват туморите на дебелото и правото черво, на простатната жлеза и гинекологичните злокачествени заболявания при жените. Здравословното тегло е важно! При свръхтегло и затлъстяване (индекс на телесната маса – BMI над 25) се повишава риска от развиване на рак на матката, бъбреците, езофагуса, стомаха, дебелото черво, гърдата (при жени в пост-менопауза), простата, жлъчния мехур и панкреаса. Проучванията показват, че всяка дневна порция (80-100 грама) на плодове и зеленчуци намалява риска от рак на устата с приблизително 20%, а на стомаха с около 30%. Високият прием на хранителни влакнини (целулоза и др.) (средно 27 г/ден) е свързан с 20% по-малък риск от рак на червата. Червеното и обработеното месо повишават риска от рак на червата, а високият прием на сол и солени храни повишава риска от рак на стомаха. За да се намали риска от тези случаи на рак трябва да се ограничи консумацията на високо енергийни храни, наситени мазнини (напр. масло, кокосово и палмово олио), напитки, съдържащи големи количества захар, солени храни, червено и обработено месо, препечени и пържени ястия. Консумацията на разнообразни и здравословни храни, включващи много плодове, зеленчуци и пълнозърнести храни може да намали риска от тези видове рак.[1]

Здравословният начин на хранене е от съществено значение и при превенцията на артрит, деменцията, болестта на Алцхаймер и разбира се, контрола на холестерола.

Проучване

Попитахме 233 души, от 3 различни възрастови групи, на територията на град Русе „Мислите ли, че се храните здравословно?“. Ако отговорът е „не“, то по какви причини. За яснота и точност използвахме модела на Пирамидата на Харвард за здравословно хранене, създадена от Отдела за хранене към Факултета за Обществено здраве, Харвард Университет.

Хр. пирамида

Department of Nutrition, Harvard School of Public Health

ПО ИЗБОР:

умерена употреба на алкохол
(не за всеки)
ЕЖЕДНЕВЕН ПРИЕМ на
мултивитаминови и Вит Д
(за повечето хора)

OPTIONAL: ALCOHOL IN MODERATION
(Not for everyone)

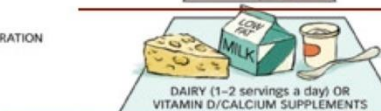


DAILY MULTIVITAMIN PLUS EXTRA VITAMIN D
(For most people)



USE SPARINGLY:
RED MEAT, PROCESSED MEAT & BUTTER
REFINED GRAINS: WHITE RICE, BREAD & PASTA
POTATOES
SUGARY DRINKS & SWEETS
SALT

РЯДКО: Червено месо, краве
масло, бял ориз, хляб и паста
картофи
сладки напитки и храни
сол



DAIRY (1-2 servings a day) OR
VITAMIN D/CALCIUM SUPPLEMENTS

Мляко и млечни храни 1-2
порции дневно
добавки с Вит Д или калций



NUTS, SEEDS, BEANS & TOFU



FISH, POULTRY & EGGS

Ядки, семки, бобови култури
Риба, пиле и яйца



VEGETABLES & FRUITS



HEALTHY FATS/OILS



WHOLE GRAINS

HEALTHY FATS/OILS:
OLIVE, CANOLA, SOY, CORN,
SUNFLOWER, PEANUT
& OTHER VEGETABLE OILS;
TRANS-FREE MARGARINE

WHOLE GRAINS:
BROWN RICE,
WHOLE WHEAT PASTA,
OATS, ETC.

Здравословни нерафинирани масла:
маслиново, рапично, соево,
царевично, слънчогледово,
фъстъчено

Пълнозърнести храни: кафяв ориз,
пълнозърнеста паста, овесени ядки

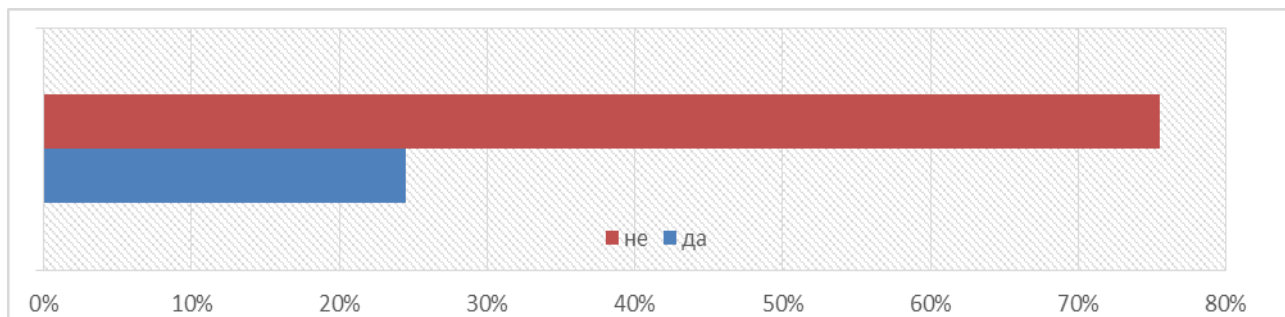


DAILY EXERCISE & WEIGHT CONTROL

Ежедневна двигателна активност
и физически упражнения

www.georgealex.net

Положително отговориха 24,5% от анкетиранияте, а за 75,5% това не е ежедневният модел на хранене. (Таблица 1)



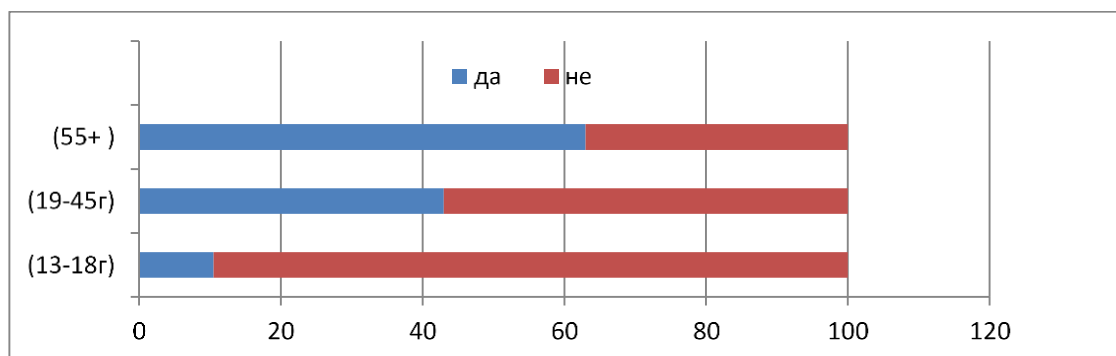
Фигура 1. Резултати от проучването в проценти

В първата възрастова група - тийнейджъри (13-18г) положително отговориха едва 10,5%, а 89,5% - с „по-скоро не“. Бяха изтъкнати 3 основни причини: „здравословната“ храна не е вкусна, колкото другата; в училище липсват други възможности, тъй като не се предлага сготвена храна, а денят преминава там от 7.30-8ч до 15.30-16.30ч.; липса на лична мотивация

Във втората възрастова група – активни млади хора (19-45г) положително отговориха 43%. Останалите посочват за причини за нездравословното си хранене липсата на време, средства, информация и лична мотивация.

Най-голям процент положителни отговори (63%) има при третата възрастова група, а именно хората над 55г и в пенсионна възраст. Оказва се, че по-възрастните

хора имат добре изградени хранителни навици още от детството, които, дори и изменени за съвремието, са съхранили и до днес.



Фигура 2. Резултатите от проучването в проценти

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведеното проучване, анализираната и приложена информация и литература, както и личният опит на авторите дават възможност да се направят следните изводи:

1. Навици и отношение към рационалното хранене имат най-вече хората от третата възраст.
2. При младите хора се наблюдава липса на лична мотивация, формирани навици, култура и познания за храненето.
3. Основен проблем на подрастващите (до 18г) е, че нямат достъп до пряко приготвена, топла храна през учебния ден.
4. За зрелия индивид рационалното хранене е въпрос на личен избор.
5. Балансираното хранене е напълно реално приложимо в ежедневието.
6. Изключително важно е медицинските специалисти да информират своите пациенти/клиенти за значението на рационалното и балансирано хранене, както и ползите от него.
7. Храненето е съзнателен процес / действие.
8. Оптималното хранене може да предотврати или значително да намали риска от сериозни социално значими заболявания.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Patrick Holford, Optimum Nutrition Made Easy, UK - Piatkus Books, 2008.
- [2] <https://www.mh.government.bg/bg>
- [3] Р.Радев, Р. Цанкова, Разделно хранене, София, ИК „Скорпио”
- [4] Стийв Мейеровиц, Разделно хранене правилно комбиниране на храните, 2006

За контакти:

Виктория Димитрова, студент Iви курс, специалност „Кинезитерапия”, Катедра “Обществено здраве и социални дейности” при РУ “Ангел Кънчев”, e-mail: viki_8413@abv.bg

Калина Попова, студент Iви курс, специалност „Кинезитерапия”, Катедра “Обществено здраве и социални дейности” при РУ “Ангел Кънчев”, e-mail: k.popova@hotmail.com

Научен ръководител: Ваня Дачева, преподавател по „Учебна практика“ за специалност „Кинезитерапия“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“ при РУ „Ангел Кънчев“, e-mail: van_nia@abv.bg

Кинезитерапия при болни със сърдечни пороци (Viciium cordis) и компенсация и декомпенсация на сърцето (compensaction et decompensation)

автор: Божидар Дараков

научен ръководител: ас. д-р Александър Андреев

ВЪВЕДЕНИЕ

Сърдечните пороци представляват постоянни анатомични изменения на клапите на сърцето, които водят до функционални нарушения на кръвообръщението. В 50-60% от случаите сърдечните пороци се дължат на прекаран ревмокардит, а в останалите на прекарана инфекция или вродени пороци[2].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Сърдечните клапи при пороците се деформират и не могат да се затворят напълно- недостатъчност (insuficiencia), или не могат да се отворят напълно- стеснение (stenosis). Сърдечните пороци могат да бъдат комбинирани, като най- често срещаните пороци са на митралната клапа[2].

Вродените сърдечни пороци са едни от най-честите и най-сериозните вродени аномалии у децата. Някои от тях са несъвместими с живота и детето загива още в първите часове или дни след раждането[2].

Във връзка със смущенията в кръвообръщението, които предизвикват, се делят на три групи:

- Вродени сърдечни пороци с примес на венозна към артериална кръв (пороци с цианоза, т.нар. синя болест- Morbus Coeruleus). Към тях спадат артррезия на белодробната артерия, артррезия на трикуспидална клапа, общият артериален съд, транспозиция на големите съдове.

Тетралогията на Фало включва следните признаци: стеснение на белодробната артерия, хипертрофия на десния вентрикул, незатворена междукламерна преграда и дясно положение на аортата[2].

Комплексът на Айзенменгер се изразява с разширение на белодробната артерия. Наблюдава се застой на белите дробове и от риск към възпалителни процеси в тях[2].

- Вродени сърдечни пороци с примес на артериална към венозна кръв: кръвта от лявата половина на сърцето преминава към дясната. Към тази група спадат:

Дефект на междукламерната преграда (болест на Роже-Толочинов)- има отвор между двете камери, позволяващ смесването на артериална с венозна кръв[2].

Дефект на междупредсърдната преграда (незатворено овално отворстие)- протича безсимптомно, има добра прогноза.

Незатворен Буталов проток (Буталов порок)- когато Буталовият проток не може да се затвори след раждането, кръвта от аортата преминава обратно в белодробната артерия[2].

- Вродени аномалии без примес на артериална и венозна кръв- спадат съдовите аномалии и тези на сърцето спрямо другите органи. Вродена стеноза на аортата представлява най-честата аномалия. Стеснението може да засегне клапния отвор или аортния истмус. Изследванията показват увеличено артериално налягане на горните крайници, главоболие, световъртеж, гадене, нисък до липсващ пулс в долните крайници.

Възможността на сърдечно-съдовата система при порок на сърцето да акомодира на външни и вътрешни условия и да запазва правилното кръвообращение, се нарича компенсация.

Ако приспособителните възможности на сърцето поради неблагоприятни условия, се снижават, тогава се нарушава равновесието между диастолата и систолата, нарушава се равновесието между централното и периферното кръвообращение, получава се сърдечна декомпенсация[2].

Лечение: препоръчва се прилагане на сърдечно-съдови средства. При наличие на декомпенсация, се прилагат кардиотонични средства.

В процеса на обучение болните получават информация за спецификата на заболяването си, за целта на кинезитерапия, за начините на приспособяване към нов стил на живот, за здравословен начин на хранене[1].

За целия курс на обучение болният трябва да се окуражава относно постигнатите до момента резултати и да се утвърждава чувство на възможности за самостоятелно справяне с проблемите. Така постепенно да се преодолее чувството за безпокойство, страх, уязвимост, страх, уязвимост и ниска самооценка[1].

Всички болни започват достатъчно мотивирано рехабилитационната програма, но не всички остават мотивирани до края. Определянето и следването на крайната цел на кинезитерапия е от съществено значение за болния. Осъществяването на тази цел за всеки индивидуален е комплексен процес[1].

Целта на кинезитерапията е подпомагане чрез средствата на кинезитерапията на основните функции на сърцето[2].

Задачите, към които са насочени тренировка на сърдечния мускул, подобряване на белодробната вентилация, подобряване трофиката и тонуса на гръдните мускули с по-късна корекция на телодържането, предпазване от белодробни усложнения, профилактика на следоперативната мускулна атрофия, профилактика на гръбначните изкривявания, активизиране на екстракардиалните фактори в помощ на сърдечната дейност, подобряване на психоемоционалното състояние[2].

Средства. В първите 6-7 дни се правят пасивни упражнения за малките стави на горни и долни крайници, с бавен и ритмичен темп, 2-3 пъти дневно. Дихателните упражнения са основните. Изпълняват се статични и динамични дихателни упражнения, особено диафрагмално дишане. Дишането трябва да бъде равномерно, без акцент на вдишване и издишване. Най-широко използваната кинезитерапевтична форма е процедурата по лечебна гимнастика, теренно лечение и полуподвижни игри. Лечебният масаж е основно средство в кинезитерапевтичната програма на сърдечно болните. Прилага се класически, рефлекторен и сегментарен масаж. Добре е да се включат къпане и плуване в естествени и изкуствени басейни (при температура на водата най-малко 16-18 градуса, на въздуха 20-22 градуса). Гребането е също отлично физическо упражнение при декомпенсация, а също и се прилагат и зимни спортове (ски, кънки). При компенсирани сърдечни заболявания, кинезитерапията се прилага под формата на утринна гимнастика, разходки, близък туризъм, дозирани спортни занимания, полуподвижни игри[2].

Показания и противопоказания за прилагане на КТ при сърдечни пороци и декомпенсация: при съвременното им лечение, се отчита голяма роля на профилактиката с физически упражнения съчетани с покой. При компенсирани сърдечни заболявания, КТ се прилага под формата на утринна гимнастика, разходки, близък туризъм и дозирани спортни занимания. КТ се счита противопоказана при остри сърдечно-съдови заболявания и тези с неизяснен

характер. Счита се за противопоказана стенозата на аортната клапа, при която имаме декомпенсация на левия вентрикул[2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Бързото нарастване на заболяемостта от сърдечно-съдови заболявания в повечето страни ги нарежда на челно място между болестите на съвременната цивилизация. Това са заболявания които имат едни от най-големите проценти смъртност, трайна инвалидизация или продължителна загуба на трудоспособност.

При работа с тези заболявания е правилно да се познава добре анатомията на системата. Въпреки че честотата на на сърдечно-съдовите заболявания нараства, сега съвременните средства за контрол и лечение, позволяват един голям процент от болните да преживеят успешно заболяването. За да може тяхното възстановяване да остане с колкото е възможно по-малки последици, трябва да бъдат сведени до минимум всички психологични, социални и икономически последици от заболяването. Тези и много други въпроси са свързани пряко с правилно проведената рехабилитация[2].

ЛИТЕРАТУРА

[1] доц. Иван Перчев, дм- „Кардиологична рехабилитация“

[2] доц. д-р Пенка Баракова- „Кинезитерапия при вътрешни заболявания“ (лекционни записки- бакалаври)

За контакти:

Божидар Дараков, студент по Кинезитерапия, катедра „Кинезитерапия и социални дейности“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 0896 269 988, e-mail: bojidar_dar@abv.bg

Научен ръководител: ас. д-р Александър Андреев, Катедра: „Кинезитерапия и социални дейности“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail: aandreev@uni-ruse.bg

Зависимо поведение

автор: Онур Зайкър

научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев

Summary: In modern theory and practice, deviant behavior spreads as a specific and complex form of social behavior of man. It is determined by a number of interrelated factors and in this direction it is difficult to point to a unified theory of deviant behavior. For deviant behavior, extensive information can be found in various scientific fields such as biology, psychology, sociology, law, and many other areas of science. The concept of "deviant behavior" also includes the concept of "addictive behavior", which is today a very topical and serious social problem of modern society. People with addictive behavior have a negative impact on creating conditions for contradictions and conflicts with the environment (social environment), loss of employability and employment, committing anti-social and criminal behavior, and many others.

Key words: deviant behavior, addictive behavior, loss of employability and employment, committing anti-social and criminal behavior.

ВЪВЕДЕНИЕ

В съвременната теория и практика **девиантното поведение** се разглежда като специфична и сложна форма на социално поведение на човека. То се определя от редица взаимосвързани помежду си фактори и в тази насока е трудно да се посочи единна теория за девиантно поведение. За девиантно поведение може да се намери обширна информация в различни научни области като например биология, психиатрия, психология, социология, право и много други научни области.

В обхвата на понятието „**девиантно поведение**“ се включва и понятието „**зависимо поведение**“, което днес е много актуален и сериозен социален проблем на съвременното общество. Лицата със зависимо поведение оказват негативно въздействие по отношение на създаване на условия за противоречия и конфликти с обкръжението (социалната среда), загуба на работоспособност и на трудова заетост, извършване на противообществени и криминални прояви, и много други.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Зависимото поведение е постоянно поддържане на определено поведение, от което се очаква удовлетворение /наслада/ или премахване на неразположение. Зависимостта е състояние на подчиненост на даден човек спрямо друг човек или предмет, вещество, ситуация. В растящата динамика и темп на живота, огромното напрежение /социално, икономическо, нервно-психическо/, несигурността, рисковете и конкуренцията значително разширяват сферите на зависимост. Зависимостта се определя още като търсене на идентичност, подкрепа, сигурност и/или разрешение на проблеми от външни на Аз-а фактори.

Зависимото поведение е непосредствено обвързано със злоупотребата от страна на личността с определени обекти, като например вещества, медикаменти, храна, дейности и т.н. *Като вид девиантно поведение то може да се подраздели на редица подвидове, определени от обект на зависимост и форма на активност* [1]. В тази насока могат да се определят няколко форми на зависимост, като например:

- **зависимост към наркотици и психоактивни вещества** - Зависимостта към психоактивни вещества е състояние на психическа и/или физическа зависимост към даден вид психоактивно вещество, което въздейства върху централната нервна система, при което се появява зависимост от приемането ѝ.
- **зависимост към алкохол** - алкохолната зависимост е медицинско и поведенческо заболяване, което е с висок риск за хронично, рецидивизиращо и

прогресиращо протичане. Злоупотребата с алкохол може да доведе до инциденти, насилие, социална изолация, проблеми на работа, в семейството или в училище.

- **зависимост към кофеин и никотин** - Кофеинът се приема под формата на кафе, чайове и различни форми на кола и пепси и др. Кофеинът е най-широко разпространеният психостимулант над 80% от възрастното население по света го ползва. Кофеинът покачва психомоторната и интелектуалната дейност, подобрява изпълнението на вербалните и моторните дейности, създава чувството за благополучие, а именно тези ефекти водят до изграждане на психична зависимост към него. При хора употребяващи системно кофеин се развива толерантност към неговото действие.
- **зависимост към храна;**
- **зависимост към хазартни и/или компютърни игри** - Хазартната зависимост се характеризира с неконтролирани залагания, извън всякаква граница на социално-приемливата или за забавление активност, така че има сериозни последици за личността и за живота на залагащия. Хората, които страдат от хазартна зависимост може да загубят всичките си спестявания, може да се въвлекат в престъпления (кражби, подправяне на чекове, злоупотреби свързани с пари) за да си набавят нужните суми пари за техния „навик“. Много значими взаимоотношения и работата могат да бъдат загубени от пристрастените към хазарта.
- **зависимост към секс** - натрапчиви сексуални мисли и действия, водещи до неспособност за контролиране на сексуалния импулс [1].
- **зависимост към деструктивни религиозни или други култове** – религиозен фанатизъм и/или сектантство [1].

Всяко едно зависимо поведение се характеризира с цикличност, като то протича в няколко фази:

- ✓ нагласи на личността към зависимо поведение;
- ✓ усилване на желанието за зависимо поведение;
- ✓ активно търсене на обект на зависимост;
- ✓ използване на обекта на зависимост и изпитване на специфични преживявания;
- ✓ отпускане;
- ✓ ремисия;

Зависимото поведение води до промени както в личностна дезадаптация, така и промени в социалната дезадаптация. В тази насока за възникването на социалнопсихологически промени, съпровождащи формирането на зависимо поведение, съществено значение имат нагласите към зависимост, представляващи съвкупност от познавателни, емоционални и поведенчески особености, които водят до зависимо отношение към живота [2]. Постепенно нагласата към зависимост води до превръщането на обекта на зависимост в цел на съществуването на индивида, а употребата му в начин на живот. По този начин се стига до такава степен на доминиране на обекта на зависимост и на желанието за непрекъснат контакт с него, че човекът е способен да направи всичко и да преодолее всякакви препятствия включително и да извърши престъпление, за да го достигне. Паралелно с това съществено се минимизира критичното отношение към себе си и собственото поведение, като за сметка на това нарастват защитното и агресивното поведение и социалната дезадаптация.

Фактори на зависимо поведение

1. Фактори на външната (социалната) среда:

- Активна дейност на пласъорите на наркотици и трудности в неутрализирането им.
 - Засилена урбанизация, отслабване на междуличностните връзки и социалните мрежи, отчуждение между хората.
 - Стремех на хората към независимост, съпроводен със загуба на подкрепа от социалното обкръжение и на усещането за безопасност.
 - Търсене на палиативни средства за справяне е отчуждението и проблемите в съвременното динамично общество.
2. Социални групи и групова динамика:
- Обектите на зависимост (например, психоактивни вещества) като средство за приобщаване към групата от връстници (тийнейджъри) и нейната субкултура.
 - Поддържане на усещането за възрастен човек и освобождаване от властта на родителския авторитет.
 - Формиране на чувство за принадлежност към групата и неформалната средата на общуване.
 - Възможност за изпробване на различни поведения, които са трудно осъществими и неприемани в обществото.
 - Използване на обектите, на зависимост като средство за регулиране на емоционалното състояние.
 - Възможност за експериментиране с различни обекти на зависимост.
3. Семейство:
- Неспособност на майката за разбиране и задоволяване на основни потребности на детето (психоаналитичен подход) [3].
 - Травма от ранното детство (заболяване, неспособност на майката да задоволи основни потребности на детето, загуба на майката, несъвместимост между детето и майката и др).
 - Емоционално разстройство на родителите (неспособност на родителите за изразяване на собствените чувства, липса на любов, внимание, топлина и грижи за детето).
 - Липса на граници между поколения и висока психологическа зависимост членовете на семейство един от друг.
4. Индивидуални особености:
- Типични за представителите на даден пол зависимости (зависимост от храни-доминират представители на женския пол; зависимост от психоактивни вещества - доминират предаватели на мъжкия пол).
 - Психофизиологични особености на индивида, влияещи върху избора на обект, темпа на формиране и степента на изразеност на зависимостта.
 - Устойчивост на стресовите ситуации и стратегии за справяне с тях (копинг стратегии).

Съзависимост

Семейството е един важните фактори за формиране на зависимост, както и за поддържането на зависимо поведение. В случаи на продължително поддържане на зависимо поведение от страна на член на семейството е възможно при друг негов член да възникнат определени проблеми и да се развие състояние на съзависимост. *В този контекст съзависимостта се определя като онези негативни промени у личността и нейното поведение, които възникват в резултат на зависимо поведение на някой от членовете на семейството или близкото обкръжение* [4]. Тя се характеризира с такива взаимоотношения между зависимия член на семейството и някои от другите членове, които водят до негативни в психологически и социален аспект промени в състоянието и поведението им. Това означава, че съзависимостта се поддържа от зависимостта и води до обособяването на

своеобразен „затворен кръг“ на психологическите и социалните проблеми на семейството.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Зависимото поведение може да се определи, че е опит за бягство от действителността с помощта на промяна в психическото състояние, което създава мнима безопасност и емоционален комфорт, но това е една скрила се беда за индивида. Този псевдоживот постепенно започва да доминира над реалния - волята отслабва и престава да действа, търси се най-лесното удоволствие. За зависимия човек е характерно, от една страна трудно понасяне на напрежение и стресови ситуации, а от друга — той е в състояние да издържа на всяко напрежение и стрес, ако е необходимо да прояви зависимо поведение.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Нунев, С. Социална работа с хора с девиантно поведение. Лекционен курс, Русе, 2015.

[2] Короленко Ц. П. Донских Т. А. Семь путей к катастрофе: (деструктивное поведение в современном мире). Ноеосибирск, 1990.

[3] Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. М., 1998.

[4] Иванова Е. Б. Как помочь наркоману. СПб., 1997.

За контакти:

Онур Зайкърров, студент – редовно обучение, Специалност „Социални дейности“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 0896 175 110, e-mail: populqr3nn@abv.bg

Научен ръководител: Доц. Д-р Сашо Нунев, Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Зависимост към психоактивни вещества – същност, специфични аспекти и рискови фактори

автор: Онур Зайкърров

научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев

Summary: *The use of psychoactive substances is a very big problem spread worldwide, affecting millions of people from different troops, age, gender, etc. The use of different antidepressants, silencer, heroin, cocaine, marijuana, and many other similar substances provoke the commission of crimes, change of behavior and life. Drugs date back to ancient times, since mankind exists. In the past, chiefs of tribes used them for meditation and thanks to the substances they hallucinogen. I receive visions. In - late stage of history they enter as a tool in medicine. But in the 20th century boom occurs as abuse and a high prevalence of psychoactive substances. The use of these substances is a terrible misfortune for humanity, which rapidly spread around the world.*

Key words: *Psychoactive substances, big problem, hallucinogen.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Използването на психоактивни вещества е много голям проблем разпространен по целия свят, засягащ милиони хора от различен контингент, възраст, пол и т.н. Използването на различни антидепресанти, успокоители, хероин, кокаин, марихуана и много други подобни вещества провокират извършването на престъпления, промяна в начина на поведение и живот.

Упойващите вещества датират още от дълбока древност, откакто човечеството съществува. В миналото вождовете на племена, са ги използвали за медитация и благодарение на халюцигенните вещества, чрез тях те получавали видения. В по – късен етап от историята те навлизат като средство в медицината. Но през 20 век настъпва бум както със злоупотребата с психоактивните вещества, така и с широкото им разпространение. Употребата на тези вещества е една страшна беда за човечеството, което стремглаво се разпространява по целия свят.

ИЗЛОЖЕНИЕ

История

Най – ранните сведения за употреба на психоактивни вещества се появяват в Близкия Изток и Египет. Египтяните и шумерите са използвали опиума още преди около 4000 години пр. Хр. Египтяните са ползвали опиума и като успокоително и за удоволствие. В египетски йероглифи има сведения за извличането на екстракт от мак, който се използвал за успокояване на плачещи деца. Канабисът е бил използван от древните египтяни за направата на въжета. Намерил е приложение и в медицината и като средство за удоволствие. Следи от ТНС - тетрахидроканабинол (активна съставка в канабиса) са били идентифицирани в египетска мумия, датираща от преди 950 година пр. Хр.

