ПРЕВЕНЦИЯ И КОНТРОЛ НА НОЗОКОМИАЛНИТЕ ИНФЕКЦИИ В ОРГАНИЗАЦИЯТА И УПРАВЛЕНИЕТО НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ

М. Нинова[1], К. Ангелов[1] и М. Янева-Деливерска[2]

[1]УМБАЛ "Александровска" – София
[2]Факултет по обществено здраве, Медицински университет – София

PREVENTION AND CONTROL OF NOSOCOMIAL INFECTIONS IN THE ORGANIZATION AND MANAGEMENT OF HEALTHCARE

M. Ninova[1], K. Angelov[1] and M. Yaneva-Deliverska[2]

[1]University Multyprofile Hospital for Active Treatment "Alexandrovska" – Sofia
[2]Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Резюме. *Целта на разработката е да се изследват организацията и управлението на здравните грижи относно превенция и контрол на инфекциите, свързани с медицинското обслужване. Обект на изследване са професионалисти по здравни грижи, работещи в болнични структури за активно многопрофилно лечение в 15 лечебни заведения в София, Варна, Плевен, Кърджали, Момчиловград, Пазарджик и Пловдив, както и студенти от специалностите „Медицинска сестра" и „Акушерка" от МУ – София, МУ – Варна, Филиал Шумен, МУ – Пловдив. Общият брой на включените в изследването е 1035 професионалисти по здравни грижи и 296 студенти. Анкетното проучване сред студентите е проведено в София, Пловдив, Шумен и Варна. Периодът на проучването е април–май 2016 г. За нейното реализиране са използвани: исторически, социологически, статистически и документален метод. От анализа на данните от анкетното проучване е видно, че базисни познания за нозокомиалните инфекции съществуват, но те са по-скоро основни и са формирани въз основа на клиничен опит, отколкото на осъзната потребност да се ползват. Прилага се комплексен подход, който включва организиран надзор над нозокомиалните инфекции, спазване на стандартните и изолационните превантивни мерки, контрол на епидемичните взривове и продължителна квалификация на персонала по темата, за да се ограничат до минимум възникването и разпространението на ВБИ.*

Ключови думи: *превенция, контрол, нозокомиални инфекции, професионалисти по здравни грижи*

Abstract. *The aim of this study is to analyse the organization and management of healthcare in the field of prevention and control of infections related to medical services. The object of this study are healthcare professionals working in general hospital structures in 15 medical centres in Sofia, Varna, Pleven, Kardzhali, Momchilovgrad, Pazardzhik, and Plovdiv, and students reading for a degree in Nursing and Midwifery at the Medical University of Sofia, the Medical University of Varna, Shumen Branch, and the Medical University of Plovdiv. Total number of respondents: 1035 healthcare professionals and 296 students. The survey among the students was conducted in Sofia, Plovdiv, Shumen and Varna. Duration of study: April-May 2016. The survey employed: a historical method, a sociological method, a statistical method and a documentary method. The analysis of the results of the survey showed that the respondents have some fundamental knowledge of nosocomial infections, but it is very basic and is formed on the basis of clinical experience, and not so much on the conscious realization that such skills need to be put into practice. A comprehensive approach was applied which included organised supervision of nosocomial infections, compliance with the standard and isolation preventive measures, control of epidemic outbursts and continuous qualification and training of staff on this matter in order to minimize the development and dissemination of hospital-acquired infections.*

Key words: *prevention, control, nosocomial infections, healthcare professionals*

Въведение

Според СЗО проучвания през 2002 г. показват, че в Северна Америка и Европа 5-10% от всички хоспитализации водят до нозокомиални инфекции (НИ), докато в Латинска Америка, Субсахарска Африка и Азия се наблюдават повече от 40% хоспитализации с вътреболнични инфекции (ВБИ) [9].

В САЩ средно 2 от 10 пациенти, приети в болница, са свързани с болнична инфекция и тяхната смъртност се очаква да надвиши рака на гърдата и рака на простатата [10]. В Европейския съюз около 37 000 смъртни случая се дължат на инфекции, вследствие на медицинското обслужване и струват 1,5 млрд. евро годишно [12].

