

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

МИЛОСЛАВА ДОНЧЕВА ИЛИЕВА

МЕНИДЖМЪНТ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С
КОРЕМНА ТРАВМА

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН
„ДОКТОР“

Област на висшето образование 7. „Здравеопазване и спорт“

Професионално направление 7.4. „Обществено здраве“

научната специалност „Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията”

НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ

ДОЦ. Д-Р ЦВЕТОМИР ИВАНОВ ДИМИТРОВ, ДМ

ДОЦ. Д-Р ТОДОР ДИМИТРОВ ЧЕРКЕЗОВ, ДМ

София
2018

СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение.....	стр.6
I. ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР.....	стр.9
1.1. Същност и място на хирургията в медицината	стр.9
1.2. Историческо развитие на хирургията.....	стр.9
1.3. История на хирургията по нашите земи.....	стр.13
1.4. Травми на коремните органи.....	стр.14
1.5. Клинична картина.....	стр.19
1.6. Лечение.....	стр.20
1.7. Методика и техника.....	стр.21
1.8. Битови и транспортни травми.....	стр.26
1.9. Загинали при ПТП в България.....	стр.30
1.10. Болнично лечение	стр.33
1.11. Абдоминални травми	стр.39
1.12. Травми при възрастни.....	стр.43
1.13. Травми при деца.....	стр.46
1.14. Спешна хирургия – предмет и задачи	стр.47
1.15. Устройство на операционен блок.....	стр.64
1.16. Предоперативна подготовка на хирургичен пациент.....	стр.69
1.17. Информирано съгласие	стр.71
1.18. Роля на медицинската сестра в хирургичните звена.....	стр.72
1.19. Професионална компетентност на медицинските сестри в ЛДП.....	стр.76
1.19.1.Нормативно регламентиране на професионалните дейности на медицинските сестри	стр.78
1.19.2.Съвременна методология за приложение на сестринските грижи.....	с.82
II. ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО	
2.1. Цел и задачи на проучването.....	стр.95

2.2. Хипотеза.....	стр.95
2.3. Обект на проучването.....	стр.96
2.4. Предмет на изследването.....	стр.96
2.5. Техническа единица на наблюдението.....	стр.96
2.6. Логическа единица на изследването.....	стр.96
2.7. Признаци на наблюдение на логическата единица.....	стр.97
2.8. Обем на проучването.....	стр.97
2.9. Място и време на проучването.....	стр.98
2.10. Методи на проучване.....	стр.98

III. ГЛАВА ТРЕТА. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОУЧВАНЕТО

3.1. Демографска характеристика на ПЗГ.....	стр.99
3.2. Анализ на резултатите от анкетно проучване на ПЗГ.....	стр.99
3.3. Демографска характеристика на студентите.....	стр.117
3.4. Анализ на резултатите от анкетно проучване на студентите.....	стр.118
3.5. Управление на хирургичните здравни грижи при пациенти с коремна травма.....	стр.121
3.6. Модел на поведение при коремна травма.....	стр.127
3.7. Лечение на травмата – приоритети.....	стр.128
3.8. Алгоритъм на поведение и оценка на приоритетите при лечение на коремни травми.....	стр.129

IV. ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

Заключение.....	стр.131
Изводи	стр.133
Препоръки	стр.134
Приноси.....	стр.135
Използвана литература	стр.136

Приложение 1 – анкетна карта за ПЗГ.....	стр.146
Приложение 2 – анкетна карта за студенти	стр.152
Приложение 3 – списък на приложените схеми, таблици и фигури...	стр.154

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АМР - антимикробната резистентност

БАПЗГ - Българска Асоциация на Професионалистите по Здравни Грижи

ВБИ - Вътреболничните инфекции

ГИТ - Гастро-интерстиналния тракт

ЗПОО - Закон за професионалното образование и обучение

ЗСОМСААМС - Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти

ИСМО – Инфекции, свързани с медицинското обслужване

МБВ – Механична белодробна вентилация

НСИ – Национален статистически институт

ПВК – Периферна венозна канюла

ПЗГ – Професионалисти по здравни грижи

ПМС - Постановление на министерски съвет

СЗО – Световна здравна организация

ЛДП – лечебно-диагностичен процес

ВЪВЕДЕНИЕ

Сестринството е своеобразен синоним на милосърдие. Грижата за човек е основна дейност на сестринската професия, а това изисква качества като търпение, постоянство и професионализъм. Съвкупността от тези качества е подплатена и с вътрешна мотивация и с желание да се помага на страдащия човек. Тези качества са от значение за всяка професия. Но за медицинската са задължителен елемент. В условията на пазарна икономика и промяна на социално икономическите нагласи на работещите в България от значение за постигнатите резултати в работния процес има мотивация за труд. Професията на медицинската сестра е натоварена с големи отговорности и то за живота на човека, което я прави силно стресираща. Професията на медицинската сестра е призвание и всеки отдал се на нея влага много чувства. Медицинските сестри извършват своята професионална дейност в името на доброто на пациента.

През 2005г. Националният съвет по качество и Етичната комисия при БАПЗГ приемат Български етичен кодекс и правила за добра сестринска практика, включващи зачитане на правата на пациента, медицинска тайна и поверителност. Политическите и социални промени в нашата страна по отношение на гражданските права на човека са в основата в развитието на сестринството като професионално и научно направление. Сестринската професия се характеризира със значителен напредък във всички държави през последните десетилетия, благодарение на проведените реформи в структурата на обучението, в сферата на здравеопазването и утвърждаването на професионалните и съсловните организации, като значими институции при вземането на политически решения. Утвърждаването на новата професионална роля на медицинската сестра изисква определени знания, отношение и поведение. Медицинските сестри осигуряващи здравни грижи имат голямо влияние и власт защото те

осигуряват една жизнено важна услуга, от която обществото се нуждае и защото само това съсловие може да я предостави. Потребността от съществено влияние на сестринското съсловие върху процеса на разработка на национална здравна политика се подкрепя и от Конвенция 149 на Международна организация на труда, в която се казва : “Всяка държава членка, която ратифицира тази конвенция ще трябва да я възприеме и приложи по начин, съобразен с националните условия, а националната политика по отношение на сестринските здравни служби и сестринския персонал следва да бъде изработена в рамките на обща здравна програма, с оглед да се осигури такова количествено и качествено развитие на сестринските грижи необходимо за достигането на възможно най-високо здравно ниво на населението. Здравето на индивида е динамично състояние на физическо, умствено и социално благополучие. То е много повече от просто отсъствие на болест или недъг.

Здравето се влияе от редица биомедицински, психологически, социални, икономически и екологични фактори (детерминанти), които се свързват помежду си по различни начини и по различно време в продължение на целия живот.

Болестта и здравето не са неизбежни явления и те не засягат еднакво всички хора. В живота тази вероятност подлежи на промяна под влияние на редица рискови фактори: социално-икономическите, културните условия, условията на околната и трудовата среда, начина на живот, които имат съществено въздействие върху индивидуалното здраве и могат да провокират болест, независимо от това дали има или не предразположение към нея. Оценката на въздействието на различните фактори върху здравето на населението показва различна сила на влияние на отделните фактори, като най-съществено влияние имат социално-икономическите фактори на окръжаващата среда (50%), следвани от начина на живот на отделните граждани, семейството, групите и обществото (20%).

Според СЗО над 5 000 000 души годишно загиват от травми, като смъртността при тях е 83,7 % на 100 000 население. Най - висок процент на смъртност е във възрастовите групи между 15 и 29 годишна възраст - 24%, между 30 и 44 годишна възраст – 23%, между 45 и 59 годишна възраст – 15%. Това е най-продуктивната и перспективна в икономическо отношение група. На първо място като причина за травмите се посочват: ПТП – 28%, престъпност 12%, удавяне 10%, отравяне и война - 9%, падания – 8 % и изгаряне – 6 %.

I. ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1.1. Същност и място на хирургията в медицината.

Историята на хирургията е свързана с тази на медицината. Хирургията е възникнала в дълбока древност от нуждата на първобитния човек преди всичко да лекува своите рани, получени от ежедневната битка за оцеляване. Тя се е развивала непрекъснато през вековете. Натрупаните опит и знания, предавани от поколение на поколение, постепенно довеждат до създаване на определени лечебни системи. За историята писмените сведения и източници са основополагащи. В зависимост от къде идват тези сведения се оформят историческите периоди в хирургията. [74]

1.2. Историческо развитие на хирургията.

Най-старите документи са дошли от Египет и Индия. За нас обаче по-близки са гръцката и римска цивилизация. Благодарение на активния културен обмен в чертите на Римската империя, арабски и еврейски преводачи синтезират познанията на Запада и тези от Далечния изток през 9 век. Ислямската експанзия става носител на синтезираните знания за цяла Северна Африка и Испания. Арабските учени прибавят от своя страна резултати от собствени проучвания, основаващи се предимно на наблюдението на реални факти, така наречените емперични знания. Западният свят също успява да се възползува от арабската наука, включително в областта на хирургията. Посредством търговски центрове в Сицилия и Италия, където учени-полиглоти превеждат на латински език арабските книги. Така е създадено първото медицинско училище в Салерно, Италия през Ренесанса. Голямото значение на древна Гърция (Елада) за развитие на медицината и в частност на хирургията предопределят в исторически план елинския период да бъде своеобразен вододел. В пределинският период писмени сведения за развитие на

хирургията има главно в Египте и Индия. През 1862 г. в Египет е открит папирусът на Смит (Smith), който е писан преди повече от 4.000 години. В него се описват различни хирургични техники, особено в съединяване ръбовете на раните, изваждане на камъни от пикочния мехур, ампутации. В по късен период (300-250 г. пр. н. е.) град Александрия в Египет става център на развитието на хирургията посредством създаването на голямата Александрийска школа. В Индия още преди 2500 години Сушрута описва в текстове множество хирургични инструменти и тяхната употреба. Той е познавал използването на упойващи вещества, като индийския коноп. Извършвал е редица хирургични операции - премахване фистула на ануса, премахване на сливици, оперативно лечение при чревно запушване (илеус) цезарово сечение, ампутации. Имал е голям опит в ринопластиката, защото често се налагало да се възстановяват носове. Като наказание за прелюбодеяние в древна Индия са отрязвали носа. Пластичното оформяне на нов нос чрез кожни ламба по съседство се използва и днес и се нарича „индийски“ способ за ринопластиката. Основите на медицината и на хирургията са поставени в Гърция и по точно на остров Кос от Хипократ и неговите ученици (460-370 г. пр. н. е.). На него се дължи, освен всичко друго и първо познание за хирургичния шев като идея. Хипократ е изградил цялостно учение за лечение и профилактиката на заболяванията, поставящо основите на научната медицина. Той е достигнал по емперичен път до необходимостта от асептика и антисептика при операции. Препоръчвал е почистване на раните с вино или преварена вода, почистване и обръсване на кожата на мястото на оперативния разрез, използване само на чист превързочен материал. Редица хирургични методи въведени от Хипократ сега продължават да се практикуват носейки неговото име. Например лигатурния способ за лечение на анални фистули е метод на Хипократ. За наместването на изкълчена раменна. Известна е така също и шапката на Хипократ - специален начин за превръзка на глава.

След Гърция развитието на медицината продължава в Рим. Особено се е развила хирургията, като е продължила традициите на гръцките лекари. Хирурзите не са се колебали да зашият раните на войниците и гладиаторите и да извършат по онова време достатъчно сложни хирургични интервенции. Най-известните лекари прославили хирургията в древен Рим са Целзус и Гален от началото на новата ера. Името на Целзус остава в историята на медицината с описанието на местните признаци на възпалителния процес-tumor (подутина), rubor (зачервяване), dolor (болка), и calor (затопляне). По късно Гален добавя петия кардинален симптом на възпалението - functio laesa (нарушена функция). След рухване на Римската империя, познанията на гурците и латините са възприети и продължени от арабите. Продуктивен и разностранен автор е Абу Али ал Абдалах Сина, познат като Авицена (980-1037год.). В своя най-известен труд "Канон на медицината", той обобщава познанията за лекарското изкуство, посвещавайки много пасажи на хирургията. Друг арабски учен на име Абулказис (936-1013г.), по същото време написва енциклопедия на хирургията. През 11 в. арабското влияние постепенно запада. Все още средище на знанието и културата е Мароко, но в гр. Салерно - Италия се възражда и развива медицинската наука. Там се създава медицинско училище което бележи значително развитие. В Салерно са се обучавали и много жени. Между тях известна е акушерка на име Тротула Мендоса ди Руджиеро съпруга на хирург. Тя описва за първи път употребата на конци за перинеални разкъсвания по време на раждане. Хирургията през средните векове не се развива. Тя е в застой, защото е игнорирана от официалната медицина и не се зачита за лекарска дейност. Друга съществена причина е че през средновековието църквата (светата инквизиция) категорично е забранявала проливането на кръв и всякакви опити да се променя човешкото тяло. Дълго време на официално дипломираният лекар е било под достойнството да се занимава с хирургия

и той се отнасял с презрение към тогавашните хирурзи. Хирургията е била като занаят изучаващ се чрез чиракуване при майстори от съсловията на бръснари теляци и знахарите. Хирурзите - занаятчии често пътували с цирковете от град на грат и демонстрирали своите хирургични умения пред публика. От средата на бръснарите е излязал и известният френски хирург Амбруаз Паре (1510-1590г.). Той събира редактира и издава на френски много трактати по хирургия. Признаването и изравняването на хирурзите с официалните възпитаници на медицинските училища става едва през 1731г., когато е създадена Кралската академия по хирургия в град Париж. В началото на 19 век се наблюдава отново развитието на хирургията. Епохалните открития във всички области на науката са дали тласък и за развитието на медицината. Фактическото развитие на хирургията като наука датира от втората половина на 19 век, когато Земелвайс открива начина за пренасяне на инфекцията. Листер прави връзката с анти-септиката и Пастър поставя основите на микробиологията. Чрез откриване на механизмите на следоперативната инфекция, трима души предизвикват революция в хирургията: Игнац Земелвайс (1818-1865), Луи Пастър (1822-1895) и Гжозеф Листер (1827-1912). Земелвайс констатира, че “ръцете чрез непрекъснатия си допир могат да бъдат преносители на инфекции“. Той нарежда в неговото отделение системно да се мият ръцете с хлорна вар. Смъртността при родилките пада до 2%. Заради своите виждания той е бил изгонен от университета. На 29 април 1878г., Пастър прави в Академията на науките на Франция историческо научно съобщение : “Теория за зародишите и тяхното приложение в медицината и хирургията. “Към средата 19 век се отнася и дейността на руския хирург Н.И.Пирогов, основоположник на топографската анатомия и военнополова хирургия. За първи път прилага етерната упойка по време на война при полеви условия. По време на Кримската война от 1854-1855год., за първи път на бойното полесе появяват специално обучени милосърдни сестри,

които се грижат за ранените и болните. Във военните медицински заведения те работят от двете страни на фронта. От руска страна организатор е бил Пирогов. От страна на английската войска милосърдните сестри са ръководени от Флоранс Найтингел. В края на 19 век в областта на медицината и хирургията изобилства от открития: 1853г. се въвеждат иглите и спринцовките, 1880г. белите престилки, 1883г. стерилизация с пара, 1890г. гумени ръкавици и стерилно операционно бельо, 1900г. операционните маски. Днес развитието на техниката химията и биотехнологиите позволяват усъвършенстването на хирургията в посока на по малка инвазивност и травматичност и преди всичко хирургия по ендоскопски път. [74]

1.3. История на хирургията по нашите земи

Древните траки населяващи земите ни от бронзовата епоха са имали добри медицински познания за времето. Траките са имали богата медицинска култура. При археологически разкопки са открити разнообразни хирургични инструменти за операции - скалпели ножици, сонди, пинсети, игли и други. От хирургичните методи прилагани от прабългарските лечители най - известен и разпространен е трепанацията на черепа. Нашата средновековна медицина, в това число и хирургията търпят влиянието на редица чужди медицински школи-арабски, грузински, арменски и други. Йоан Екзарх от Преславската школа прави първи опити да опише анатомията и физиологията на човека. Както в цяла Европа така и у нас с хирургия се занимавали бръснари, телячи и пътуващи занаятчии-хирурзи. От онова време е останала традицията на чекръкчии и костоправачи. До Освобождението в болниците в големите градове са правели операции турски и арабски военни лекари. По време на Руско - турската война в България идват руските професори по хирургия Бергман, Пирогов, Склифасовски, придружавани от свои ученици. Между тях са и българ-

ските хирурзи д-р Д.Молотов, д-р А.Христов и други. Непосредствено след Освобождението у нас идват на работа и хирурзи от румънска, немска и френската школи. През 1919г. със създаването на първата катедра по хирургия към Медицинския факултет. През 1918г. в гр, София се поставя началото и основите за развитието на българската хирургия. Първият ръководител на хирургична катедра е проф. д-р Парашкев Стоянов (1871-1940г.), който има големи заслуги за развитието на хирургията и напредъка на българската медицина. [5]

1.4. Травми на коремните органи

Закритите и откритите увреди на корема в мирно време са доста чести. Това се обяснява със сравнително голямата повърхност на корема спрямо цялото човешко тяло. Във военно време процентът на коремните наранявания е сравнително малък м/у 5 и 8 %, тъй като голяма част от наранените загиват още на бойното поле. Бързото навлизане на индустрията и широкото навлизане на техниката в бита, селското стопанство и транспорта са важни фактори за нарастване на травматизма и по специално на коремния травматизъм. По съвременни данни коремните травми в мирно време съставляват около 20% от всички травми, като преобладават закритите коремни увреди.