Древният китайски народ започва употребата на чая като средство за успокояване, около 3000 години пр. Хр.

Смята се, че най-ранните хора, прилагали успешно маковите семена (опиум) като средство за успокояване, са живеели около швейцарско езеро, преди 2500 години пр. Хр.

В Кипър дори са открити керамични съдове, датиращи отпреди 1500 години пр. Хр., които били оформени като опиумни капсули. Смята се, че в тези съдове се е слагало вино, в което са разтваряли и опиума. В кипърски храм са намерени и специални тръби от слонова кост, които са били използвани за пушене на опиум. Има сведения и за други пособия, за използване на опиум, но няма категорични доказателства за тях.

Около 10 век сл. Хр. започва широката употреба на опиума в Китай и Далечния Изток.

През 1525 година немският лекар Парацелз въвел в медицинската практика тинктурата от опиум („лауданум“).

Какво представлява зависимостта към психоактивни вещества?

Зависимостта към психоактивни вещества е състояние на психическа и/или физическа зависимост към даден вид психоактивно вещество, които въздейства върху централната нервна система, при което се появява зависимост от приемането ѝ. Също така то може и да се определи и като хронично заболяване, при което се уврежда мозъка.

Съществуват зависимости към няколко групи психоактивни вещества, а това са:

- ✓ опиати (хероин, морфин и др.);
- ✓ кокаин;
- ✓ бензодиазепини (лексотан, диазепам, транксен, ксанакси др.);
- ✓ психостимуланти (екстази, амфетамин и др.);
- ✓ барбитурати;
- ✓ канабисови производни (марихуана, хашиш);
- ✓ LSD;
- ✓ халюциногенни гъби и други.

Психоактивните вещества, които водят до привикване и зависимост в днешно време са много разпространени, привикването към психоактивни вещества може да се каже, че е болестно състояние. При едни психоактивни вещества зависимостта към тях е само психическа, например хашиш, кокаин, амфетамин, т.е. освен психични реакции като промяна в настроението, страх, дисфория, понижена активност и други, не настъпва абстиненция, докато при другите подобни вещества като морфин и хероин зависимостта към тях е и физическа и се изразява в мъчителни абстинентни симптоми, понякога застрашаващи живота на болния [4].

Към психоактивните вещества се развива физическа и психична зависимост. Първата се определя от това, че наркоотровата се включва в механизмите на обмяна на веществата и биохимичните процеси, протичащи в организма, които изискват редовен прием на психоактивно вещество. На всеки 10-12 часа зависимият от ПАВ изпитва непреодолимо желание да приеме своята доза, която постепенно се повишава. Ако наркотичното вещество по някакви причини не се приеме, то наркоманът изпитва силно страдание и мъки. Избива ги студена пот появява се гадене и повръщане, схващане на ставите, слабост, болки в корема, треперене на цялото тяло. Депресията и вътрешното напрежение са обичайни спътници на абстиненцията.

Психичната зависимост е още по-тежка проява на наркоманията. Наркоманът, както образно описват това състояние нарколозите, изпитва чувство на „любов“ към наркотиците: той, както и влюбеният, през цялото време мисли за предмета на своите желания, постоянно очаква срещата с него, стреми се към него, радва се, ако тази среща се състои, тъгува и нервничи, ако тя се отлага; готов е на всичко, само и само винаги да бъде близо до наркотиците [3]. Личността на човека-наркоман тотално се променя.

Рискови фактори

Рисковите фактори, които довеждат до употребата на психоактивни вещества са:

- ✓ хаотична семейна среда, по-специално такава, в която родителите злоупотребяват с психоактивни вещества или страдат от психични разстройства;
- ✓ неудачно родителство, особено при деца с труден темперамент или поведенчески отклонения;

- ✓ липса на взаимна привързаност и възпитание;
- ✓ неуместен срам и стеснителност;
- ✓ агресивно поведение в клас или сред връстниците;
- ✓ провали в училище;
- ✓ слаби социални умения за справяне;
- ✓ свързване с връстници с девиантно (отклоняващо) се поведение, в това число и с такива, употребяващи дроги;
- ✓ Получаване на одобрение за употребата на дроги в училище от връстници и от обществената среда;
- ✓ Наличие и лесен достъп до психоактивни вещества;
- ✓ Убеждения, че употребата е приемливо поведение [2].

Рискови фактори за субекта, употребяващ психоактивни вещества

Зависимостта е хронично рецидивиращо състояние, последващо от био-психосоциална дисфункция на индивида. При което определяме три значими риска за индивида:

- **биологична дисфункция** – увреждане на физическото състояние на субекта;
- **психична дисфункция** – увреждане на психическото състояние на субекта, при което страда психиката;
- **социална дисфункция** – намалена работоспособност.

Употреба, злоупотреба и зависимост към психоактивни вещества?

Употреба на психоактивни вещества – това е когато индивида еднократно употребява дадено психоактивно вещество, например алкохол, но без да прекалява с количеството на приемане.

Злоупотреба с психоактивни вещества – под злоупотреба се разбира приемането на психоактивни вещества до такава степен, че се отразява сериозно на здравето и социалните функции на личността. Тук не се оценява количеството и продължителността на приемане на веществото, а се търсят негативните здравословни и социални последици от това.

Зависимост към психоактивни вещества – зависимостта е болестно състояние, което е предизвикано от взаимодействието на организма и психоактивното вещество, при което се наблюдават психични, телесни и поведенчески разстройства. Тя се характеризира с непреодолим *толеранс*¹ към приемане на веществото наблюдава се промяна в поносимостта на организма към него, появява се *абстиненция*².

Употребата, злоупотребата и зависимостта към психоактивните вещества оказват влияние върху потребностите на индивида, които го карат да постъпва по определен начин, т.е. върху поведението му. *Като цяло потребността е начина на живот на човека – потребност от храна, подслон, работа, издигане в йерархията и други* [1]. Ейбрахам Маслоу предлага пет класификации на потребностите, представени във *Фигура 1*.

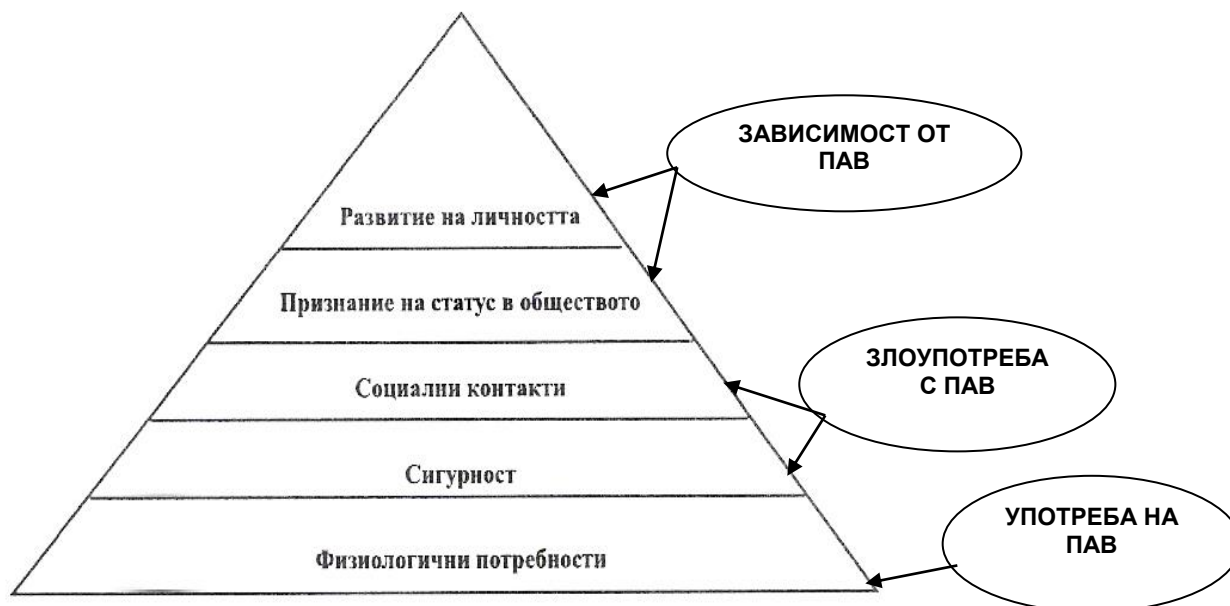
Употребата, злоупотребата и зависимостта от психоактивни вещества оказват влияние върху петте потребности по следния начин.

- *Първо*, употребата на ПАВ оказва влияние върху физиологичните потребности на субекта. Субектът спира да се храни, сънят е нарушен, занемарен външен вид (лоша лична хигиена) и други;
- *Второ*, злоупотребата с ПАВ излага личността на опасност, води до нещастни случаи, загуба на работно място, изолиране на личността от обществото.

¹ толеранс – чувствителност към психоактивното вещество

² абстиненция – състояние на физически и психически дискомфорт, при липса на психоактивно вещество

- Трето, зависимостта от ПАВ оказва негативно влияние върху статуса, води до лошо мнение и неуважение от околните, потискане на уменията, способностите и потенциала на личността, като цяло до загуба на собствената личност (неуважение към себе си, неувереност и т.н.);



Фигура 1. Йерархия на потребностите по Ейбрахам Маслоу и влиянието на психоактивни вещества (употреба, злоупотреба и зависимост)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психоактивните вещества са химически субстанции въздействащи главно на централната нервната система, които създават временни изменения на възприятията, настроението, съзнанието и поведението. Те се използват в медицината и фармакологията за лечение на психични заболявания и с терапевтични цели, но е строго забранено ползването без лекарско предписание поради злоупотреба.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Каменов, К., Хаджиев, Кр., Асенов, А. Човек-екипи-лидери. ИК „Люрен“, София, 2000.
- [2] Дирекция „Превенции“ – Община Варна. Наркотици и наркомании. ИК „Стено - Варна“, Варна, брой 5-6, 2010.
- [3] А. Димитрий, „Наркомания“ - из книгата "Православният възглед за душевните болести", 2010.
- [4] Нунев, С. Социална работа с хора с девиантно поведение. Лекционен курс, Русе, 2015.

За контакти:

Онур Зайкърров, студент – редовно обучение, Специалност „Социални дейности“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 0896 175 110, e-mail: populqr3nn@abv.bg

Научен ръководител: Доц. Д-р Сашо Нунев, Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Развитие на приемната грижа в България

автор: Гизям Бафирова Чолакова

научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев

***Development of foster care in Bulgaria:** This study examines the historical policy context of foster care programs in Bulgaria. Fostering has come a long way since it was first legalised during the 1990's and today. Foster care is full-time substitute care of children outside of their home by people other than their biological, adoptive, or legal guardians. The modern provision of foster care by local authorities is intended to be a short term solution until a child can go back home or find a more permanent solution such as adoption.*

Key words: foster care, foster parents, foster children, history

ВЪВЕДЕНИЕ

Социалната услуга в общността „приемна грижа“ може да се представи като мярка за закрила на детето, която е алтернативна форма за настаняване на деца в институции, грижа за дете в риск, даваща възможност те да бъдат отгледани и възпитавани в семейна среда, целяща задоволяване на основните им потребности и превенция на изоставянето.

Приемната грижа цели отглеждане и възпитание на деца, лишени временно или трайно от родителска грижа в семейна среда. Приемните родители работят съвместно със социален работник, който ги подпомага и при възможност работи за реинтеграция на детето в биологично семейство. Някои деца са били изоставени от родителите си или са живели за дълъг период в специализирани институции. Те се нуждаят от сигурността на настаняване в семейството в дългосрочен план. Приемният родител не е носител на родителски права по отношение на настаненото дете, но има задължението и ангажиментите да задоволява основните му потребности, да осигури добри грижи, спокойна среда, внимание, които да благоприятстват за неговото правилно развитие и личностно формиране.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Идеята за приемна грижа в България като алтернативна мярка за настаняване на деца в специализирани институции датира още от началото на ХХ-ти век. Нейното начало се поставя след голямото земетресение през април 1928 година със създаването на специализирана служба, която е подпомагала пострадали семейства и деца като им се осигурявала храна, подслон и медицинска помощ. Някои от тях са били настанявани в други семейства за да им се полагат тези грижи. С предприемането на тази мярка се е регламентирала със закон този тип грижа за деца - така нареченото храненичество (от „храненик“ – „чуждо дете, което се отглежда като свое и обикновено се осиновява“[1]) [6]. Много бедни деца са поканени след това в дома на своите по-богати другарчета или да летуват заедно с тях и техните родители. Така те прекарват Коледните и Великденските празници по домовете на своите другарчета от града и споделят с тях радостите на коледното дърво и великденските подаръци.

След Втората световна война започват да се създават домове за деца – развива се институционалния тип за грижа. Във връзка с това в днешно време има реформи в областта на закрилата на детето, които целят трансформиране на съществуващите заведения за дългосрочно настаняване на деца (специализирани институции) в система от услуги в общността като алтернативни форми за подкрепа. Въвеждат се Национална стратегия "Визия за деинституционализация на децата в Република България" и План за действие за изпълнение на Националната стратегия „Визия за деинституционализацията на децата в Република България“. Този процес

се очертава като замяна на институционалната грижа за деца с грижа в семейна или близка до семейната среда в общността.

През 1993 година се реализира програма "Отглеждане на деца без родители в настоянически семейства в България" между тогавашното Министерство на образованието, науката и културата и Фондация "Сирак". Целта на програмата е осъществяване правото на всяко дете на развитие в семейна среда - биологично семейство или заместваща го приемна семейна среда. Подготовката за изпълнението на тази програма започва още през 1991 г. с методическата и финансова помощ на Християнски детски фонд на Великобритания. Поради липса на законова регламентация за въвеждане на приемното родителство в социалната практика, Фондация "Сирак" среща съпротивата на държавните органи отговорни за грижата за деца без родители и стига до цитираното по-горе споразумение използвайки единствено възможния статут на "настояник" (вместо "приемен родител") по действащия тогава Семейен кодекс. Целевата група на програмата са деца от 3 до 10-годишна възраст, настанени в домовете за сираци, които не могат да бъдат осиновени поради липса на документиран отказ от родителство в семейства, които да се грижат за тяхното отглеждане, възпитание, образование и защита на интересите им до навършване на пълнолетие [5]. Реализирането на програмата приключва с приемането от Народното събрание на Закона за закрила на детето през 2000 година в който се регламентира приемната грижа, като мярка за закрила. „До 2003 година Фондация „Сирак“ е настанила 61 деца в приемни семейства при наличието на 35 123 деца, отглеждани и възпитавани в държавни социални домове.“ [4].

До края на 2011 година приемната грижа се е реализирала от Дирекция „Социално подпомагане“, която се явява като доставчик на услугата, но и орган по закрила на детето. В качеството си на орган за закрила Дирекцията:

- приема заявления и документите към тях на кандидатите за приемни семейства;
- утвърждава/отхвърля кандидати за приемни семейства;
- настанява по административен ред детето в приемно семейство и предприема действия за настаняване на детето по съдебен път;
- сключва договор за настаняване на дете в приемно семейство и трудов договор с професионално приемно семейство и поддържа регистър на кандидати и утвърдени приемни семейства [3].

За периода 30.09.2011 година – 31.12.2015 година се реализира проект „И аз имам семейство“ в изпълнение на Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“. Той е насочен към деинституционализацията на деца, децентрализация на социалната услуга „приемна грижа“ и разширяване обхвата, развитие и усъвършенстване на услугата.

Целевите групи по проекта са:

- кандидати за приемни родители, приемни семейства и семейства на роднини и близки;
- деца от общността в риск от изоставяне и техните семейства;
- деца настанени в специализирани институции.

На базата на този проект са приложени в национален мащаб на нов подход при предоставяне на услугата „приемна грижа“. Популяризирана е и са променени обществените нагласи по отношение на приемната грижа. Промяна в нагласата на част от приемните семейства е постъпила и относно предоставянето на грижи за деца с увреждания и новородени. Децентрализирана е услугата „приемна грижа“ като фактор за превръщането и в ефективен инструмент на местно ниво за деинституционализацията [2].

На 01.12.2015 година между Министерство на труда и социалната политика и Агенция за социално подпомагане е подписан договор, с който стартира проект

„Приеми ме 2015“ със срок за изпълнение 32 месеца. Той допълва и надгражда проект „И аз имам семейство“. Целта на му е да се усъвършенства и да се разшири обхватът на услугата „приемна грижа“ и да се затвърди нейното предоставяне на местно ниво като алтернативна форма за отглеждане на деца в риск в семейна среда. Акцент е поставен към развитие на специализирана приемна грижа за деца с увреждания, деца, жертви на насилие или трафик, деца, които са непридружени бежанци.

На базата на този проект са приложени в национален мащаб на нов подход при предоставяне на услугата „приемна грижа“. Популяризирана е услугата и са променени обществените нагласи по отношение на приемната грижа. Промяна в нагласата на част от приемните семейства е постъпила и относно предоставянето на грижи за деца с увреждания и новородени. Децентрализирана е услугата „приемна грижа“.

През месец януари 2012 година се създава Екип за администриране на проекта на местно ниво - Областен екип по приемна грижа, който се състои от администратор, счетоводител, поне двама социални работници и един началник. Администраторът на Екипа на общинско ниво отговаря за всички дейности по реализирането на проекта в общината, като:

- организира, ръководи и контролира изпълнението на проекта в общината;
- изготвя и представя на Кмета на общината изготвените трудови договори на приемните семейства;
- изготвя и представя в екипа за управление на национално ниво отчети за изпълнените дейности, в съответствие с изискванията;
- отговаря и следи за проведените обучения на кандидатите за приемни семейства.

Счетоводителят от Екипа за управление на общинско ниво изпълнява цялостната финансово-счетоводна дейност, в съответствие с нормативните актове, регламентиращи този тип дейност и разписаните в партньорското споразумение ангажименти на партньора и разработените вътрешни правила и процедури за технически и финансово изпълнение на проекта. Представя финансовите отчети на сътрудниците по отчитане и при констатиране от тях нередности ги отстранява.

Едни от основните задължения на социалните работници от Екипа са:

- подкрепя на приемното семейство;
- разработване план за грижа на настаненото дете;
- познава и спазва етичните норми за социална работа с деца и семейства;
- проследяване развитието на дете, настанено в приемно семейство;
- поддържа връзка с други организации и институции, с цел разрешаване на проблемите и осигуряване потребностите на приемните семейства и децата настанени в приемни семейства;
- участва при провеждане на екипни срещи.
- спазва професионалната етика и не допуска разпространяване на лична информация за потребителите, станала му известна при или по повод изпълнение на служебните си задължения, която би довела до нарушаване правата или интересите им;
- отчита своята работа пред началника на Екипа, съгласно проектните изисквания.

Създадените екипи преминават въвеждащо и надграждащо обучение в шестте планови икономически райони. Въвеждащото обучение е петдневно, с цел придобиване на компетентности за предоставяне на услугата. Обучението включва запознаване със същността на приемната грижа, процеса и спецификата на организация на услугата, начини на мотивиране на кандидатите, изготвяне на

оценителен доклад за представяне пред комисията по приемна грижа. Надграждащото обучение ще бъде в рамките на три дни и цели да се придобият компетентности за предоставяне на подкрепящи услуги на приемните семейства и семействата на роднини и близки, семейна конференция и начини и методи за провеждане на индивидуална и групов супервизия.

Като нов модел в Регионална дирекция за социално подпомагане се създава специализирана професионална Комисия по приемна грижа, която разглежда, утвърждава или отхвърля кандидатите за приемни родители.

Комисията по приемна грижа работи по правила за дейността си, разработени от екип от експерти от дирекция „Закрила на детето” в АСП. Тя се състои от постоянни членове и външни представители, в зависимост от профила на кандидатите за утвърждаване:

- председател - директорът на регионална дирекция за социално подпомагане или упълномощен от него служител в РДСП;

- членове:

- началник отдел „Закрила на детето” в дирекция „Социално подпомагане”, на чиято територия живее кандидатът за приемен родител;

- експерт „Закрила на детето” в Регионална дирекция за социално подпомагане;

- действащ приемен родител;

- психолог.

Дейността на комисията се администрира и подпомага от технически сътрудник.

Към Проекта ще се сформира и Консултативен експертен съвет, в дейността на който се ангажират различни субекти, представители на централната, местната власт и гражданското общество. Основната дейност на Съвета е да подпомага планирането, изпълнението и наблюдението на проекта в съответствие с държавната политика в областта на приемната грижа и добрите европейски и международни практики. Изготвя анализ на потребностите от развиването на приемна грижа на общинско, областно и национално ниво на база извършено изследване по предварително зададени критерии и идентифицирани потребности, на база на който се разработва краткосрочен План за развитие на социалната услуга „приемна грижа” в страната.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Общественото знание за приемничеството е от съществено значение за развитието на услугата. Натрупването на обществен опит и знание се осъществява, ако е налице задълбочена политика, която да осигурява необходимите инструменти и ресурси за нейното осъществяване. Слабото познание на приемната грижа извежда различни мисли и догадки в общественото пространство, което по-скоро вреди на въвеждането ѝ отколкото да помага. Това важи в пълна сила както и за обикновените хора, така и за професионалните среди.

Много български деца живеят извън семейната си среда. Те нямат дом, някои са отхвърлени от своите родители или семействата им се намират в кризисна ситуация, с която не могат да се справят сами. Деца, останали сираци, жертва на насилие, на трафик – всички те са в риск и имат нужда от подкрепа, сигурен дом и добър житейски пример. Приемните родители приемат детето като част от своето семейство и се грижат за него в собствения си дом. Те му осигуряват сигурна и безопасна среда, храна, грижи за здравето и образованието, задоволяване на емоционалните потребности, развитие на уменията за самостоятелен живот и възможности за поддържане на контакт с биологичното семейство. Приемните родители работят в тясно сътрудничество с представителите на системата за закрила на детето, с екипа по приемна грижа, както и с родителите и близките на

детето.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Буров, Ст., В. Бонджолова, М. Илиева, П. Пехливанова. Съвременен тълковен речник на българския език. Изд. Gaberoff, София, 1999-2000.]).

[2] Информация по проект „И аз имам семейство“, Агенция за социално подпомагане: <http://www.asp.government.bg/web/guest> .

[3] Методика за условията и начина на предоставяне на социалната услуга „приемна грижа“.

[4] Нунев С., Актуално състояние и възможности за използване на приемното семейство като алтернатива на грижата за деца в институции. Педагогика, №8, 2003.

[5] Програма "Отглеждане на деца без родители в настоящи семейства в България", <http://sirakfond.webnode.com/rjealizirani-programi/>.

[6] Фондация „За Нашите Деца“, „Приемна грижа – да поправиш детството“.

За контакти:

Гизям Бафирова Чолакова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност „Социални дейности“, IV курс, редовна форма на обучение, тел.: 0883 200 666, e-mail: gizyam_cholakova@abv.bg

Научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев, Русенски университет „Ангел Кънчев“, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел: 0886 802 466, e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Нормативни аспекти на настаняването на дете извън семейството като мярка за закрила

автор: Гизям Бафирова Чолакова
научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев

Accommodation of the child outside the family as a measure for the protection: Protecting children and promoting their welfare is a collective activity and responsibility. A proper balance must be struck between protecting children and respecting the rights and needs of parents/carers and families. Where there is conflict, the child's welfare must come first. Children should only be separated from parents/carers when alternative means of protecting them have been exhausted. Re-union should be considered in the context of planning for the child's future.

Key words: social work with children, child protection, re-union, family services

ВЪВЕДЕНИЕ

Съгласно чл. 47, ал. 1 от Конституцията на Република България „Отглеждането и възпитанието на децата до пълнолетието им е право и задължение на техните родители и се подпомага от държавата“ [1]. Родителите отглеждат и възпитават децата, формират възгледите им и осигуряват тяхното благосъстояние според възможностите си и в съответствие с нуждите и наклонностите на децата.

Децата, които растат в щастливи семейства, където всички им потребности са задоволени, обикновено са щастливи, стабилни и добре адаптирани възрастни. От друга страна, тези, които се развиват, заобиколени от неприятни и опасни ситуации често страдат от умствени и емоционални размирици. Те са измъчвани от спомените и образите от детството си, а някои дори могат да повторят поведението, на което са свидетели, мислейки, че това е нормално. За съжаление често възникват ситуации, при които отглеждането на детето в биологичното му семейство създава риск за неговото правилно физическо, психическо и емоционално развитие, което и налага спрямо него да бъдат предприети адекватни мерки за закрилата му. Част от тези мерки са уредени в българското законодателство и предвиждат възможност за настаняването на подрастващия извън неговото биологично семейство.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Настаняването на детето извън семейството се налага като мярка за закрила след изчерпване на всички възможности за закрила в семейството, освен в случаите, когато се налага спешното му извеждане. Мерките за закрила в семейна среда са следните:

- осигуряване на педагогическа, психологическа и правна помощ на родителите по проблеми, свързани с отглеждането, възпитанието и обучението на децата;
- насочване към центровете за социална рехабилитация и интеграция;
- консултиране и информиране на детето в съответствие със степента на неговото развитие;
- консултиране по въпроси на социалното подпомагане и социалните услуги;
- осигуряване съдействие за подобряване на социално-битовите условия;
- социална работа за улесняване връзките между децата и родителите и справяне с конфликти и кризи в отношенията;
- проучване индивидуалните възможности и интереси на детето и насочването му към подходящо учебно заведение;
- съдействие за устройване на подходяща работа на нуждаещи се навършили 16-годишна възраст, при установените в трудовото законодателство условия;
- насочване на детето към подходящи форми за ангажиране на свободното му време;

- съдействие на осиновителите при подготовката им за изпълнение на родителските им функции, самото осиновяване, както и защита правата на детето при прекратяване на осиновяването [3].

Извън семейството се настаняват деца:

- чиито родители са починали, неизвестни, лишени от родителски права или чиито родителски права са ограничени;

- чиито родители, настойници или попечители без основателна причина трайно не полагат грижи за детето;

- чиито родители, настойници или попечители се намират в трайна невъзможност да го отглеждат;

- което е жертва на насилие в семейството и съществува сериозна опасност от увреждане на неговото физическо, психическо, нравствено, интелектуално и социално развитие;

- чиито родители, настойници или попечители са се съгласили и отказват да прекратят участието му в предаване по смисъла на Закона за радиото и телевизията и с това се създава опасност за неговото физическо, психическо, нравствено и социално развитие [пак там].

При установен риск за детето и констатирана необходимост за извеждането му от семейството, се търсят алтернативни мерки за грижа по следната последователност:

- семейство на роднини или близки;
- приемно семейство;
- социална услуга в общността – резидентен тип;
- социална услуга в специализирана институция.

Процедурата започва след постъпване на писмен или устен сигнал за дете в риск в отдел "Закрила на детето" към Дирекция "Социално подпомагане". Постъпилният сигнал се проучва от социален работник от Отдела, след което се попълва формуляр за оценка на сигнала. При оценката той извършва проучване и оценка на сигнала, като събира необходимата информация от семейството, детето, училището, детската ясла и градина, специализираната институция, роднини, близки, съседы, друга дирекция "Социално подпомагане", личен лекар и от други източници при необходимост, след което и при установяване на риск за детето открива случай [2].

Въз основа на направената оценка социалният работник изготвя план за действие, който включва дългосрочна цел и краткосрочни цели, дейности за тяхното постигане и мерки за закрила. Планът за действие се съгласува с лицето, полагащо грижи за детето, ако това не противоречи на интересите на детето и не нарушава правата му. Социалният работник организира периодично срещи за преглед на оценката и изпълнението на плана за действие с всички заинтересувани страни. Срещите се провеждат периодично в зависимост от развитието на случая, но най-малко на 6 месеца [пак там].

В зависимост от направеното проучване и планът за действие, социалният работник предлага ползване на социални услуги в общността, при липса на възможности за отглеждане и възпитание в семейната среда настаняване извън семейството. В този смисъл участието на Дирекцията "Социално подпомагане" е гарантирано и следва да завърши със заповед за настаняване, само когато е необходимо.