По *Програмата за обществено здраве* [11] се финансират проекти, чиято цел е създаване на мрежа за наблюдение на нозокомиалните инфекции, като по този начин държавите членки могат да обменят опит и да се сравняват политики за превенция и надзор по еднакви здравни показатели.

Съгласно *Медицинския стандарт по превенция и контрол на вътреболничните инфекции*, утвърден с Наредба № 3 от 8.05.2013 г., издадена от министъра на здравеопазването, терминът „вътреболнични инфекции“ е **равнозначен с термините** „нозокомиални инфекции“ и „инфекции, свързани с медицинско обслужване“ [5]. Управлението на сестринските грижи е процес, целящ да мобилизира човешките ресурси и ресурсите на заобикалящата среда, с цел осигуряване на постоянни, достъпни, качествени и безопастни здравни грижи за пациента [8].

Управленското решение в конкретния случай е предотвратяване на нозокомиална инфекция или ограничаване на нейното разпространение. **Организацията** е система от дейности за реализирането на взетите управленски решения, като се изисква баланс между методите на дейност, структура и ресурсите на дадена здравна структура. **Организирането** е вид раздробряване на управленското решение на отделни елементи или стъпки (съставяне на алгоритъм), като по този начин се разпределят и насочват ресурсите и силите на персонала.

Организирането предполага и едновременно осъществяване на контрол на изпълнението.

Контролът е неотменна управленска функция, която може да бъде причина за неизпълнение на добри, гъвкави и адекватни решения при неефективен контрол.

Контролът на инфекциите е сложен проблем, защото рисковете от ВБИ се увеличават значително поради свободното движение на пациентите в лечебното заведение, поради високата заетост на леглата и поради липсата на специални болнични стаи за изолиране на заразените пациенти и не на последно място – недостатъчен квалифициран персонал. Организацията включва прилагането на стандартни (рутинни) и допълнителни (изолационни) предпазни мерки, организиране на обучение във формите на продължаващата квалификация, провеждането на политики за контрол на инфекциите, свързани със здравни грижи. **Превенцията** е част от нашите работни навици. Професионалистите по здравни грижи във всички професионални роли могат да имат водещо място в предотвратяването и контрола на инфекциите, като използват своите знания, умения и преценка за започване на подходящи процедури за контрол на инфекциите. Студентите с ОКС „бакалавър” от специалностите „Медицинска сестра” и „Акушерка” имат само базисни познания за нозокомиалните инфекции.

Кратки исторически данни

Международен исторически аспект

Във Великобритания и САЩ е узаконена длъжността *болничен епидемиолог*, а скоро след това и длъжност за *медицинска сестра – специалист по контрол на НИ*. По-късно, през 1963 г. Швеция вече има първите две медицински сестри по контрол на инфекциите и един лекар, със същата основна специалност. Сред пионерите е основаната през 1968 г. Шведска асоциация по контрол на инфекциите и стерилизация. През 1972 г. асоциациите в САЩ и Канада се обединяват като Асоциация на специалистите по контрол на инфекциите (APIC). През 1978 г. се провежда конференция с международно участие на тема: „Ролята на сестрата – специалист по контрол на НИ [1], за надзора (сървейланса), превенцията и контрола на

ВБИ, където се приема решение за създаване на мултидисциплинарна, международна асоциация по контрол на НИ [1] – това е първата съществена стъпка към създаването на IFIC – Международна федерация за контрол и координиране на националните програми за ВБИ/НИ в целия свят, е учредена в Швеция на 31 август 1987 г., след близо 10 години на планиране и организационна работа. Учредителите на IFIC ясно осъзнават, че контролът на НИ [8] изисква работа в екип. През 1995 г. IFIC е пререгистрирана във Великобритания и от 1999 г. придобива статут на благотворителна организация. През първите 10 години Федерацията обединява над 30 организации от 22 страни.