Коремните травми се делят на:

- Закрити коремни травми (без нарушаване на целостта на кожата)
 - неусложнени (без засягане на вътрекоремни органи)
 - усложнени (със засягане на вътрекоремни органи)
- Открити коремни травми (с нарушаване целостта на кожата)
 - Непроникващи (без засягане на перитонеума)
 - Неусложнени (без засягане на коремни органи)
 - Усложнени (със засягане на коремни органи)
- Проникващи (с разкъсване на париеталния перитонеум)

- Без засягане на вътре коремни органи - много рядко.
- Със засягане на кухи коремни органи-стомах, тънки и дебели черва.
- Със засягане на паренхимни коремни органи - черен дроб, далак, панкреас.
- Със засягане на кухи и паренхимни органи.

Освен това коремните травми могат да бъдат съчетани с травми на гърдите, гръбначен стълб и бъбреци. [52]

Закрити коремни травми

Закритите травми на корема възникват в резултат на въздействието на взривна вълна, при падане от височина, непосредствени удари в корема, автомобилни катастрофи и други. Тежестта на травматизма зависи от кинетичната енергия, която носи травмиращият агент и от степента на повишаване на вътрекоремното налягане. Леките травми предизвикват изолирани увреди на коремната стена, в резултат на което се появяват кръвонасядания, отоцис ограничена болезненост, слабо изразена мускулна защита на коремната стена, понякога временно придружена от симптоми на перитонеално дразнене.

Тежките травми на корема могат да се придружават от увреда на вътрекоремни органи и органи с екстраперитонеално положение. По отношение честотата на пораженията най - често са увредите на черния дроб след това на далака, бъбреците, тънки и дебело черво и други кухи коремни органи. Най-редки са увредите на панкреаса.

Чернодробните увреди и тези на далака се манифестират като фисури, разкъсвания, откъсвания или размачкване на паренхим. При запазена капсула на тези органи се образува субкапсулни хематоми, които първоначално имат оскъдна симптоматика. След около 7-12 дни при леко движение или нова травма може да настъпи разрив на капсулата с

последващ обилен кръвоизлив. Това са так наречените (двуетапни руптури). Увредите на кухите органи се появяват като разкъсване или размачкване на тънките и дебелия черво, по техните стени могат да се появят кръвоносадания и хематоми. При разкъсвания на големи кръвоносни съдове се получават интра-или екстраперитонеални кръвоизливи. Тежките коремни травми много често се придружават от шок и кръвозагуба.

Увредата на кухите коремни органи води до бързо развитие на перитонит с характерна клинична картина : постепенно нарастваща коремна болка жажда, сухота на езика, учестен пулс, респираторно неподвижен корем, силно изразена мускулна защита на коремната стена, палпаторна болезненост, липса на чревна перисталтика, данни за перитонеално дразнене. В процеса на развитие на перитонита се получава подуване на корема, болният престава да пуска газове (метеоризъм).

Увредата на черния дроб и слезката, както и разкъсванията на мезентериалните съдовесе придружават от продължителни кръвотечения в коремната кухина. Симптомите на остра кръвозагуба прогресивно стават по - ярки : нарастваща бледост на кожата и видимите лигавици, учестване на пулса и дишането, снижение на артериалното налягане, ниски хематологични показатели (спадане на хемоглобина и еритроцитите).

Диагностиката на усложнените коремни травми е затруднена при множествените травми, когато има едновременна увреда на гърдите, гръбначния мозък, увреди на костите на таза на бъбрезите.

Използват се широко и други параклинични и клинични методи, за да се постави своевременна диагноза.

При рентгеновите изследвания могат да се открият счупвания на кости, също така данни за свободен газ в коремната кухина, което е сигурен симптом за увреда на кух орган. Наличието на нива, хидроаерични сенки в кухи органи говори за паралитичен илеус, което съпоставено с

останалите симптоми и анамнестични данни, може да ни насочи на правилен път.

Друга методика, която много облекчава ранната диагностика е диагностичната лапарозентеза, при която се въвежда шарещ катетър.

Открити коремни травми

Откритите коремни травми по вида на оръжието, което ги причинява се делят на огнестрелни наранявания и наранявания, причинени от хладно оръжие. Освен това биват: тангенциални, пробивни и слепи. Основното им подразделение обаче е:

- проникващи
- непроливащи

Непроливащи наранявания на корема

Характерно за огнестрелните наранявания, е че проектилите действуват както непосредствено на тъканите, през които минават, така и на съседни тъкани чрез странична ударна вълна, която е резултат на огромната им кинетична енергия. По този начин се създават зони на непосредствена увреда, на молекулярно сътресение и зона на смутена трофика, което има значение за протичане на оздравителния процес.

Диагностицирането на увредите на вътрекоремните органи при запазен перитонеум може да бъде много трудно. Симптомите са в пряка зависимост от характера и големината на увредите. Голяма част от пострадалите са в задоволително общо състояние. Мястото на нараняването е леко оточно, със слабо изразена мускулна защита. Установява се палпаторна болезненост. Може да има данни за перитонеално дразнене в случаите на перитонеален хематом. Проследяването на болните в течение на няколко часа при тези случаи обикновено правилно ориентира хирурга.

При хирургична обработка на раната се спазва принципа на разсичане и проверка на всички джобове, като последните се отварят и се добива цялостна представа за характера на раневия канал. Ако се намери разкъсване на париеталния перитонеум, се пристъпва към лапаротомия.

Друг способ е рентгеновата вулнерография. Прави се по следния начин: кесиен шев на отвора на раната, поставя се катетър и се затяга кесийният шев. Със спринцовка се вкарва около 60-80 кубика контрастно вещество. Прави се рентгенография на корема в тази област в две проекции. При проникващите наранявания контрастното вещество попада в свободната коремна кухина. Лечение.

При установено непроникващо и неусложнено с увреда на вътрекоремен орган нараняване се прави обработка на раната по общохирургияните правила (разсичане на раневите канали, изсичане на некротичните тъкани, хемостаза и т.н.). При данни за засягане на вътрекоремните органи се предприема спешна лапаротомия. [30, 33]

Проникващи наранявания на корема

Проникващите коремни наранявания са много по-тежки и опасни. Много важен при тях е принципът за срочна евакуация и ранна оперативна намеса. По правило проникващите наранявания се придружават от увреда на вътрекоремните органи.

Нерядко проникващите наранявания на корема са придружени от наранявания на други части на тялото, изразен шок и кръвозагуба.

Огнестрелните наранявания на стомаха обикновено имат два отвора, неголеми по размери. Те се съпровождат от обилна кръвозагуба и хематоми по малкия оментум и ретроперитонеалното пространство. Нараняванията на тънките черва често са множествени, като през раневите отвори пролабира чревната лигавица. Отделя се чревно съдържимо,

различно по характер в зависимост от мястото на увредата, водещо до развитие на перитонит.

Характерни са увредите на черния дроб. Раневите канали са неясно очертани. В резултат на ударна вълна се получават дълбоки фисури, разположени по изпъкналата част на органа, от които изтича кръв и жлъчка. Травматичната комуникация на кръвоносен съд с жлъчен канал може да доведе до попадане на кръв в жлъчката.

Нараняванията на слезката водят до обилно кървене, поставящо в голяма опасност живота на пострадалите, ако не се предприеме спешна хирургическа намеса. [52]

1.5. Клинична картина

За поставяне на диагнозата на проникващите коремни наранявания се използват две групи симптоми: абсолютни и относителни.

Към абсолютните симптоми (които със сигурност говорят за проникващо коремно нараняване), се отнасят : изпадането на чревни бримки или оментум през ранежювото отворстие на коремната стена, изтичане на коремно съдържимо или урина през раневия отвор, мислената проекция на проектила или прободни наранявания с входно и изходно отворстие, през което проекцията минава през коремната кухина.

Към относителните симптоми, говорещи за проникващо коремно нараняване се отнасят нарастващи спонтанни болки в корема, ускорен пулс с тенденция за спадане на артериалното налягане, позиви за повръщане, щадене на коремна стена при дишане, изразена местна болезненост с положителен симптом на Блумберг, заглъхване на чревната перисталтика и спиране изпускането на газове, нарастваща анемия. Ранените с неясна диагноза остават за наблюдение 2-3 часа, през което време се събират необходимите данни за поставяне на диагнозата включително и

лапароцентезата. Ако не може да се изключи проникващо коремно нараняване със засягане на вътрекоремни органи се предприема диагностична лапаротомия, която в хода на операцията прераства в лечебна. [34]

1.6. Лечение

При непроникващи коремни наранявания, когато няма данни за засягане на вътрекоремни органи, хирургическата обработка се извършва по общите правила, които бяха споменати по горе.

При проникващите наранявания на корема, както и при тежките травми с разкъсване на вътрекоремни органи в много по голяма част от случаите се налага спешна лапаротомия, и то във възможно най - кратки срокове след травмата. Опити е показал че най-добри резултати дават оперативните намеси, извършени в първите 6-12 часа след нараняването. Операцията е показна винаги, когато има проникващо нараняване. При признаци на продължаващо вътрешно кръвотечение ранените трябва да се оперират незабавно независимо от тежестта на състоянието им. Непосредствено преди операцията и едновременно с нея се провежда масивно преливане на кръв и противошокови течности венозно, а при наличие на тежък колапс и интраартериално. В случаите, когато ранените се намират в състояние на шок от 2 -ра и 3 -та степен, без явни признаци на вътрешно кръвотечение, последните до операцията се подлагат на комплексно противошоково лечение. При подобряване на общото състояние, пулс и кръвно налягане (над 90-100ммHg), ранените са в състояние да понесат добре оперативната намеса. Ако обаче след проведена активна противошокова терапия артериалното налягане не се повишава и остава под критичния минимум, операцията,макар и допустима, се оказва безрезултатна. Противопоказна е и операцията в

случаите, когато проникващото коремно нараняване се съчетае с обширни несъвместими с живота изгаряния превишаващи 25% от повърхността на тялото или лъчева болест от 4 степен.

При късно приемане на пострадалите с проникващо нараняване в лечебното заведение (след 24час), и повече ако последните се намират в удовлетворително състояние и възникналият перитонит има тенденция към ограничаване, се препоръчва изчаквателна тактика и прилагане на консервативни лечебни мероприятия-абсолютна диета, антибиотици, лед на корема, парентерално хранене.

1.7. Методика и техника

Оперативните намеси при проникващи коремни наранявания се извършват най - често под обща анестезия. Важно значение има правилният избор на оперативния разрез. Най - честият оперативен достъп е медиална лапаротомия. Ако при отваряне на коремната кухина избликне кръв, трябва незабавно да се открие източника на кръвене и да се ликвидира. Най - често се нараняват черният дроб и далака. При нараняване на черен дроб се прави хемостаза или залепване на ръбовете с тъканно лепило. При разкъсване на далак се извършва сленектомия.

При разкъсване на тънки черва, ако увредите са единични и неголеми се зашиват на два етажа. Ако разкъсванията са големи и червото е нежизнеспособно, се извършва резекция на умъртвеният участък от червото и възстановяване на пасажа с чревни анастомози. При по големи увреждания на дебело черво най - добре е да се изведе извън коремната кухина нараненият участък на червото с образуване на временен противоестествен анус (т. нар. екстеоризация на дебелото черво).

Особено значение имат следоперативните грижи и лечение от страна на мед. персонал за ранените в коремната област води се борба с шока,

кръвозагубата, перитонита чревната пареза и се провежда профилактика на бронхопневмонията следствие от залежаване. Трябва да се продължи активна противошокова терапия, което изисква пълен контрол на жизнените функции на организма.

В първите 1-2 следоперативни дни болните не получават храна. Калорийните им нужди се попълват по парентерален път. След отзвучаване на перитонеалните явления и възстановяване на стомашно-чревния пасаж се преминава постепенно на хранене през устата.

При изразена чревна пареза освен постоянна НГС се провеждат мероприятия за стимулиране на перисталтиката. При липса на резултат и напредващ метеоризъм своевременно трябва да се направи илеостомия.

До отзвучаване на перитонита болните са под антибиотично лечение и наблюдение.

Първите няколко дни се правят ежедневни превръзки, като се следи количество и характер на секрецията от дренажите, които са задължителни при оперираните с травми на корема. Когато секрецията стане оскъдна и почти бистра, дренажът се изважда постепенно на няколко етапа.

През последните десетилетия се отбелязва подчертана тенденция към нарастване на честотата на случаите на транспортен, битов и производствен травматизъм, водещи до повишаване и на честотата на пациентите, постъпващи в клиниките с травми. На лице е и тенденция към повишаване на тежестта (особено при пътнотранспортни произшествия), както и на случаите със съчетани травми. В последните десетилетия всички водещи медицински специалисти са единодушни в становището си, че механичната травма, онкологичните заболявания и сърдечно-съдовите заболявания са се превърнали във водещ проблем на съвременната медицина.

Табл. 1. Леталитет и социално-икономическа цена на някои основни заболявания и състояния (по данни на National Center for Health Statistics)

Заболяване	Брой починали	Цена в млрд. \$ US/1996
Карциноми	539 533	115,4
Сърдечно-съдови заболявания	733 361	144,9
Травматизъм	147 126	260
Церебро-васк. Заболявания, инсулти	159 942	32,6
Хронично обстр. Белодробно заболяване	106 027	31,8
Захарен диабет	61 767	102,7
Хронично чернодробно заболяване	25 047	4,8
Пневмонии и инфлуенца	83 727	25,4

Травмите независимо умишлени или случайни, са основната причина за смъртен изход по целия свят. Установено е, че приблизително около 5 млн. души умират годишно вследствие на травми, което представлява около 10% от общия леталитет. Рискът от смъртен изход след травми варира основно в зависимост от региона, възрастта и пола. Съотношението мъже:жени глобално е 2:1 (3,3 млн. мъже срещу 1,7 млн. жени). Травматизмът е причина за 12,5% от общия леталитет при мъжете, сравнен с 7,4% при жените. В икономически развитите страни пътно транспортният травматизъм и самоубийствата са водещи причини за смъртта. Изгарянията са основната причина за смърт в Индия : самоубийствата са водеща причина в Китай (отговорни за 40% от травматична смърт при жените и 25% при мъжете). Войната и насилието са водеща причина за смърт в Африка, Латинска Америка и Карибите.

Само за една година във Великобритания са отбелязани 5600 смъртни случая и 72 000 сериозни наранявания при пътнотранспортни

произшествия (ПТП), довели до 1 млн. леглоидни в болниците, които са стрували над 3 000 млн. лири.