При предприемане на настаняване на детето извън семейството се проучва възможността за настаняване в семейство на роднини или близки, като Дирекцията изготвя становище за годността на близките или роднините.

Ако детето няма роднини или близки или те не могат или не искат да се грижат за него, социалните работници от Отдела за закрила на детето търсят приемно семейство, което да полага грижи за него. Детето се настанява в приемно семейство като мярка за закрила, съобразно изготвения план за действие. След настаняване по административен ред се сключва договор между съответния доставчик на социална услуга "приемна грижа" по настоящия адрес на приемното семейство.

Социалната услуга „приемна грижа“ цели отглеждане и възпитание на деца, лишени временно или трайно от родителска грижа в семейна среда, което е настанено по реда на Закона за закрила на детето въз основа на договор. Приемната грижа осигурява подкрепа за семейства в криза, като им предлага временна грижа за децата им, докато се разрешат проблемите на семейството. Приемните родители работят съвместно със социалния работник, който ги подпомага и при възможност работи за реинтеграция на детето в биологичното му семейство. Някои деца са били изоставени от родителите си или са живели за дълъг период в специализирани институции. Те се нуждаят от сигурността на постоянното настаняване в семейството, което приема да се грижи за тях, докато са готови да водят самостоятелен начин на живот. Тя бива доброволна и професионална.

При доброволната приемна грижа се сключва граждански договор с утвърдено приемно семейство, преминало базово обучение. Семейството получава месечна издръжка, както и еднократни помощи. При този вид приемна грижа детето получава месечна помощ в зависимост от навършените години. Всички деца, отглеждани в приемни семейства, имат право на еднократна годишна помощ. Тази сума се използва за посрещане на спешни нужди при децата като рожден ден, първи учебен ден и др. За деца с физически и психически увреждания се изплаща добавка, независимо от дохода на семейството.

При професионалната приемна грижа се сключва граждански договор с единия родител от приемното семейство, преминало базово обучение и допълнителна квалификация за възпитание и отглеждане на деца. Професионалният приемен родител получава трудово възнаграждение и месечна издръжка, както и еднократни помощи за нуждите на настаненото дете..

Приоритетно в професионално приемно семейство се настаняват:

- деца до 3-годишна възраст;
- деца с увреждания;
- деца - жертви на насилие или трафик;
- деца, спрямо които е приложена мярка "полицейска закрила" - след изтичането на срока ѝ;
- деца при условията на заместваща приемна грижа.

Видът на настаняването се определя в зависимост от потребностите на детето, целта на неговото настаняване и плана за действие на детето. То бива краткосрочно, дългосрочно, спешно настаняване и заместваща приемна грижа.

Краткосрочно настаняване се предприема за срок до една година. Цели подкрепа на биологичното семейство и връщане на детето в него. През този период се осъществяват мерки за предотвратяване на изоставянето по реда на Наредбата за условията и реда за осъществяване на мерки за предотвратяване изоставянето на деца и настаняването им в институции, както и за тяхната реинтеграция или осиновяване при неуспешна реинтеграция.

Дългосрочно настаняване се предприема за срок над една година, когато опитите да бъде предоставена сигурна семейна среда за детето са изчерпани в рамките на краткосрочното настаняване.

Спешно настаняване се предприема с цел запазване на живота и здравето на детето. Предприема се за деца, изпаднали в бедствена ситуация, за които е предприета мярка "полицейска закрила" след изтичането ѝ, деца, които са жертви на насилие и трафик и деца до 3-годишна възраст.

Заместваща приемна грижа се предоставя на дете за кратък период от време с цел подкрепа на полагащите грижи за детето или подкрепа/подготовка на детето за осигуряване на отпуск на професионално приемно семейство, при което има настанено дете, за подкрепа на семействата на близки и роднини, при които има настанени деца, при заболяване на член на приемното семейство за времето на отпуск по болест, когато друг член на семейството не може да осигури адекватни грижи за детето, на деца, настанени в специализирани институции, с цел подкрепа на тяхната социализация или на родители, които полагат грижи за дете с увреждане, за осигуряване на подкрепа с цел превенция на институционализацията.

Настаняването на детето в специализирана институция се предприема като крайна мярка за закрила, след изчерпване на възможностите за отглеждане от роднини или близки, осиновяване и при липса на подходящо приемно семейство, освен в случаите на спешно настаняване.

Настаняването на дете в семейство на роднини или близки, както и настаняването на дете за отглеждане в приемно семейство, социална услуга - резидентен тип или специализирана институция се извършва от съда. До произнасяне на съда Дирекция "Социално подпомагане" по настоящия адрес на детето извършва временно настаняване по административен ред.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Създаването на условия, гарантиращи благосъстоянието и развитието на детето в съответствие с неговите права и потребности и с ценностите на хуманното и социално отговорното демократично общество, е проблем, който в началото на двадесет и първи век се откроява с особено си значение и актуалност в национален и глобален аспект. В тази насока социалната работа е важен елемент от системата за закрила на детето.

Социалният работник от друга страна за да реализира ефективно своята дейност проявява интерес към детето и съпричастност към неговите трудности и проблеми като изгражда работно взаимоотношение, характеризиращо се със загриженост, топлина, любов и непринуденост, приема безусловно детето с неговите достойнства и недостатъци и се отнася с особено разбиране и чувствителност към вътрешните преживявания и мисли на детето. Разчита се в значителна степен на естествеността, безусловното приемане, уважението, топлотата, любовта и загрижеността към детето, отколкото на нормативността и твърдите властни позиции.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Конституция на Република България. Обн. ДВ. бр.56 от 13 Юли 1991г., изм. ДВ. бр.12 от 6 Февруари 2007г.

[2] Правилник за прилагане на закона за закрила на детето. Обн. ДВ. бр.66 от 25 Юли 2003г., изм. и доп. ДВ. бр.34 от 28 Април 2017г.

[3] Закон за закрила на детето. Обн., ДВ, бр. 48 от 13.06.2000 г., изм. и доп. ДВ. бр.8 от 29 Януари 2016г.

За контакти:

Гизям Бафирова Чолакова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност „Социални дейности“, III курс, редовна форма на обучение, тел.: 0883 200 666, e-mail: gizyam_cholakova@abv.bg

Научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев, Русенски университет „Ангел Кънчев“, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел: 0886 802 466, e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Иновативни и добри практики в системата на социалните и здравни услуги в община Русе с принос за нейното развитие

автор: Диляна Стоилова Пеева
научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев

Abstract: The report examines the determinants of deviant behavior, social factors for the emergence and its formation, as well as some of the sociological theories of the formation of deviant behavior. Are considered internal and external factors that may determinative deviant behavior. Are analyzed and some of the theories about the behavior of some of the most prominent representatives of structural functionalism in sociology. Discusses the concept of anomie theory of voltage - anomie theory of differential association. Described possible ways of adaptation related to acceptance or rejection of social objectives, legal and institutionalized means to achieve them.

Key words: Innovative social services for children and young people, innovative social services for people with mental disorders, innovative health services, good practices

ВЪВЕДЕНИЕ

През 2009 г. УНИЦЕФ апробира модел на областно планиране на социалните услуги с участието на всички заинтересовани страни в три пилотни области – Русе, Видин и Перник. В резултат са разработени цялостни подробни Областни стратегии за развитие на социалните услуги и мерките за социално включване в тези области.

Областна стратегия за развитието на социалните услуги (2010-2015) е разработена като част от Стратегията за развитие на област Русе (2005 – 2015). Създаването на тази стратегия е иницирано в рамките на проект „Планиране и усъвършенстване на социалните услуги на областно ниво“, изпълняван от УНИЦЕФ, Министерство на труда и социалната политика и Агенцията за социално подпомагане с финансовата подкрепа на Правителството на Кралство Холандия. Проектът цели да пилотира цялостен модел на планиране, развиване и предоставяне на социални услуги на областно ниво като по този начин подпомогне повишаване на ефективността и ефикасността на системата за социални услуги и използването на структурните фондове на Европейския съюз [1].

Общинската стратегия за развитието на социалните услуги в община Русе (2010 – 2015) е разработена като част от Стратегията за развитие на община Русе (2005 – 2015) и в съответствие с Областната стратегия за развитие на социалните услуги в област Русе. Основна ценност за стратегията е всеки човек да бъде приеман като личност със своята уникалност на възможностите за реализация, без значение на етническа принадлежност, пол, увреждане, възраст, социално положение. С общинската стратегия Община Русе се присъединява и към европейските принципи на хуманност и солидарност като осигурява достъпни и качествени социални услуги в Община Русе, интеграция на общности и индивиди, пълноценна реализация и грижа за хората от рисковите групи. Стратегията подкрепя съхраняването, поддържането и установяването на жизнени общности и интеграцията на всяко дете и възрастен в тях. За постигането на тези цели общинската стратегия предвижда развиването на модерна, ефективна система от социални услуги, които поставят в своя център потребителя. Тя следва да отговаря на нуждите на общността, като се стреми да осигурява равен достъп и непрекъснато подобрява своето качество.

Приоритетните направления са в съответствие с идентифицираните потребности на рисковите групи и необходимостта от спешна намеса за решаване на ключови и критични социални проблеми на жителите на общината.

Приоритетните направления са групирани в две посоки - отнасящи се до съдържанието на социалните услуги и до начина на функциониране и изпълнение на услугите и мерките за социално включване[2].

ИЗЛОЖЕНИЕ**1. Иновативни и добри практики в системата на социалните услуги в община Русе.**

Община Русе е с признат опит в развитието на мрежата от социални услуги от Националния алианс за социална отговорност (НАСО), като през 2015 г. е носител на Голямата награда за принос в социалното развитие и Община с най-добра социална политика. Наградата е присъдена заради високия ръст на новоразкрити услуги, отговарящи на потребностите на групите в неравностойно положение и изградената и установена мрежа за сътрудничество и съвместна работа с неправителствения сектор, отдавайки огромна част – над 90% от социалните услуги в града, на неправителствени организации. През 2016 г. Община Русе е носител и на Специална обществена награда за най-добра социална политика.

Добра практика е, сключването на договори за управление на услуги с доставчици, като периодът е променен от 3 г. на 5 г., предвид доказания опит на неправителствените организации за иновативно управление на социални услуги за деца и лица. 36 социални услуги в общността и услуги от резидентен тип, на територията на Община Русе са предоставени за управление, чрез проведени процедури за възлагане на управлението, на неправителствения сектор, под методичната подкрепа на експертите от дирекция „Здравни и социални дейности“ на община Русе. Домашния социален патронаж и социалното предприятие „Обществена трапезария“ са услуги, които се предоставят в подкрепа на хора в неравностойно положение или в риск от изключване. Тези две услуги, както и новоразкрития кризисен център за домашно насилие и насилие, основано на полов признак, са местна дейност и се финансират от общинския бюджет. На територията на община Русе има и три специализирани институции за възрастни, които са под общинско управление.

Добра практика е, организирането на социални форуми през 2014 г., 2015 г. и декември 2016 г. на тема „Представяне на добри практики при управлението на социални услуги – делегирани от държавата дейности“. Опитът на общините в предоставянето на управлението на социалните услуги на външни доставчици е изключително важна тема за развитието на качеството на услугите, чрез обединяване възможностите на общините и неправителствените организации. Форумите са от голямо значение за специалистите работещи в социалните услуги заради опита, който могат да споделят помежду си.

1.1. Иновативни и добри практики в системата на социалните услуги за деца и младежи в община Русе.

Община Русе е сред водещите общини в страната по деинституционализация на деца, в изпълнение на Националната стратегия – Визия за деинституционализация на децата в Република България. Успешно са закрити всички домове за деца, включително и Дом за медико-социални грижи за деца, като са разкрити иновативни социални услуги за деца.

1.1.1. През 2016 година Сдружение с нестопанска цел „Еквилибриум“ поема отговорността да се грижи за едни от най-сложните случаи в иновативните, интегрирани услуги, разкрити по проект на Община Русе в закрития Дом за медико-социални грижи – обединени детски услуги „Слънчо“. Това са три общински услуги, които предлагат на децата алтернативни социално – здравни грижи, а за техните семейства – специализирана подкрепа и помощ:

- *Център за настаняване от семеен тип за деца и младежи с увреждания, с потребност от постоянна медицинска грижа* - голямата разлика в сравнение с институционалната грижа е, че в тази услуга, макар и медицински насочена, се

насърчават и мотивират родителите и близките, да придружават или да посещават децата възможно най-дълго време, да са до тях, да ги обичат и да им се радват.

- *Звено „Майка и бебе“* - има за цел да предостави както подслон, така и възможност за обучение на майки, които имат затруднения с отглеждането на новородените, поради трудности с бащата на детето, липсата на подкрепа от семейството или общността, а понякога липсата на дом и близки.

Тези две услуги са разположени на един етаж, което дава възможност за по-добра грижа за децата и помощ на майките от страна на медицинския персонал от Центъра за постоянна медицинска грижа. В Звеното са пребивавали и майки на бебета със здравословни проблеми за по-добра диагностика, прецизиране на терапия и обучение на майката за разпознаване на ранни прояви на симптоми и навременна реакция, за полагане на специални грижи.

- *Дневен център за деца с увреждания от 0 – 18 години* - разполага с различни специалисти с доказана експертиза – логопед, кинезитерапевт, психолог, ерготерапевт, възпитатели, медицинска сестра, а на разположение на родителите и децата е и педиатърът от Центъра за деца с увреждания с потребност от постоянна медицинска грижа.

Обединени детски услуги „Слънчо“, управлявани гъвкаво и комплексно от Сдружение „Еквилибриум“, са с фокус върху потребностите не само на децата, но и на техните семейства. Резултатите при децата категорично доказват, че институционалният тип грижа е пагубна за тяхното състояние и развитие. Нуждата от съществуването на специализирани институции отпада, ако се инвестира в правилните услуги, които ефективно да помагат на семействата да отглеждат децата си у дома, където могат да получат в най-голяма степен необходимите им обич, сигурност и условия за развитие[3].

1.1.2. Сдружение „Дете и пространство“ управлява голяма част от новоразкритите иновативни социални услуги за деца в община Русе. То осъществява дейности, които целят да предоставят подкрепа и надежда на деца в риск и на деца със специфични потребности и техните семейства. Дейностите на сдружението се стремят също да подобрят условията на живот и взаимоотношенията в обществото, така че всяко дете да може да има достъп до своите права.

- *Два центъра за настаняване от семеен тип за деца и младежи с увреждания* – разкрити през 2015 г., тези услуги са предназначени за задоволяване на потребностите на деца и младежи с тежки увреждания на възраст от 3 до 29 г. на територията на Община Русе. Иновативните аспекти в предоставяните социални услуги са: ежедневно клинично наблюдение на всяко дете или младежи след постъпването му в центъра и проследяване на периода на неговата адаптация, което се отразява в личния дневник; въвеждане на интердисциплинарен екипен подход, като основен механизъм на функциониране на услугата; подготовка и представяне на всяко дете или младеж на клинична среща на екипа; психомоторно стимулиране и кинезитерапия; периодично консултиране с психиатър и клиничен психолог; изготвяне на оценка на потребностите разработване в съответствие с нея на индивидуален план за грижа, който периодично се актуализира; създаване на познавателни, ерготерапевтични и терапевтични ателиета.

- *Дневен център за деца с увреждания – седмична грижа „Мечо Пух“* – разкрита в края на 2013 г. социална услуга за деца с увреждания, застрашени от социално изключване и техните семейства. В нея децата със специални потребности получават индивидуални и групови грижи, които подпомагат оптималното развитие на способностите им и включването им в социалния живот. Предоставяната подкрепа за родителите спомага за намаляване на чувството им за изолация от обществото, помага им да станат по-сигурни и способни да отглеждат дете с увреждане. Услугата позволява на деца с увреждане, отглеждани в семейна

среда, както и на деца, отглеждани в услуги от резидентен тип, да получат безплатно специализирана терапевтична помощ – кинезитерапия, ерготерапия, речева терапия, психологическо консултиране и терапия, качествени услуги за цялостно обслужване за децата през деня, свързани с предоставянето на храна, задоволяване на ежедневните здравни и рехабилитационни потребности, организация на свободното време и лични контакти. Предоставя се специализирана подкрепа на семействата на деца с увреждания: семейно консултиране, седмична заместваща грижа, включване на родителите в родителски групи за взаимопомощ и подкрепа, насърчаване на родителите за включване в родителски мрежи. Това, което отличава този дневен център от други подобни социални услуги, е клиничният подход към работата с деца с физическо или ментално страдание. Той следва модела на Медико-педагогически институт – Куртил, с който Сдружение „Дете и пространство“ работи в партньорство. Там се прилагат методите на Лаканианската психоанализа, въз основа на които заедно с директната работа върху подобряване на физическото и познавателно развитие на детето, възрастният поддържа и поглед отстрани над случващото се с него и го подлага на анализ. Също важна част от този подход е недирективната и насочвана от откритията и изобретенията на детето позиция на терапевтите в центъра. Работата в центъра е подчинена на съвместната дейност на мултидисциплинарен екип. С Фондация „За децата в риск по света“ ефективно се реализира програмата „Сътрудник по привързаността“, където жени, навършили пенсионна възраст с педагогическа правоспособност осигуряват индивидуални занимания с децата.

- *Дневен център за деца с увреждания – седмична грижа, програма „Ранна интервенция“* – услугата е разкрита през 2015 г., като дейностите осигуряващи равен достъп до обществени ресурси, подпомагащи социалното включване са следните: ранна интервенция за деца с висока степен на недоносеност; дневна, полудневна и почасова грижа за новородени и деца от 0 до 3 г. с увреждания, хронични заболявания или ниско тегло; краткосрочно приемане в дневния център на майката и новороденото с увреждане или ниско тегло, ерготерапия при недоносени и новородени деца с увреждания - ранна интервенция в домашна среда; консултиране на родители на новородени, недоносени и деца с физически и психически увреждания от 0 до 7 години. Услугата е новаторска в страната – позволява на майките или семейството да останат за кратък период от време в центъра заедно с недоносеното си бебе или бебе или дете с увреждания. Целта е с помощта на интердисциплинарния екип те да се научат да се грижат за едно дете, което може да изисква особени грижи. Родителите получават специализирана подкрепа в трудния момент на разбирането, че детето им е с увреждане, за което не са предполагали, или за което не се чувстват подготвени. По същество този дневен център е успешна практика за предотвратяването на институционализирането на тези деца в риск. Поради подхода на специалистите в услугата, центърът действа като превенция на изоставянето на недоносени деца, деца с увреждания и други уязвими по тази линия деца. Иновативен аспект в предоставяната социална услуга е ранната интервенция за деца със зрителни нарушения.

- *Дневен център за младежи с увреждания* – разкрита през 2014 г. социална услуга за млади хора с увреждания от 18 до 29 години, застрашени от социално изключване и техните семейства. В нея младежите със специални потребности получават индивидуални и групови грижи, които подпомагат оптималното развитие на способностите им и включването им в социалния живот. Младежите с увреждания, отглеждани в семейна среда, както и тези, отглеждани в услуги от резидентен тип, получават комплексна специализирана терапевтична помощ. Работата със специалисти помага за разширяване на възможностите за социално включване, тъй като тази целева група е сред най-рисковите, застрашени от

социално изключване. Иновативния аспект в предоставяната социална услуга е клиничния подход, отличаващ се от стандартно насочените към деца със специфични потребности когнитивно-поведенчески методи.

- *Център за социална интеграция и рехабилитация – Детски кът за развитие* – първата в България интегрирана здравно-социална услуга за деца и юноши с проблеми в психичното развитие и симптоми на психично страдание, застрашени от социално изключване и техните семейства. Иновативната здравно-социална услуга, разкрита през 2015 г. им позволява да получат безплатно специализирана терапевтична помощ и психологична подкрепа. В центъра децата и юношите с психични проблеми получават индивидуално подходящи грижи, които подпомагат оптималното развитие на способностите им и включването им в социалния живот (учене, игра, социални връзки). Нуждата от интегрирани здравно-социални услуги за деца с проблеми в психичното развитие и техните семейства се базира на схващането, че основна грижа на обществото трябва да бъде запазване на достойнството и осигуряване във възможно най-висока степен качеството на живота за всички отделни негови членове [4].

1.2. Иновативни и добри практики в системата на социалните услуги за лица с психични разстройства в община Русе.

През 2016 г., НАСО връчва Награда за активно партньорство и качество на социалните услуги за 2015 г., категория „Социални услуги“ на Център за психично здраве – Русе, който е партньор на общината при предоставянето на интегрирани социални услуги за лица с психични разстройства. Център за психично здраве – Русе, включва четири стационарни отделения, работилници за трудова рехабилитация, две защитени жилища за възрастни хора с психични разстройства, три центъра за настаняване от семеен тип, център за социална рехабилитация и интеграция, дневен център за лица с психични разстройства и зависимости, диагностично-консултативно звено и администрация, като обединява под един „покрив“ най-много социални услуги за хора с психични разстройства в Русе. Центъра постига изключителни постижения в социалната и трудова рехабилитация, насочена към подобряване на уменията, себеизразяване и подобряване на комуникацията на хора с психични разстройства чрез дейности, реализирани в шивашка и тапицерска работилница, ателие за арт-терапия, музикална група, спортна терапия, дейности по озеленяване и почистване [5].

Успешно функционират и три защитени жилища за лица с умствени увреждания, които се управляват от неправителствената организация с голям опит - Фондация „Приятелска подкрепа“.

1.3. Иновативни и добри практики в системата на социалните услуги, предоставяни в специализирани институции.

На територията на община Русе има три специализирани институции за възрастни. В съответствие с приоритетното направление Деинституционализация и подобряване качеството на резидентната грижа в Общинската стратегия за развитие на социалните услуги в община Русе (2016-2020), трябва значително значително да се намали на дела на хората в специализирани институции в Русе, чрез развиване на социални услуги за извеждането им, закриване на институции, развиване на качествени социални услуги от резидентен тип със среда близка до домашната. Функциониращите три специализирани институции за пълнолетни лица, са под управлението на общината, като добрата практика е планирането на работа в посока деинституционализация, чрез разкриване на иновативни услуги в среда, близка до семейната.

Добра практика, е възможността, която общината дава на частни лица, да предоставят социална услуга срещу заплащане – Център за настаняване от семеен тип за стари хора в местността „Липник“ - Дом възможност „Надежда“.

1.4. Иновативни и добри практики в системата за мониторинг на

социалните услуги.

За подобряване на качеството на услугите, периодично се извършват проверки от: вътрешен и външен одит, одити от Договарящи и Управляващи органи на ОП РЧР, Сметната палата, Европейската комисия, като до момента всички изготвени доклади са положителни.

Създадена е практика за предоставяне в община Русе на ежемесечни – финансови, тримесечни и годишни технически отчети от доставчиците на услугите, за проследяване на постигнати резултати с потребителите. Услугите, които се управляват от общината – домовете за стари хора, домашния социален патронаж и социалното предприятие „Обществена трапезария“, също предоставят отчети и работят под методическата подкрепа на експертите от Дирекция „Здравни и социални дейности“.

Въведеният нов модел в работата за съвместни проверки от експерти на двата отдела „Обществено здраве“ и „Социални дейности“, на Дирекция „Здравни и социални дейности“ е довел до значително подобряване на задължителната документация. Резултатите от предоставянето на услугите и дейностите в тях е значително подобро и постоянно се надгражда. Констатираните обстоятелства, даваните препоръки, указания и поставените срокове, имат за цел непрекъснато да подобряват работата в социалните услуги и да преустановят навреме евентуални рискове, проблеми и трудности.

2. Иновативни и добри практики в системата на здравните услуги в община Русе.

Изпълняват се дейностите по План за действие на Община Русе (2015-2017) в изпълнение на Областната стратегия за интегриране на българските граждани от ромски произход и други граждани в уязвимо социално положение. По проект на Община Русе за интеграция на ромите са разкрити два здравни кабинета в квартал „Тракция“, в които работят общопрактикуващ лекар и гинеколог. Проекта има за цел осигуряването на безплатни прегледи на деца и жени от ромски етнос, които са здравно неосигурени. Разкрити се две яслени групи към Детска ясла № 6 гр. Русе, с цел обхващане на деца от етнически малцинства и в риск от социално изключване.

Осигурено е медицинското обслужване на децата и учениците във всички училища и детски градини, като транспортът на медицинските специалисти до някои от селата се поема от бюджета на Общината. Освен това, Община Русе финансира обезпечаването с медицински специалисти и кварталите Образцов чифлик и ДЗС.

Добра практика е финансовото подпомагане на двойки, които имат репродуктивни проблеми по Програма „Асистирана репродукция“, като всяка година общината обезпечават част от необходимите средства за 25 двойки.

Община Русе финансира медицинските прегледи на ученици от 1 до 4 клас за гръбначни изкривявания и рехабилитацията им, както и прегледите на спортуващите деца и ученици.

Като добра практика може да се посочи, че в Община Русе работят двама здравни медиатори от ромски етнос, които активно подпомагат повишаването на здравно-образователната култура на терен и улесняват връзката между институциите и гражданите от ромския етнос. Чрез тяхното съдействие общината подкрепя дейностите по проект „Подобряване на устойчивостта на Националната програма по туберкулоза“, финансиран от Глобалния фонд за борба със СПИН, малария и туберкулоза. Този проект се реализира на местно ниво от Сдружение „Динамика“. Здравните медиатори помагат и на медицинските специалисти в здравните кабинети на училищата, при провеждане на акции за Манту при ученици от 1, 5 и 10 клас.

Добра практика на дирекцията е ролята на младежкия медиатор, който активно участва в дейностите, свързани с интеграцията на лица, напуснали местата за лишаване от свобода, безработни лица и лицата, които са на социални помощи.

Управлението на здравните услуги и медицинските центрове от специалисти с опит, повишават ефективността им, чрез нов модел на предоставянето им - например в Детска млечна кухня - Русе се предлага диетична храна на деца със здравословни проблеми; в Комплексния онкологичен център Русе се предлагат иновативни техники за лечение на онко болните; Центърът за психично здраве ЕООД гр. Русе и Център за консултиране и краткотрайна терапия „Решения“ – активно управлява 8 социални услуги за интеграция на лица с психични разстройства, деменция и със зависимости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Международната и българската практика показват, че инвестирането в развиване на иновативни услуги по превенция на общинско ниво е ефективно по отношение на ранна реакция и предотвратяване на проблеми и по отношение на вложените средства, които са много по-малко на един ползвател в сравнение с услугите, които интервенират спрямо изявили се проблеми. Поради това, приоритетно се развиват услуги по превенция на рискови фактори, ситуации, събития, които могат да водят до или да задълбочават социална изолация и изключване. Тези услуги общинско ниво и са максимално мобилни, за да могат да обхванат възможно най-голям брой ползватели. Те са насочени към подкрепа на семействата и индивидите за оставане в тяхната семейна и домашна среда, развитие на индивидуалните и общностни умения и ресурси, превенция на насилие, различни форми на насилие и експлоатация, превенция на противоправно поведение, социална маргинализация [2].

ЛИТЕРАТУРА

[1] Областна стратегия за развитие на социалните услуги в област Русе 2010 - 2015 г.

[2] Общинска стратегия и план за действие за развитие на социалните услуги в община Русе 2010 – 2015 г.

[3] Обединени детски услуги „Слънчо“, <http://eq-bg.org/bg/obedineni-detski-uslugi-slancho>

[4] Добре дошли в „Дете и пространство“, <http://www.childandspace.com>

[5] Формуляри за описание на добри иновативни практики – община Русе

За контакти:

Диляна Стоилова Пеева, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност „Социални дейности“, IV курс, редовна форма на обучение, тел.: 0898361105, e-mail: diljana_peekva@abv.bg

Научен ръководител: Доц. д-р Сашо Нунев, Русенски университет „Ангел Кънчев“, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел: 0886 802 466, e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Кинезитерапия при нормално протичане на бременността

автор: Мейлин Сали

научен ръководител: ас. д-р Юлияна Пашкунова

The pregnancy, birth and the afterbirth period depend highly on the condition of the organism and the uterine, abdominal and pelvic muscles. Remedial gymnastics is a great way to build up, train and strengthen the muscles, which are directly involved with the birth.