С последната актуализация на състава през 2003 г., когато се присъединяват още 6 нови държави (България, Гърция, Израел, Литва, Йордания и Нова Зеландия), IFIC става федерация на 54 дружества. Във Федерацията участват и представители на медицинската индустрия като корпоративни членове. IFIC се управлява от Борд, състоящ се от 10 души, които се избират за 4-годишен период (с възможност за втори мандат) въз основа на кандидатури, издигнати от дружествата, членуващи във федерацията, при условие, че те могат да поемат финансирането на своите кандидати за участие в годишните срещи на Борда. Дейността се състои в издаване на списание „Бюлетин на IFIC“, разработване и актуализиране на „Наръчник за обучение по основните принципи за контрол на НИ“, провеждане на конгреси, конференции, съвместни срещи на страните членки с Федерацията, тематични сесии в програмата на други международни форуми и работни срещи. Всички тези дейности допринасят за осъществяване на основните задачи за обмен на полезна информация между членовете за проблемни инфекции, свързани с медицинското обслужване, както и за постижения при сървейланса на НИ. Благодарение на сътрудничеството с Швейцарската агенция и в съответствие с Меморандума за разбирателство между правителствата на двете страни на 16 април 2003 г. официално се регистрира сдружение с нестопанска цел *Българска асоциация по превенция и контрол на нозокомиалните инфекции – БулНозо* [6].

Могат да се обособят четири периода

Първият период е доантисептичен, когато храмовете и манастирите са били първите болници, където служители на религията са се грижели за болните с инфекции, получени вследствие на примитивното обслужване, и са ги наричали „пожара на св. Антоний”.

Вторият период е антисептичен, когато унгарският лекар I. Semmelweis (1818-1865), който определя ролята на нечистите ръце за пренасяне на „разпадната органична материя в родилните отделения” въвежда дезинфекцията на ръцете с хлорна вар и така успява да намали леталитета в Акушерската клиника на Виенския университет от 11.4% до 1.33%, за което е наречен „спасител на майките”.

Това е и периодът, когато родоначалникът на антисептиката, руският хирург Н. И. Пирогов (1810-1881), препоръчва цялостна “система на разобщуване на болните” (изолация на болните) като въвежда „боксовата система”. Всичко това способства за намаляване на болничните инфекции.

Третият период е антибиотичен, когато се прилага пеницилинът (открит от A. Fleming през 1928г.) в клиничната практика. С откриването и на сулфонамидите през 1935 г. от G. Domagk се разкриват възможности за провеждане на антимикробна терапия в борбата с инфекциите.

Четвъртият период е на съвременните вътреболнични (нозокомиални) инфекции, където през 50-те години на XX век се появяват първите съобщения за увеличаване на гнойно-септичните усложнения в постоперативния период. През 60-те години доминират НИ със стафилококова етиология, наречени „стафилококовата чума на XX век”. През 70-те години постепенно нараства броят на нозокомиалните инфекции, причинени от Gram-негативните микроорганизми [7].

Цел

Целта на разработката е да се изследват организацията и управлението на здравните грижи относно превенцията и контрола на инфекциите, свързани със здравните грижи.

Постигането на целта ще се осъществи чрез следните **задачи:**

1. Да се проучи в исторически аспект създаването и развитието на длъжността за *медицинска сестра – специалист по контрол на НИ,* както и на асоциации и федерации по контрол на нозокомиалните инфекции на международно ниво и в България.

2. Да се изследват познанията на професионалистите по здравни грижи в лечебните заведения и на студентите с образователно-квалификационна степен (ОКС) бакалавър от специалностите „Медицинска сестра" и „Акушерка" относно превенцията и контрола на нозокомиалните инфекции.

3. Да се проучат нагласите на професионалистите по здравни грижи за участие в системата за непрекъснато обучение по превенция и контрол на нозокомиалните инфекции в здравните грижи.

Материал и методи

Обект на изследването са професионалисти по здравни грижи, работещи в болнични структури за активно многопрофилно лечение в 15 лечебни заведения в София, Варна, Плевен, Кърджали, Момчилград, Пазарджик, Пловдив, както и студенти от специалностите „Медицинска сестра" и „Акушерка" от МУ – София, МУ – Варна, Филиал Шумен на МУ – Варна, и МУ – Пловдив.

В изследването са включени 1035 професионалисти по здравни грижи и 296 студенти.