Всичко това, както и фактите, че се засяга преди всичко младата възраст, подчертава голямото медицинско, но същевременно и социално-икономическо значение на съвременния травматизъм - сериозните последствия и инвалидизация при тежките съчетани травми, огромните медицински разходи и не на последно място-намаляване репродуктивността на нацията. Важно е да се отбележи, че епидемиологичната характеристика на травмите, като сериозен проблем на публичното здравеопазване, варира значително в различните страни. Във връзка с това стратегията и тактиката на предпазването, осигуряване на адекватна помощ и рехабилитация, които се използват за борба със социалните ефекти на травматизма, трябва да се приспособяват адекватно.

Травматизъм и възраст. В болшинството от развитите страни, травматизмът е водеща причина за смърт при хора над 40 г. Последното глобално, 30% от травматичната смърт при мъжете и 25% при жените е във възрастта между 15-29 години. Всяка година с САЩ се отбелязват около 6 000 случая на травматична смърт при деца на възраст от 1 до 15 години (т.е. честота 10-15/100 000). Честотата във възрастовата група от 15 до 35 години нараства до 50/100 000. Следва намаляване на честотата на случаите между 35- и 65-годишните. След 65-годишна възраст се отбелязва отново отчетлива тенденция към нарастване на травматизма: -60/100 000- за възрастта между 65 и 74 години ; 110-125/100 000 за възрастта между 75 и 85 години.

Леталитет след тежки травми. По литературни данни около 1/3 до 1/2 от смъртните случаи след травма настъпват преди пациентът да е достигнал до болницата (табл. 2)

Табл. 2. Леталитет след тежки травми

ВРЕМЕ НА СМЪРТТА	КОМЕНТАР
През първите няколко минути след травмата (50% от всички загинали)	Леталитетът се дължи на изключително тежки, несъвместими с живота травми на мозъка, сърцето или магистралните съдове. Тези пациенти са т.нар. „неспасяеми“, поставени дори и в най-добрите условия.
В първите няколко часа след травмата (около 30%)	Леталитетът е в следствие на тежката хиповолемия и/или хеморагия в една или повече анатомични области- череп, гръден кош или корем. Много от тези случаи могат да се спасят при адекватна ранна диагноза и оперативна интервенция.
Няколко дни до седмица след травмата (около 20%)	Леталитетът е в следствие на септични усложнения или мултиорганна недостатъчност.

Преобладава мнението, че диагностичният и лечебният процес при доста от пациентите е далеч от идеалния вариант и много от тежките последствия са предотвратими. При своите проучвания в Калифорния D. Trunkey установява, че в региони със слаба организация на обслужването на травматично болните 40 до 73% от смъртните случаи след травми са потенциално предотвратими и пациентите често са получавали не съвсем адекватно ниво на медицинско обслужване. Водещите причини за леталния изход са травмите на ЦНС и хеморагичния шок и неговите последици. Основните недостатъци според него са били в неадекватната корекция на тежката хиповолемия и липсата на ранна хирургична интервенция. Той подчертава, че интервалът между настъпването на травмата и дефинитивното лечение е изключително важен и критичен с

оглед добрата прогноза и възстановяване. Подобни данни дават и центровете Seattle & Denver.

Случайна (непредумишлена, инцидентна) травма. На табл. 3 са показани данни на СЗО за случаите на посттравматична смърт в някои европейски страни (National Safety Council, 1993).

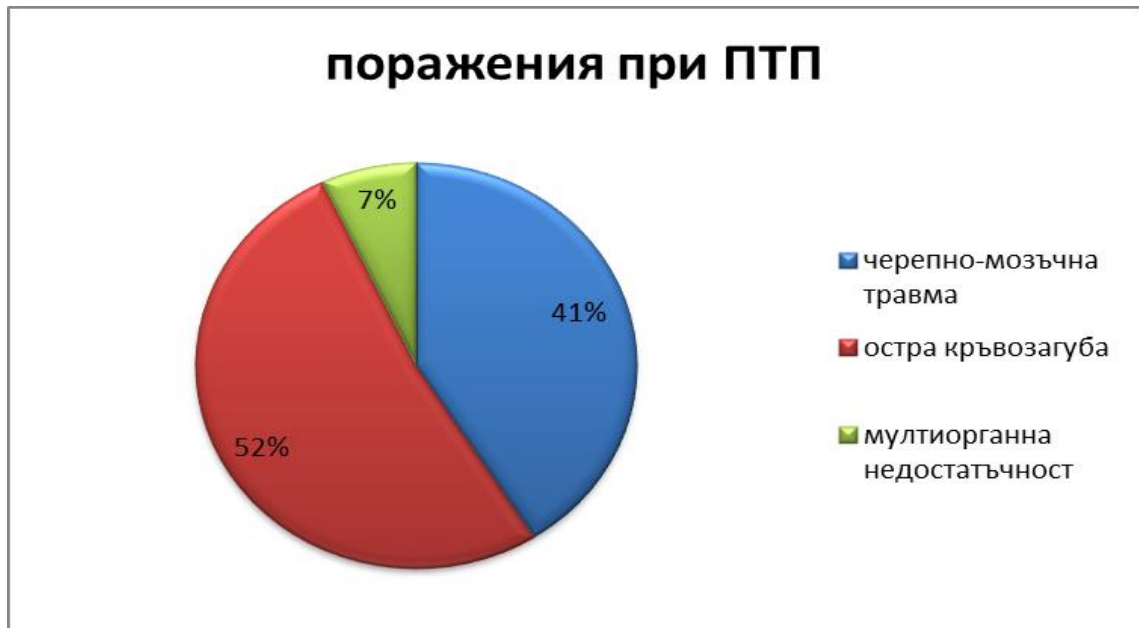
Таблица 3. Посттравматична смърт и леталитет

ДЪРЖАВА	БРОЙ ПАЦИЕНТИ С ПОСТТРАВМАТИЧНА СМЪРТ	ЛЕТАЛИТЕТ % ОТ ВСИЧКИ ПОСТРАДАЛИ
Белгия	4 227	42,8
Великобритания	13 330	23,1
Германия	29 283	36,9
Гърция	3 967	39,3
Испания	15 812	40,7
Полша	22 850	59,7
Унгария	8 399	81,2
Франция	33 933	59,8
Холандия	3 629	24,4
Швейцария	3 473	51,1

1.8. Битови и транспортни травми

Основните етиологични моменти, водещи до инцидентни травми, са ПТП (най-чести са автомобилните травми), падания (височинни травми), производствени, битови и спортни травми. В икономически развитите страни автомобилната травма е водеща причина за посттравматична смърт, но естествено съществуват различия между отделните страни. В САЩ ежегодно се регистрират около 17 млн. автопроизшествия; около 5 млн. души са пострадали и около 250 000 получават живото-застрашаващи травми. Повече от 42 000 умират всяка година от автопроизшествия; от тях около 20 000 на мястото на произшествието. В България статистиката за последните 12 години е дадена на диаграма 1 - загинали общо 14 902 от пострадалите от ПТП. Случаите на умишлена травма включват : убийства,

насилия, самоубийства, тероризъм, военновременни травми или други конфликти между отделните групи и индивиди.



Фиг.1. Поражение при ПТП

➤ **Според причината**

Класификация на формите и периодите на травматичната болест:

Инцидентни /случайни/ травми

- Пътнотранспортни травми
- Автомобилен /най-чест/
- Железопътен
- Колела
- Падания /височинни травми/
- Спортни травми
- Производствени травми
- Битови травми

➤ **Умишлени травми**

- Насилия и убийства
- Самоубийства
- Тероризъм

- Огнестрелни

- Военни

➤ **По тежест**

- Лека
- Средна
- Тежка

➤ **По характер**

- Неусложнена
- Усложнена

➤ **Според изхода**

- С благоприятен изход:
 - пълно оздравяване
 - Непълно оздравяване /с известни анатомо-физиологични дефекти/
- С неблагоприятен изход:
 - смъртен изход
 - Инвалидизиране
 - Влошаване или загуба на нормалната физиологична, психологична или анатомична функция.

➤ **Според клиничния период**

- Остър период:
 - Стадий на шока /няколко часа/
 - Стадий на неустойчивата адаптация /около една седмица/
 - Стадий на устойчивата адаптация /стабилизация/, с продължителност от няколко дни до няколко седмици
- Период на клиничното оздравяване
- Период на рехабилитация

Клинични форми:

1. Травми на главата; черепно-мозъчни травми
2. Гръбначно-мозъчни травми
3. Гръдни травми
4. Коремни травми
5. Травми на таза и перинеума
6. Травми на крайниците

Всяка една от тях може да бъде:

- Изолирана
- Множествена
- Съчетана
- Комбинирана

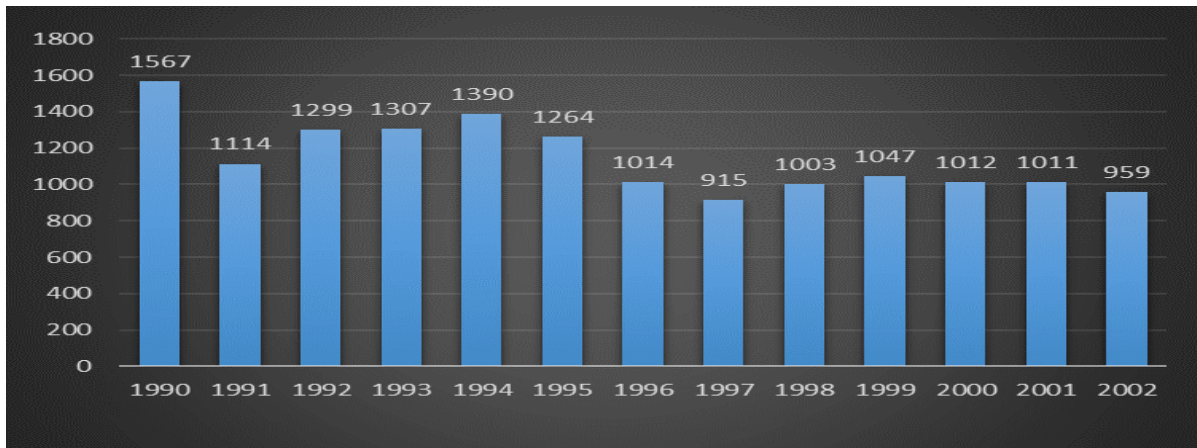
Като се има предвид огромния социален и медицински ефект на травматизма по целия свят, е учудващ фактът колко малко страни са изградили стройна, координирана стратегия за контрол и лечение. Такъв подход на публичното здравеопазване изисква: първична, вторична и третична превенция.

Първична превенция – методи и средства, насочени за предотвратяване на травматизма: ограничаване на скоростта на пътно - транспортните средства, забраната на алкохол при водачите на превозни средства. Счита се, че липсата на закони ограничаващи огнестрелното оръжие е причинна огнестрелните наранявания да са една от водещите причини за смърт в около 15 щата на САЩ. [40]

Вторична превенция – включва действия насочени към намаляване на последствията от настъпилата травма - предпазни колани, въздушни възглавници /air bags/, каски при мотоциклети и велосипеди.

Третична превенция – включва цялостното оборудване и организация на здравното осигуряване на пострадалите: доболничната система,

спешната и неотложната помощ, съвременен травматичен център, последващи грижи и рехабилитация. Основната цел е свеждане до минимум на леталитета, усложненията и инвалидизацията при пострадалите. [33]



Фиг.2. Загинали при автопроизшествия в България за периода 1990-2002г.

С оглед оптимизиране на резултатите, много е важно координиране и съвместни действия на всички нива – между ръководствата на травматични центрове, училища, полиция, политици.

На фигура 3, пирамидата изобразява бремето на съвременния травматизъм за една година в САЩ /по Fingerhut and Warner 1997/



Фиг. 3. Съвременен травматизъм в САЩ

Пирамидата изобразява, бремето на съвременния травматизъм за една година в САЩ. Координиране то на усилията и изграждането на съвременни модерни травматични центрове, води до много добри резултати. Германия има население над 80 млн. Всяка година се отчитат около 6,6 млн. травматични увреди. След изграждането на модерна интегрирана травматична система и отлична въздушна спешна помощ, се постига намаляване на леталните случаи почти с 50% за периода от 1970г. до 1990г. [34]

Доболнична медицинска помощ

Основната задача на доболничната медицинска помощ е да се транспортират пострадалите бързо до съответен център, където да получат дефинитивна и адекватна специализирана лекарска помощ. Техните действия се ограничават основно до такива, които трябва да допринесат за избягване на допълнителни увреждания и за поддържане по показания на основните жизнени функции. Това са:

- Осигуряване на свободни въздушни пътища;
- Протекция на цервикалния отдел на гръбначния стълб;
- Осигуряване на адекватна вентилация и оксигенация - кислородни маски;
- Контрол на външната хеморагия;
- Започване на интравенозни инфузии;
- Обезболяване;
- Протекция при нужда на торакалната и лумбалната част на гръбначния стълб;
- Първоначална оценка на кардиореспираторния и неврологичния статус на базата на Glasgow Coma Scale (GCS). [40]

Стъпка 1:

GCS	< 14
ДЧ (дихателна честота)	< 10 или >29
Систолично RR	< 90
RTS	< 11
PTS	< 9



НЕ

Преценка на анатомичните увреди



ДА

Транспортиране до специализиран
травматичен център**Стъпка 2:**

Гръден капак
Две или повече проксимални фрактури на дълги кости
Ампутация проксимално от китката или глезена
Всички пенетриращи травми в областта на главата, шията, трупа или крайниците (проксимално от коляното или лакътя)
Парализа на крайниците
Фрактури на таза
Комбинирана травма с изгаряне



НЕ

Оценка на механизма на травмата
и наличието на силен удар

ДА

Транспортиране до специализиран
травматичен център**Стъпка 3:**

Изхвърляне извън превозното средство или премазване в превозното средство
Данни за смъртни случаи след останалите пътници
Тежка воланна травма или тежки наранявания от стъклата
Данни за много висока скорост на превозното средство (скорост над 60км/ч; големи деформации по превозните средства)
Време за освобождаване > 20 мин.
ПТП при мотоциклети или велосипеди
Височинна травма – особено над 5 м.
Прегазване на пешеходци при ПТП



НЕ

Уведомяване на травматичния екип
Транспортиране до травма.център

ДА

Легенда:

GSC – Glasgow Coma Scale; RTS – Revised Trauma Score; PTS – Pediatric Trauma Score.
Разработено и препоръчано за клинична практика на ACS – COT, 1997 година

Схема. 1. Glasgow Coma Scale

Предлагаме един съвременен алгоритъм схема за разпределение и действие на травматични пациенти, разработен и препоръчан от American College of Surgeons, Committee on Trauma (ACS-COT), 1997- схема 1

1.10. Болнично лечение

Травматичният пациент трябва да пристигне навреме в болницата и да бъде посрещнат от много добре трениран екип, който по препоръка на Gissane (Birmingham), е най- добре да се състои от:

Шеф екип /хирург/, старши и младши хирурзи, анестезиолог, лекар с опит в спешната медицина, две сестри.

Мнемоничното „ABCDE“ трябва да се използва, за да се запомнят приоритетите на първичния специализиран преглед на пострадалите.

A – airway

B – breathing

C- circulation

D – disability

E – environment; expose patient

A – въздушни пътища

Осигуряването на свободни въздушни пътища е първият приоритет, с който трябва да се справим при прегледа на травматичен пациент. Най-честите причини за обструкция на горните дихателни пътища са:

- Орофарингс – език, зъби, зъбни протези, чужди тела, кръв, повърнати хранителни материи.
- Глава – замъглено съзнание или кома след травма на главата, алкохол, лекарства, наркотици
- Лицево - челюстни травми – фрактури на максилата и мандибулата.
- Шия – травми на ларингса
- Признаците на обструкция включват: възбуденост, цианоза, нарушение в дишането /шумно, хъркащо, клокочещо/, наличие на стридор. Наличието на подуване, лацерация или пенетрация в областта на шията, трябва да ни подтиква към по - подробна и екзактна преценка на състоянието. Способите, посредством които си осигуряваме свободни въздушни пътища биват:
 - Въздушни маньоври – повдигане на брадичката, долната челюст.
 - Въздуховоди:
 - Назофарингеален път;
 - Орофарингеален път /guedel/.
 - Ендотрахеална интубация – най-често прилаганият способ за дефинитивно лечение.
 - Хирургични способи – при невъзможност за интубация:
 - Иглова крикотироидотомия – въвеждане на №14 i.v. канюла през крикотиреоидната мембрана. Техниката осигурява адекватна оксигенация за около 30-45 минути.
 - Хирургична крикотироидотомия – позволява въвеждането на ендотрахеална или трахеостомна тръба и продължителна вентилация.