Keywords: pregnancy, birth, physiotherapy – principles, periods, means of application, indications and contraindications.

ВЪВЕДЕНИЕ

Протичането на бременността, раждането и послеродовият период зависят върше много от състоянието на организма, състоянието на маточната, коремната и тазова мускулатура. Лечебната физкултура е прекрасен метод за общо укрепване, за трениране и засилване на мускулатурата, която е пряко ангажирана при раждането.

Натоварването с физически упражнения при жени с нормална бременност се съобразява с периодите на бременността и индивидуалните особености на жената. Положителният ефект от физическото натоварване се изразява с оказване на благоприятен ефект върху регулаторните механизми на ЦНС, като уравновесява процесите на възбуждане и задържане, които често се нарушават по време на бременност. Освен това, поддържа функцията на кардио-респираторната и мускулно-скелетната система, укрепва мускулите на долните крайници и трупа, които играят важна роля в родовия процес, подобрява метаболизма и повишава психо-емоционалното състояние на жената. Кинезитерапията благоприятства за поддържане на външния вид и самочувствието на жената и контролира наддаването на теглото, също така намалява риска от развитие на разширени вени, диабет и хипертония.[2][4]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Изчислена от първия ден на последната менструация продължителността на бременността е 280 дни, което се равнява на 10 лунарни месеца или 40 гестационни седмици. С оглед прилагането на адекватно физическо натоварване, в последните години у нас е приета методика, която разделя кинезитерапията на три периода:

- I период (триместър) – от оплождането до третия месец
- II период (триместър) – от третия до шестия месец
- III период (триместър) – от шестия до раждането.

Периодите за прилагане на кинезитерапията също са три: подготвителен, основен и заключителен. Противопоказани са силния болков синдром, нарушенията във функцията на сърдечно-съдовата и дихателната система, както и фебрилитет над 38°C.[2, 3] При прилагане на кинезитерапията се спазва индивидуалния подход и системност при въздействие на упражненията. Постепенно нараства натоварването и продължителността на прилагането на комплекса. Целта на упражненията по време на бременността е физически и психически да подготви жената за раждането.

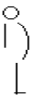
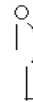
Първата фаза обхваща първите 16 седмици от бременността, тогава матката все още чувства плода като чуждо тяло и проявява склонност да го изтласка. Налице са смущения от страна на вегетативната нервна система: виене на свят, гадене, повръщане, по-често уриниране. Имплантирането на яйцеклетката става между 7-10 ден след оплождането. Теглото на бременната се увеличава незначително – около

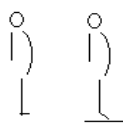
1-2 кг. Поради хормонални промени емоционалното ѝ състояние не е стабилно – тя е лесно раздразнителна, с повишена чувствителност. До края на третия лунарен месец плодът все още не е достатъчно здраво закрепен за маточната стена и има опасност от аборт. В края на периода той достига дължина 13-17 см и тегло около 100гр. Прилагането на кинезитерапията трябва да се съобрази с моментното състояние на жената и при необходимост временно да се отложи. Задачите на кинезитерапията през този период са свързани с подобряване обмяната на веществата, усвояването на калция и фосфора, за да се осигурят градивни вещества за плода. С подобряване общото състояние на организма се подпомага износването на плода и успешното раждане. Освен това се уравновесяват нервно-вегетативните процеси и се повлиява върху психиката на жената. Упражненията през този период трябва да са леки, свободни, прости по координация и с намалена дозировка. Задължително се редуват с дихателни упражнения. Мускулите на коремната стена, бедрата и седалището се включват много внимателно, като се избягва увеличаването на вътрекоремното налягане, за да не се дразни матката. През тази фаза продължителността на заниманията е 15-20 минути. Темпът е бавен до умерен. Противопоказани са бягане, скачане и вдигане на тежести. Избягват се упражнения за коремната преса, тазобедрените стави и движения на таза, които увеличават притока на кръв към органите на малкия таз.[2][4]

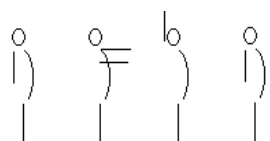
Табл. 1. Схема на процедурата по кинезитерапия през първия триместър на бременността

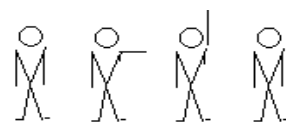
Част на процедурата	Използвани средства на КТ	Времетраене	Методически указания
Подготвителен	-Ходене ➤ на пръсти ➤ на пети -Дих.упражнения -Елементарни упрж. за долни и горни кр.	5-8 минути	Бавен темп
Основен	-Дих. гимн – редуване на гръдно, диафрагмално и коремно дишане -Упрж. за координация -Упражнения за коремната стена	10-15 минути	Изходните положения са стоеж, тилен и страничен лег, колянна и коляно-лакътна опора и седеж. Умерен темп
Заключителен	-Релаксиращи упражнения -дихателни упражнения	5-7 минути	Бавен темп

Примерен комплекс по лечебна гимнастика за бременни през първата фаза на бременността

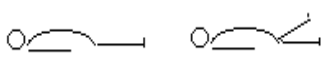
1.  Статично гръдно дишане 1-2 мин.
2.  (х) Ходене 1 мин.

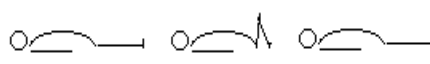
3.  (х) Ходене на пръсти 20,30 стъпки

4.  Повдигане на ръце напред и след това през напред до горе от стоеж. Дозировка 7-8 пъти.

5.  Повдигане на лява ръка встрани и след това до горе. Дозировка 5,6 пъти. Упражнението се изпълнява и с дясна ръка.

6.  Наклон наляво, с оптягане на лява ръка над глава. Упражнението се изпълнява и на дясната страна. Дозировка 5,6 пъти.

7.  Абдукция на ляв крак, връщане в изходно положение; абдукция на десен крак, връщане към изходна позиция. Дозировка 5,6 пъти.

8.  Едновременна флексия в коленни стави от изходно положение тилен лег. Дозировка 5,6 пъти, [3][5]

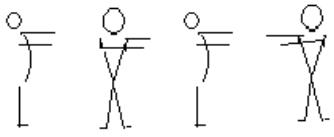
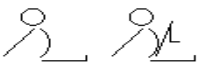
Втория период на бременността обхваща от 17 до 32 гестационна седмица. Плодът достига дължина около 30 см и тегло около 600гр. Към 20 седмица движенията му започват да се усещат. Този период е най-подходящ за прилагане на кинезитерапия, тъй като нервно-хуморалните реакции са уравновесени, вследствие на което изчезват оплакванията от страна на вегетативната нервна система. Подобрява се сънят, апетитът и самочувствието на бременната. Тя вече е привикнала както психически, така и физически с бременността. С напредване на бременността матката се уголемява, излиза от малкия таз и притиска диафрагмата, с което затруднява дишането. Основната цел на кинезитерапията през този период е да се повишат функционалните възможности на тазовата и коремна мускулатура с оглед подготовката за предстоящото раждане. Задачите на кинезитерапията са да се постигне психо-емоционално и физическо тонизиране, да се засилят коремната и гръбна мускулатура и да се подобри еластичността на мускулите около тазовото дъно. Необходимо е обучение във волево съкращение на мускулите от тазово дъно, увеличаване подвижността на тазобедрените и сакроилиачните стави. Пациентките се обучават в пълноценно дишане при напрегната коремна стена. Цели се още подобряване и поддържане на равновесните реакции, подпомагане на кръвообращението и профилактика на застойните явления на долните крайници,

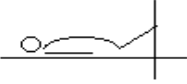
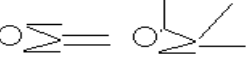
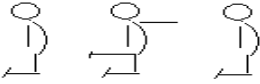
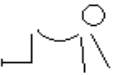
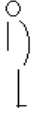
както и обучение в правилно телодържане. Това се постига чрез дихателни упражнения, упражнения за коремната мускулатура, упражнения по Кегел, стречинг упражнения и такива за подобряване на позата и равновесието. Продължителността на процедурата е между 30-45 минути. Темпът на изпълнение е умерен. Освен заниманията в залата за лечебна физкултура е желателно още да се правят разходки и плуване. Противопоказано е вдигането на тежести.[1][2][4]

Табл. 2. Схема на процедурата по кинезитерапия през втория триместър на бременността

Част на процедурата	Използвани средства на КТ	Времетраене	Методически указания
Подготвителна	-ОРУ -Дихн. гимн. -Разхлабващи упрж.	8-10 минути	Бавен темп
Основна	-Акт.упрж. -Дих.упрж. -Упрж. за коремната преса -Упрж. по Кегел -Стречинг -Аеробни упрж. -Упрж. за равновесие	20-25 минути	ИП – стоеж, тилен и страничен лег, колянна и коляно-лакътна опора и седеж. Умерен темп
Заклучителна	-Релаксиращи упрж. -Дих.упрж.	5-7 минути	Умерен темп

Примерен комплекс по лечебна гимнастика за бременни през втората фаза на бременността

- 
 1. (х) Ходене с едновременно изпълняване на упражнения с горни крайници, 1-2 мин.
- 
 2. (х) Статично гръдно дишане.
- 
 3. Изходно положение стоеж с ръце напред. Извивки наляво и надясно. Дозировка 5-6 пъти на всяка страна.
- 
 4. Изходно положение колянка с ръце на кръста. Изнасяне на ляв крак назад, връщане към изходно положение и след това на десен крак. Дозировка 5-6 пъти за всеки крак.
- 
 5. Изходно положение опорен седеж. Повдигане на ляв крак с флексия в коляна става, връщане към изходно положение. Същото се изпълнява и с десен крак. Дозировка 4,5 за всеки крак.

6.  Изходно положение тилен лег с крака опрени на стена на височина 30 см. Абдукция на десен крак вдясно, връщане в изходно положение. Абдукция на ляв крак в ляво и връщане към изходно положение. Дозировка 5,6 пъти.
7.  Изходно положение страничен лег на дясната страна. Едновременно абдукция на лява ръка и ляв крак, връщане в изходно положение. Дозировка 5,6 пъти. Упражнението се изпълнява и с дясната страна от изходно положение страничен лег на лявата страна.
8.  Изходно положение колянка. Повдигане на дясна ръка напред, с оптягане на десен крак назад, едновременно и връщане към изходно положение. Упражнението се изпълнява и с лява ръка и ляв крак. Дозировка 5,6 пъти.
9.  Мечешко ходене.
10.  (х) Ходене с леко разлюляване на долни и горни крайници. Дозировка 1-2 мин., [3][5]

Третият период е свързан с най-големи промени в организма на жената, той обхваща времето от 33-та седмица до раждането. Матката е силно уголемена, дъното ѝ достига долната ребрена дъга. Дишането е силно затруднено, поради ограниченото движение на диафрагмата. Сърцето заема почти хоризонтално положение, затруднява се и функцията на коремните органи. Появяват се явления на констипация, а поради притискането на големите кръвоносни и лимфни съдове се наблюдават застойни явления на долните крайници, като разширени вени и отоци. Задълбочава се поясната лордоза, а увеличеното тегло и измественият напред център на тежестта затрудняват равновесието и походката, което предизвиква болки в гърба и кръста. След 36-та гестационна седмица матката се смъква надолу и освобождава частично дишането и кръвообращението. За нормално се счита раждане между 38-42 седмица. Дължината на плода е 45-50 см, а теглото около 3 кг.

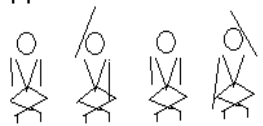
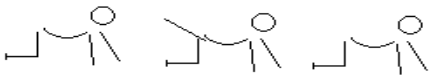
Продължителността на процедурата по кинезитерапия намалява до 20 минути, като се дават чести паузи. Увеличават се дихателните упражнения, както и тези за релаксация и разхлабване. Изключват се упражненията с обръщане, извивките на трупа и наклоните напред. Цялата процедура се изпълнява с бавен темп, без задържане на дишането. Подходящите изходни положения са колянна опора, седеж на стол и страничен лег. Задачите през този период са свързани с обучение и тренировка в ритмично дълбоко гръдно дишане и продължително издишване, както и обучение във волево релаксиране на коремната мускулатура. Целта е облекчаване на болките в гърба, борбата със застойните явления и намаляване на

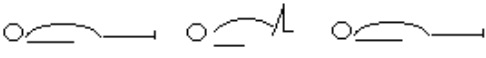
отоците и други субективни оплаквания. Поддържа се гъвкавостта в ставите на долните крайници и се допринася за положителното психо-емоционално състояние. Прилагат се упражнения за гръбна и коремна мускулатура, активни упражнения за тазобедрени стави, дихателна гимнастика и упражнения с уреди и на уреди.[1][2][4]

Табл. 3. Схема на процедурата по кинезитерапия през третия триместър на бременността

Част на процедурата	Използвани средства на КТ	Времетраене	Методически указания
Подготвителна	-ОРУ за долни и горни крайници -Дих. упрж. -Релаксиращи упражнения	5-7 минути	Бавен темп
Основна	-Акт.упрж. за ТБС -Дих.упрж. -Упрж. за коремна мускл. -Дих.упрж. -Упрж. с/на уреди	10-15 минути	ИП – стоеж, страничен лег, колянна опора и седеж на стол. Бавен темп. Ниска плътност. Малка амплитуда.
Заклучителна	-Релаксиращи упрж. -Дих.упрж.	5-7 минути	Бавен темп

Примерен комплекс по лечебна гимнастика за бременни през третата фаза на бременността

-  (х) Ходене в кръг, с динамични дихателни упражнения, 1-2 мин.
-  Дорзална/Плантарна флексия за глезени стави от изходно положение седеж на стол 8-10 пъти за всеки крак.
-  Наклон наляво след това надясно от изходно положение свит кръстосан седеж. 5-6 пъти.
-  Изходно положение тилен лег на легло, краката повдигнати на стена на височина 30см от леглото. Повдигане на десен крак свит в колянна става и отвеждане настрани. След това упражнението се изпълнява с ляв крак. Дозировка 5-6 пъти.
-  Изходно положение колянна опора. Повдигане на оптегнат десен крак, връщане в изходно положение, след което същото упражнение се изпълнява с ляв крак. Дозировка 5-6 пъти.

6.  Изходно положение колянка с ръце на кръста. Изнасяне на ляв крак и лява ръка назад, връщане към изходно положение и след това на десен крак и дясна ръка. Дозировка 5-6 пъти.
7.  Изходно положение тилен лег с флексия в колени стави. Леко повдигане на таза, 4-5 пъти.
8.  (x) Ходене сразлюляване на долни и горни крайници, 1-2 мин., [3][5]

По време на цялата бременност се препоръчват разходките. От спортовете особено подходящ е плуването, тъй като осигурява отбременяване на гръбначния стълб, подобрява функцията на дихателната система и засилва мускулите на цялото тяло.[2]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Всяка майка желае да даде на своето бебе най-добрия старт в живота. Тайната на това е да провежда физическа подготовка на организма през бременността и след раждане, което ще подобри физическото състояние на майката и бебето, както и ще повиши общата издръжливост на майката и ще и помогне да се подготви пълноценно за предстоящото раждане, което ще протече сравнително по-леко.[3]

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Дияна Попова-Добрева – Тазово-Дънна Кинезитерапия, „Тип-топ прес“, 2011.
- [2] Доц. Николай Е. Попов – Въведение в кинезитерапията – основни средства и методи, „НСА ПРЕС“.
- [3] Ирина Нешева – Гимнастика за бременната, майката, бебето и детето – полезни съвети „БЕСТСЕЛЪР“, С., 2006.
- [4] П. Парашкевова – Кинезитерапия в акушерството и гинекологията, РУ „Ангел Кънчев“ Р., 2015.
- [5] Проф. Видьо В. Желев – Физиотерапия II част (Практическа – Средства на Физиотерапията), С., 2011

За контакти:

Мейлин Сали, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Специалност „Кинезитерапия“, е-mail: meylinbenan@gmail.com

Научен ръководител: ас. д-р Юлияна Пашкунова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел. 0889/255301, е-mail: juli.pashkunova@abv.bg

Кинезитерапия при патологично протичане на бременността

автор: Мейлин Сали
научен ръководител: ас. д-р Юлияна Пашкунова

The appliance of physiotherapy on women who undergo a pathological pregnancy is necessary in order to prevent a number of negative consequences for the growth of the fruit and to make a pregnant woman's condition better.

Keywords: pregnancy, pathological complications, physiotherapy, indications and contraindications.

ВЪВЕДЕНИЕ

Прилагането на кинезитерапия при жени с патологично протичаща бременност е наложително, за да се предотвратят сериозните негативни последици за развитието на плода и да се подпомогне състоянието на бременната жена. Кинезитерапията при жени с патологична бременност води до регулиране на равновесието на коровите и невровегетативните процеси, подобряване на функцията на дихателна и сърдечно-съдовата система, нормализиране на тонуса на стомашно-чревния тракт, тонизиране на мускулите на коремната стена, гърба, седалището и тазовото дъно. Чрез лечебната гимнастика се поддържа и подобрява обема на движение в тазобедрените стави и се запазва и подобрява равновесието и координацията. Противопоказани за приложението ѝ са остри фебрилни състояния, тежки интоксикации, изразената албуминурия и заболяванията на сърдечно-съдовата система. Кинезитерапията се прекратява незабавно при поява на генитални кръвотечения, на маточни контракции, както и при наличие на болки ниско в кръста.[2][4]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Едни от най-честите усложнения, които могат да настъпят при бременност са *emesis gravidarum* и *hyperemesis gravidarum*. *Emesis gravidarum* представлява гадене и повръщане предимно сутрин, след ставане, без особено засягане на общото състояние на жената. При това състояние специфично лечение не се налага. Обикновено след навлизане във втория триместър на бременността, оплакванията спонтанно отшумяват. Докато при *hyperemesis gravidarum* се наблюдава абнормно повръщане (5-15 пъти на ден) свързано с разстройство на метаболизма, ацидоза и дехидратация. Жената няма апетит, отслабва и се дехидратира, наблюдава се и тахикардия. Нарушен е електролитния баланс. Лечението се състои във венозни вливания на физиологичен разтвор и глюкоза, поливитаминни препарати и антимиетици. Препоръчва се бременната да прекарва повече време на открито, да се храни често и по-малко.

Кинезитерапията при жени, които страдат от *emesis gravidarum* и *hyperemesis gravidarum* се разделя на два периода – подготвителен и основен. Задачите ѝ са свързани с подтискане на рефлексорно повишената възбудимост на центъра на повръщане и регулиране на нервно-възбудните процеси в кората и подкорията, подобряване дейността на стомашно-чревния тракт и преодоляване на смущенията в обмяната на веществата.

При първите прояви на *emesis gravidarum* се прилага утринната гимнастика с продължителност 6-8 минути. Подбират се лесни, елементарни упражнения, които да активират колкото се може повече мускулни групи. Изходните положения са тилен лег и стоеж. При позив за повръщане се дава няколкократно дълбоко вдишване и издишване. Продължителността на гимнастиката постепенно се увеличава на 12-15 минути. Кинезитерапията се провежда всекидневно, като упражненията се изпълняват в бавен темп. Комплекса по лечебна гимнастика при

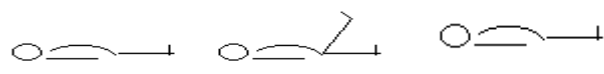
бременни с емеzis гравидариум се изпълнява сутрин два часа след хранене в предварително проветрена стая. [2][4]

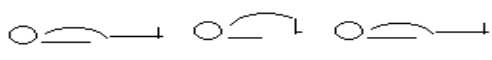
Примерен комплекс по лечебна гимнастика при бременни с емеzis гравидариум в болнични условия

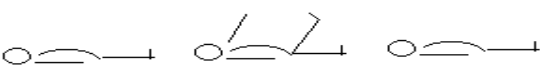
Първи, втори ден след поставяне на диагнозата:

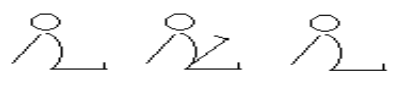
1.  Статично гръдно дишане.

2.  (x) Ходене 1-2 мин.

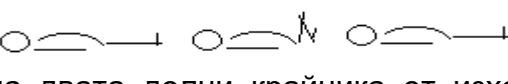
3.  Повдигане на ляв крак, след това на десен, от изходно положение тилен лег. Дозировка 5,6 пъти за всеки крак.

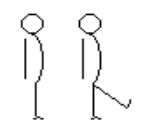
4.  Повдигане на таза от тилен лег. Дозировка 5,6 пъти

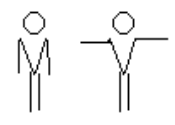
5.  Повдигане на лява ръка и ляв крак едновременно след това на дясна ръка и десен крак, от изходна позиция тилен лег. Дозировка 5,6 пъти за всяка страна.

6.  Абдукция на краката от изходно положение седеж. Дозировка 5,6 пъти.

7.  Абдукция на ръце и крака едновременно, от изходно положение тилен лег. Дозировка 5,6 пъти.

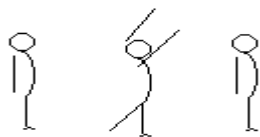
8.  Едновременна флексия в коляна става на двата долни крайника от изходна позиция тилен лег. Дозировка 5,6 пъти.

9.  Махове с десен, след това с противоположен ляв крак. Дозировка 5,6 пъти.

10.  Извивки наляво и надясно, от изходна позиция стоеж с ръце встрани. Дозировка 5,6 пъти.

11.  (x) Ходене 1-2 мин. [3][5]

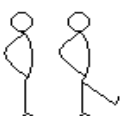
През трети и четвърти ден се добавят още няколко упражнения към комплекса, които се изпълняват след второ упражнение. Времетраенето на комплекса достига 8-10мин., темпа на изпълнение е бавен. [4]



1. Повдигане на ръце през напред до горе, с едновременно изнасяне на ляв крак назад. Упражнението се повтаря и с десен крак. Дозировка 5,6 пъти.



2. Абдукция на лява ръка и ляв крак от изходна позиция стоеж. Същото упражнение се изпълнява и с дясна ръка и десен крак. Дозировка 5,6 пъти.



3. Външни и вътрешни кръгове първо с дясно след това с ляво ходило от стоеж с ръце на хълбок. Дозировка 5,6 пъти.

През 5,6,7 ден се изпълняват всички упражнения до тук, като се добавят още няколко упражнения след пето. Времетраенето достига до 15/16мин. Упражненията се изпълняват като се редуват с ритмично дишане.[4]



1. Двукратен ляв напад първо с десен, след това с ляв крак. Дозировка 5,6 пъти.



2. Повдигане на ляв, след това на десен крак от изходна позиция колянна опора. Дозировка 5,6 пъти.



3. Изнасяне на лява ръка и ляв крак назад от изходна позиция колянна. Упражнението се повтаря с дясна ръка и десен крак. Дозировка 5,6 пъти.



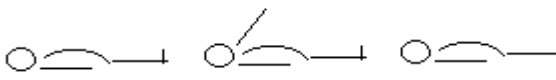
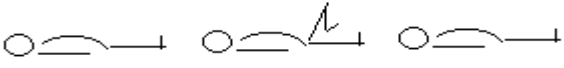
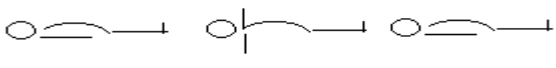
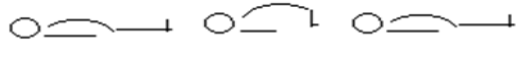
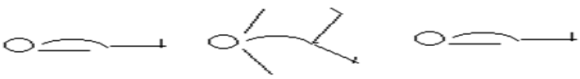
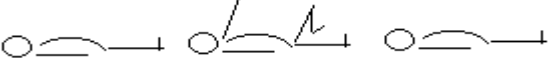
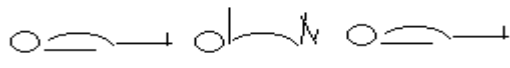
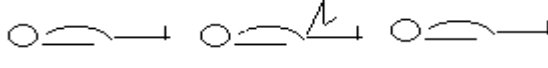
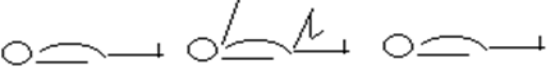
4. Повдигане на двата крака едновременно от изходно положение тилен лег, извършване на флексия в колянна става, оптягане на краката и връщане в изходно положение. Дозировка 5,6 пъти.



5. Отвеждане на краката в ляво и дясно, от изходно положение тилен лег с флексия в колени стави, докато бедрата опрат чаршафа. Дозировка 5,6 пъти.[3][5]

Комплекса се изпълнява до края на третия месец. След това се изпълняват упражнения от комплексите при нормално протичаща бременност. При позиви за повръщане се дава вдишване три пъти през носа и издишване през устата.[4]

Примерен комплекс по лечебна гимнастика при бременни с хиперемезис гравидарум в болнични условия

1.  Повдигане на лява и след това на дясна ръка от изходна позиция тилен лег. Дозировка 5,6 пъти.
2.  Флексия в колянна става от изходно положение тилен лег, първо с единия след това с другия крак. Дозировка 5,6 пъти.
3.  Абдукция на двете ръце едновременно от изходно положение тилен лег. Дозировка 5,6 пъти.
4.  Повдигане на таза от изходно положение тилен лег. Дозировка 5,6 пъти.
5.  Едновременна абдукция на ръце и крака от тилен лег. Дозировка 5,6 пъти.
6.  Едновременно повдигане на дясна ръка с флексия в дясна колянна става. След това упражнението се изпълнява с лява ръка и ляв крак. Дозировка 5,6 пъти.
7.  Едновременно повдигане на ръцете, с флектиране на краката в колянна става. Дозировка 5,6 пъти.
8.  Флексия на единия и след това на другия крак в колянна става последователно, с разминаване. Дозировка 5,6 пъти.
9.  Повдигане на лява ръка с едновременна флексия в лява колянна става. След което упражнението се изпълнява с дясна ръка и десен крак. Дозировка 5,6 пъти.
10.  Трикратно, продължително, шептящо вдишване през носа и издишване през устата, от изходно положение тилен лег с флектирани колени стави.
11.  Махове първо с десен след това с ляв крак. Дозировка 5,6 пъти за всеки крак.



12. Абдукция на лява ръка и ляв крак едновременно от стоеж. След което упражнението се изпълнява с дясна ръка и десен крак. Дозировка 5,6 пъти.[3][5]

Нормално до третия месец симптомите спират и след това се преминава към основен период на кинезитерапия, през който се изпълняват упражнения от комплексите за нормално протичаща бременност.[4]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Жизнения цикъл при жените има свои специфични особености, които налагат вземането на своевременни превантивни и лечебни мерки за предотвратяване на негативни промени в здравословното състояние. Патологичната бременност е един от основните обекти на кинезитерапия за женското здраве. Жените с проблемна или патологична бременност, както и тези, които имат придружаващи заболявания, подлежат на специален двигателен режим, съгласуван със специалист акушер гинеколог.[2]

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Дияна Попова-Добрева – Тазово-Дънна Кинезитерапия, „Тип-топ прес“, 2011.
[2] Доц.Николай Е.Попов – Въведение в кинезитерапията – основни средства и методи, „НСА ПРЕС“.
[3] Ирина Нешева – Гимнастика за бременната, майката, бебето и детето – полезни съвети „БЕСТСЕЛЪР“, С., 2006.
[4] П.Парашкевова – Кинезитерапия в акушерството и гинекологията , РУ“Ангел Кънчев“ Р., 2015.
[5] Проф. Видьо В. Желев – Физиотерапия II част (Практическа – Средства на Физиотерапията), С, 2011

За контакти:

Мейлин Сали, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Специалност „Кинезитерапия“, е-mail: meylinbenan@gmail.com

Научен ръководител: ас. д-р Юлияна Пашкунова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел. 0889/255301, е-mail: juli.pashkunova@abv.bg

Хранителни зависимости – същност и фактори на възникване

автор: Ивайло Любенов

научен ръководител: доц. Д-р Сашо Нунев

Summary: Addictive behaviour is immediately related to abuse with the usage of certain things, such as some substances, medicines, food, affection to people and so on... As deviant behaviour it can be subsectioned to variety of subspecies, defined by addiction and activity. Speaking of it, there are different types of addictive substances, for example drugs or psychoactive substances, which have oppressive or stimulating effect to the nerve system, doing temporary changes in the mindset, memory, senses, emotions and deportment. Beside illegal drugs, there are also legal drugs, used on everyday basis, like alcohol, caffeine and nicotine. The most used legal psychoactive substances are food, game, computer games, sex and even destructive religious cults.