Анкетното проучване сред студентите е проведено в София, Пловдив, Шумен и Варна. Периодът на проучването е април–май 2016 г.

Анкетното проучване сред професионалистите по здравни грижи е проведено в София, Плевен, Кърджали, Момчилград, Пазарджик, Варна, Русе, Плевен, Враца и Пловдив. Периодът на изследването е март–септември 2016 г.

В изследването са приложени следните методи:

- Исторически
- Социологически
- Документален
- Статистически.

Въвеждането и обработката на данните са осъществени с Windows Excel. Използвани са статистически методи, доказали своята пригодност в социологически проучвания.

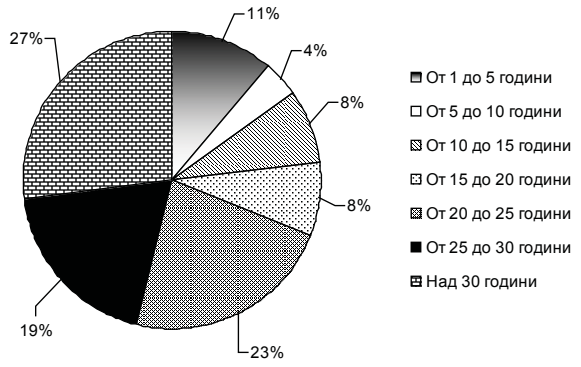
Резултати и обсъждане

Анализ на резултати от анкетирането

Първата група въпроси засягат основните демографски характеристи на изследваните групи.

Преобладаващото множество от анкетираните са от женски пол – 99%. 72% от анкетираните са медицински сестри, 24% са акушерките и едва 4% са рентгеновите лаборанти. Този резултат предпоставя определянето на нагласите на медицинските сестри за сметка на останалите две специалности, което се обяснява преди всичко с преобладаващия брой медицински сестри, които имат отношение към темата.

Проучен е трудовият стаж на анкетираните професионалисти по здравни грижи (фиг. 1). Преобладаващата част от отговорилите имат значителен трудов стаж ≥ 20 години, когато хората са вече с изградени трайни и трудни за преодоляване професионални навици. Този резултат е логичен на общия фон на увеличаване на възрастта на работещите професионалисти по здравни грижи. Общият процент на работещите под 20 години – 23, дава представа за реалното ниво на възрастовия праг в професията.



Фиг. 1. *Разпределение на анкетираните по стаж*

Втората група въпроси засяга общите знания и информираност на професионалистите по здравни грижи (ПЗГ) и студентите за ВБИ.

Въпросите целят да дадат информация за базисните познания по вътреболничните

инфекции. За установяването на наличното ниво на информираност в анкетата са включени въпроси, проучващи мнението на участниците за това какво е нозокомиална инфекция, какво включва превенцията на ВБИ, какви са подходите за предотвратяването им, какви локации са им познати.



Фиг. 2. *Базови познания за нозокомиалните инфекции*

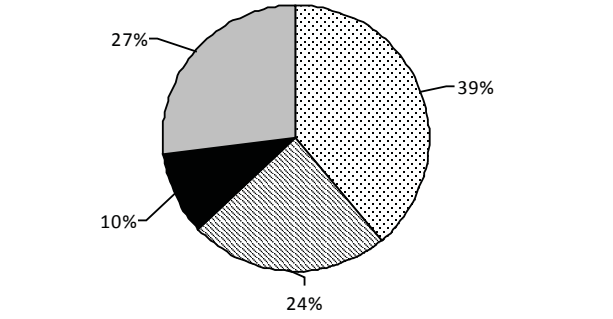
Данните от фиг. 2 показват, че 36% от анкетираните имат познания за ВБИ. Тъй като този процент е под 50, това задълбочава първоначалното впечатление на изследователите, че познания съществуват, но те са по-скоро основни, отколкото осъзната потребност за прилагането им на практика.

Резултатите от отговора на въпроса**:** *Какво включва превенцията на ВБИ?* показват, че прилагането на стандартни предпазни мерки е с най-голям процент по мнението на анкетираните – 68 (фиг. 3).