В – Дишане

Осигуряването на свободни въздушни пътища води до следващия приоритет – оценка и при нужда подпомагане на дишането на пострадалите. Това се постига посредством балонна вентилация /за кратки

периоди от време /, или посредством апаратна вентилация. Адекватната оксигенация и вентилация трябва да се потвърждават посредством контрол на АКР и мониториране на кислородната сатурация. Много от травматичните пациенти са в състояние на метаболитна ацидоза причинена от лошата перфузия и се налага високочестотна минутна вентилация с оглед елиминиране на въглеродния диоксид.

Състоянията, които възпрепятстват ефективната вентилация трябва да се диагностицират и третират адекватно в този стадий на ресусцитацията. Най-често това са:

- Гръден капак
- Пневмоторакс , вентилен пневмоторакс
- Хемоторакс, пневмохемоторакс
- Контузия на бял дроб, хематом
- Силна болка от множествени фрактури на ребра.

Дори и малкият неусложнен пневмоторакс може бързо да премине в живото - застрашаващ вентилен пневмоторакс, ако не е дрениран преди механичната вентилация.

Травматичната руптура на диафрагмата води до херниране на абдоминални органи в гръдния кош и също пречи на ефективната вентилация.

Контузия на миокарда също се установява често при тежките закрити гръдни травми, особено съпроводени с фрактура на стернума. Ранната диагностика се подпомага от ЕКГ /елевация на ST – сегмента, десен бедрен блок/ и ехокардиография по спешност.

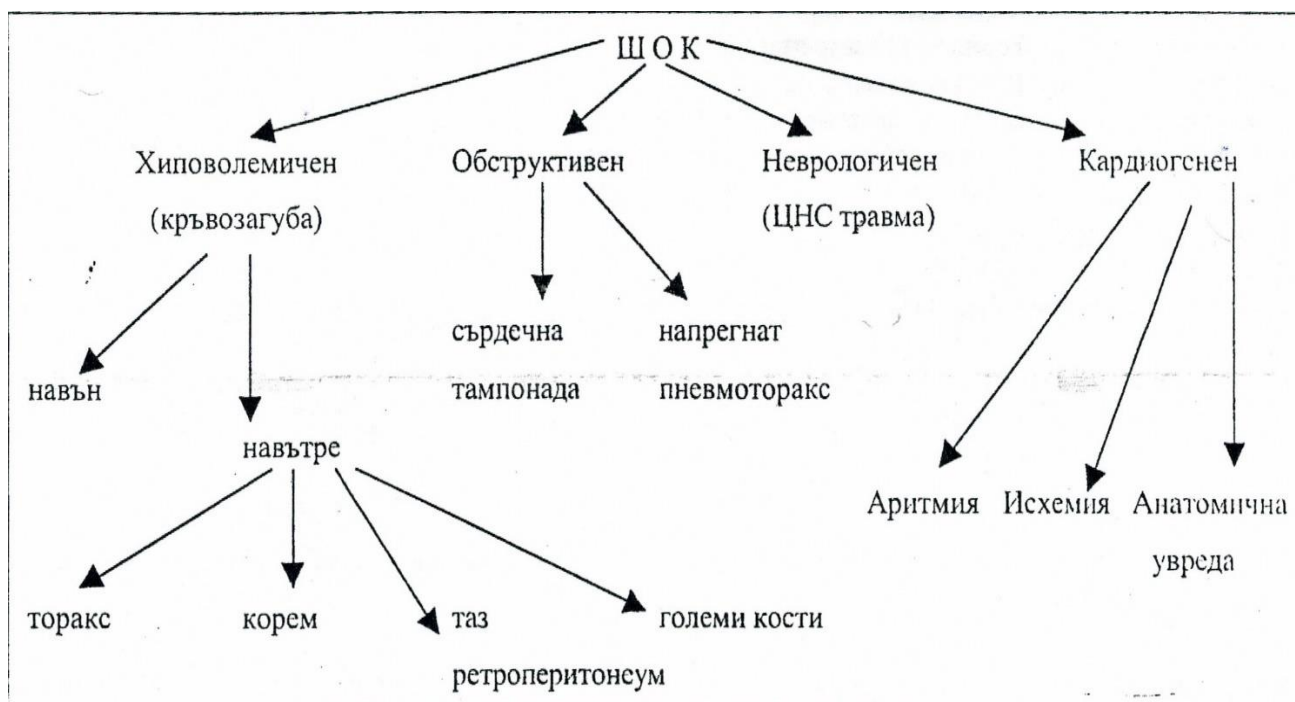
С – Циркулация

Оценката на циркулаторния статус започва с определянето на кръвно налягане, пулс /честота, обем/, кожа /цвят и температура/, капилярен пулс, сърдечен ритъм на ЕКГ. Основните признаци на шока са :

- Бледа и студена кожа и видими лигавици

- Ускорен и мек /филиформен/ пулс
- Място на установяване на пулса:
 - Радиален пулс присистулно АН > 80 mmHg
 - Феморален пулс присистулно АН > 70 mmHg
 - Каротиден пулс присистулно АН > 60 mmHg
- Липсващ капилярен пулс
- Влошен ментален статус, кома

Въпреки, че хиповолемията в следствие на кръвозагубата е на-честата причина за развитието на шок при травматичните пациенти, винаги трябва да се имат предвид и други възможни причини. На диагр. 4, са дадени възможните причини за развитие на шок при травматични пациенти.



Фиг.4. Шок при травматични пациенти

Табл. 5. Потенциални възможности за кръвозагуба при травми

Травми в областта на:	Потенциална кръвозагуба (литри)
Гръден кош	1.5-2.0
Корем	1.0-2.0

Таз	0.5-1.0
Бедро	1.0-2.0
Тибия	0.5-1.0
Мишница и предмишница	0.5-1.0

Развитието на шок след травма може да се използва и като сериозен прогностичен признак (фиг.4). Едно проучване в регистрите на щата Pennsylvania, USA показва, че общият леталитет е над 90%, ако систоличното налягане е било под 40mmHg- тогава почти всички са починали в началните 30 минути (табл.5)

Табл. 6. Леталитет ниско налягане

	Систолично АН в mmHg	
	< 90	< 40
Честота (%)	6	3
Леталитет (%)	56	93.5
Смърт в първите 30 мин. (%)	30	67

Компенсирането на циркулаторния обем започва с осигуряването на поне два венозни източника (най-често 14-16 G в антекубиталните вени). Ако не успее с перкутанен достъп, може да се наложи извършване на венесекция, с оглед осигуряване на съдов достъп. При тежка хиповолемия може да се използва перкутанен достъп до феморалната вена (по техниката Seldinger).

Централният венозен път, посредством югуларен или суб-клавикуларен достъп, е по - добре да се избягва в началните стадии на ресусцитацията. Все още продължават дебатите какви течности да се използват за възстановяване на обема на вътресъдовото пространство- изотонични кристалоидни , хипертонични кристалоидни , колоидни или комбинации между тях.

- Изотонични кристалоидни разтвори. Приложението им се базира на факта, че при шок загубата на течности е едновременно и от интраваскуларното и от интерстициалното пространство на екстрацелуларната компонента. Най-добре е да се започне с 1 000 ml болусно приложение при възрастни и 20 ml/kg при деца.
- Колоидни разтвори. Най-лесно Albumin, Dextran. Основната причина за приложението им е, че приложението само на кристалоидни разтвори намалява вътресъдовото осмотично налягане, което води до повишен риск от белодробен или церебрален едем. Недостатъци са по-висока цена, по-трудно съхранение и възможен риск от анафилактична реакция.
- Хипертонични кристалоидни разтвори. Особено ефективни при лечение на хеморагичния шок и при черепно - мозъчните травми. Водят до увеличаване на екстрацелуларния компартмент и като резултат - движение на течности от интрацелуларния. В допълнение те увеличават и миокардния контрактилитет.
- Комбинация между хипертонични и колоидни разтвори. Приложението на хипертонични кристалоидни и Dextran в ресусцитацията на травматични пациенти понастоящем е подложено на сериозен мултицентричен метаанализ. Отчита се много добър ефект и липса на всякакви странични ефекти при седем от общо осем проучвания. Независимо с какво е започнато, компенсирането трябва да е адекватно по обем. Неуспехите или липсата на добър клиничен ефект се дължат на неадекватна инфузия или недиагностицирани загуби. Трябва да се имат предвид и евентуални : сърдечна тампонада (триада на Беск-ниско АН, глухи сърдечни тонове, разширени шийни вени), остър миокарден инфаркт, вентилаторни проблеми и неврогенен шок.

- Кръвопреливане. Още с постъпването в травматичния център трябва да се определя кръвната група на пострадалия с оглед осигуряване на изогрупова кръв при нуждаещите се. Когато се прецени, че кръвозагубата надвишава 1.0-1.5l, трябва да се извърши кръвопреливане с оглед запазване на хематокрита на 25%.
- За предпочитане е пълноценна кръв (запазени са всички фактори). В случаите на масивна кръвозагуба в корема (хемоперитонеум) или в гърдния кош (хемоторакс), довели до хеморагичен шок и липса на изогрупова кръв, в съображение влиза и автохемострансфузията (приложена от нас при 19 пострадали, без сериозни усложнения).

1.11. Абдоминални травми

➤ Пенетриращи коремни травми

Пациентите, които са хемодинамично нестабилни вследствие на проникващо коремно нараняване, не се нуждаят от допълнителни диагностични изследвания преди спешната лапаротомия. Особено внимание заслужават прободните и прободно - порезните наранявания - нож, шило, стиле, отверка. Те често водят до тежки интраабдоминални увреждания, които в началните 3-4 часа могат да нямат изявена симптоматика (слаб дефанс, липса на перитонеално дразнене, налична перисталтика). Очаквателната тактика, с оглед отчетливата изява на симптомите на интраабдоминалното кървене или перфорация на кух коремен орган, е недопустима, тъй като води до развитие на перитонит и се характеризира с по-висок леталитет и постоперативни усложнения. Показана е спешна ревизия под местна анестезия и ако се установи пенетрация- спешна лапаротомия. В диагностичния процес могат да ни помогнат още и

вулнерографията и лапароскопията или абдоменоцентезата. Хемодинамично стабилни пациенти, но с данни за проникващо огнестрелно нараняване, също подлежат на спешна лапаротомия.

По - големи затруднения създават пациентите със закрити коремни травми. Основните симптоми, които най - често водят до решение за спешна лапаротомия, са мускулния дефанс и перитонеалното дразнене. Тяхната информативна ценност е много голяма. Едновременно с това не бива да се забравя и възможността ригидността на предната коремна стена да се дължи на фрактури на ребра, гръбначен стълб, таз, контузии на мускулатурата, кръвоизливи в мускулнофасциалните влагалища.

Много е важна локализацията и ирадиацията на палпаторната болка. Ирадиацията в дясно рамо, плешка може да свидетелства за травма на черния дроб, а наляво - за травма на далака. Масивните интраабдоминални кръвоизливи се появяват с картината на хеморагичен шок с изразена тахикардия , хипотензия, бледи кожа и видими лигавици. Поставянето на назогастрична сонда преследва едновременно и диагностична, и лечебна цел: евакуация на съдържимото от стомаха открива наличието на кръвенисти материи, и позволява техния контрол. Рентгенологичните изследвания при коремни травми дават полезна информация при около 1/3 от пострадалите. Обзорната графия на корема показва:

- ✓ свободен въздух при руптури на кухи коремни органи;
- ✓ чужди тела в коремната кухина (куршуми, проектили);
- ✓ симптоми на „двойния контур“;
- ✓ газ в ретроперитонеалното пространство.

Ултрасонографията (УС), който се наложи в клиничната практика за преглед и оценка на коремните травми. Въведен бе терминът FAST

(focussed assessment by sonography for trauma). Основната цел е откриването на свободна течност. По литературни данни се характеризира със: 88-93% чувствителност, 97-99% специфичност, 97% точност. FAST е неинвазивен метод, който може да се приложи при всички пациенти на място, в шоквата зала.

КАТ печели все повече привърженици през последните години, с оглед цялостната преценка на травматичните пациенти, особено при хемодинамично стабилни пациенти (или вече стабилизирани) и наличие на множествени съчетани травми.

Лапароскопията, абдоменоцентезата и диагностичният перитонеален лаваж (ДПЛ), са методи наложени се в последните десетилетия като важни техники за екзактната оценка на пациенти с абдоминални травми. Основните им предимства са, че могат да се извършват сравнително бързо и не се налага преместване на пострадалия. За периода 1990-2000 год. , във втора клиника по коремна хирургия са хоспитализирани общо 431 болни с абдоминални и торако - абдоминални травми. С изключително голяма диагностична стойност са били извършваните по спешност абдоменоцентеза или лапароскопия – съответно при 68 и 34 пациента. Данните от тях, за наличие на кръв в корема, обуславят спешната лапаротомия с оглед дефинитивната хемостаза. Ако нямаме убедителни данни (най-често при абдоменоцентезата), се налага извършването на ДПЛ с 500-1000 мл физиологичен серум и оставяне на сигнален дренаж. При поява на хеморагично съдържимо – индикации за лапаротомия. Голямото значение на лапароскопията и абдоменоцентезата се подчертава от факта, че след тяхното рутинно въвеждане в клиничната практика се сведе до минимум процентът на т.нар. експлоративни лапаротомии – само при 19 от всичките 283 оперирани и то само при един от тях, се касае за закрыта коремна травма, а при останалите е била на лице открита коремна травма.

При случаите на торако - абдоминални травми в съображение може да влезе и приложението на торакоскопията, с оглед екзактната диагноза, особено на травмите на диафрагмата.

Абдоминалните травми са тъпи и/или пенетриращи, най-често са резултат от пътнотранспортни инциденти, огнестрелни или прободни оръжия, падания от височии, удари, компресия върху коремната стена. Включват скелети, ренални, лиенални, хипатални, билиарни, мехурни, гастроинтестинални, съдови, панкреасни и диафрагмални наранявания.

Абдоминалната травма рядко е изолирана, най-често тя се открива при пациенти с политравма.

Прегледът определя вида на травмата - проникваща или непроникваща, открива наличие на видими наранявания по коремната стена. Извършва се палпация, перкусия и аускултация на корема. Търсят се белези на перитонеално дразнене, болка, дефанс.

Много често механизмът на травмата предсказва вида на увредените органи:

- ✓ Травма на диафрагма - среща се при внезапно компресиращ удар върху корема или торакоабдоминална пенетрираща травма;
- ✓ Травма на кух коремен орган - много често при проникващо нараняване; дуоденумът може да се травмира от фронтален удар или проникващо нараняване; стомахът е относително резистентен при тъпи травми; трансверзалният колон се засяга често при прободни наранявания, а ректумът - при травми на малкия таз;
- ✓ Панкреасът може да се нарани при директен удар в областта на стомаха;
- ✓ Травма на черен дроб- при прободни и огнестрелни наранявания, фрактури на долните ребра вдясно; трябва да се подозира при хипотензивни пациенти с абдоминална травма;

- ✓ Травма на далак – най - често уврежданият орган при тъпи травми на корема, протича с хипотензия, тахикардия, перитонеални симптоми, болка, разпространяваща се към ляво рамо, подозира се при фрактури на долните ребра вляво.

Оценка на приоритетите на лечение на абдоминалната травма:

1. Поддържане на проходими горни дихателни пътища, интубация, включване към респиратор, кислородотерапия с висок процент кислород с маска, назален катетър през интубационната тръба (при съмнение за цервикална травма се поставя имобилизационна шийна яка).
2. Стабилизиране на циркулацията - канюлиране на две периферни вени и бърза инфузия на електролитни (250-500 ml. физиологичен разтвор), колоидни разтвори или биопродукти, поддържане на систолно артериално налягане над 100 mmHg, обезболяване на пациента.
3. Идентифициране и третиране на животозастрашаващите състояния.
4. Мониторинг на виталните функции - дишане, хемодинамика и съзнание на 5 минути при нестабилни пациенти.
5. Предприемане на бърз транспорт до най-близкото лечебно заведение за оказване на специализирана медицинска помощ

1.12. Особенности на травмите при възрастни пациенти

Последните данни от регистъра на САЩ, показват че 12,5% от населението е над 65 години (повече от 31 милиона). Според данните от последното преброяване в България, пенсионерите са над 2 милиона. По данни на болшинството от водещите травматични центрове, леталитетът нараства значително при възрастните.