Key words: *addictive behaviour, addictive substances, substances, medicines, addictions, psychoactive substances.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Зависимото поведение (адиктивно поведение) е непосредствено обвързано със злоупотребата от страна на личността с определени обекти (вещества, медикаменти, храна, дейности, привързаност към хора и др.), както и с нарушения в нейните потребности. Като вид девиантно поведение то може да се подраздели на редица подвидове, определени от обект на зависимост и форма на активност. В тази насока могат да се посочат определени обекти на зависимост: наркотици или психоактивни вещества (химически субстанции, въздействащи потискащо или стимулиращо на централната нервна система и влияят на психичното състояние като създават временни изменения на мисленето, паметта, възприятията, настроението, съзнанието, поведението, емоциите; легални и нелегални наркотици; естествени, синтетични и полусинтетични); алкохол, кофеин и никотин (най-често използваните легални психоактивни вещества); храна; хазартни, компютърни и други игри; секс; деструктивни религиозни или други култове.

ИЗЛОЖЕНИЕ

В обхвата на понятието „девиантно поведение“ се включва и зависимото поведение на личността, което представлява актуален и сериозен социален проблем поради оказваното негативно въздействие по отношение на създаване на условия за противоречия и конфликти с обкръжението, загуба на работоспособност и на трудова заетост, извършване на противообществени и криминални прояви и др [1].

В съвременните условия това е едно от динамично проявяващата се форма на девиантно поведение, която постепенно снижава възрастовата си граница и създава сериозни проблеми в социалната сфера и областта на психичното здраве. Могат да се диференцират следните видове зависимо поведение: химическа зависимост (алкохол, кофеин, никотин, психоактивни вещества); зависимост от лекарствени вещества (зависимост към барбитурати, характеризираща се със злоупотреба със сънотворни вещества; зависимост към стимулатори на нервната система за повишаване на работоспособността, преодоляване на умора, стимулиране на мозъчната дейност); зависимост от храна (анорексия, булимия); зависимост от игри (компютърни, интернет и хазартни игри); сексуална зависимост (натрапчиви сексуални мисли и действия, водещи до неспособност за контролиране на сексуалните импулси); *зависимост от деструктивни религиозни или други култове* [3] (религиозен фанатизъм, сектинство); кръстосани зависимости (системна

злоупотреба с две или повече психоактивни вещества, принадлежащи към различни групи).

Същност

Анорексията и булимията са две заболявания, които засягат предимно жените и момичета на възраст 16-30 години. Те са свързани с нарушения на хранителното поведение.

Анорексията се характеризира с поднормено тегло (най-малко 15% по-ниско от нормалното за съответния ръст и възраст), което се самопредизвиква от болните чрез гладуване или силно ограничаване на храненето. Възможно е причина за това да са прекомерни физически упражнения, взимане на диуретични (пикочогонни) или разхлабващи лекарства или самопредизвикано повръщане. Наблюдава се силен постоянен страх от наддаване на теглото. Болните могат да чувстват подуване на корема даже и след приемане на малки количества храна, имат чувство за студ, непрекъснато са уморени, апатични, могат да имат запек, болки в стомаха и други болестни симптоми. Често настъпват хормонални нарушения, които могат да доведат до спиране на менструацията и безплодие. Анорексията може да бъде причина за нарушения и забавяне на развитието през пубертета, за възникване на остеопороза, увреждания на сърцето, черния дроб, бъбреците. Болните обикновено губят интерес към всички социални контакти и често са с депресия. При липса на лечение може да се стигне до смърт на болния.

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

Булимия – болесо засилен хранителен нагон, патологично рязко усилено чувство на глад, не рядко съпроводено от обща слабост и болки в стомаха. Това, което свързва тези две разстройства са определени тревоги за формата и теглото на тялото. Тези тревоги и obsесивни мисли са ообени за анорексия и булимия и са от голямо диагностично значение. Наблюдават се промени в хранителното поведение на болния. Манифестират се следните когнитивно-поведенчески модели:

- ✓ прогресивна редукция (намаляване) на храната и честотата на храненето, създаване на строги хранителни правила, храни с ниска или пък с много висока калоричност (при булимия);
- ✓ чувство на задоволство от себе си, добра самооценка, когато лицето успява да се справи с поддържането на диета, и обратно чувство на вина, когато лицето е яло много, или по неправилен начин;
- ✓ начин на хранене – рязане на храната на много малки парченца; много бавно хранене; консумиране на дъвки и други от този род, за да се дъвче, повишено количество на консумация на топли напитки – чай, кафе и ниско калорични течности;
- ✓ obsесивно пресмятане на приетите калории;
- ✓ приемане на еднообразна храна;

- ✓ неприемане и апромени по отношение правилата на хранене, както и неприемане на внимание и неочаквани погледи от другите по време на хранене – всяка такава промяна и наблюдение предизвиква тревога и напрежение;
- ✓ засилен интерес към всичко свързано с кухнята и особено голям интерес към здравословното хранене и различните видове диети;

Причини водещи до хранителни зависимости

Булимия

Най-честата причина за появата на булимия е депресията. В периоди на отчаяние и неудовлетвореност, булимичите изпадат в кризи, при които за около 2 часа са в състояние да погълнат над 3000 калории. Високовъглеродните, сладки и тестени храни се консумират в неограничени количества. Следва самосъжаление за проявената липса на воля и спешно търсене на начин за изхвърляне на приетото количество храна – предизвикване на повръщане. Извън пристъпите булимичите спазват строг диетичен режим с дълъг списък от забранени храни и крайно ограничен калориен прием. Булимичното поведение може да бъде отключено и от наднормено тегло в миналото (в детството или в пубертета), което е оставило манията за свръхконтрол на килограмите. Както вече споменах, прекаралите анорексия са особено застрашени и от булимия. Освен това понякога анорексичите също изпадат в булимични кризи.

Анорексия

Към настоящият момент точната причина за възникването на анорексията не е открита. Изследванията в областта на медицината и психологията продължават да изучават възможните причини за появата на този тип хранително и психологическо разстройство. Според някои експерти в основата на анорексията стоят социалните и семейните фактори. При много от пациентите с анорексия, порочният и деструктивен хранителен цикъл започва именно заради необходимостта, която обществото им налага, а именно да бъдат слаби и привлекателни. Ниското самочувствие и ниската самооценка задълбочават проблема дори повече. Според други изследователи в тази област, тази форма на хранително и психологическо разстройство се дължи на конкретен тип дисфункция, често наблюдавана сред семействата на пациенти, страдащи от анорексия. Често членовете на едно семейство стават толкова зависими един от друг, че никой от тях не може да постигне своята собствена идентичност като човек. По този начин членовете на семейството престават да функционират като здрави индивиди и стават зависими от околните в търсене на своята идентичност. При децата, част от тази дисфункция се дължи на страха от порастване (особено при момичетата). Ограничителните диети могат да попречат на телата им да се развият по нормален начин, а начинът им на мислене ограничава процеса на съзряване и поддържа връзката родител-дете, на която семейството е толкова свикнало да разчита.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Зависимото поведение разглеждано като заболяване изисква специализирана помощ [2]. По този начин човекът със зависимост в определена степен се разглежда като субект с присъща за него предразположеност към зависимост от определени обекти. Човекът със зависимо поведение трябва непрекъснато да се бори и съпротивлява с този си начин на живот.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Нунев, С., Лекционен курс по „Социална работа с хора с девиантно поведение“, 2015г.

[2] Дирекция „Превенции“ – Община Варна. Наркотици и наркомании. ИК „Стено - Варна“, Варна, брой 5-6, 2010.

[3] А. Димитрий, „Наркомания“ - из книгата "Православният възглед за душевните болести", 2010.

За контакти:

Ивайло Любенов, студент – редовно обучение, Специалност „Социални дейности“, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 0877 368 456, e-mail: ivailolubenovv@abv.bg

Научен ръководител: Доц. Д-р Сашо Нунев, Русенски университет „Ангел Кънчев“, ФОЗЗГ, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Социалната работа със семейства и фамилна терапия

автор: Елиз Зюхтюева Арунова

научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев

Summary: *By accepting the family as an object of social work, it must be taken into account that it is a complex social system in contact with which it is necessary to take into account some of its characteristic features such as: structure, set of rules, roles and forms of communication, ways to solve problems, traditions and history of development.*

Key words: *social work with family, family therapy, system, functions, social worker*

ВЪВЕДЕНИЕ

Социалната работа е съвкупност от дейности със социален, икономически, психологически, педагогически, медицински и правен характер, чиято основна цел е възстановяване и поддържане на личния и обществен статус на индивида с помощта на различни средства – държавни, недържавни, национални, локални. Социалната работа като особено актуална и необходима, основно подпомагаща дейност, е насочена към преодоляване и облекчаване на множество рискове, които съпътстват живота на отделни семейства, лица и обществени групи.

Социалната работа със семейства, осъществявана от социален работник, исторически предхожда фамилната терапия като вид практика. Семейството е дефинирано така, че да включва широк спектър от връзки които не съвпадат с традиционната представа за семейство от двама родители. Нарастващия брой семейства с един родител, както семействата, формирани от партньори – хомосексуалисти или лесбийки, например, разшириха разбиранията ни за понятието семейство.

Под социален обект се разбира лица, група от лица, семейства или друга обособена общност от хора, които се намират в един или друг социален риск (може и съчетание от няколко социални риска) и за които е необходимо да се осигури социална защита. Социалните обекти се различават не само по вида и степента на риска, от който са засегнати, но и по възраст, социален и семеен статус, притежавано или не българско гражданство и др. Даже в рамките на един вид риск, например – някакво увреждане - обектите могат да бъдат с много съществени различия: възрастови, степен на инвалидност, по материален статус, с близки родственици или без такива. В условията на интензивните и не дотам успешни икономически пазарни реформи голяма част от населението има нужда от подкрепа и солидарност на основните си права и тяхното задоволяване като свобода, здраве, образование и др., и преди всичко достоен начин на живот. Появяват се социални неравновесия при функционирането на човешкия живот, семействата и социалните групи. За да се преодолеят тези неравновесия се използват и прилагат подходящи методи, средства, специалисти и организации за оказване на взаимопомощ. Социалната работа много често е свързана със семейството. Исторически, повечето подходи в тази сфера са съсредоточени върху индивидуалната патология, която е разглеждана като признак на семейна дисфункция.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Семейството се схваща в системата на социалната работа като първична институция за социално осигуряване, за задоволяване на социалните, образователни и здравни потребности на членовете. Социалната работа със семейството е съвкупност от дейности от различно естество, насочени към национална защита и подкрепа на семействата с оглед на тяхното оптимално адаптиране.

Семейството, независимо дали е основано на брак, съжителство или кръвна връзка, представлява малка социална група, членовете на която са обвързани помежду си с отговорности и емоционална близост.

Всяка семейна система се състои от подсистеми (напр. брачна, субсистема на децата, субсистема на братята и сестрите, субсистема „майка-дъщеря“ или баща-син и т.н), които също функционират по определен начин. Като прибавим и значението на супрасистемата – външната система за функционирането на семейството, става ясно колко комплицирана е дейността на социалния работник.

Семейната система се подчинява на два основни закона в съществуването си – Закон за хомеостазата (стабилността) и Закон за морфогенезата (изменението). Първия гласи, че всяка система се стреми към постоянство и стабилност. Нарушението на статуквото, дори и с щастливи събития (напр. раждане на дете), води до тежки преживявания за членовете на семейството, причинени от необходимостта от ре адаптация. Втория закон, противоположно на първия, гласи че всяка система се стреми към преминаване през всички етапи, необходими за завършване на един цикъл (напр. раждане, старост, смърт, семейни цикли и др.). Двата закона са в постоянно противоречие, което е причина за перманентните малки или големи кризи една фамилна система. Обикновено с тези кризи семейството се справя доста лесно и бързо, по предварително заучени и често използвани модели на поведение. В някои случаи обаче, се оказва невъзможно за дадена фамилна система да се справи сама с обичайни или необичайни кризи, съпътстващи нейния жизнен цикъл. Тогава тази система става обект на социална работа, основно място в която заема социалния работник или друг специалист от помагащите професии [3].

За да осъществи своята професионална дейност, социалния работник трябва да проучи системата, като основна единица на анализа е не отделните членове на семейството, а отношения между тях.

Семейната система може да се изучава от три позиции – структурна, функционална и циклична.

Структурната позиция предполага разглеждане на диадите и триадите в системата, т.е. подсистемите. Тези подсистеми могат да бъдат създадени по пол, възраст, функции, интереси, и т.н. Всеки член от семейството принадлежи към различни подсистеми, т.е. към няколко подсистеми едновременно, напр. в родителска, съпружеска, женска и др. Във всяка подсистема важат различни правила, изпълняват се различни роли, използват се различни модели на взаимодействие. Тази позиция изучава потребностите и очакванията на всяка подсистема.

Функционалната позиция разглежда организацията на дейностите в системата, ролите, правилата в семейството и най-вече техните взаимоотношения. Напр. семейните правила определят какво поведение се очаква от членовете на семейството в дадени ситуации, семейните роли пък определят кога и по какъв начин отделните членове могат да встъпват в отношения помежду си.

Цикличната позиция се интересува от фазите на развитие на семейството. Обикновено едно семейство в своето развитие преминава през определена последователност от събития – фази, и както един индивид има свой жизнен цикъл, така и едно семейство преминава през такъв. Този жизнен цикъл може да бъде типичен или атипичен.

Семейната система може да бъде описана по няколко критерия, носители на информация. Количеството и качеството на събраната от социалния работник информация е в тясна зависимост от ефективността на последващата фамилна социалната работа и резултатите от нея.

Можем да диференцираме шест критерия:

- особености на взаимоотношенията между членовете на семейството;
- гласни и негласни правила в живота на семейството;

- семейни митове;
- семейни граници;
- стабилизатори на семейната система;
- история на семейството;

Социалния работник трябва да обърне внимание на следното:

- начин на създаване на системата;
- съвместни преживявания на членовете;
- моменти и преживявания от предходния живот на членовете на семейството;
- проучване стереотипите на няколко поколения назад чрез генограма.

Работата със семейства се отнася към две основни категории. При първата в практиката често се нарича работа за семейна подкрепа или семейно консултиране. Тази дейност обикновено е краткосрочна по своята същност и е предначена да помага на семейства сблъскващи се с обичайните кризи (например, навлизането в пубертета на първото дете или криза, свързана с появата на новородено дете). Влиянието на кризи, предизвикани от вън, например загубването на работата от единия родител, а другата илюстрация на събитие, изискващо семейна интеграция.

Същността в работата е в това, да се помогне на едно относително здраво семейство да оцелее в трудни моменти, като преживяването да послужи за укрепване на семейството, а не за ерозиране на семейната система. Могат да се предоставят услугите и на бездетни двойки. Този най-често срещан тип социална работа със семейства се предлага от социалните служби за семейни услуги или чрез частната практика. Повечето от тези социални служби се занимават със семейства, сблъскващи се с трайни проблеми, вариращи от описаните нормативни нарушения до по-сериозните прояви на малтретиране и занемаряване, изискващи интервенцията на съдебните власти и службите за защита на децата (например, преместване на детето при настойниците). Освен постоянния социален работник за работа, към семейството може да бъде насочен и социален работник за подкрепа на самото семейство. Социалния работник за семейна подкрепа, съгласно използваната тук дефиниция за работата му, не поема дългосрочни задачи за интензивна фамилна терапия.

Взети заедно, семейната терапия и систематичната практика представляват важни инструменти на социалната работа. Семейната терапия се движи в посока от първоначалното и обвързване с клиничната експертиза към по-деликатния, споделящ подход, фокусиран върху специфичния семеен стил и избор. По този начин тя се доближава до принципите на семейната подкрепа за партньорство и овластяване и доказва гъвкавостта си при съвременните специфики на семейството [4].

Теорията на фамилната терапия може да ни бъде полезна за по-добро разбиране на семейната динамика и за по-ефективна интервенция на социалния работник. Съществуват много и различни схващания за функционирането на семейството и начина на действие при опитите за помагане.

Много от съвременните теоретици са повлияни от Nathan Ackerman (1958), който е един от първите, дали принос в теорията на фамилната терапия. Ackerman разглежда работата със семейства като специфичен метод за лечение на емоционални разстройства с помощта на динамично ориентирани интервюта с цялото семейство. Той вижда семейството като естествено житейско обединение, включващо всички личности, които се идентифицират с него и са повлияни от него посредством циркулиращо споделяне на емоции. Семейството разполага с потенциални възможности за взаимна подкрепа, които могат да бъдат блокирани от проблеми при комуникацията и от тревожността на отделните членове. Блокирането

води до семейни неуредици и неспособност на семейството да изпълнява своята задача.

Фреетан изтъква, че процесът на фамилната терапия започва преди първото интервю, когато помагачия специалист се отзовава на желанието за среща. Той не поставя строго изискване за среща с цялото семейство, а показва, как един умело и ангажирано проведен телефонен разговор, обикновено с човека, поел отговорността за решаване на семейните проблеми, може да даде важна информация за това кой има отношение към проблема и кой би трябвало да присъства на първата среща. Терапевтът не отрича становището на обадилия се за това, кой да присъства, а проявява уважение към неговите чувства и се съгласява да види само родителите като начало, щом това е необходимо [4]. Така той стимулира развитието на работно взаимоотношение, което подтиква родителите да допуснат терапевта в семейството. Той подчертава, че разговорът за възможните, според обадилия се, участници в проблема може да бъде началото на процес, в който да се помогне на членовете на семейството да преразгледат ролята на всеки от тях и присъствието им на сесиите.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Социалната работа е професионална дейност за подобряване взаимната адаптация на подпомаганите лица, семействата, групата и средата, в която те живеят. Тя е комплекс от подпомагащи дейности, насочени към постигане на по – добро качество на живот, достойнство и отговорност у хората, на индивидуалните им способности, индивидуалните отношения и ресурсите на общността.

Смята се, че всяко семейството се ръководи от изграждана вероятно с години емоционална система. Изтъква необходимостта да се вникне и изследва приносът на поколенията за развитието на емоционалната система на дадено семейство. Ключовите понятия в този модел включват значимостта на всеки индивид с умението му да разграничава емоционалната от мисловната системи, за да налага контрол върху поведението си.

Особено важно при социалната работа със семейства е да бъдат разграничени общите и индивидуалните потребности и интереси на отделните членове и да се прилагат убедителни доводи за тяхното хармонизиране.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Нунев, С, Социална работа със семейства като компонент на социалната работа с отделен случай. Социална работа – I част (социална работа с отделен случай). Лекционен курс. Русе, 2014.

[2] Нунев, С, Социална работа за изграждане на подкрепящи мрежи за семейства. Социална работа – I част (социална работа с отделен случай). Лекционен курс. Русе, 2014.

[3] Будева, С. Социална работа с деца и семейства, София, 2005.

[4] Шулман, Л, Изкуството да се помага на индивиди, семейства и групи. Изд. на Фондация „Невронауки и поведение“, С., 1996.

За контакти:

Елиз Арунова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност „Социални дейности“, II курс, редовна форма на обучение, тел.: 0988 858 965, e-mail: earunova@abv.bg

Научен ръководител: Доц. д-р Сашо Нунев, Русенски университет „Ангел Кънчев“, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел.: 0886 802 466, e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Групата в контекста на социалната работа като система за взаимна помощ

автор: Елиз Зюхтюева Арунова
научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев

Summary: *Social work with groups is a new method. Group work is defined as an active method of interaction of individuals included in a group who have different, but common goals, tasks and problems. Social psychology, human resources management, political marketing, sociology and others are considered to be precursors to group work.*

Key words: *social work, groups, individual, social system, social worker, mutual assistance*

ВЪВЕДЕНИЕ

Груповата работа е полифункционална дейност, която се занимава с управление, прогнозиране и анализиране на малки групи. Процесите в тях се намират в динамично развитие и могат да бъдат описани като социални случаи. Групите могат да бъдат два вида:

- ❖ големи групи - представляват обединение от хора, което няма ограничение в размера си. Обикновено участниците в големите групи не се намират в пряка комуникация, често дори не се познават;
- ❖ малки групи - определяни като съвкупност най-малко от двама човека, които поддържат редовен личен контакт, имат общи цели и самосъзнанието за група. Тя сама определя целите и груповите си норми.

Създаването на група за взаимна помощ е труден процес – участниците трябва да преодолеят много от своите стереотипни схващания, например, относно качествата на хората, вида на групите и на оказваната помощ. За да има ефект от работата, социалният работник трябва да даде от себе си всичко, на което е способен. От друга страна той трябва да се „изправи“ пред собствените си чувства и да е напълно коректен, когато разисква с участниците в групата въпроса за техните възможности и за големината на вътрешния им ресурс, с който те разполагат за справяне с проблемите.

ИЗЛОЖЕНИЕ

В социалната работа групата се определя като система за взаимопомощ и представлява съюз на индивиди, които имат потребност един от друг за съвместна работа върху сходни за тях проблеми. Наред с това клиентите имат нужда от социален работник, който да направлява взаимодействията и взаимоотношенията им. В резултат се създават голям брой връзки, помагачи на взаимодействието и се задоволява една обща потребност, надхвърляща специфичните задачи, обусловили създаването на групата [1].

Съществуват и се използват следните начини за получаване на взаимна помощ:

- ❖ споделяне на информация, тъй като участниците имат различен жизнен опит, натрупани знания, гледни точки, ценности, които могат да помогнат на останалите в групата да решат своите проблеми;
- ❖ използване на диалектическия подход – слушайки отделните „тези“ и „антитези“ всеки един от участниците в групата може да изработи своя собствен „синтез“;
- ❖ постигане на усещане за общност, определяно с израза „всички в една лодка“ – участниците в групата придобиват усещането, че не са сами в своите чувства и мисли по повод на стоящите пред тях проблеми;

- ❖ постигане на универсална гледна точка – участниците свикват да разглеждат своите проблеми не само като резултат от собствените си грешки и недостатъци, а и в резултат от действието на външни причини;
- ❖ оказване на взаимна подкрепа, включително и чрез съпреживяване чувствата на другите;
- ❖ съвместно изработване на сходно виждане от една страна на двама или повече членове на групата, относно оценката и решаването на стоящите пред тях проблеми;
- ❖ съвместно решаване на индивидуални проблеми в групата;
- ❖ Провеждане на репетиции в групата, по повод на нови идеи и придобиване на умения и навици, свързани с тях;
- ❖ използване на приема „силата на множеството“, което означава участниците в групата да придобият в процеса на работа усещането, че груповите действия са по-силни от индивидуалните (например жени претърпели сексуално насилие е по-лесно да потърсят правата си по съдебен път като група).

Съществуват три важни препятствия пред взаимната помощ: трудното осъзнаване на факта, че собствения интерес и интересите на другите съвпадат; сложната работа по създаване на групата; трудностите за осъществяване на открита комуникация между участниците.

Групите за социална работа като система за взаимна помощ се създават по месторабота, местоживее, пол, възраст, професионален признак, културни интереси. Те могат да бъдат с твърдо определена численост още от самото начало или да бъдат „отворени“ групи, т. е. такива, при които е възможно напускане на едни лица и идване на нови [2].

По-главни критерии при подбора на членовете на групата са съпричастност с поставените цели, общи потребности и интереси, общ пол, възрастова близост, спазване на принцип за допълването – т. е. членовете да бъдат подбрани така, че да научат нещо един за друг. Създаването на групата предполага времето ѝ разписание задължително да бъде уточнено с нейните членове, както и да бъде избрано удобно място за срещи, което да не притеснява участниците в групата.

За успешното формиране на групата за социална работа като система за взаимопомощ, социалният работник най-напред трябва да изясни детайлно нейните цели, да проведе необходимите предварителни интервюта за подбора на членовете ѝ, да „сработи“ нейните членове и създаде позитивни обратните връзки между тях и със себе си.

Социалният работник представя в групата преследваните цели. По този начин нейните членове ще постигнат разбиране за предстоящата им съвместна работа, с което ще станат по-сигурни в дейността си. През първата сесия социалният работник ще трябва да запознае участниците един с друг, да изясни своите задължения и да се насочи към премахването на препятствията. По-нататък той ще трябва да насърчи взаимодействието между самите членове, а не толкова желанието на всеки един от тях да общува само с него, както и да получи тяхното съгласие за следващите стъпки от провежданата работа [2].

Социалният работник трябва да си изясни какво очакват членовете на групата от него, както и неговите очаквания от тях, например за тяхното редовно присъствие, активното им участие в работата, започване на срещите навреме, постигане на успех. Правила и уговорки от този род са част от работния договор между двете страни, аналогичен на този при индивидуалната работа.

Предоговарянето е характерно за началната фаза на работата и представлява процес, при който социалният работник на по-късна сесия отново повдига въпроса за договора, като изразява по-ясно целта на работата или търси причините за съпротивата, респективно за слабата активност на членовете на групата.

Най-важните показатели, имащи значение за стратегията на социалния работник спрямо отделните участници и към групата като цяло, се диференцират в пет категории: възрастта на относителната способност за изразяване на членовете на групата; авторитета на социалния работник; конкретните проблеми на клиентите; обстановката, в която се провеждат срещите; времетраенето и броя на срещите.

В началния етап на работата социалният работник помага на участниците за начина, по който да поставят проблемите си пред групата, и за улесняване на реакциите им. В случаите, когато социалният работник трябва да проведе и конкретна работа с някой от участниците, при незаинтересованост от страна на групата, за предпочитане е да се използва моделът на индивидуалната социална работа.

През работната фаза се набляга върху динамиката на взаимната помощ и начина, по който участниците могат да помогнат на другите и на себе си. Използват се описаните по-горе подходи като: споделяне на информация, обсъждане на теми „табу“, постигане на общност, оказване на взаимна подкрепа, изработване на сходни виждания относно стоящите пред участниците проблеми, провеждане на репетиции, придобиване на усещане за „силата на множеството“ [3].

Проблемите при съвместната работа могат да се проявят в областта на съдържанието, процедурата или процеса. В тези случаи помагат да се наблюдават следните видове поведение по отношение на:

- ❖ съдържанието - говори се, за да се говори за нещо - абстрактно, безлично, на неангажиращо ниво, на различни теми. Подхващат се различни теми, развиват се теории, подхващат се хипотези, дават се ненужни съвети и т.н.;
- ❖ процедурата - повтарят се до безкрайност и се разискват споразумения, правила, схеми, дневен ред и т.н. Организацията на самата работа взема превес над работата. Участниците взаимно се убеждават и спорят за дреболии от организационен характер;
- ❖ процес - процесът като такъв не се поставя на дневен ред. За да се прекрати порочният кръг от говорене за дреболии е необходимо да се постави на дневен ред темата за процеса. Участниците да споделят какво смятат за приноса на другите във връзка със собствената и общата цел.