Интерес при отговорите на въпроса *Кои са подходите за предотвратяване на ВБИ?* (фиг. 4) представлява отговорът, посочващ *обучението на персонала* (даден от 27% от анкетираните), което на практика го определя като подход на второ място по важност след *мерките спрямо източниците на заразата* (39%), и преди *мерки спрямо пътищата на разпространение на заразата* (24%). Това по категоричен начин свидеделства за осъзнаването в пълна степен от страна на анкетираните на недостатъчната им информираност по темата.



Фиг. 3. *Информация за превенцията на ВБИ*

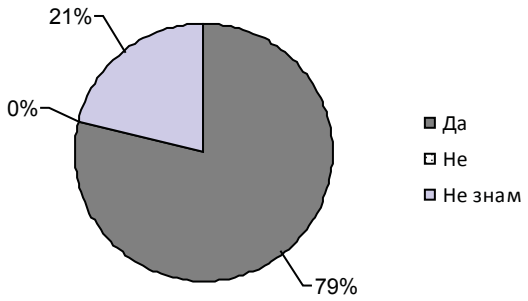


Фиг. 4. *Познания за видовете подходи за предотвратяване на ВБИ*

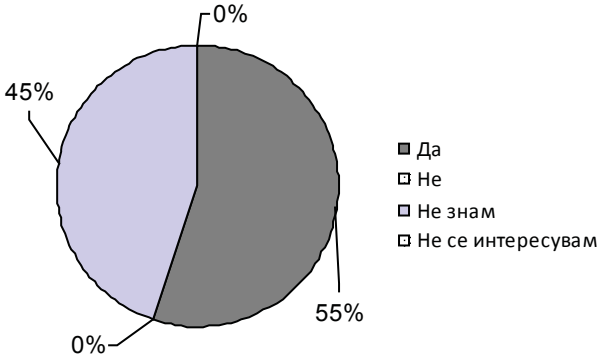
Третата група въпроси се отнася до организацията на дейността по предпазване от ВБИ. Тази обширна група въпроси обхваща запознатостта на респондентите с вътрешната организация на дейността по превенция ВБИ. Въпросите касаят наличието на утвърден от изпълнителния директор *Правилник за превенция и профилактика на ВБИ в лечебното заведение* – 79% от респондентите са отговорили утвърдително (фиг. 5);

Според данните от фиг. 6 – за назначаване на *специалист по контрол на инфекциите,* 55% от респондентите потвърждават, че в лечебното им заведение има такъв специалист.

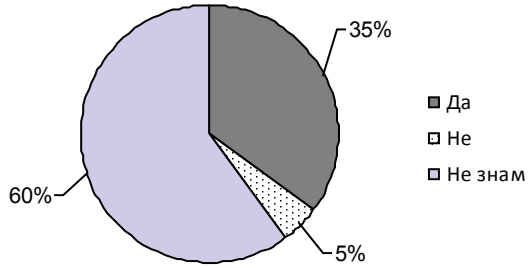
На въпроса дали в лечебното заведение има въведен *Наръчник за превенция и профилактика на ВБИ за здравните грижи* – 35% отговарят с „да“ (фиг. 7).



Фиг. 5. *Наличие на Правилник за превенция*

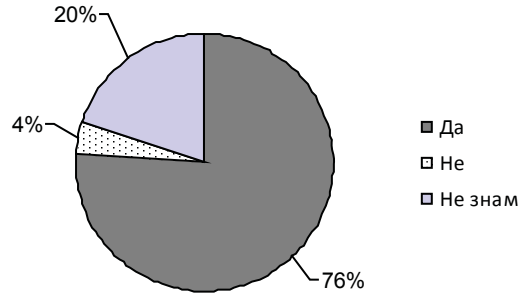


Фиг. 6. *Познания на анкетираните за назначен специалист по контрол на инфекциите в болниците*



Фиг. 7. *Мнението на ПЗГ за въведен Наръчник за превенция и контрол на ВБИ в лечебните заведения*

На въпроса: *Полезно ли ще е в професионалното ежедневие на професионалистите по здравни грижи издаването на Наръчник по превенция и профилактика на ВБИ в здравните грижи?* – 76% от отговорите са положителни (фиг. 8).