>40 /100 000 души население във възрастта под 65 години.

44-45 / 100 000 души население във възрастта между 65 и 74 години

130,9 / 100 000 души население за възрастта над 75 години

Физиологични промени настъпващи при възрастните:

1. структурни промени в сърдечно - съдовата система – прогресираща атеросклероза и калцифициране на съдовете. Промените водят до намален вентрикуларен комплайънс, повишена кислородна консумация от миокарда, сърдечният дебит и ударният обем намаляват с около 0,5%, всяка година, след четиридесетте дори и без налично сърдечно заболяване. Невъзможността на сърдечно-съдовата система да реагира адекватно на увеличените изисквания при възрастни пациенти с травми, води до увеличен лист от летален изход и полиорганна недостатъчност.
2. С напредването на възрастта, белите дробове губят еластин, водещо до колапс на малките въздушни пътища, ателектази, несъответствие между вентилация и перфузия, намаляване на дифузионния капацитет и прогресираща хипоксия. Форсираният витален капацитет /ФВК/, и максималният експираторен обем намаляват прогресивно с възрастта. Тази загуба на пулмоналните резерви обяснява защо често белите дробове са „слабото звено“ при травматични възрастни пациенти. Пулсовата оксиметрия, кръвно-газовият анализ и разумното използване на допълнителна кислородна или механична вентилация са императивни, с оглед предпазване и лечение на дихателната недостатъчност при възрастните. Водещата причина за смъртта при възрастни пациенти с травма след първите 24 часа е респираторният дистрес синдром. Много от тях могат да бъдат спасени посредством ранна и агресивна кардио-пулмонална оптимизация .

3. След 50 години настъпват промени в бъбречната функция, изразяващи се във : намалява скоростта на гломерулната филтрация; намалява концентрационната възможност; развитие на рено-васкуларни промени /атеросклероза/, водещи до намалена перфузия. Ниският сърдечен дебит, нефротоксичните препарати и водно-електролитния дисбаланс могат да доведат бързо до остра бъбречна недостатъчност, която повишава риска от смъртен изход.
4. При черепно - мозъчните травми се наблюдава по - голяма честота на субдуралните и интрапаренхимните хематоми в сравнение с младите.
5. С възрастта настъпват промени и в гръдния кош - намалява еластичността (поради вкалцияване на хрущяла); минерализацията и остеопоротичните промени водят до по-голяма честота на ребрените фрактури; освен това те стават при по - малка сила по-лесно, отколкото при млади хора. Често се наблюдават множествени ребрени фрактури и много по - често се срещат белодробната контузия, лацерацията или пневмотораксът.
6. При възрастни пациенти с множествени травми се отбелязва по-голяма честота на увреждане на коремните органи (30-35%) в сравнение с млади. Възрастните имат намалени физиологични резерви и слаб толеранс към хемодинамични нарушения, което на практика кара хирурга по - бързо да взема решение за спешна лапаротомия с оглед дефинитивната терапия.
7. Ортопедични травми - загубата на костна маса и остеопорозата предразполагат към много по - чести фрактури при възрастните, вследствие на травми, и то понякога незначителни по сила. Фрактурите на бедрото и бедрената шийка са едни от най - честите при възрастни най-вече след височинни травми, падания.
[101,102,103,104]

1.13. Особенности на травмите при деца

Травмите са водеща причина за смърт при децата и възрастта до 44 год.. Закритите травми продължават да са най-важният проблем при децата, въпреки съвременните достижения на ресусцитацията и диагностичните методики. Като цяло пенетриращите травми са по - редки. Водеща причина за травматизма и при децата са ПТП; на второ място са удавянията и битовите травми. Съотношение момчета : момичета варира от 1.6:1 до 4:1. Цената на загубения млад живот, както и страданията, причинени от евентуалното инвалидизиране, са огромни, неизмерими.

1. Въздушни пътища. Съществуват много анатомични различия при новородени и малки деца, което превръща дефинитивния контрол на въздушните пътища в едно сериозно предизвикателство. Ларинксът е релативно високо при новороденото, което затруднява ендотрахеалната интубация. Релативно по-големият език води до по - честа обструкция на дишането и затруднява използването на ларингоскопа. По - чести са субглотичните улцерации и структури при ендотрахеалната интубация при деца под 8-10 години.
2. Ресусцитация при децата. Хипотензията е сравнително късен признак на шока при децата и обикновено се асоциира с кръвозагуба по-голяма от 25% от ОЦК или тежка закрыта черепно - мозъчна травма. Децата притежават забележителни физикални адаптивни възможности и могат да поддържат АН дори и при значителни кръвозагуби. Претоварването на тези компенсаторни механизми обаче води до бързо изтощаване и рухване на защитните сили. Тежкия прехоспитален шок, водещ до травматичен кардиачен арест, има изключително лоша прогноза (единични случаи на оцеляване). За възстановяване на цирку-

- латорния обем трябва болусно да се прелива 20 ml/kg. и при неуспех повтаряне до общо 40 ml/kg.
3. Черепно - мозъчни травми. Леталитетът при деца под 15 години вследствие на ЧМТ е 2.5% (сравнен с над 10% при възрастните). Въпреки това ЧМТ са основната причина за смъртния изход и при децата. КАТ е с най-голямо значение за бързата и екзактна диагностика на травмите на ЦНС.
 4. Гръдни травми. Ребрата и стернума са изключително флексибилни и често се наблюдават тежки вътрегръдни наранявания без фрактури на ребра и стернум. При едно мултицентрично изследване се установява наличие на 53% случаи на белодробна контузия без фрактури на ребра.
 5. Коремни травми. Абдоминалната травма е на второ място като причина за летален изход при децата с травми. Преобладават закритите коремни травми. Тънката стена на коремната мускулатура не може да предпази вътрекоремните органи. Диагнозата е затруднена и понякога се налага използването на целия арсенал от диагностични методи - ултрасонография, КАТ, абдоменоцентеза, лапароскопия. Целта е да се избегне ненужна експлоатация на коремната кухина при децата.
 6. Ортопедични травми. Изключително чести при децата са закритите травми. Между 35-45% от децата с множествени травми имат поне увреда на скелета. Най-важната е бързата хемостаза при наличие на кървене, имобилизация на крайника, обезболяване и бърз транспорт до специализирано заведение. [34,35,36,43]

1.14. Спешна хирургия. Предмет и история.

Спешната хирургия е раздел от общата хирургия, която третира проблемите на диагнозата и лечението на хирургичните заболявания, изискващи намеса в най - кратки срокове, за да се избегне съществуващата реална опасност за живота на болните. Предмет на спешната хирургия са всички заболявания, които изискват намеса на хирурзите по жизнени показания, неотложна спешна помощ и отложена спешна помощ. В тази група влизат следните заболявания:

1. Възпалителни заболявания: остър апендицит, остър холецистит, остър дивертикулит, терминален илеит, остър перитонит и др.
2. Перфорации на кухи коремни органи : перфорации на стомах и дуоденум от язвени процеси, перфорации на тунко или дебело черво, перфорации от злокачествени формации и др.
3. Чревна непроходимост : механична и динамична, заклещени хернии и др.
4. Травматични увреждания на коремни органи : увреждане на кухи и паренхимни органи, ретроперитонеални хематоми.
5. Следоперативни усложнения: инсуфициенция на анастомози или шев на кухи органи, остатъчен перитонит, кръвотечения адхезивни илеуси.
6. Кръвотечения от гастро – интестиналния тракт.

Спешната хирургия обхваща 60% от контингента болни, постъпили в хирургичните отделения и клиники във всички болници в страната. Необходимостта от постъпване на и оказване на спешна хирургична помощ на болни, които постъпват направо от улицата, от мястото на работа, на болни които преди инцидента са се чувствали напълно здрави, поставя пред здравните органи и по - специално пред хирурзите големи отговорности и изисквания. Хирургът е главното отговорно лице за цялостното диагностициране и лечение на спешните хирургични болни.

През 1918г. се създава Медицинският факултет в София. Спешната хирургия през това време се осъществява от хирургичните отделения на болниците и клиники при Софийския университет.

Първоначално Катедра по спешна хирургия се обособява в ИСУЛ, а след това към МА. През 1951г. се създава Института за бърза медицинска помощ „Н.П.ПИРОГОВ“ на база на съществуващата по това време място на болница на Червения кръст.

Първия ръководител на Катедрата по спешна хирургия става проф.А.Луканов. След него ръководители стават проф. В.Матеев, проф. Пинкас, и др. допринесли много за развитието на хирургията. Оттогава в България спешната хирургия се отдел като специален клон на общата хирургия.

Организация на спешната хирургична помощ

Спешната медицинска помощ заема важен дял в общата система и организация на медицинското обслужване на населението. Тя е една от най-главните системи в здравеопазването. Особено важен отдел в спешната медицина е спешната хирургия. Хирургичната наука винаги е била свързана с оказването на спешна хирургична помощ. Без спешната хирургична помощ хирургията не би достигнала тези големи успехи в диагнозата и лечението на плановите хирургични заболявания. Около 50-60% от хирургичните болни имат нужда от оказване на помощ по спешност. Обемът на спешната хирургия е много голям. В него се включват травмите и спешните заболявания на целият организъм, на всички органи и системи на всички възрастови групи от двата пола. За да бъде обхванат този голям контингент от болни, е необходимо всеки хирург независимо от мястото на работа да има солидни познания по основните

хирургични дисциплини, да има постоянна насоченост за издирване и съответно реагиране на спешните заболявания. Необходимо е всяко медицинско лице, лекари, лекарски асистенти и медицински сестри да имат основни познания по спешна медицина и респективно по спешна хирургия, за да могат да окажат необходимата и своевременна спешна медицинска помощ. [73]

В организацията на спешната медицинска помощ има няколко постановки, които до голяма степен определят нейният характер. Те са :

- спешна помощ се оказва с предимство на всички граждани и пребиваващи чужденци в страната;
- на лица пострадали при нещастни случаи или заболели внезапно, се оказва спешна помощ от най - близкото здравно заведение или лице с медицинска квалификация;
- спешна медицинска помощ се оказва на мястото на заболяването или злополуката, в дома на болния, по време на транспортирането, в най-близкото лечебно заведение.

Структурата на медицинската помощ се изгражда въз основата на медицинската структура за страната;

- общинско ниво - общински болници, някои от които обслужват няколко съседни общини, общински поликлиники.
- регионално ниво - осигурява се специализирана медицинска помощ представена от многопрофилни градски болници.
- национално ниво - осигурява се високо специализирана медицинска помощ предоставена на висшите медицински учебни заведения в столицата и другите големи градове на национални медицински институти в които се включва „Пирогов“ ВМА и др. спешни центрове.

Спешната медицинска помощ включва следните задължителни мероприятия:

1. Бърза и точна диагностика.
2. Провеждане на интензивно лечение в началните периоди на заболяването или травмата, което включва : възстановяване на дишането, временно кръвоспиране, имобилизация, прилагане на необходими медикаментозни средства и вливания, провеждане на профилактични мероприятия срещу инфекцията, като превръзка, серуми и антибиотици.
3. Квалифицирано и специализирано стационарно лечение с оперативни и консервативни средства.
4. Ранно провеждане на рехабилитационни мероприятия.

Диагностицирането и лечението на спешно болните започва от дома или мястото на злополуката и продължава до пълното му оздравяване. В болничните заведения около 40% от болните постъпващи по спешност са със съчетани травми, с наличие на няколко тежки придружаващи заболявания, в шокови или неясни коматозни състояния, в алкохолно опиянение.

В страната е създадена система за бърза медицинска помощ, която се осъществява по принцип от едни и същи структури.

В София, Пловдив, Варна, Плевен, Бургас са създадени станции за бърза мед. помощ, които са самостоятелни здравни заведения, включващи специализирани медицински екипи, собствени превозни средства (за София и санитарна авиация), оборудвани за оказване на спешна помощ на място и по време на транспортирането. Оказването на спешна медицинска помощ в дома на болния или на мястото на произшествието и по време на транспорт е задача на звената за бърза медицинска помощ или станциите за БМП. По време на транспортирането на пациента придружаващият лекар или друго медицинско лице провежда мероприятия за подържане на дишането циркулацията, кръвоспиране и противошокови действия. Болни в тежко състояние или тежка травма се настаняват в противошокова зала. Основен принцип на работа в противошокова зала е едновременно с

диагностицирането да се извърши и реанимиране на болния. След установяване на уврежданията се определят индикациите за различните видове лечение и редът за провеждане. При установяване на вътрешно кървене се налага незабавно извършване на животоспасяваща оперативна интервенция.

При аварийни ситуации с наличие на масово постъпване на пострадали е необходимо да се извърши сортировка на постъпилите в зависимост от тежестта на увредите и общото им състояние. Тази сортировка се извършва от много добре подготвени специалисти. [73]

РНПИСМП-, Н.И. Пирогов е специализирано - научно учреждение за оказване на високоспециализирана спешна помощ на населението на София и на цялата страна. То е подчинено на МЗ. Организацията на работа създава условия за денонощно обслужване на спешно болни и пострадали с травми. Подобни функции изпълняват и Катедрата по спешна медицина към МА и Катедрата по спешна медицина към ВМА. Към БЧК са създадени спасителни служби - Планинска контролно - спасителна служба и водно спасяване. Съществува организация за спасителни дейности при стихийни бедствия, крупни производствени аварии. В тях освен медицински бригади участват подразделения на противопожарна охрана, Министерство на вътрешните работи и Министерство на отбраната. След оказване на първа помощ пострадалите се евакуират до най - близкото болнично заведение.

Връзката между отделните звена за бърза помощ включително и превозните средства (линейки) се осъществява чрез радиоканали. Повикването на бърза помощ за цялата страна се осъществява с единен номер 112.

Целият лечебно диагностичен процес в спешната хирургия се базира на 4 основни принципа (С.В. Савельов, 1977, Н Мондор-1939):

1. Запазване живота на болния и оценка на функционалните възможности на организма.
2. Поставяне на диагноза.
3. Избор на метод на лечение.
4. Методика на проведената операция

Последователността на действията на спешната хирургия е следната (О.С.Кочнев,1981):

1. Определяне на функционалното състояние на болния и риска от оперативна намеса.
2. Поставяне на диагноза.
3. Избор на метод за лечение:
 - а) консервативно;
 - б) ендоскопични операции;
 - в) оперативно.
4. Интраоперативна диагностика:
 - а) визуална и чрез палпация.
 - б) инструментална;
 - рентгеноконтрастна (вазография, холангеография, спленопортография).
 - безконтрастна
 - функционална - измерване на порталното налягане, налягането в жлъчния и панкреасния проток, термометрия, определяне на кръвотока в съдовете.
 - морфологична (пункционна, ексцизионна).
 - оперативна диагностика свързана с безкръвна мобилизация на поразения орган (мобилизация на дебелото черво, стомаха, панкреато - дуоденалния комплекс.)
5. Отстраняване на патологичното огнище.
6. Санация на коремната кухина чрез освобождаване от кръв, жлъчка, чревно съдържимо, ексудат, фибрин, гной и др.
7. Декомпресия на кухини, органи и системи.

8. Борба с инфекцията и профилактика на гнойните усложнения.

9. Адекватна корекция на нарушената хомеостаза.

Резултатите от лечението на болните в спешната хирургия се определят от умелото изпълнение на основни принципи на диагноза и лечение на спешни хирургични заболявания.

Съвременната хирургия по своята същност е възстановителна хирургия. Днес хирургът се стреми да извършва щадящи операции, възстановяващи физиологичните функции на даден орган или система.

Главна линия на спешната хирургия е усъвършенстване и разработване на нови оперативни методи, прилагане на нови технически средства (апаратура, инструментариум и др.), повишаване на професионалното майсторство на хирурга и усъвършенстване на организацията на работа в хирургияните отделения.