Възможно е да възникнат противоречия и конфликти, защото проблемите се дефинират по различен начин. Във всяка група съществуват борба за власт и различия в схващанията. Редовното разглеждане на процеса на съвместна работа и търсенето на значението, което се придава на съдържанието и процедурата е начин да се постигне едно добро между културно сътрудничество. Важно е да се вземе под внимание и различната ценностна ориентация. От значение е са социалните умения в областта на вербалната и невербалната комуникация, езиковата бариера, различията в темперамента, стереотипите и предразсъдъците. Всички групи преминават през едни и същи основни проблеми или фази на развитие, в повечето случаи в определена последователност. Тези фази са условно определени, тъй като решаваните проблеми не възникват в строг ред.

От съществено значение е социалният работник да обърне внимание на това, което превръща работата до този момент в един вид преход към нови преживявания и дейности. Ако членовете на групата ще продължат заниманията си с друг социален работник, е необходимо да се установят положителни отношения с него, а ако заниманията в социалната служба са завършили – как участниците в групата да използват наученото в бъдеще, как и къде ще могат да открият подобен източник за подкрепа и т. н. Отговорът на тези въпроси дава на социалния работник увереност, че той е успял да засегне важни и перспективни теми за участниците в групата.

Групата представлява градивен елемент за обществото. Тя оформя индивида и развива неговите качества. Универсален прототип – семейството. Човек

непрекъснато участва в различни видове групи, които са свързани с неговите интереси, желание да общува или с неговите задачи и амбиции. Групите играят важна роля в разпространението на информация.

Индивидите имат различна мотивация за членство в групата. В зависимост от нея групите могат да бъдат:

- ❖ формални - такива, на които е назначен ръководител отвън;
- ❖ неформални – такива, които сами са си избрали неформален лидер;
- ❖ създадени заради дейността – групи, които се създават по повод на някаква работа и след приключването им се разпадат;
- ❖ заради целта – с някаква идейна мотивация;
- ❖ по инструментални причини – групи от специалисти, които формират нова група, заради спецификата на задачата.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основите на груповата работа могат да се търсят още от древността, в споделянето на опита на другите, но като терапевтичен метод тя се налага през 30-те, 40-те години на миналия век, с приемането ѝ като един от многото терапевтични методи. Оттогава тя претърпява изменения в зависимост от нуждите на практиката и днес вече методиките на груповата работа са практически неизброими, което е резултат и от многобройните школи и направления в психологията и преди всичко в клиничната работа.

В последните десетилетия все повече се налагат групови методики, чиято насоченост е към социалното подпомагане на хората при тяхното вграждане в обществото, при развиване на техните умения за общуване, за взаимодействие с другите, при повишаване на тяхната психологическа и социална компетентност, самоусъвършенстване и саморазбиране.

Социалната работа с групи е основен вид социална дейност, при която бенефициента на услугата или терапията е не едно, а група лица, консолидирани по идентичен социален дефицит. Днес формите за реализация на груповата работа са практически неизброими. Това разнообразие е резултат и от многобройните школи и направления в психологията, педагогиката и преди всичко в клиничната психология и социалната работа.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Нунев, С. Методи на социална работа – II част (социална работа с групи). Лекционен курс. Русе, 2014.

[2] Шулман, Л. Изкуството да се помага на индивиди, семейства и групи. Изд. на Фондация „Невронауки и поведение“, С., 1996.

[3] Shulman, L. (2011). The skills to helping individuals, families, groups and communities, 7th, Itasca, IL: FE Peacock.

[4] Рангелова, Е. Г. Механджийска, Методи на социалната работа, Габрово, 2009.

За контакти:

Елиз Арунова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност „Социални дейности“, II курс, редовна форма на обучение, тел.: 0988 858 965, e-mail: earunova@abv.bg

Научен ръководител: Доц. д-р Сашо Нунев, Русенски университет „Ангел Кънчев“, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел.: 0886 802 466, e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Първите християнски общности и милосърдието

автор: Елиз Зюхтюева Арунова

научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев

Summary: *Charity is a quality brought about by the human ability to love and forgive. In the synonymous vocabulary this virtue corresponds to the words compassion, good-naturedness and humanity. Mercy is always associated with the overcoming of evil and the affirmation of good. When we love and help each other, it's easier to overcome the difficult moments.*

Key words: *Christianity, charity, mercy, humanity, people in need*

ВЪВЕДЕНИЕ

Християнството заема централно място в историята и съвременното развитие на много европейски народи и чрез своята духовна култура и нравственост влияе и днес върху различни области на обществото и живота на вярващите. Още от самото начало на мисията на Църквата в света вярващите християни се стремят да изпълнят Христовите заповеди и изисквания за любов към ближните и милосърдно служение.

Милосърдието е сила, подтиква човешкия стремеж към съчувствие, към доброта и подпомага създаването на истински човешки взаимоотношения. С помощта на това качество ние сме способни да обичаме ближния си. Ако я нямаше любовта, нямаше да съществува и понятието „хуманизъм“. Милосърдието е сила на разума, който се вглежда в действителността и въпреки всичките парадокси и неведоми пътища помага на хората, подкрепя ги, заради самите тях, прощава им, защото ги разбира, обича ги, заради тяхната истинска същност.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Милосърдието на хората се свързва непосредствено със справедливостта в обществото. Християнските етически принципи продължават да бъдат предмет на дискусии, защото християните смятат че Бог е върховния съдия. Той последен ще оценява хората за делата им и може да прости лошите деяния заради извършени милосърдни постъпки. Други моралисти мислят, че този принцип деморализира човека, тъй като допуска той да греши и посредством милосърдните дела да изглажда грешките си. Естествено нито божественото, нито човешкото милосърдие понасят злото в света. Там, където се извършват добри дела, злото отстъпва, а където злото се проявява, там липсва човеколюбие и милосърдие. Човешкият опит показва, че злото не може само да произведе добро, макар да може посредством човека да се трансформира в добро и никога милосърдието не се примирявало с греха и лошотата в света. Милосърдните постоянно се стараят да въздействат на злите и алчните. В този ход Божието и човешкото милосърдие се проявяват заедно със справедливостта. Защото всяка справедлива постъпка се мотивира и от милосърдното чувство към човека.

Трудът на човека за събиране на богатство се освещава чрез благотворителност. Когато раздаваме, ние извършваме две действия, които са високоблагородни: - първо благотворим от любов. Това действие ни сближава с нуждаещите се, с нашите ближни, за тези за които Исус Христос умря на кръста; второ - когато отделяме от своите блага, за да помогнем на сиромаси, ние се опитваме да изравним, макар и съвсем слабо, богатството между хората.

Първоначално през периода на ранното християнство, подпомагането на нуждаещите се е изградено на принципа на взаимопомощта и се осъществява в семейството и рода, но с обособяването на първите християнски общности грижата за

нуждаещите се става обща и дълг на всеки християнин е да проявява милосърдие към ближния и да помага за ограничаването на бедността.

Християнската община се ангажира със социални дейности, като за целта за избират упълномощени лица, които да събират и разпределят средствата за бедните.

Всеки заможен християнин е задължен да дава два пъти в седмицата обяд за бедни, а ако е чужденец - всеки ден по веднъж

В Християнската община се различават два вида помощ за бедните: Благоеяние и Подаяние. Благоеянieto има духовен израз и е акт на личната загриженост на всеки християнин към нуждаещия се, или иначе казано всеки християнин е задължен да приеме в дома си бедния, да му осигури място в къщата си и да го храни три пъти на ден. Подаянieto има материален характер и се проявява в даване на пари от страна на имащите членове в общината на нуждаещите се.

Прояви на социална работа в периода на ранното християнство [I - VI век]. През този период подпомагането на нуждаещите се е изградило на принципа на взаимопомощта и се осъществява в семейството и рода, но с обособяването на първите християнски общини грижата за нуждаещите се става обща, като дълг на всеки християнин е да проявява ежедневна любов и милосърдие към ближния и да помага за ограничаване на бедността. "В тия дни, когато учениците се умножаваха, произлезе между елинистите ропот против евреите, задето вдовиците им не били пригледвани при разпределение всекидневните рожби. Тогава дванайсетте апостоли, когато свикаха цялото множество ученици казаха: Не е добре ние да оставим словото Божие и да се грижим за трапезите. Затова, братя, погрижете се за да изберете измежду вас седем души с добро име, изпълнени с Дух Светит и с мъдрост, което ще поста вам на тая служба, а ние постоянно ще пребъдваме в молитва и в служба на словото. Това предложение се понрави на цялото множество" [5].

От думите на апостола става ясно, че по време на църковни служби се събират дарения. Освен това всеки заможен християнин е задължен да дава два пъти в седмицата обяд на бедните, а ако е чужденец всеки ден по веднъж.

Първите християни осъществяват своето милосърдие, като насочват грижите и любовта си към нуждаещите се, които най-общо назовават "бедни", а това са хора, нямащи средства за храна и дрехи, немощни старци, бременни и родилки, хора, загубили социалните си връзки - родители, съпрузи и най-вече страдащи и болни от проказа.

В ранната християнската грижа за бедни се различават два вида помощ: благодеяние и подаяние. Благодеянieto означава любов към ближния и е акт на личната ангажираност на всеки християнин към нуждаещ се, т. е. помощта е по-скоро духовна. В този смисъл грижата за бедни се оприличава с "домашната" грижа за, като това означава, че дълг на всеки християнин е да приеме бедния в дома си или като член на семейството му или като гост, да му осигури място в къщата си и да му осигури място в къщата си и да го храни три пъти на ден. Тази форма на грижа за бедните представлява лична ангажираност и жертвоготовност, с което се излиза от античната анонимност и се върви към персонифициране на помощта, а това повелява и самото Писание: "Почитай ближния си!" Подаянieto има материален израз и се проявява в даване на пари от страна на имащите.

В ранно християнските общини като начин на подпомагане се използва и събирането на средства, което има доброволен характер и се извършва по време на богослужение веднъж в месеца, а после и всеки неделен ден от седмицата. Събраните средства се раздават на нуждаещите се при болест, под формата на пари, лекарства медицински прегледи и храни, при безработица и инвалидност - под

формата на финансова подкрепа и при Емърт - организиране на погребение и помощ за овдовялото семейство.

През IV век настава неизбежна бедност и нищета, църквата и християните не могат да задоволят всички нуждаещи се. Броят на бедните е внушителен. Епископът на Константинопол е притеснен, че в града има 50 000 бедни и настоява за въвеждането на десетъка, данък, с който да се облагат приходите на богатите.

Създават се първите институции - болници, домове за сираци, кухни за бедни, където бедни, инвалиди, старци получават безплатен подслон, лекарски грижи и храна. Първото заведение е изградено през 369г. от епископ Basilus в Цезарея и се състои от къщи, в които са настанени поотделно вдовици, старци, болни. Към комплекса има лечебница, жилища за санитарите, работници и администрация. За наименования на институцията се ползва латинското название "xenodochium". С този термин се обозначават такива заведения.

Друг начин за подпомагане е събирането на средства от страна на енорияшите с доброволен характер и извършващо се по време на богослужение - веднъж в месеца, а после и всеки неделен ден от седмицата. Събраните средства се раздават на нуждаещите се при болест, при безработица и инвалидност и при смърт.

Първи опити за ведомствено организиране на грижата за бедни става в рамките на регламентирането на църковната служба:

1. Епископът трябва да приканва енорияшите да вършат благодеяния, а дяконът е задължен да се грижи за събраните средства.

2. Дяконът е задължен също и да изработва списъци на бедните, в които се вписват име, възраст, пол, причини за бедността и др.

Църковната социална дейност

Характеризира се със следните особености:

- Изхожда от любовта към Бога и ближния;
- Междучелностно отношение (отношението е личност - личност, а не личност – институция);
- Оказва не само материална, но и духовна помощ;
- Свързана със светата Евхаристия;
- постоянство (дългосрочен ангажимент във времето);
- Доброволно и безкористно участие;
- Споделеност, безрезервна готовност за помощ;
- Миротворчество;
- Конкретност (решава конкретен проблем на конкретен човек).

През 398г. на IV век се взема решение всички епископи да изградят паралелно със сградите за живеене, богослужение, администрация и социална институция, каквато е xenodochium. Така той се превръща в най-значимото каритативно заведение за бедни през Ранното християнство.

Грижите за бедни през периода на Ранното християнство са ориентирани предимно към селското население, поради все още слабото развитие на градовете, които придобиват икономическо и административно значение едва от началото на XI век, а от там и специфично проявление на бедността и начините за ограничаването ѝ. През първата половина на VI век църквата получава правото да притежава собственост, най-вече земя, която да предоставя безплатно или срещу нищожни лихви за обработване на бедните селяни. Съборът в Орлеанс постановява ѝ още едно задължение на църквата, а именно да приема завещания, от които една трета да бъдат предоставяни на бедните.

В края на ранното християнство, през VII-VIII век, започва разпадането и на xenodochium'a като първата институция за християнска грижа за бедните и се заменя с "hospitale" [приют], които се явява основното "социално" заведение през

Средновековието. Практическото си значение загубват и матрикелите, които от списъци за бедни, в които се констатира състоянието на бедност и съответно получената помощ, се превръщат само в описи на нуждаещите се, които се подкрепят единствено от съответната църква или манастир. Тази промяна е в резултат на постепенното изместване на епископията от грижите за бедни, най-вече при осъществяването на секуларизацията (процес на освобождаването на различни области на социалния живот - култура, възпитание, образование - се освобождават от църковната власт) и изземването на нейните функции от градските управи и от държавата. Този процес е продължителен и е характерен за периода на Средните векове, когато настъпва промяна както в грижите за бедните така и в институционализирането на тези грижи.

Съществуват различни социални групи, които според християнската догматика те диференцират на клерици (духовенство) и лаици (миряни), а според господстващата икономическа ситуация - земевладелци (княжеска аристокрация) и селяни (крепостни, малоимотни), които формират значителната част от населението и занаятчии, търговци и наемни работници (в града). Представата на ранното християнско общество за бедността означава доброволен отказ от власт, богатство и благополучие и е равностойно на подвига на самия Исус Христос. Съществува схващането, че "Бог би желал да сътвори всички хора богати, но той направил и бедни на този свят, за да могат богатите да получат възможност да опростят грехове" чрез раздаване на подаяние. В този смисъл особено значение придобива понятието "милостиня", с което най-общо се дефинират всички "актове на християнската любов към ближния". Чрез събирането, организирането и разпределянето на милостинята се извършва "социална работа", а през цялото средновековие и по-късно, църквата осъществява своите социални дейности именно в тази насока. Даването на милостиня е начин да се осъществи по-равномерно разпределение на материалните блага сред всички хора. Още от III век са определени "седемте физически акта на състрадателност":

- да нахраниш гладния;
- да дадеш вода на жадния;
- да приютиш в дома си непознати;
- да дадеш дрехи на голия;
- да посещаваш болни и да се грижиш за тях;
- да утешаваш затворници и пленници;
- да погребеш мъртвите.

По този начин се изгражда една система от проявленията на милостинята, която през средновековието има всеобщ, задължителен характер, а чрез обосновката на Тома Аквински се превръщат в цялостна теория на милостинята. Използването на "милостиня", като начин за обяснение на съсловните различия е особено разпространено през Средните векове.

През XII-XIV век, когато бедността има колосални размири и застрашава социалния мир започва да се търсят пътища и начини, с които това явление да бъде ограничено. Независимо дали става дума за селско или градско население, събирането и организирането и разпределянето на милостинята се явява основния начин за социална защита. Основна роля на този процес играят църквата и манастирите, като институции, и свещениците като извършителите на социалните дейности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Християнското милосърдие е проява на безкористната любов към ближните и е насочено към страдащите и нуждаещите хора в този свят. То се проявява чрез добри дела и практическа подкрепа за ближните. Физически, психически и морално болните, както и бедните, страдащите и онеправданите, са, според учението на

Иисус Христос, главният обект на християнското милосърдие и социалната грижа на Църквата. Не бива да забравяме също така и здравите, успешите, богатите и управляващите, които Църквата не пренебрегва, а им благовести с много любов, търпение и надежда като ги призовава към справедливост и солидарност с победните и социално слабите.

Мотивираното от любов към Бога уважение към ближните изгражда здрава основа, върху която всеки човек разполага йерархията на ценностите, които обуславят отношенията му с Бога и с хората. Това уважение и любов към Бога, което се проявява като страхопочитание, послушание и дълбока преданост към Божията воля, се отразява и в отношенията към близките ни, които са наши братя и духовни чедра на Бога. В най-голяма степен това християнско човеколюбиво отношение се проявява като милосърдие и грижа за най-слабите, онеправдани, страдащи и нуждаещи се хора.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Нунев, С. История на социалната работа. Основи на социалната работа – I част (История и теория на социалната работа). Лекционен курс. Русе, 2013.
- [2] Колев, Й., Кръстева, Н, История на социалната педагогика, С, 2008.
- [3] Социално-милосърдна дейност на църквата. Стратегически насоки, С., 2014, с. 9-13.
- [4] Св. Йоан Златоуст архиепископ Константинополски. Творения на Св. Отци, Тълкувание на Евангелието от Матей [1-7 беседа], Синод. изд, одобрено 1930 г.
- [5] Лука, Библия, 1992

За контакти:

Елиз Арунова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност „Социални дейности“, II курс, редовна форма на обучение, тел.: 0988 858 965, e-mail: earunova@abv.bg

Научен ръководител: Доц. д-р Сашо Нунев, Русенски университет „Ангел Кънчев“, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел.: 0886 802 466, e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Иновативен модел за социална работа с деца с отклоняващо се поведение

автор: Георги Стефанов

научен ръководител: проф. д-р Минко Стоев Хаджийски

An innovative model for social work with children with deviant behavior: The analysis of the current situation and prospects for social work with children with deviant behavior in the provision of social services has identified the need for innovation of work patterns as well as the disclosure of new types of services. Social innovations in general and those in social services face the challenge of proving their effectiveness and results

Key words: social innovations, children deviant behavior, social work, social services

ВЪВЕДЕНИЕ

Анализ на актуалното състояние и перспективи пред социалната работа с деца с отклоняващо се поведение при предоставянето на социални услуги установи нужда от нововъведения/иновации в моделите на работа, както и разкриването на услуги от нов тип [2, с.150].

Социалните иновации в общ план и тези в социалните услуги са изправени пред предизвикателството да докажат своята ефективност и резултати.

По отношение на отклоняващото се детско поведение, според УНИЦЕФ системата за закрила на детето не разпознава в достатъчна степен тези деца като деца в риск, т.е. те не са приоритетна група, независимо че социален работник взема участие в работата на Местните комисии за борба с противообществените прояви на малолетни и непълнолетни (МКБППМН). Налице е различен подход към детето от страна на органите, които прилагат Закон за закрила на детето и Закон за борба с противообществените прояви на малолетни и непълнолетни.

ИЗЛОЖЕНИЕ

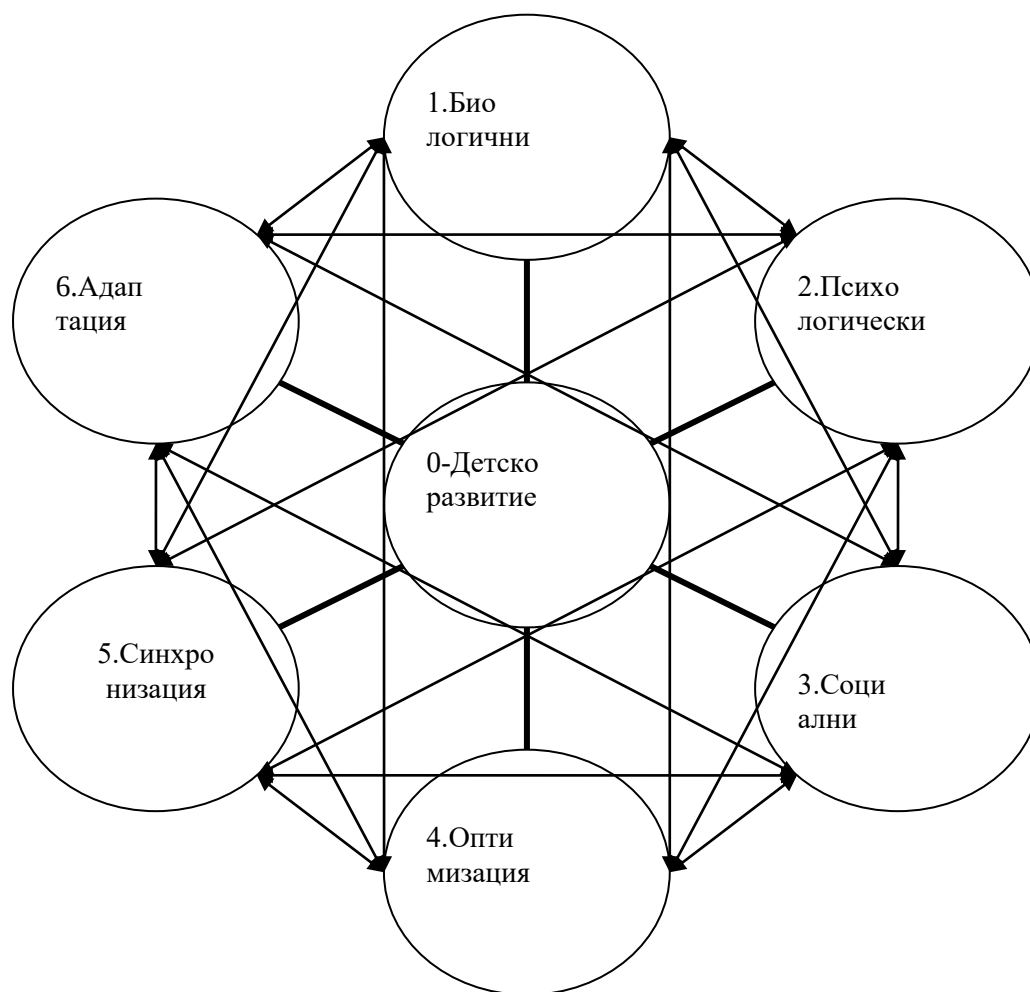
Промяната в отношението към децата с отклоняващо се поведение, от деца извършители на престъпление към деца в риск е една от възможностите за развитие на институционалния подход на работа. От друга страна е нужно тази промяна да придобие по - цялостен характер, като обхване процеса на оценяване, планиране и реализиране на социална работа, социални услуги и други дейности свързани с децата с отклоняващо се поведение. Това от своя страна налага системност и отчитане многоаспектността на отклоняващото поведение, като единствено гледната точка за дете в риск е недостатъчна. Ролята на семейството по отношение на процеса на възпитание и социализация на децата е отслабена под естественото влияние на комуникационните технологии и информационното общество. От друга страна децата в зависимост от възрастовото си развитие оформят своите био-психо-социални качества, умения и поведенчески модели, които осигуряват развитието на личността на детето, отговорности и последствия от собственото си поведение, в условията на засилване на процесите на осъзнаване. Според Лора Бърк [1, с.163] по целия свят възрастните забелязват тази настъпваща способност за разграничаване на правилното от погрешното. Някои култури имат специална дума за нея. Индианците утуку от залива Хъдзън казват, че детето развива *ихума* (разум). Жителите на Фиджи вярват, че се появява *вакаяло* (сетиво, здрава преценка.) В отговор родителите държат децата по отговорни за поведението им.

Цялостното теоретично и емпирично изследване на иновативен модел за социална работа с деца с отклоняващо се поведение, проведено през 2016 г. на територията на гр. Русе в социални услуги в общността, отдел "Закрила на детето, Местна комисия за борба с противообществените прояви на малолетни и непълнолетни, Детска педагогическа стая и Областна пробационна служба изведе

концепция за **"Отворен модел за био-психо-социална оптимизация, синхронизация и адаптация на детското развитие в близка до естествената среда"**, с акцент върху яснотата на ролята на всички участници и с относителен (съобразно институционалните специфики) баланс в техните ангажименти. Оптимизиране и синхронизиране на **комуникацията** с разбиране към понятията:

- оптимизиращ (извършващ, действен, променящ, подобряващ, въвеждащ);
- синхронизиращ (съвместен, общностен, единодействен, съфункциноращ);
- адаптиращ (цялостен, устойчив, възприет, интегриран....).

Обща функционална рамка, отчитане на индивидуална роля на всеки участник и системна, структура и функционална обусловеност.



Фиг 1. Кристална структура на детското развитие

В центъра е детското развитие около което гравитират трите основни фактора, а именно *биологичния, психологическия и социалния*, както и три основни процеса свързани с тяхното развитие, а именно *оптимизация, синхронизация и адаптация*. Нововъведението *среда близка до естествената* е свързано с разбирането и отношението към пораждащите се проблеми и процесите по тяхното решение, като част от естественото движение на жизнения цикъл и подхода към оптималните норми. Фокуса към крайния резултат се измества от, отклоненото поведение или т.н.

превантивни мерки, по-скоро насочени към предпазване от нежелан резултат, а не към търсене на желания/оптимален такъв.

Моделът на "Проект за развитие", като инструмент в структурата на общия модел, е представен в хоризонтална интеграция, където *факторът степен определя съдържанието на останалите области*. Прилагането в реална среда е свързано с индивидуалните параметри на всеки случай, като установена степен на всяка структурна област (виж **структурна област** в Таблица 1. Проект за развитие), съответните процеси (виж **процеси** в Таблица 1. Проект за развитие) за развитие на структурните области, ресурсната осигуреност, изпълнението и резултатите. Фокусът е върху достигане до *оптималната* степен на всяка структурна област, чрез управление на нивото на намеса на помагащите системи и движението на ресурси от структурните области в личността на детето и неговата система. Логиката на модела е свързана с движението на ресурси от установените структурни области с по-висока степен на развитие към тези с по-ниска степен на развитие. Като цялостен инструмент за работа, *Проектът за развитие* функционира с висока степен на чувствителност и фокус върху установяването, планирането, изпълнението и оценяването на резултатите от процеса на взаимодействие на клиента и неговата система с помагащата система/и, с акцент върху ролята на клиента и неговата система.

Моделирането с баланс между теоретична (идеална) и практико приложна (прагматична) структура е свързано с някои ограничения:

- определянето на степента на използване на ресурси и осигуреност на различните участници е обусловено от степента на развитие на структурите и процесите на личността на детето и неговата система, което допълнително натоварва прецизирането на работния процес;
- параметрите на структурния компонент *изпълнение и резултати* се представят в съответствие с философията на модела, за по-голяма активност на клиента и неговата система и обратно пропорционално намаляване на ролята на помагащата система;
- интегрирането на идеалния модел в среда на помагачи системи, които разглеждат клиента и неговата система повече в обхвата на получаваната подкрепа, нейната засилена роля и приноси за крайното положително развитие;
- адаптирането в реален работен процес на цялостна нова система за работа с определена се свързва с определени ограничения и недостатъци.

Предимство на модела е *концепцията за отворена структура* с по-висока динамика в комуникацията със заобикалящата среда, институции, специалисти и други по-отношение на силните и слаби страни на модела, подходи за неговото развитие и надграждане. В процеса на повишаване на нивото на осигуреност на помагащия процес с ресурси на клиента и неговата система, помагащата система синхронизира своето ниво на ресурсна осигуреност, като основен режим е този на оптималните стойности, а съобразно конкретните изменения на случая, нивото на ресурсна осигуреност се повишава, понижава или задържа.

По долу представяме примерна структура на *Проекта за развитие*, в пет области:

- *Степен*: Ниво, степен на изразеност на развитие на структурата на клиента и неговата система и съответните процеси за тяхното развитие;
- *Структура на развитие на личността на детето и неговата система*;
- *Процеси за развитие на структурата на личността на детето и неговата система*;
- *Ресурси (осигуряване)*: Клиента и неговата система, Помагачи системи, Времева рамка, Техническо осигуряване;
- *Изпълнение и резултати*.