Фиг. 8. *Информация от анкетираните за полезността на Наръчник по превенция и контрол на инфекциите в клиничната практика*

Най-голямата част от анкетната карта заемат въпросите, свързани с мерките за превенция, в зависимост от това дали става дума за персонал, пациенти, посетители на болницата. Целта на тези въпроси е да се изясни реално какви знания притежават и най-вече какви мерки се прилагат на място в клиниките и отделенията на лечебните заведения, в които работят респондентите на проучването.

Отговорите на тези въпроси показват, че работещите професионалисти в сферата на здравните грижи боравят с определен набор от мерки за превенция, които са близо до стандартния набор от мерки и извън които трудно прилагат допълнителните (изолационни) мерки в професионалното си ежедневие. Това води до съмнение дали те изобщо са познати на голяма част от тях.

На въпроса: „Кои мерки от страна на персонала са превенция на ВБИ?“ само 24% посочват *хигиена на ръцете*, 22% – *маска,* и 20% – *работно облекло*.



Фиг. 9. *Познанията на анкетираните за видовете мерки от страна на персонала за превенция на ВБИ*

На въпроса: „Кои мерки от страна на пациентите са превенция на ВБИ?“ 20% от отговорилите посочват *личната хигиена* на пациента, 18% – *здравната култура* на пациента (фиг. 10).

На въпроса „Кои мерки от страна на посетителите са превенция на ВБИ?” анкетираните са отбелязали с по 22% *дезинфекция на ръцете на посетителите* и *недопускането на посетители с простуда* (фиг. 11).



Фиг. 10. *Знанията на ПЗГ за видовете превантивни мерки от страна на пациентите*



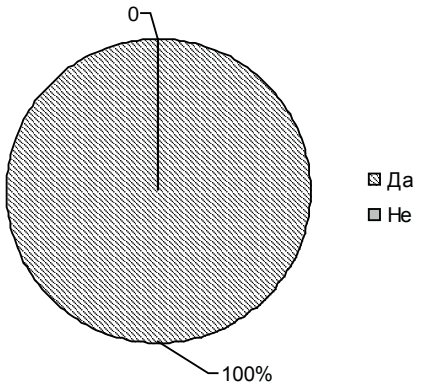
Фиг. 11. *Информираността на респондентите за видовете превантивни мерки от страна на посетителите*

Част от въпросите целят да се изяснят нагласите за продължаващо и/или непрекъснато допълнително обучение за превенция, профилактика и контрол на ВБИ.

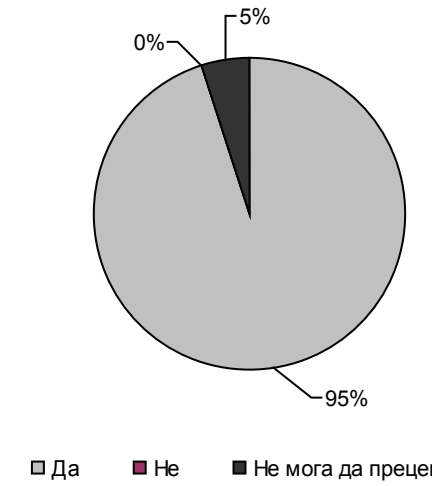
През 80-те и 90-те години на XX век в ПМИ и ИПКССО в обучението на медицинските сестри и акушерките познанията за вътреболнични инфекции не бяха достатъчно застъпени, защото се смяташе, че наличието на ВБИ е показател за извършена некачествена здравна грижа. В учебника „Грижи за болния и сестринска техника" на проф. д-р Йонко Белоев в раздел II са описани подробно изискванията за асептика и антисептика, дезинфекция, стерилизация, алгоритъм за извършване на различните видове манипулации от компетентността на медицинската сестра и акушерката. По-късно, през последните 7 години във „Философия и въведение в сестринските/акушерските грижи" студентите се запознават с нозокомиалните инфекции като следствие на медицинското обслужване. **Задължителните дисциплини** осигуряват солидна фундаментална подготовка по избраната широкопрофилна специалност от професионалното направление. Като се има предвид, че **избираемите дисциплини** осигуряват специфични, профилиращи знания и компетентност в по-тесни професионални области на специалността, би било рентабилно да се създаде такава свободноизбираема дисциплина.