През последните години в нашата страна различните травматични увреждания, като причина за смърт заемат 4-то място, приближавайки се по относителен дял към такива заболявания, като злокачествени новообразувания, сърдечно - съдови и болести на дихателната система.

Причините, които обуславят травматизма, са много и разнообразни, но с най-висок относителен дял сред тях са ПТП. Освен че са най-честата причина за възникване на травматични увреди, ПТП се характеризират и с особена тежест на възникналата патология.

Множествените травматични увреди или т.нар. политравматизъм и съчетаната травма са едни от най-дискотабилните и сериозни проблеми в съвременната спешна медицина. Все още обаче липсва единство както при определянето на тази патология по унифициран начин така и относно класификацията на различните видове увреди и тяхната тежест, единните терапевтични подходи към пострадалите, организацията на лечебно-диагностичния процес, организация на ЗЗ за обслужване на пострадалите

компетентно, срочно, квалифицирано и на съвременно научно-техническо равнище.

За практическите цели на спешната медицина засега са възприети следните понятия [45,46]

Съчетана травма

Представява едновременно увреждане на органи от различни области и системи на организма, причинено от механичен травмиращ агент. Могат да бъдат засегнати две, три и повече анатомични области едновременно. Най-чести са съчетанията на 2 - 3 анатомични единици. В комплекса от увреди една от тях заема водещо място - глава, гръден кош, корем, таз крайници. Патогенетично съчетаната травма включва и синдрома на остра дихателна недостатъчност, остра сърдечно - съдова недостатъчност, шок. Участието на тези синдроми и тяхната степен определят тежестта на съчетаната травма.

Множествена травма

Представява едновременно нараняване на няколко органа от една и съща система или кухина, например две или три кости на крайници, едновременно засягане на повече от един вътрекореман орган и др.

Комбинирана травма

Това са увреждания, настъпили едновременно от различни нараняващи фактори, напр. механична травма, съчетана с термично увреждане, поражения от йонизираща радиация.

За огромното значение на проблема травматизъм в съвременното общество, особено в развитите икономически страни, говорят такива данни като например отчетите на СЗО, съгласно които в света ежегодно около

10000000 души получават различни травматични увреди, като 250000 от тях умират.

Характерна черта на „травматичната епидемия“ в съвременния свят е наличието на многообразни, множествени, тежки травматични увреждания, които много често са несъвместими с живота на пострадалия.

Класификация

Стремежът към максимално повишаване качеството на диагностиката и лечението в съкратени срокове налага от гледна точка на практическата значимост всяка класификация да отговаря на определени принципи при изграждането и;

-да е удобна за прилагане;

-да е опростена;

-да се запомня лесно;

-да е достатъчно пълна при отразяване на всички увреди.

Съобразно с тези изисквания и на базата на дългогодишният опит на РНПИСМП “Н.И.Пирогов“, при организацията на диагностично - лечебния процес за обслужване на пострадали със съчетана травма за целите на спешната медицина се прилага следната класификация на увредите, обединени под названието “съчетана травма“:

-с преобладаваща увреда на глава и гръбначен стълб.

-с преобладаваща увреда на гърди и гръдни органи;

-Спреобладаваща увреда на коремни органи;

-спреобладаваща увреда на горни и долни крайници.

Диагностиката и лечението на съчетаната травма трябва да започне още от мястото на злополуката и да продължи до пълното оздравяване на пострадалия. Все по голям е броят на пострадалите с тежки увреждания на няколко органа и системи, в шоково състояние, които поставят повишени

изисквания пред медицинските работници, обслужващи този контингент от пострадали. Действието на патогенетичният закон за „взаимно повлияване и утежняване“ на различните травматични увредисъздава значителни организационни, диагностични и лечебни затруднения.

Броят на загиващите с тежки съчетани травми на местопроизшествието, по време на транспортирането и в болничните заведения непрекъснато нараства. Това се дължи, от една страна на тежестта на травмата със засягане на жизненоважни органи и системи, а от друга на неопказана или лошо оказана реанимационна помощ на местопроизшествието и по етапите на траспортирането. Продължителното оставяне на пострадалия в асфикция, недостатъчното почистване на дихателните пътища, продължителна артериална хипотензия (външно и вътрешно кървене), некоригираната ацидоза, неправилният подбор и дозиране на инфузионни разтвори, са фатални по отношение спасяването на живота на пострадалия.

Ранното оказване на първа медицинска помощ, изнасянето и транспортирането на пострадалия от от мястото на произшествието до лечебното заведение са първите и най - важни мероприятия при лечението на пострадалите с тежка съчетана травма. На етапите на долекарска и първа лекарска помощ главната задача се състои в бързо ориентиране и сортировка на тежко ранените с оглед най - бърза евакуация към етапа на квалифицирана медицинска помощ. Създаването на реанимационни бригади, използвани в големите градове за оказване на реанимационна помощ на местопроизшествието и по време на транспортирането, доказват правото си на съществуване. С развитието на санитарната авиация специализираната медицинска помощ на местопроизшествието става все по - реална и в селските райони, а така също и в отдалечени зони. Значението на тази медицинска помощ се определя от това, че основната причина за смъртта на тежко пострадалите в първите часове след травмата се дължи на остри нарушения на дишането и кръвообращението.

Ефективна борба с тези усложнения са способни да поведат само тези лекари, имащи специална подготовка в областта на анестезиологията и реанимацията, т.е. добре владеещи методите, осигуряващи проходимостта на дихателните пътища, изкуствената вентилация на белите дробове, подържане на хемодинамиката и предугаждането на опасните неврорефлекторни реакции, предизвикани от травмата. Схематично обемът на доболничната медицинска помощ на тежко пострадали осъществяван от реанимационни екипи може да се представи по следния начин; [47,48]

Табл. 7. Характер на медицинската помощ

Характер на мед. помощ	Използвани средства и методи
Временно спиране на кръвотечение	Налагане на хемостатични щипки Стегната превръзка
Възстановяване проходимостта на дихателните пътища	Функционално удобно положение Аспирация на секрети и кръв Интубация
Инхалация на кислород	Постоянен приток на кислород чрез маска или катетър Използване на инхалатор със спомагателен приток
Изкуствена вентилация на белите дробове. Инфузия на кръвозаместители и кръв. Обезболяване. Извеждане от терминално с-ние.	Прилагане на ръчни или автоматични апарати в условия на интубация или маска. Хващане на венозен източник или катетаризация на централна вена. Вътрешно въвеждане на аналгетици, блокада с местен анестетик. Масаж на

	сърцето, дефибрилация, въвеждане на сърдечно-съдови средства венозно и интракардиално.
--	--

Най - голямо значение за своевременното диагностициране и правилното и последователно провеждане на лечебните мероприятия имат болничните заведения. Характера на съчетаната травма изисква квалифицирани специалисти с определено профилиране. Такова лечение може да се осъществи в лечебни заведения, които разполагат с необходима база и кадри и по всяко време на денонощието оказват квалифицирана медицинска помощ.

В такива звена на здравеопазната система, оказваната медицинска помощ включва:

- възможност за активна реанимация
- готовност за необходимите намеси

Тежестта на травмата и нейното клинично протичане изискват като основен момент да залегне и да се издигне в принцип „едновременност в диагностиката и лечението. За да изпълни тази сложна и отговорна задача, екипът от специалисти трябва да се ръководи от единни подходи към организацията и тактиката на приемането, диагностиката и лечението на този контингент пострадали. Това включва следните основни изисквания:

1. Наличие на комплексно обзаведена и намираща се в готовност шокова зала.
2. Наличие на квалифициран и специализиран персонал.
3. Единни принципи по отношение на диагностика и лечение в зависимост от преобладаващата увреда.

Въвеждането в практиката на единните подходи на поведение води до:

- съкращаване на времето за диагностика на морфологичните увреди при различните комбинации;
- възможност за започване на живота - спасяващи мероприятия още от момента на травмата;
- избиране и прилагане на най-добрите съвременни методи за диагностика и лечение.

В диагностиката се включват, като задължителни следните стандартни изследвания:

- оглед на цялото тяло;
- подробна анамнеза от пострадалия или от придружител, ако той не е в състояние да я даде. Особено трябва да се заосрти вниманието върху механизма на травмата;
- папация, перкусия и аускултация.

Към лабораторните изследвания се отнасят:

- изследване на кръв (хемоглобин, еритроцити, хематокрит), кръвна група и RH-фактор;
- изследване за наличие на алкохол в кръвта, протеини, лактати.
- изследване на АКР, хемостазния баланс (време на кървене, на съсирване, тромбоцити, протромбиново време и фибриноген);
- имунологичен статус на пострадалия.

Функционалната диагностика включва:

- хемодинамични показатели(пулс,ЦВН,RR);
- обем на циркулиращата кръв;
- отделителна функция (диуреза,урейа,креатинин,креатин).

Най-голямо значение за своевременното диагностициране и правилното и последователно провежданена лечебните мероприятия имат болничните заведения.Характера на съчетаната травма изисква квалифи-

цирани специалисти сопределено профилиране. Такова лечение може да се осъществи в лечебни заведения, които разполагат с необходима база и кадри и по всяко време на денонощието оказват квалифицирана медицинска помощ.[57]

В такива звена на здравеопазната система оказваната медицинска помощ включва:

- възможност за активна реанимация;
- готовност за необходимите намеси.

Тежестта на травмата и нейното клинично протичане изискват като основен момент да залегне и да се издигне в принцип „едновременност в диагностиката и лечението. За да изпълни тази сложна и отговорна задача, екипът от специалисти трябва да се ръководи от единни подходи към организацията и тактиката на приемането, диагностиката и лечението на този контингент пострадали. Това включва следните основни изисквания :

- 1.Наличие на комплексно обзаведена и намираща се в готовност шокова зала.
- 2.Наличие на квалифициран и специализиран персонал.
- 3.Единни принципи по отношение на диагностика и лечение в зависимост от преобладаващата увреда.

Въвеждането в практиката на единните подходи на поведение води до :

- съкращаване на времето за диагностика на морфологичните увреди при различните комбинации;
- възможност за започване на живота - спасяващи мероприятия още от момента на травмата;
- избиране и прилагане на най-добрите съвременни методи за диагностика и лечение.

В диагностиката се включват, като задължителни следните стандартни изследвания:

- оглед на цялото тяло;

-подробна анамнеза от пострадалия или от придружител, ако той не е в състояние да я даде. Особено трябва да се заости вниманието върху механизма на травмата;

-папация, перкусия и аускултация.

Към лабораторните изследвания се отнасят:

-изследване на кръв (хемоглобин, еритроцити, хематокрит) кръвна група и RH-фактор;

-изследване за наличие на алкохол в кръвта, протеини, лактати.

-изследване на АКР, хемостазния баланс (време на кръвене, на съсирване, тромбоцити, протромбиново време и фибриноген);

-имунологичен статус на пострадалия.

Функционалната диагностика включва:

-хемодинамични показатели (пулс, ЦВН, RR);

-обем на циркулиращата кръв;

-отделителна функция (диуреза, урея, креатинин, креатин).

При диагностика на съчетана травма се прилагат известни манипулационни методи като:

-НГС, катетаризация на пикочен мехур;

-торакална и лумбална пункция;

-лапароцентеза.

Апаратната диагностика се осъществява чрез класическо рентгеново изследване, като се започва с рентгеноскопия, рентгенография, а при нужда - томография, ЕКГ, електроенцефалография, ангиография ехография скенер и др.

Лечението на пострадали започва още с настъпването на травмата и продължава до пълното излекуване на пациента. Основно правило при лечението на съчетаната травма е спазване на известен приоритет (Ф.Шайхен-1972)

1. Абсолютен приоритет имат болни с дихателни и сърдечно - съдови нарушения, с тежки външни и вътрешни хеморагии.
2. Висш приоритет имат пострадали с вътрекоремни хеморагии, шок, черепномозъчни и гръбначномозъчни наранявания.
3. Последващ приоритет имат пострадали с водеща увреда на периферни съдове, горни и долни крайници.

Реанимационните мероприятия при тези пострадали включват:

-дихателна реанимация, тоалет на дихателните пътища и осигуряване на тяхната проходимост, вентилация (маскова чрез енотрахеална интубация или трахеостомия), гръден дренаж и аспирация.

-сърдечна реанимация, сърдечен масаж, дефибрилация, интравенозни пътища за инфузии - канюлиране, венепункция, осигуряване на мониториране на пулс, АН, ЦВН и ЕКГ, катетаризация на пикочен мехур, следена на часова диуреза медикаменти по венозен път.

-метаболитна реанимация: подобряване вентилацията, подобряване на циркулацията и въвеждане на бикарбонатни разтвори при метаболитна ацидоза.

-оперативните намеси са в зависимост от тежестта на клиничната картина и опасността от увреда на жизненоважни органи и системи (хемопневмоторакс, вътрекоремни кръвоизливи, увреди на магистрални съдове)

Един от важните компоненти на лечебния процес е обезболяването прилагано паралелно с реанимацията. За профилактика срещу инфекцията трябва да се мисли още в началото на лечебния процес. Тук се включва първичната хирургична обработка, операцията и антибиотичната профилактика, като предприеманите мерки винаги са индивидуално съобразени с всеки пострадал в зависимост от вида характера и мястото на травмата. [19,20,21,33,23]

Схемата за третиране на съчетана травма с преобладаваща увреда на корем и коремни органи е следната:

Табл. 8. таблица за съчетана травма

Диагностика	Лечение
Клиничен преглед	Овладяване на хемодинамиката
Ренгенови изследвания	Овладяване на дишането
Лапароцентеза	Профилактика срещу инфекция
Ехография	Обезболяване :
Фиброскопия	- Медикамент
Компютърна томография	- Локално
Ректоскопия	- Наркоза
Хематологични показатели	Имобилизация
Биохимични показатели	Реакция на метаболитните разстройства
Кръвна група и Rh	Оперативно лечение
Обем на циркулиращата кръв	
Централно венозно налягане	
Електрокардиограма	
Артериално налягане, пулс	
Часова диореза	
Имунологичен статус	
Коагулограма	

Независимо от единните подходи на лечебно поведение, еволюцията на клиничното протичане на болестния процес при пострадалите със съчетана травма е индивидуална. Диагностиката и лечението на съчетаната травма представлява непрекъснат процес, от правилната организация на който в най - голяма степен зависи крайният успех.

1.15. Устройство на операционен блок

Помещенията в операционния блок се разделят на 3 основни сектора:

- Предоперационна
- Санпропускник
- Операционен сектор

Предоперационната има следните помещения:

- Съблекални за смяна на болничното облекло с операционно;
- Стаи за персонала, работещ в операционната (хирурзи, анестезиолози, сестри и санитарни)
- Офис - за почивка между или след операциите;
- Складове;
- Санитарен възел;
- Незадължителни (спомагателни/помещения) - компютърна, апаратна и др.

В зависимост от специализирания профил на операционния блок може да има гипсовъчна, цистоскопична зала и др.

Санпропускник - малко помещение или част от него, където има операционни маски, шапки, пантофи и екипът се подготвя за влизане в операционната зала. На пода има поставени специални материали, почистващи обувките и колелата на количките. Операционен сектор. Това е т.нар. „стерилна част“ на операционния блок, използвана само от пряко ангажираните в операционната работа за деня.

Тук има следните помещения:

- Предоперационни зали
- Операционни зали
- Стерилизационна с подготвителна

Предоперационни зали. Това са две помещения. В едното хирургичният екип се подготвя за операция. Тук са мивките за измиване на ръце, крановете, които могат да се затварят с лакти. Препаратите за измиване на

ръце са поставени в дозатори, което позволява използването им, без да се пипат с ръце. Във второто помещение се подготвя болният за операция-интубация, катетъризация, включване на периферен или централен венозен път, включване на кардиомонитор и пр. Има и шкафове с необходимите материали и консумативи. [74]

Операционна зала

Операционната зала е основното помещение в операционния блок. Няма принципна разлика в устройството на септичната и асептичната зала. Всички повърхности в операционната зала трябва да позволяват бърза и ефикасна дезинфекция и да са устойчиви на тези препарати. В залата са осигурени достатъчно общо и локално осветление, отопление, вентилация, обезопасяване на персонала и пр. Оборудването в залите включва само най-необходимата апаратура, като основните системи и възли са дублирани. Във всяка зала трябва да има по два крайника за кислородната, аспирационната и наркозната инсталация. Дублирането може да стане и с бутилки кислород, азотен двуокис и аспирационни помпи.