ПРОЕКТ ЗА РАЗВИТИЕ (Таблица 1)

Степен	Структура на развитие на личността на детето и неговата система (структурна област)	Процеси за развитие на структурата на личността на детето неговата система (процеси)	Ресурси (осигуряване): клиента и неговата система, Помагащи системи, Времева рамка, Техническо осигуряване	Изпълнение и резултати
0.1 микро (минимална) степен	Микро степен на развитие на структурите на личността на детето и неговата система в био-психо-социално отношение и съответните характеристики на оптимизираност, синхронизираност и адаптираност.	Нужна е изключително голяма степен на развитие на структурите на личността на детето и неговата система в био-психо-социално отношение и със съответните подходи за оптимизиране, синхронизиране и адаптиране.	Микро степента на осигуреност с ресурси на клиента и неговата система, изискват съответно изключително голяма степен на осигуреност с ресурси на помагащата система, което предполага времевата рамка и техническото осигуряване да бъдат много слабо ефективни	Съчетанието на микро (минимална) степен на участие на клиента и неговата система и изключително голямата степен на осигуреност с ресурси на помагащата система, дават микро, много слаби, или слаби резултати

Останалите степени са: 0.2.много слаба степен; 0.3.слаба степен; 0.4.лека (понижена) степен; 0.5 средна (оптимална степен); 0.6 Силна степен; 0.7 Голяма степен; 0.8 Много голяма степен; 0.9 Изключително голяма степен.

Бележка: Цялостният вариант на проект за развитие интегрира областите **структура, процеси, ресурси, изпълнение и резултати във съответната степен**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Теоретичните и емпирични резултати по отношение на извеждането на иновативен модел за социална работа с деца с отклоняващо поведение дават в общ план, следните изводи:

- Изведения модел притежава иновативни качества свързани със същността на модела, а именно *отворена структура*, която се характеризира с по-голяма динамика на движение на информацията от и към модела. Проектирана е *кристална структура на детското развитие*, която намира практико приложен вид в *Проект за развитие*, в качеството на инструмент в общия модел и асоцииран с т.н. планиращи инструменти в работата на социалните услуги.

- Надграждането в *Проект за развитие* е свързано с интегрирането на планиращия компонент с *оценяващия и реализиращия*;
- Въвеждат се понятието *среда близка до естествената*, в синхрон с актуалните политики за социални услуги у нас, тези в среда *близка до семейната*. Новото понятие надгражда модела фокусиран върху семейната среда, като разширява обхвата и се асоциира с жизнения цикъл на развитие и неговите оптимални норми;

Изводи от цялостното изследване:

- Все още преобладава отношението че поведенческите отклонения са проблем, а свързаните с това подходи са насочени към наказанието;
- Един от основните подходи за инициране на реформи в социалната сфера се осъществява чрез т.н. медийно начало. Под формата на скандал или друга остра провокация на общественото мнение (примера "Могилино", 2008).
- Взаимодействието между теория и практика в социалната работа и в частност тази с деца е в процес на развитие. Капацитета на академичната общност в областта на социалните дейности позволява по-висока степен на синхронизиране на взаимодействието между теория и практика;
- Тенденциите за иновации се придвижват и към социалния живот. Социалните иновации са все по-често срещани явления и процеси застъпени в политики, практики и проектни решения, както в ЕС, така и в отделните държави членки. Тенденцията е в глобален план;
- Социалните иновации в България и в частност тези в социалните услуги са в процес на интензивно развитие, като примери за това са появата на понятия, като корпоративна социална отговорност и социално предприемачество, социално предприятие и публично-частно партньорство;
- Иновирането в научната област се свързва с мултидисциплинарните изследвания. В професионалната сфера се свързва с нововъведенията на добри практики и развитие на междусекторната комуникация;
- Отворен остава въпроса за информираността, нагласите и отношението на обществото към социалната работа, като научна, професионална и обществено значима дейност;
- Преобладава количествения спрямо качествения анализ на развитие на социалните дейности, представящ ефекта от социалните политики и тяхната реализация чрез държавни, местни институции и услуги;
- В общ план липсват политики, стратегии (*отчита се **предстояща** в областта на ранното детско развитие, което е по-скоро закъснение и ситуативна реакция*), методики и стандарти в областта на детското развитие и неговите проблеми.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Бърк Л., Изследване на развитието през жизнения цикъл, Дилок, 2012, София
- [2] Стефанов Г., Социална работа с деца с отклоняващо се поведение – актуално състояние и перспективи, Научни трудове на русенския университет - 2015, том 54, серия 8.1
- [3]<https://www.gsb.stanford.edu/faculty-research/centers-initiatives/csi/defining-social-innovation>
- [4]http://nmd.bg/wpcontent/uploads/2012/05/1428_SIT._ANALYSIS_2012_bg_NEW_original.pdf

[5] https://www.unicef.bg/assets/PDFs/Approved_Regional_Strategy_Ruse.pdf

За контакти:

ас. Георги Стефанов, Катедра “Обществено здраве и социални дейности”,
Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 082-888751, е-mail: gstefanov@uni-ruse.bg

Стажантска практика по програмата Еразъм+ в Groep Ubuntu – организацията с хора с увреждания в Белгия

автори: Елвин Юсеинова, София Марку
научен ръководител: доц. д-р Лилия Тодорова

Erasmus plus internship at Group Ubuntu – an organization for people with disabilities in Belgium: The paper presents our experience gained during our Erasmus traineeship as occupational students at Group Ubuntu in the period February – May 2017. This includes adaption to the organization and work place, getting to know the clients and their priorities, individual and group work with different clients with a variety of disabilities and cooperation with the multidisciplinary team.

Key words: activities, skills, group work, clients, occupational therapy, work rehabilitation, socialization, empowerment, personal reflection.

ВЪВЕДЕНИЕ

Думата “ubuntu” има африкански корени и означава човечност. Groep Ubuntu е мрежа от неправителствени организации, която подкрепя хора с увреждания в региона на Фландрия, Белгия. Тя е създадена през 2007 г. като доброволно обединение на три социални организации за хора с увреждания – Feniks, Regenboog and Het Kruispunt, в градовете Kuurne, Avelgem и Harelbeke. Целите на организацията Groep Ubuntu са:

- разширяване, разнообразяване и диференциране на услугите, предлагани за хора с увреждания;
- създаване на една обща организация в този регион;
- използване на способностите на служителите и повишаване на техния опит за по-доброто функциониране на дейността на организацията;
- подобряване на ефективността на управлението, администрацията и инфраструктурата.

Философията на тази организацията е насочена към съвместно участие и работа в постоянно сътрудничество между отделните структури за постигане на поставените цели. Мотото на Groep Ubuntu е „Аз съм каквото съм, заради това, което ние всички сме“ произхожда от либерийският активист за мир Leymah Gbowee.

Нашата стажантска практика по програмата Еразъм+ с продължителност два месеца и половина се проведе в периода февруари – май 2017 г. в Дневен център и Обучителна биоферма за хора с увреждания в град Avelgem.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Дневен център D&A Feniks

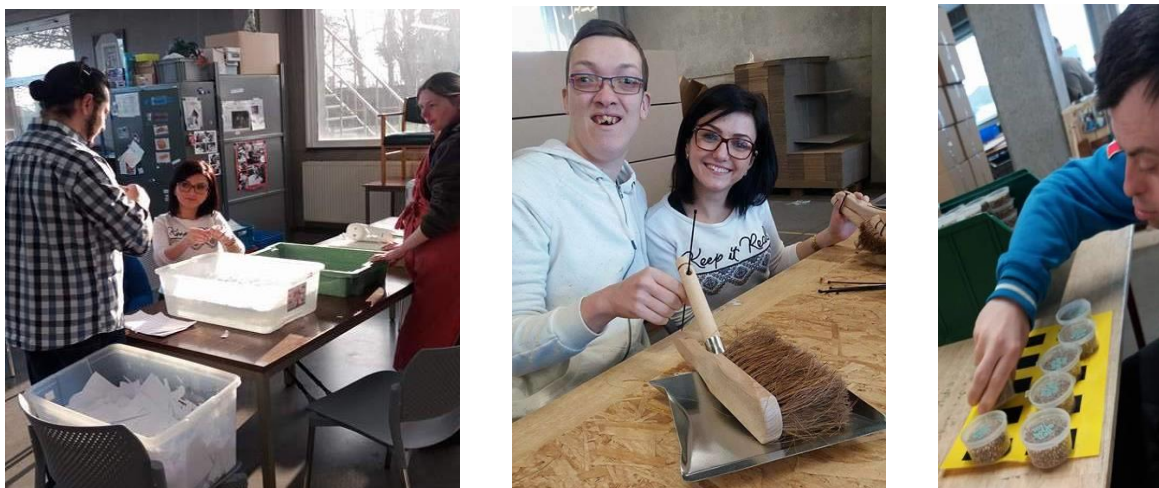
Клиентите в базата са както хора с вродени дефицити, така пострадали при злополука, които не могат да се върнат към предишната си работа. В дневния център клиентите участват в различни дейности, които са подбрани и съобразени с техните способности. Обособени са няколко различни работни места и дейности.

- Книжарница – основните дейности в това работно място са изработване на хартия от рециклирани материали, от която се изработват картички, поправка на стари книги от местна библиотека, изработка на книги, разпечатване на рекламни материали за местни фирми.

- Технически отдел – опаковане и сортиране на различни материали за местни фирми и компании.

- Работа извън дневния център – посещение на малки местни фирми, както и на училището, с цел социализация на клиентите.

- Специална група за хора аутизъм – планирани и структурирани дейности по програма.



Фигура 1. Дейности в Дневен център D&A Feniks

Биоферма Het Ganzenhof

Биофермата има за цел да насърчава възможностите за работа и реинтеграция на хора, които не могат самостоятелно да постигнат тези цели поради лични или социални причини. За клиентите това може да се превърне в мотивираща стъпка към реинтеграция в рамките на редовна или защитена работна среда.

В биофермата участват четиридесет души с увреждания, доброволци и членове на персонала, които работят заедно в различни области на дейности.

- Пекарна – приготвяне на хляб по традиционна рецепта и участие на клиентите в целия процес на работа.
- Работа в кухня – приготвяне на лесни и елементарни рецепти с активното участие на клиентите като сладки, конфитюри, крекери и други;
- Работа в градина – отглеждане на биологични зеленчуци и плодове, раздробяване на дървесина, отглеждане на домашни животни, производство на конфитюри и консерви и приготвяне на сиропи и ликьори от домашни плодове и зеленчуци.
- Специализиран магазин за продажба на всички видове биопродукти, които се произвеждат в самата ферма.





Фигура 2. Дейности в биофермата Het Ganzenhof

В двете бази имаме възможност да работим с клиенти в широк възрастов диапазон – от 18 г. до 65 г., с разнообразни увреждания – генетични и неврологични заболявания, умствена изостаналост, физически увреждания вследствие злополука, психични разстройства. Преобладаващата част от тях бяха със синдром на Даун и аутизъм.

В хода на работата приложихме различни ерготерапевтични подходи и методи, основните от които са:

- подбор на индивидуална дейност за всеки клиент;
- улесняване и адаптиране на задачи и дейности;
- организиране на индивидуални и групови сесии, съобразени с индивидуалните способности на клиентите;
- повишаване на мотивацията на клиентите за активно участие и социализиране.

Важна част от стажантската практика беше осъществяването на комуникация. Целият персонал на базите ни посрещна много добре и ни оказваше необходимото съдействие. С клиентите постигнахме много добра комуникацията въпреки езиковата бариера. С помощта на екипа усвоихме алтернативен метод за комуникация, който се нарича МОАН. Той се използва активно при хора с комуникативни нарушения и включва комбинация от жест и произнасяне на думата, отговаряща за съответния знак. Изградихме терапевтична връзка с клиентите и успяхме да спечелим тяхното доверие въпреки краткия период от време. Работихме пряко с клиентите в тясно сътрудничество с другите специалисти от мултидисциплинарния екип.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Благодарение на стажантската практика в организацията Groep Ubuntu разширихме знанията и уменията в областта на ерготерапията и успешно приложихме теоретичните знания, придобити по време на обучението ни в Русенския университет.

По време на практиката успяхме да излизем от нашата зона на комфорт и да работим в международна среда въпреки културните различия. В началото изпитвахме известни затруднения бързо да се адаптираме към новата среда, но благодарение на доброто и професионално отношение на целия екип на организацията активно се включихме във всички дейности на базите.

Осъзнахме колко е важно сътрудничеството между специалистите в един екип за постигане на общата работа и общите цели.

Възможността да се включим в разнообразните дейности на организацията ни показва нови гледки точки и идеи за нашата бъдеща работа.

Основните придобивки от стажантската практика в организацията Groep Ubuntu в Белгия могат да се обобщят, както следва:

- прилагане на придобити знания в ерготерапията;
- изграждане на нови професионални умения и опит;
- планиране и организиране на различни задачи и дейности в нова среда;
- овладяване на алтернативен метод за комуникация МОАН;
- креативност, идеи за прилагане в бъдеща работа;
- сътрудничество с други специалисти от мултидисциплинарния екип;
- опознаване на нова култура, традиции и начин на живот.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Groepubuntu.org. (2017). *Welkom op de voorpagina*. [online] Available at: <http://www.groepubuntu.org/english/> [Accessed 9 May 2017].

[2] Лекционен материал от организацията Groep Ubuntu, Белгия

За контакти:

Елвин Юсеинова, специалност Ерготерапия, 4 курс, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел. 0887699784, e-mail: elvnnn@abv.bg

София Марку, специалност Ерготерапия, 4 курс, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел. 0898562266, e-mail: sofiamarkou.cy@gmail.com

Научен ръководител: Доц. д-р Лилия Тодорова, катедра Обществено здраве и социални дейности, Русенски университет „Ангел Кънчев“, e-mail: litod@uni-ruse.bg

Проекти за социално приобщаване с участие на студенти по ерготерапия

автори: Мартин Тодоров, Мариела Генова
научен ръководител: доц. д-р Петя Минчева

Summary: Occupational therapy is rationale for working with children and youth with special needs. This report presents project suggestions of occupational therapy students. These two project reviews were prepared during the informal course for writing and realization of projects, organized together by the Metropolitan of Ruse and University of Ruse "Angel Kanchev".

Key words: Occupational Therapy, social inclusion, children and youth

ВЪВЕДЕНИЕ

В този доклад ще се представят проектните предложения – “Приятел на деца с увреждания” и “Детегледачи на деца със специални потребности”. Тези две проектни предложения са изготвени по време на неформалния курс по писане и реализиране на проект, който е организиран съвместно между Русенска света Митрополия и Русенски университет „Ангел Кънчев“. И двете проектни предложения са с насоченост към Ерготерапията.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Неформалния курс на обучение по писане и реализиране на проекти е организиран между Русенска света Митрополия и Русенски Университет „Ангел Кънчев“. Курсът се проведе в периода октомври 2016 год. - април 2017 с лектор от Русенска света Митрополия. Самият курс протече в няколко етапа, като последният финален етап беше свързан с връчване на удостоверение за успешно преминат курс на обучение и среща с Русенския Митрополит Наум. Участниците в този курс бяха студенти от специалност Социални дейности и за първа година студенти от специалност Ерготерапия. Първият етап на курса беше свързан със запознаване от страна на лектора - какво ще научим и какво ни очаква в този неформален курс. Вторият етап беше свързан, с това да изберем сами своята тема за създаване на проектно предложение и да я обсъдим с лектора дали е подходяща.

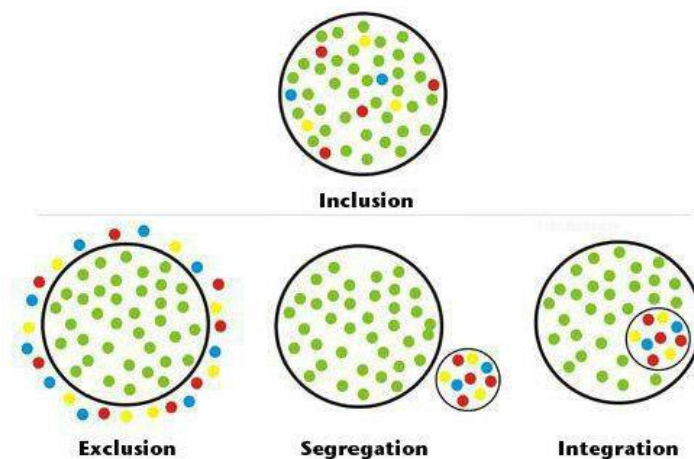
Третият етап на курса протече със създаване на самата идея в писмена форма и отново тя беше обсъждана със лектора на курса като студентите от специалност Ерготерапия имаха малко предимство по време на разписване на своите проектни предложения, тъй като по време на семестъра изучаваха дисциплината „Писане и разработване на проекти в Ерготерапията“. В последният етап на курса всички участници бяха подготвили вече в завършен вид своите проектни предложения и ги представиха на специална среща с Русенския Митрополит. На тази среща освен студентите взели участие в сесията, лектора, Митрополит Наум присъстваха и преподаватели от специалностите Социални дейности и Ерготерапия.

Впечатленията ни от този курс в нас бяха положителни, въпреки че самият курс като цяло е доста тежък и ангажиращ. Въпреки това, този неформален курс е доста полезен за всички взели участие в него.

Първото проектно предложение „ Приятел на деца с увреждане“, създаден в този неформален курс цели да покаже, че децата с увреждания също са част от обществото и те както всички останали могат да имат приятели с които да могат да се виждат и да общуват, въпреки техните увреждания и това че живеят в институция, каквато е центъра за настаняване от семеен тип „Розовата къща“. С тази цел, бе разработено това предложение, чрез което ще се покаже на една малка част от обществото, че децата и младежите с увреждания са част от това общество и не бива да бъдат заклеявани като различни. За да се осъществи този проект са

нужни две групи, а именно самите деца и младежи с увреждания и деца без увреждания. Целта е да се покаже, че децата и младежите с увреждания също са част от обществото, въпреки техните увреждания, които стават още по-осезаеми, когато обществото ги отблъсква и определя като различни. За да стане това възможно, ние студентите и специалисти по ерготерапия, ще потърсим помощта и съдействието на родители и учители, тъй като групата, която искаме да покажем, че може да си промени нагласата са деца и младежи без увреждане от Средно училище с преподаване на немски език "Фридрих Шилер" град Русе. Преди да срещнем двете групи, ерготерапевти и психолози ще подготвят учениците и техните родители, но най-вече самите ученици, за това какво ще видят, как да общуват с техните връстници с увреждания и как да се отнасят с тях. За тази цел ерготерапевта ще ги обучи в спецификите, като се позовава на своя опит и на предварително разработен модел, а именно модел връстници подпомагат връстници. След като преминат това обучение и подготовка, и след съгласие от родителите на децата те ще се срещнат с децата и младежите с множествени увреждания в център за настаняване от семеен тип в град Русе. След като ги запознаем с децата и младежите с увреждания се очакват да започнат процеси на социално взаимодействие между двете групи.

Проектното предложение е насочено в сферата на Ерготерапия за социално включване, тъй като самите деца и младежи с множествени увреждания в обществото са една обособена група, в която се третират като различни. Това е и самата етиология на това проектно предложение да спомогне за социалното включване на децата и младежите с множествени увреждания от център за настаняване от семеен тип Розовата къща, чрез своите връстници от СУ „Дойче Шуле“ да получат една нова среда и да започнат постепенно да стават част от обществото.



Фигура 1. Процеса на социално включване

Социалното включване е концепция, която има за цел да гарантира, че всички хора имат достъп до едни и същи права, услуги и помощ, както и достъпа до заетост и работа, доходи и икономически ресурси, материални ресурси, образование и умения, здравеопазване, жилищно настаняване, социални ресурси, ресурсите на общността, както и лична безопасност. Социално включване признава и цени разнообразие, като се фокусира върху народната чувство за принадлежност и Осигуряване на социално равенство и участие. (CAOT)

В процеса на социално включване (фиг.1) деца и младежи с множествени увреждания, трябва да са приети от общество. Ако разглеждаме двете групи по тази схема от Ерготерапия за социално включване и вземем под внимание, че този

процеси на социално включване, които се стремят да премахнат всички форми на сегрегация и да обхванат уязвимите и вече изолирани деца в социалната институция - център за настаняване от семеен тип Розовата къща и да ги приобщат отново в обществото. По време на реализацията на проекта, самият проект ще премине през процесите на сегрегация и интеграция, за да достигне до процеса на социално включване на децата и младежи с множествени увреждания. При изпълнението на този проект и по време на самата работа с двете групи ще се използват преки ерготерапевтични рамки и модели на които ще се позовава работата с учениците. При процесите на интеграция с помощта на учениците от целевата група, който ще влязат в пряк контакт с децата и младежите с множествени увреждания. В края на проекта резултата, който се цели да се постигне е децата и младежите с множествени увреждания е да бъдат социално включени, така че те да станат отново пълноценна част от обществото, но и също така да завържат нови приятелства. Дейностите, които се изнасят на преден план, при реализация на проектното предложение, както и по-горе са описани:

- да се обучат учениците
- да вземат участие в индивидуалния дейностен план на децата и младежите с множествени увреждания

Проектното предложение ще се популяризира, чрез издаване на ръководство на проекта, научен доклад базиран на проектното предложение, който е поместен в сборник с доклади на студенти от студентска научна сесия.

Второто проектно предложение по този неформален курс е фокусиран върху проблема с липсата на обучени детегледачи на деца със специални потребности. Целите, които това проектно предложение си поставя са свързани с това да обучи детегледачи за посрещане потребностите на тези деца. За постигането на тази цел ще се разработи модел, по който екип от ерготерапевти ще обучи детегледачите във спецификите и особеностите при работа и обгрижване на деца със специални потребности.

Освен детегледачите по разработеният модел, обучение ще преминат и самите родители, тъй като те също са част от основната целева група от проектното предложение. Като доказателство, че този проект е нужен на тази целева група е фактът, че до този момент в България няма институция и/или организация, която да предлага такъв тип обучение на желаещи да преминат такъв тип обучение, за да бъдат максимално ефективни при своята работа. Проектът цели да повиши качеството на услугата детегледач на деца със специални потребности. От гледна точка на Ерготерапията по време на обучение на детегледачите от специалистите ерготерапевти ще използват пряко методите и средствата на ерготерапията, като подготвителни действия и техники и целенасочени действия, които да разширяват уменията и обогатяват знанията на тези детегледачи. Целевата група на проектното предложение е разработено в този неформален курс и се състои от студенти от специалност Ерготерапия, кандидат детегледачите и основното звено на нашия проект родителите на децата със специални потребности. Дейностите, които си поставяме като цели да изпълняваме по проектното предложение са базирани на основите на ерготерапевтичната практика и процеси и на база теоретични знания в ерготерапията. Чрез обучителната рамка на ерготерапията и разработения модел, освен детегледачите на деца със специални потребности, ще се обучат и родители. Чрез тези действия по проектното предложение при неговата реализация ще бъде обогатен опита на детегледачите, които в последствие, след като са придобили знанията и уменията ще могат да бъдат полезни. След прилагането на обучителната ерготерапевтична рамка при работата с детегледачите на същата рамка ще се позове и самото обучение на родителите за да могат да повишат техните умения, за това как сами при отсъствието на детегледача да могат да общуват и контактуват

със своите деца по подходящ метод, и за да могат да се доверят в предлаганата грижа от страна на детегледачите.

За да покажем сред обществото, че това проектно предложение, преминалите успешно обучението по модела детегледачи, чрез ерготерапевтична промоция ще популяризират този проект и неговите ползи в своите работни среди.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ерготерапията е дисциплина във висшето образование, която има пряко отношение към хората с увреждания, като адаптира тяхната физическа и социална среда. По отношение на работата с хора с увреждания и в частност с деца с множествени увреждания, ерготерапията играе много важна роля. От своя страна, ерготерапията изисква достатъчна добра теоретична и практична подготовка, но и с достатъчно богат набор от методи и средства, за да бъде ерготерапевта максимално полезен на дадения човек и неговите близки при съвместната им работа.

ЛИТЕРАТУРА

[1].Тодорова Л., Теоретични основи на ерготерапевтичния процес, ИЦ РУ „Ангел Кънчев“, 2012.

[2].<http://caot.in1touch.org/document/4069/Social%20Inclusion%20-%20Fact%20Sheet.pdf>

За контакти:

Мартин Тодоров – студент по Ерготерапия, II курс, РУ „Ангел Кънчев“, martintodorov66@gmail.com

Мариела Генова – студент по Ерготерапия, II курс, РУ „Ангел Кънчев“, erza.skarlet@mail.bg

Научен ръководител: доц. д-р Петя Минчева, РУ „Ангел Кънчев“, pmincheva@uni-ruse.bg

School Inclusion – a Comparison between Bulgaria and Belgium

author: Kim van Gasse
scientific tutor: assoc. prof. Liliya Todorova

***School Inclusion – a Comparison between Bulgaria and Belgium:** The paper presents my experience as a Belgium student on Erasmus mobility at the University of Ruse. While doing my final internship, I was also writing my bachelor thesis on inclusive education, especially on playtime of students with ASD. The needs in Bulgaria lay differently than the needs we can find in Belgium. Four organizations that are functioning in Belgium are presented with the idea that it could be beneficial for Bulgaria to think about incorporating similar initiatives to help inclusion on its way.*

Key words: autism spectrum disorder, inclusive education, playtime, cultural differences.

INTRODUCTION

The goal of this paper is to give the reader more insight in the journey I have experienced during my stay in Bulgaria during the 4 months between February 2017 and May 2017. I am staying in Ruse, Bulgaria to write my bachelor thesis and finish my final internship.

At the beginning of my journey, when I chose a subject for my thesis, I did not know I was going to go to Bulgaria to put it into practice. I got in contact with Mrs. Liliya Todorova after one of my teachers told us there would be a new country available to go on Erasmus to. I was interested in going on an internship abroad and I decided that I wanted to go to the country where we had no previous contact with. This would mean that none of us would have prejudices. I really loved that idea.

This is why I chose a subject that might be out of reach here, in Bulgaria. I wanted to help children with Autism Spectrum Disorder (ASD) experience a more pleasant playtime during recess by developing a script for teachers. Because of the script, teachers would be able to use recommendations and little aid to get the child to participate more during playtime.

The truth in Bulgaria is different though, the needs in Bulgaria lay differently than the needs we can find in Belgium. During my internship, I could observe that there were many other things that need attention. I will not spill all the interpretations of my observations here because that would mean that I have a clear view of them, which cannot be true. I only stayed here for four months, this can never be enough to have a complete and justified view on a country's progress towards inclusion.

In the following paragraphs, I will discuss organisations that are functioning in Belgium. It is my opinion that it could be beneficial for Bulgaria to think about incorporating similar initiatives to help inclusion on its way.

MY EXPERIENCE

During my visit here, I could come to Liliya Todorova and Petya Mincheva with all my questions and my concerns. This is something I am really grateful for and it is something I have seen throughout my whole visit with other people too. People who I worked with were always there to help me. Also people I did not know were there to show me the way, to help me carry those heavy groceries. This is so encouraging and nice and it is something I have rarely seen in Belgium.

As much as I love the people and their welcoming nature, I love the food. The food culture of Bulgaria is so rich and there are a lot of traditional meals that I tried, and I still want to try. Together with the food, there are a lot of holidays which show how loving and enthusiastic the people here are. The people around me were really welcoming to include me into their traditions that accompany these holidays. I have some martenitsas in my room. Colouring the eggs around Eastertime is also an example of how everyone would involve me in their traditions.

Apart from a little taste of the culture, I also had a chance to learn some things about the organisation of the health system. Especially from the point of view as an Occupational Therapist I could see what the first OT's did to set a name for our profession. In the 10 years it has been around here, there has been a lot of improvement in the way people portrait those with a disability.