Това води и до множеството положителни отговори на въпросите, видно от следващите фигури – 100% са позитивни отговори на въпроса за обучение на новопостъпилите, а 95% потвърждават необходимостта от обучение в болницата по превенция и профилактика на НИ.

На въпрос „В лечебното заведение провежда ли се обучение на новопостъпилите по здравни грижи" интерес предизвиква отговорът „не знам" – даден от 11% от анкетираните, което е поредно доказателство за ниската степен на заинтересованост и личен ангажимент към дейността.



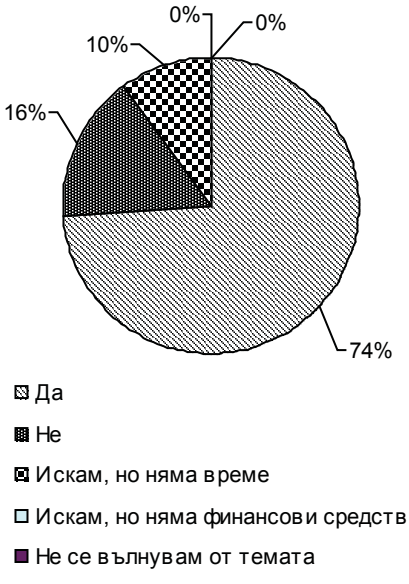
Фиг. 12. *Трябва ли да се провежда обучение на новопостъпилите ПЗГ в болницата по провенция и профилактика на ВБИ в здравните грижи*



Фиг. 13. *Необходимо ли е според вас в болницата да се провежда обучение по превенция и профилактика на нозокомиалните инфекции*



Фиг. 14. *В лечебното заведение провежда ли се обучение на новопостъпили ПЗГ по превенция и профилактика на ВБИ*



Фиг. 15. *Участвали ли сте във формите на продължаващо обучение по темата*

Времето като фактор е причина за „неучастие“ в обученията за 10% от анкетираните. Това навежда на мисълта, че при бъдещо разработване и прилагане на актуална и адекватна програма за обучение е добре да се помисли за възможност за създаване на два модула за обучение – един, изнесен от работното място, и друг за прилагане на място.

Изводи

1. Резултатите показват, че 36% от анкетираните имат базисни познания за нозокомиалните инфекции, но именно ниският процент е основание да смятаме, че те са недостатъчни.

2. Сравнително висок процент (68%) от анкетираните професионалисти по здравни грижи и студенти познават и прилагат набора от стандартните предпазни мерки, за сметка на ниския процент (39%) познаване на допълнителните (изолационни) мерки.

3. Слаба е информираността на респондентите относно вътрешната организация по превенция на ВБИ – 24% познават „мерките спрямо пътищата на разпространение на заразата”.

4. Голям дял от анкетираните професионалисти по здравни грижи (79%) отговарят положително за наличието на утвърден от Изпълнителния директор *Правилник за превенция и контрол на ВБИ* в лечебното заведение, в което практикуват професията си.

5. Общо 60% от професионалистите по здравни грижи и студентите не знаят за утвърден и въведен в практиката *Наръчник за превенция и контрол на НИ*, въпреки че според 76% би имало голяма полза от издаването на такъв.

6. При изясняване на нагласите за продължаващо и/или непрекъснато допълнително обучение за превенцията и контрола на инфекции, свързани със здравни грижи, 100% изразяват желание за обучение на новопостъпилите професионалисти по здравни грижи, 95% отбелязват необходимостта от обучение на работното място и 74% споделят, че са участвали във форми на продължаващото обучение по значимия проблем.