Операционните лампи осигуряват висока осветеност на оперативното поле. Многорефлекторните лампи вече отстъпват място на модерните еднорефлекторни, осигуряващи силна разсеяна светлина.

Оперативен екип

Хирургът и сътрудничащите лекари и сестри, работещи в операционната зала, формират хирургичен (оперативен) екип. Неговият състав е различен в зависимост от големината и сложността на операцията. Постоянните членове на оперативния екип са:

- Оператор;
- Асистент (асистенти);

- Операционна сестра.

Те работят съвместно с анестезиологичния екип, включващ анестезиолог (анестезиолози) и анестезиологична сестра. Освен тях в операционната зала работи и втора операционна сестра, която обслужва хирургичния екип по време на работа. След завършване на оперативната намеса в операционната зала влиза помощен екип - хората, които почистват залата и я подготвят за следващата оперативна намеса.

1. Ръководител на хирургичния екип е хирургът оператор. Той поддържа връзка с отделните звена на екипа и координира техните действия, като носи основната отговорност за хода, обема, изхода и крайните резултати от оперативната намеса. В това си качество неговите решения са задължителни за целия екип. В случаите, когато операторът е млад хирург с недостатъчно опит, той следва указанията на хирурга с по - голям опит, който въпреки че е на мястото на първия асистент, е ръководител на екипа и носи основната отговорност.
2. Асистент. Най-добрият асистент е опитния хирург, владеещ отлично хирургичната техника и хода на операцията. Добрият асистент предугажда намеренията на оператора и подsigурява най - добри условия за осъществяването им. Неговият опит е безценен в критични ситуации. Свободната обмяна на идеи между оператора и асистентите е най - добрата връзка между членовете на екипа. В началото на своето обучение хирурзите започват като втори, а често и трети асистенти. Това ниво на участие в хирургичния екип се предоставя на специализанти в началото на кариерата им. Натрупвайки опит и сръчност те повишават нивото на своята отговорност и в даден момент могат да заемат мястото на първия

асистент. Студенти могат да вземат активно участие и в подготовката на пациента и като асистенти по време на операцията.

3. Инструментираща сестра. Тя има следните задачи:

- Да подготви инструменталната масичка, необходимия комплект стерилни инструменти, хирургичните ръкавици, операционни престилки и да облече членовете на екип;
- По време на операцията сестрата следи хода като бързо подава в ръцете на оператора необходимите инструменти и материали;
- Задача на операционната сестра е и проследяването на влизащите и излизащите от оперативното поле инструменти, материали и консуматив и във всеки момент да знае каква част от тях е в това поле;
- Да следи за стерилността на участниците в екипа, оперативното поле, инструментариума, консумативите и всичко останало, което може да влезе в контакт със зоната на оперативната намеса;
- В даден момент операционната сестра може да влезе в ролята на асистент и да помага на екипа;
- След операцията инструментиращата сестра почиства инструментариума и го подготвя за стерилизация.

4. Циркулираща сестра /втора операционна сестра/. След въвеждане на пациента в операционната зала, той се поема от втората операционна сестра:

- Тя го поставя на операционната маса в необходимото положение и се грижи за него до увода в анестезията;
- Коригира позицията на операционните лампи, за да осветяват максимално оперативното поле без да пречат на екипа;

- Подготвя електроножа и аспирационната система за работа;
 - Следи за стерилността на залата, оперативното поле, участниците в екипа, инструментите и консумативите;
 - При необходимост от допълнителни инструменти, консумативи и други материали тя ги осигурява;
 - Втората сестра пише фишове и подготвя за изпращане материали за изследване, калкулира разхода на консумативи и материали, при оперативната намеса – с нейния рапорт се запознава хирургът в края на операцията и го подписва;
 - В края на оперативната намеса остава в операционната до извеждане на болния от операционната зала, като го обгрижва и помага на транспортното звено да го изведе от залата.
5. В състава на хирургичния екип влизат и анестезиолог, анестезиологична сестра и реаниматор. Техните функции и задачи се дискутират в съответните ръководства. [74]

1.16. Предоперативна подготовка на хирургичен пациент

Подготовката за операция и анестезия трябва да започне още с постъпване на болния в стационара. Особено внимание се отделя на съпътстващите заболявания на сърдечно - съдовата и дихателната система. Подготовката на болните с хипертонична болест втора и трета степен и ИБС, трябва да бъде ефективна и сравнително непродължителна с използване на препарати въведени паренетерално /интравенозно и интрамускулно/. В процеса на подготовката на такива болни задължително се провежда консулт с кардиолог или интернист. При болни с ИБС е необходимо електрокардиографско изследване в навечерието или в деня на операцията, тъй като неизбежното емоционално напрежение може да предизвика инфаркт на миокарда.

Разговорът с пациента, относно вида на операцията, нейната необходимост и последствията, трябва да бъде проведен отчитайки индивидуалните особености на пациента /професията, нивото на обща и медицинска грамотност, нервно-психическо състояние/, онкологичната деонтология, възможността за пълноценно възстановяване в пост-оперативния период. Грамотно проведения разговор с хирурга, а след това и с анестезиолога, нагледните примери на оздравяващи, след прекарана операция болни, способства за правилната ориентация на пациента в набелязания лечебен план и за снижаване на неговото нервно - психично напрежение. Особено внимание следва да се обръща на болни, при които е проведена предоперативна, лъче или химиотерапия. Тези методи на лечение могат да допринесат за обострянето на придружаващи заболявания и сами по себе си да повишат оперативния и анестезиологичен риск.

Предоперативният период трябва щателно да се изследва функцията на дихателната система. При проявена дихателна недостатъчност, II – III степен е показно провеждането на комплекс от мероприятия имащи за цел ликвидиране на хроничния кислороден глад : санация на трахеобронхиалното дърво, антибиотична терапия, кислородотерапия, муколитики и т.н. В процеса на лечение се контролира парциалното налягане на кислорода в артериалната и капилярна кръв, подкожната тъкан, както и алкално-киселинното състояние на кръвта.

Повишено внимание следва да се обръща на състоянието на хормоналната хомеостаза. Най - голям интерес за хирурга и анестезиолога представлява функцията на инсуларния апарат на панкреаса, отделянето на кортикостероиди от надбъбречната жлеза, продукцията на тироксин и трийодтиронин от щитовидната жлеза.

За оценка на предоперативния риск трябва да се отчита състоянието на болния, наличието на придружаващи заболявания, степента на разпространеност на туморния процес при онкологично болните, тежестта на

предстоящата оперативна интервенция, лъче- и химиотерапия. В понятието степен на оперативен риск се включват няколко фактора, както и анестезиологичният риск, който се определя от физическото състояние и възрастта на болния, наличието или отсъствието на придружаващи заболявания, видът на анестезията и квалификацията на анестезиолога /А.И. Пачес, 1996г./. При оценка степента на оперативния риск, често не съществува възможност за отчитане на всички фактори. Това се отнася предимно за спешните операции, когато е невъзможно пълно пред-оперативно изследване на болните. В тези случаи е възможна известна неточност в оценката на оперативния риск.

1.17. Информирано съгласие на пациента

За да има право да оперира, хирургът трябва да получи доброволно информирано съгласие от пациента. То позволява на хирурга да постави точна предоперативна диагноза и да извърши оптимална по обем хирургична интервенция. Този документ позволява да бъдат спазени всички морално етични аспекти на медицинската наука.

Преди пациента да постави подписа си, хирургът е длъжен да го информира на достъпен за него език за всичко, което е необходимо да знае по време на престоя си в болницата. Хирургът е длъжен да информира пациента за възможните рискове, усложнени, функционални разстройства и козметични дефекти, които могат да се очакват в ранния и късен следоперативен период, както и за възможността за отстраняване на цели органи или части от тях, по време на операцията.

Документ за информирано съгласие се попълва когато:

Ще се използва анестезия;

- Се налага извършването на инвазивни процедури – оперативна интервенция, ендоскопско изследване и други;
- Се налага инвазивна рентгенова диагностика – ангиография, диагностична пункция под ехографски или КТ контрол;
- Извършената диагностична или лечебна процедура е свързана с лъчево натоварване на пациента.

Пациентът има право да дава писменото си съгласие за операция само, ако е пълнолетен и психично здрав. Ако не отговаря на тези условия, информираното съгласие трябва да се попълва от упълномощен член на семейството. В условията на спешност е допустимо извършването на операция без информираното съгласие на пациента. При такава ситуация, е задължително да се информират близките на пациента.

При неясноти и съмнение, пациентът има право да се консултира с друг специалист. Пациентът трябва да даде съгласието си доброволно, без да му бъде упражняван какъвто и да е било психологичен натиск. Решението да се подложи на операция е негов личен избор.

Процесът на информирано съгласие на пациента може да бъде подкрепен с различни разяснителни материали /видео филми, снимки, образователни брошури и др./, помагачи му да получи по - ясна представа за предстоящата операция и за особеностите на следоперативното възстановяване.

Информираното съгласие се прилага към историята на заболяване на пациента и съпровожда болния до операционната.

1.18. Роля на медицинската сестра в хирургичните звенна

В хирургичните практики за доболнична помощ медицинските сестри имат широк кръг от задължения, защото изпълняват едновременно административни функции, свързани със значителна писмена работа и познаване на нормативни документи и функции и задължения на превързочна и операционна сестра. Медицинската сестра е задължена да осигури всичко необходимо за работа в кабинета. Тя трябва да организира и провери правилното провеждане на стерилизацията на инструментариум и превързочен материал. Подготвя всичко необходимо за направата на превръзки и операции. За целта подготвя стерилно бельо, чаршафи, маски, марли, ръкавици и други принадлежности. Покрива превързочна маса, подрежда инструментите, антисептичните разтвори и други препарати. Извършва самостоятелно превръзки и манипулации или асистира на хирурга.

Не по-малко отговорна е работата на медицинската сестра за оказване на неотложна и спешна хирургична помощ при амбулаторни условия. Тя е длъжна да прецени доколко спешно необходима е помощта за даден пациент и да организира и проведе първите мероприятия. За да изпълни успешно многобройните си и твърде отговорни задължения, медицинската сестра е длъжна да бъде запозната с основните въпроси по хирургия, основните хирургични заболявания и лечението им.

Във връзка със здравната реформа в доболничната помощ характерът на работата на медицинските сестри значително се измени. Тяхната работа стана по-отговорна и по-сложна, свързана с по-голяма самостоятелност.

Задълженията на сестрите в хирургичните стационари са различни, в зависимост от това къде тя работи в отделението, в превързочната или в операционната зала. Но независимо от многото задължения, най-важно за медицинската сестра е обгрижването на болния човек. Грижите за болния са главната и най-отговорна част от работата и. Това се отнася както за самостоятелното изпълняване на дейности, така и за тези, които са и

делегиран от лекаря. При работа в болничните стаи основните задачи се явяват грижите около болните, създаване на хигиенична обстановка, изпълнение на назначенията, наблюдение за състоянието на болните и своевременно уведомяване за забелязаните промени в състоянието на оперираните болни. Откривайки на време признаците на развиващо се усложнение, медицинската сестра помага на лекаря да спаси живота на болния. Правилната организация на работата в хирургичните звена до голяма степен определя успеха от лечението на болните.

Увеличи се ролята на медицинската сестра не само по отношение непосредствените грижи за болните, но и за подобряване на санитарно-хигиенното състояние в хирургичните отделения. От медицинската сестра се изисква висока квалификация и компетентност при изпълнение на задълженията и.

За да работят в Операционен блок, медицинските сестрите трябва да придобият специалност „Операционна и превъзрочна техника“ в съответствие с Наредба ном.31 от 28.06.2001г. на Министерство на Здравеопазването. С тази Наредба за първи път в нашата страна се регламентира обучението на медицинските сестри и акушерки за работа в операционна зала. След съответно обучение под форма на специализация медицински сестри и акушерки придобиват специфични теоритични знания и практични умения и познания които да прилагат по време на различни хирургични интервенции. Операционната сестра работи като инструментираща, циркулираща и асистираща. Работата на операционната сестра е изключително отговорна и изисква много познания и отговорности.

Операционната сестра е длъжна да помни, че тя носи както морална така и юридическа отговорност за пълното осигуряване, необходимо по време на операциите за асептичната подготовка и протичане на операциите. Освен многобройните и изключително важни задължения операционната

сестра имат всички права и защита на равностоен член на хирургичния екип.

При наличие на критерии за транспортиране в лечебно заведение за болнична помощ се изпълнява алгоритъма при спешни състояния, включващ:

- поставяне на периферен венозен или централен източник, осигуряване и поддръжка на свободни дихателни пътища (трахеална интубация, кислородотерапия);
- поставяне на уретрален катетър;
- течностна ресусцитация според тежестта на травмата и корекция на течностния дефицит с рингер лактат по схема;
- мониториране на хемодинамичните параметри; поддържане на телесната температура и действия с цел профилактика на хипотермия при транспорта на пациента.

Обект на спешната помощ са всички болни и пострадали, намиращи се в състояние на нарушени витални функции, пряко застрашаващо живота им.

На всички медицински специалисти по здравни грижи трябва да бъде надлежно проведено обучение в съответствие с националното законодателство за своята работа и дейности, включително и за устройства и процедури, използвани при извънредни ситуации.

Съгласно Медицинският стандарт по хирургия, специалистите по здравни грижи (медицинските сестри), извършват общомедицински и специфични дейности съобразно спецификата на клиниката/отделението, в което работят, като подпомагат дейността на лекаря и извършват назначените от него манипулации самостоятелно или под негов контрол, съобразно своята компетентност.

Медицинската сестра в клиниката/отделението, ежедневно наблюдава общото състояние на болния, следи основни параметри в пред и следоперативния период (пулсова честота, температура, честота на

дишането, диуреза, обем и вид на изтичащите течности през дренажи, сонда, катетри), регистрира резултатите и уведомява лекуващия/дежурния лекар. [74]

Специалистите по здравни грижи могат да получат специфична подготовка и обучение, чрез курсове за здравни грижи

1.19. Професионална компетентност на медицинските сестри в лечебно-диагностичния процес

Нормативно регламентирания обем на професионалната компетентност определя конкретните професионални дейности, които лицата с регулирана професия могат да извършват в лечебните заведения.

Закон за професионалното образование и обучение (ЗПОО) регламентира основните задачи на системата на професионалното образование и обучение:

1. Придобиване на професионална квалификация.
2. Придобиване на правоспособност за професии, упражняването на които изисква такава, включително и за упражняване на регулирани професии.
3. Непрекъснато усъвършенстване на професионалната квалификация; формиране на мотивационна система за реализация в гражданското общество.
4. Формиране на обща култура на основата на националните и общочовешките ценности.

Съгласно § 1, т.11 от ДР на ЗПОО "Професионални знания" са съвкупност от теории и практики, свързани с определена сфера на работа, които са усвоени в процеса на обучение или учене. "Професионални умения" са способностите за прилагане на усвоените професионални знания при изпълнение на задачи и решаване на проблеми. "Професионални компетентности" е доказана способност за използване на професионални

знания, професионални умения и личностни качества, необходими за упражняване на професия, в съответствие с Националната квалификационна рамка.

Понятието “регулирана професия” е въведена в българското законодателство през 2005 с изменения в Закона за професионалното образование и обучение (ЗПОО). Съгласно § 1, т.11 от ДР на ЗПОО регулираната професия се определя, като дейност или съвкупност от дейности, включена в Списъка на регулираните професии в РБ, която е от обществена значимост и/или е от съществено значение за живота и здравето на хората и правото за упражняване на която е определено, чрез закони, подзаконови и административни разпоредби за притежаването на специфична професионална квалификация, правоспособност или членство в професионална организация, която е получила специфично признаване от държавата.