It is still weird to me how little attention health care gets here and this can be seen in the wages of the people working in this sector. Because of these reasons I have a great respect for everyone that is trying their best to change minor things. These minor things, will add up to a big pile and eventually become something important enough for the government to notice.

To come to the core of this thesis, I have noticed how different inclusion is looked at here. During my internship multiple people were talking about inclusion and it was definitely something different from what I have known inclusion to be. Because of that, I want to make sure we are talking about the same thing. I will use the picture below to explain the difference between segregation, integration and inclusion. Together with this explanation, I want to provide you with the different ways of looking at a person with a disability. Ignorant, tolerant and inclusive.

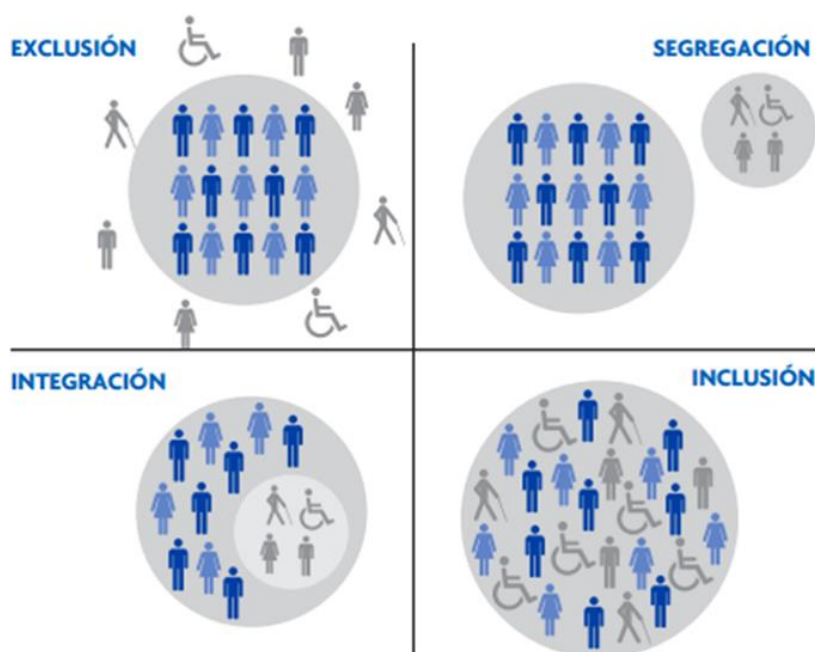


Figure 1.

In the current view of Bulgaria, I have not been in contact with exclusion. This is something really good because these people do need some guidance and support to be able to live fully and independent.

I have been in contact with segregation. This is normal because it is evident that not every child, not every person can go into society independently or even with some help. It has come to my attention though, that not every child, placed in this kind of setting, necessarily needs to be there. I think that a lot of these children can go to school and have an education, without them having to be monitored 24/7.

Some of the kids I have met, also went to school. This would make it integration. Sadly, this is not the case with every single situation. Sometimes the kids do go to the location of the schools, but don't integrate with any of the classes and sometimes they don't even have contact with the other kids. This is alarming because for some of them, it would be really helpful to be able to learn new skills and have a degree. By the things I have heard, this happens because the teachers do not know how to behave around these

children or what the best way is to guide them. This is something the government needs to listen to and be open-minded for. These teachers need to be more educated in the field of children with a disability.

I have, on the other hand, also seen very good examples of integration in Bulgaria. This, again, shows me how far Bulgaria has come in a very short time. This example of integration was visible in the "Angel Kanchev" primary school. Here, students with disabilities have a chance to cooperate in the class. Some of the students are not able to learn the same amount as the other students, but it is still a good way for them to learn how to socialize and be around other children. Also the regular students can learn how to communicate with a child with a disability. This will teach them that these are also human beings with their own thoughts, feelings, wishes and desires and they will take this experience with them for the rest of their lives. This is a way of making sure people get more used to those with a disability.

There is also a way of seeing the true form of inclusion in Bulgaria. You can see this when pupils have to do a group activity together and are trying to include everyone. It is important to find out what other students are good at and try to use that in the advantage of the group dynamic.

Although, sometimes a resource teacher is present with the children with a disability, it is apparent that the other children want to include everyone and that they aren't ignorant or rude towards others. They wait for their turns and respect the time someone else needs with the teacher.

In the day-care centre "Raliz" they also try to teach the persons with a disability to include themselves in society. They take the group with them to do the grocery shopping, they go on holidays and they go and see a ballet performance. They try to show them what other people in society do and how they should take care of themselves while being on the street, being in a shop etc.

For the next chapter, I will mention the initiatives and organisations in Belgium, that I think can also benefit Bulgaria if they were implemented here. These are my views as an occupational therapy student and it is not my goal to tell the government what to do, but it can open doors to new ways of thinking.

EXAMPLES OF IMPLEMENTATIONS IN BELGIUM

A'muze

This organisation provides schools, playgrounds etc. with a new type of abstract toys that allow children to develop their creativity while also working on their motor skills, teamwork and other skills.

I am including this organisation because it came apparent to me that children, especially the youngest ones, don't really get the chance to participate in free play during the school hours. This would be to have more control over which games the children play and because they wouldn't know what to play.

The goal of these abstract blocks is to help children explore more ways of playing with one particular object. You can jump, glide, sit and roll on most of these object and the children can move the blocks according to their current game. This can help them develop skills like teamwork and discussing with others. It will also build the creativity of the children because there are an infinite ways of playing with these toys [1].

OKAN- classes

These type of classes originated from the time that a lot of refugees came to Belgium, looking for a new and improved life for themselves. These classes were developed for children from 12 until 18 years old.

The main goal of these classes is to learn the our language. It has been said to be one of the most difficult languages to learn. The teens also learn the culture and the different holidays that are celebrated in Belgium.

Apart from learning the language and the culture, it is also necessary to learn how to act on a social level. The children often experienced traumatic events, like losing family members and living in an unsafe area. It is important to learn to talk about their feelings and to help them connect to their new country. They learn how to make new friends in the classes due to the fact that they work with interactive classes, but they also participate in different activities outside of the school walls.

The children are set up in classes of people with either similar language skills or their previous experiences of school.

Whether or not you start in the class with the least experience, every child is able to move on to the regular classes once the student has learned enough of the language and the culture. Because of this the student gets the chance of graduating in the regular class and moving on to college or university. They will be able to find a qualified job and this is the beginning of their new life [3].

I wanted to add this initiative because I noticed that a lot of Gypsies are situated in the special needs classes in the high school. I think that due to their normal IQ, it would be possible to follow the normal curriculum once they get used to the language, habits and the culture of Bulgaria.

M-decreed

I want to include this decreed to this list due to the fact that I noticed that a lot of the children that are attending RALIZ could actually go to a normal school when they had the right kind of support from the system.

This decreed has only been present in Belgium for two years. They wanted to make this decreed because it has become apparent that there are too many children going to a special needs school. They decided this after a report from Europe was submitted.

They now want to change the number of children attending special needs school by implementing this decreed that stands on 6 different pillars.

I will explain these pillars as simple as possible because the educational system is different in every country and I don't want this paper to become too complex [7].

Pillar one suggests that every child should start in the regular classes before going to a special needs school. The school needs to prove that they did everything in their capability to try and help the child with their development. This gives every child the chance to prove themselves in the normal way of growing and learning.

Pillar two and three can be combined in a way that every child should have the right to be enrolled in a regular school while having the right to benefit from reasonable adjustments. These reasonable adjustments can be seen as a way of helping children develop in a normal way by changing little things that require only a little extra effort from the teachers. Examples of these kind of adjustments are a little more time to work on a test, typing everything on the computer instead of writing it all down. Bigger adjustments include changing the expectations of specific courses because a child cannot participate, they will be able to experience the social contact, but the child will not come in contact with all the study material.

Pillar four wants to guarantee that no professional loses their job because of this decreed and wants to make sure people that were working in a special needs school are now welcome to work in a regular school to help these children with a disability have a more inclusive life.

Pillar five talks about the conditions of going to a special needs school. From the start of this decreed, it has become harder to get the permission. A special organisation within the school system will make a report on all the efforts that have been made to make sure the child could participate in the regular classes. When these efforts seem too little for the child, It might get the permission to go to a special needs school. Before this decreed the

parents could decide that their child had to go to this kind of school or the schools would recommend this because of the extra effort they had to put for this specific child.

The last pillar is about a change in the special needs system. This system consists of different groups of children with a similar disability so that the teachers can give a more individual care. The change here includes children that have ASD. They now created a new group for these children that have the symptoms of ASD and they will now get the care they need instead of being placed with children that experience different needs [7].

This degree is only now implemented and there are still many things that are unsure about what consequences there will be in the future. I am personally happy the government is trying to find a way of including these children in the regular schools, the question is if these pillars will provide all the solutions for the needs we still have in Belgium.

Montessori school

Lastly, I want to mention this specific kind of education method. This method was developed by Maria Montessori. She was convinced of the fact that children need an environment that is adapted to their needs [4].

This method can be best described as a way of finding a smooth balance between freedom and a system of fixed rules; freedom in a safe space [8].

In this way of thinking the child develops according to his own rhythm and it can learn and make progress in the skills that he chooses for his own [6].

Children are guided by a conductor that helps them once the children ask for it. The children learn with the specially designed Montessori toys [5].

The children get divided in groups; children aged 4-6 years, 6-9 years and 9-12 years come together. This helps the group dynamic and the social interaction between different age groups. The younger ones can learn from the older ones and the older ones learn how to explain certain games etc. Because they get coached by the same conductor for 3 years, they can really work individually and know the separate goals of each child [2].

The main focus of the conductors, and the slogan of this method is: "Help me to do it independently." [8].

CONCLUSION

As said in the introduction of this paper, I didn't get to do the subject I planned to do here in Bulgaria. I got to work with so many different amazing people though and I learned a lot from this experience and that is more than I could dream of. So I am not sad that it went like this. This is a great example for the student(s) that may come after me and I hope this thesis can also help them to have a more clear understanding of Bulgaria.

The educational system will continue to grow and change and it will keep trying to have the best results for the children attending.

REFERENCES

- [1] Ballière, S., & Vervague, I. (2017). A'muze:mEDUCATIEF & VERANTWOORD SPEELGOED from <http://www.medios.be/amuze>
- [2] Basisonderwijs: verticale groepsstructuur. (2017). Retrieved 7-5, 2017, from <http://www.montessori.nl/48/basisonderwijs.html>
- [3] D'hollander, E. (Ed.) (2011). Een anderstalige nieuwkomer. In S.-J.-K.-S.(SJKS)
- [4] Tovey, H. (2011). Laat ze buiten spelen: pleidooi voor gezonde risico's: Maklu.
- [5] Wat is de betekenis van het montessorimateriaal? (2017). Retrieved 7-5, 2017, from <http://www.montessori.nl/85/wat-is-de-betekenis-van-het-montessorimateriaal.html>
- [6] Wat is de inhoud van het begrip vrijheid? Mogen kinderen doen wat ze willen? (2017). Retrieved 7-5, 2017, from <http://www.montessori.nl/89/wat-is-de-inhoud-van-het-begrip-vrijheid-mogen-kinderen-doen-wat-ze-willen.html>
- [7] Wat is het M-decreet? (2015). from <http://www.m-decreet.be/>

[8] Wat is montessorionderwijs? (2017). Retrieved 7-5, 2017, from <http://www.montessori.nl/82/wat-is-montessorionderwijs.html>

Contacts:

Kim Van Gasse, 4th year Occupational Therapy student, Hogeschool Gent, e-mail: kimvangasse@hotmail.com

Scientific tutor: Assoc. Prof. Liliya Todorova, Department of Public Health and Social Work, University of Ruse "Angel Kanchev", e-mail: litod@uni-ruse.bg

A View by Dutch Occupational Therapy Students on an Occupational Therapy Contribution to Inclusive Education in Ruse, Bulgaria – Literature and Practice

authors: Axel Peerenboom, Heidi Jacobs
scientific tutor: assoc. prof. Liliya Todorova

A View by Dutch Occupational Therapy Students on an Occupational Therapy Contribution to Inclusive Education in Ruse, Bulgaria – literature and practice: The paper presents our experience as Dutch students on Erasmus mobility at the University of Ruse. Our bachelor thesis is focusing on the role of occupational therapy within inclusive education. To define how occupational therapy can fulfill a role within inclusive education both literature and practical research have been executed. Findings show how there are not yet sustainable collaborations between schools and occupational therapists. Research shows how there are opportunities for occupational therapists to contribute towards supporting the participation of students with special needs in the inclusive educational system.

Key words: inclusive education, occupational therapy, special needs students, collaboration, school, Bulgaria, resource teachers.

INTRODUCTION

Our bachelor thesis project is about inclusive education in Bulgaria and which role occupational therapy can fulfill to support the implementation. To do so we have done individual literature reviews and a practical research. In this paper we will present our main observations so far and compare the situation in Ruse with the recommendations and findings from our literature reviews.

THE BULGARIAN CONTEXT OF INCLUSIVE EDUCATION

The first thing that we've noticed from our stay in Ruse is the unfamiliarity of occupational therapy in the two schools that we have visited. One primary school had experiences with occupational therapy, unfortunately they were not able to welcome us to observe in the classes. Luckily there was another primary school that was open to welcome us. The headmaster of this school did not know what occupational therapy was, neither did teachers we spoke with. This could be the result of the changing policies within the inclusive education and a change in school board.

We were also welcomed at a regular secondary school in which students with special needs have their own classes. The resource teacher told us how she is unfamiliar with occupational therapy and there has been no collaboration with them so far.

Summarizing, during our stay we were welcomed by two schools. These schools have both different ways of including students with special needs. The primary school seems to practice inclusive education and the secondary school practices special education within a regular school environment.

“Angel Kanchev” Primary School

Within “Angel Kanchev” primary school the inclusive education is provided by working in small groups which contain special needs students (sometimes combined with regular students) and a resource teacher. The resource teachers from the primary school are provided by the Resource Center. The resource teacher helps the students with their exercises, their behavior and the preparation of tasks. These students are getting assessed three times a year, to adjust learning goals and to monitor educational growth. The students have their own learning goals, with adjusted exercises when needed. The resource teacher we observed mainly helped the students instead of supporting them.

We observed how the students tend to rely on the resource teacher to help them, especially when it comes to class participation. When the teacher is asking questions to the students, the resource teacher will provide the students when needed with the answer.

This seems to result in the following: the students enjoy to participate during class and want to contribute when the teacher asks a question. They feel confident in answering questions, because of the expected help.

The students are following the same course as their peers but with different learning goals. Due to these individual learning goals, the resource teacher is working sometimes on different subjects with the special needs students, while the teacher is covering another subject. During observations we saw how this can interfere with the necessity to provide instructions or explanation. The connection between the resource teacher and the students is really strong, the students trust and have a strong bond with the resource teachers.

There are also classes and subjects given in which no support from the resource teacher is provided. We were not able to observe these classes, therefore we cannot describe if there is any difference in the participation and inclusion of students with special needs in these classes.

Secondary school

At the Professional School of Industrial Technologies "Atanas Bourov" children with special needs have their own classes within the mainstream school. The resource teacher has a different role than in the primary school. There is time to work with the students individually, however due to administrative tasks and registrations the time for individual guidance is limited. Also the resource teacher is asked to contribute to the recruitment for new students with special needs. Another difference is that the resource teacher of the secondary school is part of the school instead of being part of the team from the Resource Center.

The students get practical classes from their two main teachers who are strongly involved and interested in the development of the students. The students are provided with general classes from other teachers within school. The general teachers encounter some difficulties with teaching the students with special needs because they are not prepared to educate them. They do not have expertise or experience and they are (not yet) supported in how to educate these students.

The special needs students have a resource classroom, on the third floor for individual lessons. However this room is not easily accessible for some of the students whom have difficulties with their mobility. Therefore all the students make use of rooms on the ground floor, which are accessible and functional for their needs.

The students feel confident and enjoy their stay in the school. However, because of the broad variety of disabilities and intellectual possibilities, it is difficult to meet the educational potential of all the students during classes. Despite these differences between students, there is a lot of social interaction between the students. Also the teachers whom are involved and skilled are putting a lot of effort into including every child.

The interaction with other, "regular" students has not been observed. According to the stories that were told to us, there is still a bit of distance between them.

LITERATURE REVIEW

QUESTION 1: How do schools where inclusive education is already successful support the students with special needs to participate in class?

To make inclusive education possible it is important for schools and teachers to understand the abilities of students. When there is shortage of knowledge and experience to support a student with special needs it will make the attitude towards the inclusion of special needs students negative [15], [16]. Furthermore, discussing and talking with colleagues about experiences will make coping with the special needs students easier. Fong Poon-MacBrayer & Wong (2013) are even stating that the use of resource schools where inclusive education is already successful could serve as an example [6].

To make students participate in the class some programs are being recommended: The Universal Learning Design (ULD) and the Differentiated Learning Design [10]. These teaching strategies are very different but the principles out of both designs could help to implement inclusive education. Boyle, Scriven, Durning & Downes (2011) name 3 different strategies which are used in the inclusive setting: the students' direct instruction, cognitive strategies and co-operation learning [2]. Other ways of supporting and teaching within inclusive education are modifying the curriculum standards, working in small groups and providing organized and meaningful information in a repetitive way [10], [13], [15]. Sakerneh & Abu Nair (2014) add that teachers should encourage the students to be optimistic about their abilities and provide the student with positive feedback [15]. Meynert (2014) also supports the fact of making curriculum changes to match an individual's capacity instead of making it too hard to stay in a normal class and getting a low self-esteem and distress [12]. To check if the student understands the information probing question could be used to check this [15].

To optimize the socialization and communication of students with Autism Spectrum Disorder (ASD) in class there are several interventions that could be implemented: Picture Exchange Communication System (PECS), Pivotal Response Treatment (PRT) and the Functional Behavior Assessments (FBA). These interventions could help to optimize the participation of students with ASD [9]. One of the most important factors to implement inclusive education and let students with different abilities participate is to have a shared vision within in the school. Teachers and the school leader must have an understanding and trusting relationship with each other to make the inclusive education successful and make sure that everyone gets along [6]. Also a learning support coordinator could help teachers and schools to support the students with different abilities and give them support in making an individual learning plan for these students [2].

QUESTION 2: How can occupational therapists support teachers to implement inclusive education in their classroom?

The articles used to answer the main question of the literature review are selected because of their relation with occupational therapy and education and will be named in the bibliography. The articles describe the role of occupational therapists from various perspectives, as well from the point of view of teachers, occupational therapists and organizations which provide more general insight about occupational therapy in schools from an occupational therapy (OT) perspective. Some articles do not have a specific description of the role of OT, however the role that is being describes fits OT perfectly. By combining all these different perspectives, it gives a good opportunity to understand how occupational therapists can support teachers in the most effective way.

The articles which are considered to have the most added value to answer this question are written by Hart Barnett & O'Shaughnessy (2015), Causton-Theoharis (2009), Rens & Joosten (2014) and Hemmingsson, Gustavsson & Townsend (2007) [7], [3], [14], [8]. Two of them describe how literature gives an insight on the support that can be provided to support students with special needs. The other articles present research that have taken place in countries where inclusive education is embedded for a longer period of time, and describes the issues that are recognized by teachers and therapists to practice this inclusive education. It gives the opportunity to learn from the experiences of others and gives guidance to how the support that can be given by therapists in new and existing settings to build up towards an implementation of occupational therapy within the school environment. The main findings support how a good collaboration between teachers and therapists is essential for a good implementation of inclusion and participation of students with special needs [11], [3], [4], [6], [7], [8], [14]. Aspects that are important to achieve a good collaboration are clarifying the roles of both teachers and occupational therapists [11], [4], [7], [14], schedule regular meetings [7], [8], set mutual goals [8], [14], and form individual plans for students' participation [1], [3], [6], [7], [14], use

effective communications methods [11], [7], [6], [14], [3], [8], and the importance to include and share the same information with all stakeholders, which also include parents [1], [6], [14]. Also, there are several interventions the occupational therapist could provide to eventually support the teacher in making participation and inclusion possible of students with special needs. To support teachers in inclusive education, occupational therapists can use their expertise about the person, environment and occupation. They have the knowledge to observe and assess the student's strengths and challenges and they are able to give advice on which support would be appropriate to let the students participate and be included within the mainstream education system.

The main findings point how the teacher can be supported by providing a full assessment of the strengths and challenges of the child [11], [1], [6], [14], [7], the tasks and the students environmental context [11], [14], [6], observing in class [7], [3], [14], educate the teachers how to implement the method of UDL [1], [7], give workshops to enhance awareness about occupational difficulties that may occur in class [4] and contribute to individual educational plans which provide general, specific, easy and realistic advices and recommendations [14].

Besides all this, through these articles it is shown how a positive attitude of teachers and school board towards inclusive education, adaptability and a willingness to do effort important is for successful implementation. Also occupational therapists will be good partners to share their knowledge with various stakeholders like teachers, parents and other therapists, which also supports the teachers to have an inclusive classroom.

CONCLUSION

The role of occupational therapy within the inclusive education system of Ruse, Bulgaria can be fulfilled by assessing and evaluating the strengths and challenges of the student and their environment. Through these assessments an individual learning program can be developed. Occupational therapist could fulfill a guiding role in creating individual learning plans in collaboration with teachers, resource teachers and parents. Also occupational therapists can support teachers and give advice on appropriate guiding styles towards students. This enhances educational growth, social inclusion and participation.

In order to support the inclusive educational system from an occupational therapy perspective, a well-established collaboration between school boards, teachers and occupational therapists is needed. This can be achieved by sharing the same vision on inclusive education and have a mutual understanding of each other's roles.

REFERENCES

- [1] AOTA (2016). Factsheet: Occupational therapy in school settings. American Occupational Therapy Association.
- [2] Boyle, C., Scriven, B., Durning, S., & Downes, C. (2011). 1. Facilitating and learning of all students: The "professional positive" of inclusive practice in Australian primary schools. *British Journal of Learning support*, 26(2), 72-78. Retrieved from <https://search-proquest-com.rps.hva.nl:2443/docview/881460082?accountid=130632>
- [3] Causton-Theoharis, J. N. (2009). The golden rule of providing support in inclusive classrooms: Support others as you would wish to be supported. *TEACHING Exceptional Children*, 42(2), 36-43. Retrieved from <http://search.proquest.com.rps.hva.nl:2048/docview/61837395?accountid=130632>
- [4] Chiu, T., Heidebrecht, M., Wehrmann, S., Sinclair, G., & Reid, D. (2008). Improving teacher awareness of fine motor problems and occupational therapy: Education workshops for preservice teachers, general education teachers and special education teachers in Canada. *International Journal of Special Education*, 23(3), 30-38. Retrieved from <http://search.proquest.com.rps.hva.nl:2048/docview/61892379?accountid=130632>

- [5] Coalitie voor Inclusie. (2010). Het VN-verdrag bepaalt: inclusief onderwijs is een recht voor alle kinderen!. Retrieved from http://www.kcco.nl/doc/kennisbank/vn-verdrag_inclusief_onderwijs_recht_kinderen.pdf
- [6] Egilson, S. T., & Traustadottir, R. (2009). Participation of students with physical disabilities in the school environment. *The American Journal of Occupational Therapy*, 63(3), 264-72.
- [6] Fong Poon-MacBrayer, K., & Wong, P. M. (2013). Inclusive education services for children and youth with disabilities: Values, roles and challenges of school leaders. *Children and Youth Services Review*, 35(9), 1520-1525.
- [7] Hart Barnett, J. E., & O'Shaughnessy, K. (2015a). Enhancing collaboration between occupational therapists and early childhood educators working with children on the autism spectrum. *Early Childhood Education Journal*, 43(6), 467-472. doi:<http://dx.doi.org.rps.hva.nl:2048/10.1007/s10643-015-0689-2>
- [8] Hemmingsson, H., Gustavsson, A., & Townsend, E. (2007). Students with disabilities participating in mainstream schools: Policies that promote and limit teacher and therapist cooperation. *Disability and Society*, 22(4), 383-398. doi:<http://dx.doi.org.rps.hva.nl:2048/10.1080/09687590701337892>
- [9] Koegel, L., Matos-Freden, R., Lang, R., & Koegel, R. (2012). Interventions for Children With Autism Spectrum Disorders in Inclusive School Settings. *Cognitive and Behavioural Practice*, 19(3), 401-412. Retrieved from <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.11.003>
- [10] Kraayenoord, C. van. (2007). School and classroom practices in inclusive education in Australian. *Childhood education*, 6(83), 390-394.
- [11] Mejasic, J.J, Benson, J.D. & Szucs, K. (2015). Teacher Perceptions of the Role of OT's in the Schools. Conference paper of American Occupational Therapy Association National Conference, Nashville, TN
- [12] Meynert, M. J. (2014). Inclusive education and perceptions of learning facilitators of children with specials needs in a school Sweden. *International Journal of Special Education*, 29(2), 35-52. Retrieved from <https://search-proquest-com.rps.hva.nl:2443/docview/1651861445?accountid=130632>
- [13] O'rourke, J., & Houghton, S. (2009). 2. The perception of secondary teachers and students about the implementation of an inclusive classroom model for students with mild disabilities. *Australian Journal of Teacher Education*, 34(1), 22-41. Retrieved from <http://ro.ecu.edu.au/ajte/vol34/iss1/3>
- [14] Rens, L., & Joosten, A. (2014). Investigating the experiences in a school-based occupational therapy program to inform community-based paediatric occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(3), 148-158. doi:10.1111/1440-1630.12093
- [15] Sakarneh, M., & Abu Nair, N. (2014). Effective teaching in inclusive Classroom: Literature review. *Journal of Education and Practice*, 5(24), 28-34. Retrieved from <http://www.iiste.org/Journals/index.php/JEP/article/viewFile/15252/15618>
- [16] Vaz, S., Wilson, N., Falkmar, M., Sim, A., Scott, M., Cordier, R., & Falkmer, T. (2015). Factors associated with primary school teachers' attitudes towards inclusion of students with disabilities. *PLos One*, 10(8), 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0137002

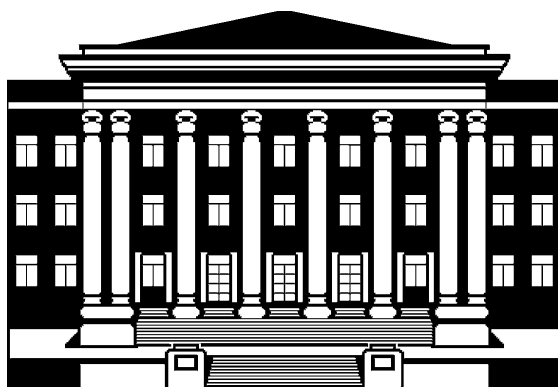
Contacts:

Axel Peerenboom, 4th year Occupational Therapy student, Amsterdam University of Applied Sciences, e-mail: axel.peerenboom@hva.nl

Heidi Jacobs, 4th year Occupational Therapy student, Amsterdam University of Applied Sciences, e-mail: heidi.jacobs@hva.nl

Scientific tutor: Assoc. Prof. Liliya Todorova, Department of Public Health and Social Work, University of Ruse "Angel Kanchev", e-mail: litod@uni-ruse.bg

**РУСЕНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
“АНГЕЛ КЪНЧЕВ”**



СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ СНС'18

П О К А Н А

**Русе, ул. "Студентска" 8
Русенски университет
“Ангел Кънчев”**

Факултет „Обществено здраве и здравни грижи”

**СБОРНИК ДОКЛАДИ
на
СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ – СНС’17**

Под общата редакция на:
доц. д-р Ирина Караганова
ас. Иринка Христова

Отговорен редактор:
проф. д-р Диана Антонова

Народност българска
Първо издание

Формат: А5
Коли: 30,25
Тираж: 30 бр.

ISSN 1311-3321

ИЗДАТЕЛСКИ ЦЕНТЪР
на Русенски университет “Ангел Кънчев”