Заключение

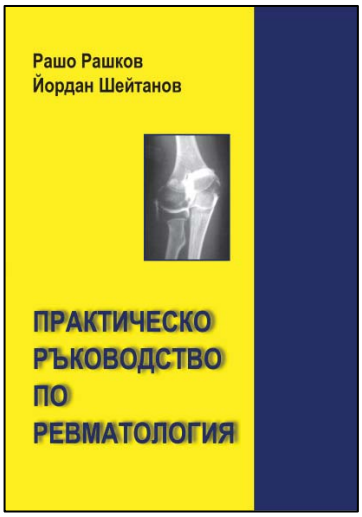
Предотвратяването и контролът на инфекции, свързани със здравните грижи, трябва да бъдат приоритет за всеки професионалист по здравни грижи в работното му ежедневие, защото представляват все по-голям дял от общата тежест на заболяванията в съответното лечебно заведение, в Европейското общество и по света. Много от здравните институции изискват придържането на медицинските специалисти към препоръчваните практики и указания на APIC (Асоциация на професионалистите по контрол на инфекциите), HICPAC (Консултативен комитет по практиките на контрола върху инфекциите в здравеопазването) и СЗО, но е необходимо да бъдат организирани специализирани обучения на професионалистите по здравни грижи за контрол на инфекциите във всички направления в системата на здравеопазването.

Библиография

1. Александрова М, Попов Т. За някои технологии и иновационни подходи при непрекъснатото обучение на медицинските сестри. Педагогическото образование в България. Състояние и тенденции, 2006, 440-444.
2. Александрова М, Москов А. Развитие на сестринската професия в България и влиянието на европейските държави. Сестринско дело, 2001, 8(4), 20-23.
3. Воденичаров Ц, З. Г, Гатева Л. Иновации в медицинското образование, Аквафорфикс, С., 1997; 21.Воденичаров Ц., С., Попова, Медицинска етика, ДАК, София, 2003.
4. НАРЕДБА № 1 от 27.02.2013 г. за предоставяне на медико-статистическа информация и на информация за медицинската дейност на лечебните заведения Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 24 от 12.03.2013 г.
5. Наредба № 3/08.05.2013 г. за утвърждаване на медицински стандарт по превенция и контрол на НИ, обд. ДВ, бр. 43 от 14 май 2013 г.
6. Бюлетин Нозокомиални инфекции, 2004, 1(1), 7-13.
7. Рибарова Н, Гладилова А. Вътреболнични (нозокомиални) инфекции. София, Симелпрес, 2016, 47-49.
8. Чанева Г. Управленски подходи за ефективни здравни грижи, 2015, София, МУ – ЦМБ, стр. 96.
9. World Health OrganizationPrevention of hospital-acquired infections: a practical guide World Health Organization, Geneva (2002).
10. Ducel G et al. Guide pratique pour la lutte contre l'infection hospitalière. WHO/BAC/79.1.
11. Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008). O.J. No L 271, 9.10.2002.
12. Tikhomirov E. WHO Programme for the Control of Hospital Infections. Chemiotherapia, 1987, 3:148-151.

✉ *Адрес за кореспонденция:*

Магдалена Нинова, Главна медицинска сестра
УМБАЛ „Александровска"
Ул. „Св. Георгий Софийски" № 1
1431 София
e-mail: magi.ninova@abv.bg



Р. РАШКОВ ▲ Й. ШЕЙТАНОВ
ПРАКТИЧЕСКО РЪКОВОДСТВО ПО РЕВМАТОЛОГИЯ
Второ допълнено издание
Централна медицинска библиотека, 2017, 264 с.

Ръководството фокусира вниманието на българския лекар към ревматичната патология и обогатява възможностите му относно диагностичния и терапевтичния подход към нея. То включва обща и специална част. В **общата част** са отразени изследването на ревматично болния и топичната диагностика, отнасяща се за горен и долен крайник, глава, шия и торс. В **специалната част** на книгата в синтетичен вид и в подходяща за бърза ориентация форма са разгледани диагностичният подход, диференциалната диагноза и основните принципи на лечението при най-важните и често срещани нозологични единици от основните раздели на ревматологията.

Ръководството е предназначено за ревматолози, интернисти, ортопеди, физиотерапевти, общопрактикуващи лекари, невролози, както и за студенти по медицина, **за всички, които трябва да придобият основна практическа ориентация за работа с ревматично болни**.

Във второто издание на ръководството диагностичните таблици са осъвременени.