С ПМС № 86 от 18.04.2006, е приета Наредба за условията и реда за поддържане на Списъка на регулираните професии в РБ. Списъкът на регулираните професии е приет с Решение на МС № 619 от 20.07.2009 г. В секторът професии в областта на здравеопазването са включени 16 регулирани професии: лекар, лекар по дентална медицина, фармацевт, Медицинска сестра, Акушерка, Медицински лаборант, Рентгенов лаборант, Рехабилитатор, Инспектор по обществено здраве, Фелдшер, Ортопедичен техник, Масажист, Зъботехник, Помощник - фармацевт и др.

Едно от законовите изисквания към лицата, упражняващи регулирана професия е членство в професионална организация - Българска Асоциация на Професионалистите по Здравни Грижи (БАПЗГ), законово регламентирана в края на 2005 с обнародване на Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти (ЗСОМСААМС). Законът урежда както устрой-

ството, организацията и дейността на съсловната организация, така и условията за упражняване на съответните регулирани професии. [41,42]

1.19.1. Нормативно регламентиране на професионалните дейности на медицинските сестри

Съгласно чл. 7, ал.1 от ЗСОМСААМС професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти могат да извършват по назначение или самостоятелно, се определят с наредба, издадена от министъра на здравеопазването, след съгласуване с БАПЗГ.

С обнародването на Наредба 1 от 8 февруари 2011 година за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравни асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно те получават своята нормативна уредба. [58]

1.Професионалните дейности, които медицинските сестри могат да извършват самостоятелно са обособени в седем отделни категории, включващи както общи, така и специфични професионални задачи.

1.1. Предоставяне и събиране на здравна информация, включваща : информиране на пациента с цел получаване на информирано съгласие при извършване на изследвания и манипулации; водене на медицинска документация; изготвяне на необходимите доклади и анализи, свързани с дейността ѝ; даване на указания на пациента при необходимост от вземане на материал за медико - биологични анализи; проследяване и регистриране на лабораторни изследвания, манипулации и здравни грижи. Нормативните изисквания относно информираното съгласие са уредени в чл. 87 – 89 от Закона за здравето и са насочени предимно към правоотношението лекар – пациент. Участието на медицинските сестри и

акушерките в този процес следва да е съобразено с регламентираниите разпоредбите.

1.2. Промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите, включващи: промоция, профилактика и консултиране на лицата за социално - значими заболявания; оказване на грижи за психичното, физическото и социалното здраве на лицата; извършване на профилактика в областта на хигиената, на индивидуалното и общественото здраве (трудова и битова злополука); оказване на психологична помощ на пациентите и семейството; предоставяне на съвети за хигиена и хранене;

1.3. Медицински и здравни грижи и дейности, включващи: общ и специален тоалет; подпомага дишането, храненето и приемане на течности, отделянето, движението на пациентите; измерване, регистрация и оценяване на витални показатели; разпознаване индикациите на застрашаващи живота състояния и предприемане на своевременни действия; съставяне план за сестрински грижи. Самостоятелно полага предоперативни и следоперативни грижи за пациенти, измерва, регистрира и оценява витални показатели, разпознава индикациите на застрашаващи живота състояния и предприема своевременни действия. В нейна професионална компетентност са вменени и някои специфични административни задачи - изписване в лекарствен лист на предписаните от лекар лекарствени продукти и санитарно - хигиенни материали; организиране и съблюдаване на транспортирането, съхраняването и срока на годност на лекарствените продукти и материали; организира, провежда и контролира извършването на дейности по дезинфекция и стерилизация. Медицинската сестра взема участие в организиране на профилактиката, контрола и епидемиологичния надзор на инфекции, свързани с медицинското обслужване.

1.4. Ресоциализация, реадaptация и рехабилитация, включващи: психосоциална рехабилитация на пациенти със социалнозначими заболявания; организиране и провеждане на общоукрепващи, мобилизационни и

закалителни процедури; ранна рехабилитация на хоспитализирани пациенти; обучение в ползване на помощни средства, приспособления и съоръжения за придвижване; подпомагане укрепването, адаптирането и връщането на лицата в семейството и социалната среда; съдействие за адаптирането на обществото към лицето

1.5. Манипулации, включващи дейности, като : извършване на инжекции (подкожни, мускулни, венозни, вътрекожни); осигуряване на продължителен венозен достъп; парентерално въвеждане на лекарствени продукти и инфузионни разтвори; извършване на венозна пункция и вземане на кръв; поддържане проходимостта и смяна на уретрален катетър; извършване на септични и асептични превръзки; извършване на стомашна промивка; отстраняване на шина; извършване на електрокардиография и други.

1.6. Оказване на спешни, хуманитарни и други дейности, включващи: участие в дейности при бедствени ситуации; извършване на дейности за овладяване на състояния на хипо и хипертермия; извършване на временна имобилизация на крайници и гръбначен стълб, поставяне на шийна яка; механична хемостаза и/или локално прилагане на хемостатични лекарствени продукти; осигуряване и поддържане на проходимост на горни дихателни пътища; извършване на първична реанимация – непряк сърдечен масаж и изкуствена вентилация; поддържане на жизнените функции на пациента при състояния, застрашаващи живота по време на транспортиране;

1.7. Провеждане на обучение и изследвания в областта на здравните грижи, чрез участие в практическото обучение на студенти и стажанти по специалностите от направление „Здравни грижи“; участие в изследвания в областта на сестринските грижи; участие в обучението на лица в областта на хигиената, на индивидуалното и общественото здраве; обучаване,

профилактика и възпитание на пациента и близките му; изследвания в областта на епидемиологията, ергономията, хигиената и безопасността.

2. Професионални дейности, които медицинските сестри могат да извършват по лекарско назначение са, както следва:

- асистирание на лекар при извършване на манипулации и интервенции;
- подготвяне и извършване на преливане на кръв или на други продукти с биологичен произход;
- провеждане на назначено от лекар лечение;
- подготвяне и при необходимост подпомагане на пациента при извършване на медико-диагностични манипулации;
- извършване и наблюдение на проби за чувствителност;
- поставяне и сваляне катетър или перфузионна игла в повърхностна вена;
- наблюдение на поставени от лекар централни венозни катетри и имплантирани системи за съдов достъп, поставени от лекар;
- разпределяне и даване на пациент на лекарствени продукти;
- осъществяване и наблюдение на специфични превръзки;
- подготвяне за и сваляне на конци, дренаже и сонди;
- обработване и наблюдение на рани, фистули и стоми;
- полагане на грижи и наблюдение на пластика;
- осъществяване на грижи и наблюдение на интубиран или трахеостомиран пациент, като първата смяна на канюлата на трахеостомата се извършва от лекар;
- поставяне на назогастрална сонда.

Предоставената професионална компетентност в зависимост от това как се извършват съответните дейности (самостоятелно или по лекарско назначение) е предпоставка за носене на юридическа отговорност

(наказателна, гражданска, административна, дисциплинарна), относно лицата с регулирани професии в сферата на здравеопазването.

1.19.2. Съвременна методология за приложение на сестрински грижи

Съвременните условия за развитие на здравеопазването в световен мащаб поставя високи изисквания към професионализма на медицинските специалисти и качеството на здравните грижи.

С развитието на медицинската наука, сестринската професия придобива едно ново измерение, колкото и сложно да изглежда диференцирането на автономните функции и отговорности на медицинските сестри в комплекса от здравни грижи. Моделът на съвременните сестрински грижи е логичен, систематичен и строг метод за решаване на даден проблем. Прилагането на научния подход в медицинската дейност допринася за събиране на необходимата информация за пациента и чрез съответните интервенции тя се обработва и конкретизира.

Медицинската сестра има много и различни дейности, които могат да се обединят от термина **сестрински процес**. Сестринският процес е метод на организация и оказване на сестрински грижи и помощ. В програмата на СЗО по сестринско дело и акушерство в Европа сестринският процес се определя така: Сестринският процес е термин, прилаган в системата на характерните видове сестринска намеса в сферата на опазването на здравето на отделните хора, техните семейства или групи от населението. Сестринският процес означава конкретно използване на научни методи за определяне на медицинските потребности на пациента, семейството и група, които могат да бъдат удовлетворени, чрез оказване на сестринските грижи. [55]

Сестринският процес се реализира в няколко етапа:

1. Събиране на данни. Анализ и оценка състоянието на база субективни (пациент и близки), обективни (преглед, наблюдение на общото състояние, жизнени показатели) и допълнителни (клинико-диагностични) методи.

2. Интерпретация на данните и определяне на проблема. Поставя се сестринска диагноза.

3. Планиране на сестринските грижи. Сестринските интервенции отговарят на индивидуалните потребности от грижи за пациента.

4. Реализация на плана за грижите. Прави се оценка на постигнатите резултати и какви промени са настъпили в резултат на планираните индивидуални грижи.

5. Оценка на резултатите от грижите. Медицинската сестра прави оценка на собствените си действия, грижи, сестрински интервенции и ефективността от тях.

Сестринската диагноза съответства на специфичната роля на медицинската сестра, която е приета на деветата конференция на „Северноамериканската асоциация на сестринските грижи” през 1990 година и дефинирана, като : „Формулирането на клиничната преценка от медицинската сестра, касаещо реакциите на здравословните потенциални и класифицирани проблеми на процесите в живота на определен човек, семейство или група. Сестринската диагноза служи за основа при избора на сестрински интервенции и грижи, целящи постигането на резултати, за които медицинската сестра е отговорна“.

Планирането на грижите е научен подход за работата на медицинските сестри. Анализът на физическото, психическо и емоционално състояние, оценката на степента на автономност на пациента водят до прилагане на индивидуален и планиран подход в сестринските грижи. Този подход се основава на съществуващите теории за грижите и правилното клинично наблюдение в процеса на вербалното и невербално общуване с пациента.

Определянето на целта на грижите трябва да е реална и измерима, поставена в ясна времева рамка и да съответства на професионалните компетенции. Сестринските интервенции трябва да отговарят на индивидуалните потребности в зависимост от степента на нарушена автономност на пациента.

Важен етап от оказването на качествени и ефективни сестрински грижи е оценката, която може да бъде текуща и крайна. От една страна стои самооценката на действията и степента на професионалната удовлетвореност (обективна оценка), а от друга е мнението на пациента (субективна оценка) за постигането на целта. (56)

Качество на сестринските грижи при хоспитализирани пациенти

В отговор на концепцията за качеството в областта на грижите се разработват и въвеждат процедури и протоколи, които представляват описание на сестринските дейности в съответствие с изискванията за качество.

Планирането на грижите е научен подход за работата на медицинските сестри, който се среща в литературата като “ подход за сестринство” или “ процес за сестрински грижи”. Той се състои в определяне на грижите, които са необходими на всеки един пациент, чрез анализиране на неговото състояние, средствата за организиране на грижите и интервенциите, изпълнение на дейностите и оценка на резултатите. Този подход се основава на съществуващите теории за грижите и се осъществява в процеса на комуникация чрез устна и писмена форма .

Според Ръководството за работа на сестринските отделения във Франция, “планът за грижи се определя съобразно сестринската диагноза и се прилага в зависимост от профила /особеностите/ на пациента. Той съдържа индивидуално адаптирани дейности.”

Министерството на здравето и социалното осигуряване на Република Франция публикува законите регламентиращи качеството на сестринските грижи. :

- Закон за болничната реформа от 31.07.1991г.;
- Закон отнасящ се до сигурността при преливането на кръв и кръвни продукти от 4.01.1993г.;
- Закон отнасящ се за общественото здраве и социална защита от 18.01.1994 г.;
- Постановление от 24.04.1996 г. относно реформата на обществената и частна хоспитализация;
- Закон отнасящ се до гарантирането на правата при палиативните грижи от 29.07.1998 г. ;
- Декрет № 2002 – 194 от 11.02. 2002, свързан с дейностите на специалистите упражняващи професията на медицинската сестра.

Според текста в Декрета: “ Упражняването на сестринската професия включва анализ, организация, реализация на сестринските грижи и тяхната оценка, използване и събиране на клинични и епидемиологични данни и участие в дейности по превенция, както и здравно обучение.

Министерството публикува документи, в които нормите за сестринска практика са насочени в следните направления:

- прием на пациента;
- проект за сестрински грижи;
- сестрински интервенции за пациента;
- извършване на присъщите за сестринската практика дейности;
- изписване на пациента от болницата;
- основните аспекти на професионалната практика.

Тези норми са групирани в следните три области:

- прием на пациента
- престой на пациента в болницата
- напускане, изписване

Към всяка норма са описани критерии за стандартно поведение на медицинската сестра, които са разделени на:

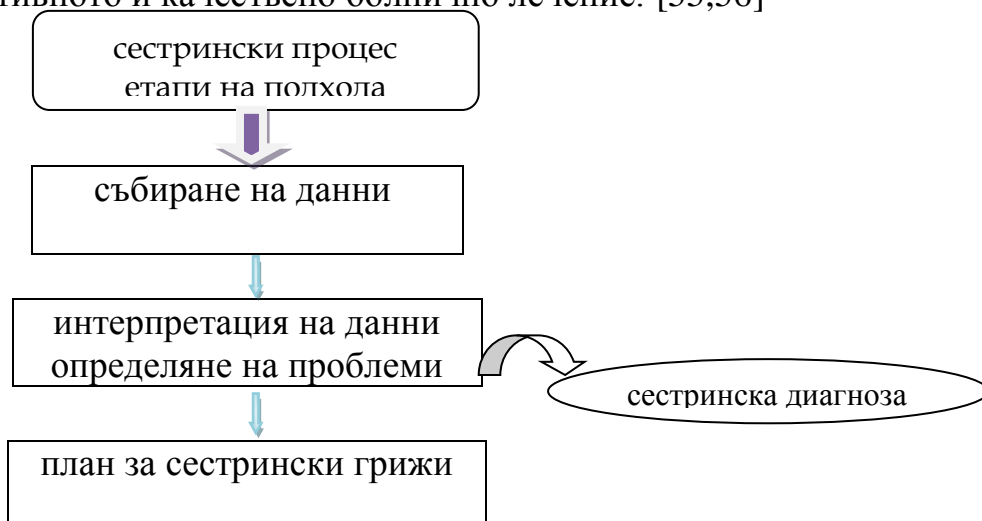
- характеристика на ресурсите/структурата;
- характеристика на процесите;
- характеристика на резултатите;

Законовото регламентиране на норми и стандарти в сестринската практика допринася за определяне на общите постановки за качество на сестринските грижи, които от своя страна са основа за развитие на политика за качество на грижите във всяко лечебно заведение.

- Промените в сферата на здравеопазването извършени през последните години, в съответствие с европейските изисквания, определят потребностите от сериозни структурни и организационни промени в подходите и методите за осъществяване на здравни грижи в съвременните болнични структури.
- Влиянието на европейската и световна литература в сферата на сестринските грижи показва, че е необходимо съвременната практика за сестрински грижи да бъде основана на теоретично конструирани и описани модели, които да гарантират адекватната организация на грижите.
- Условието на здравноосигурителната система и тенденцията за непрекъснато нарастване на потребностите от здравни грижи в Европа и страната ни обуславят нуждата от въвеждане и прилагане на нови модели за осигуряване на здравни грижи.
- Задоволяването на повишените потребности на пациентите и условията на конкурентна среда за болниците, създават възможности

за прилагане на по - нови и съвременни подходи за организация на сестринските грижи в съвременната болница.

- През последните години значително място се определя на професионалната отговорност и автономност на сестринската професия, което може да бъде осъществено чрез разработване и въвеждане в практиката на научно доказани и ефективно обосновани модели, отговарящи на съвременните тенденции на здравните политики и мениджмънт.
- Промяната в организацията на здравните и по - конкретно на сестринските грижи е необходимо да се осъществява на основата на теоретичните и концептуални модели, описани и утвърдени в световната и европейска практика.
- Ролята на сестринските грижи при пациенти със сърдечно - съдови заболявания е от особено значение, както в условия на спешност и по време на хоспитализацията, така също и в цялостния процес на превенция и рехабилитация.
- Пациентите с Коремна травма имат потребност от непрекъснато наблюдение и извършването на скъпо струващи и модерни медицински изследвания. Ето защо организацията на сестринските грижи и планирането на дейностите от медицинската сестра са съществен елемент от ефективното и качествено болнично лечение. [55,56]



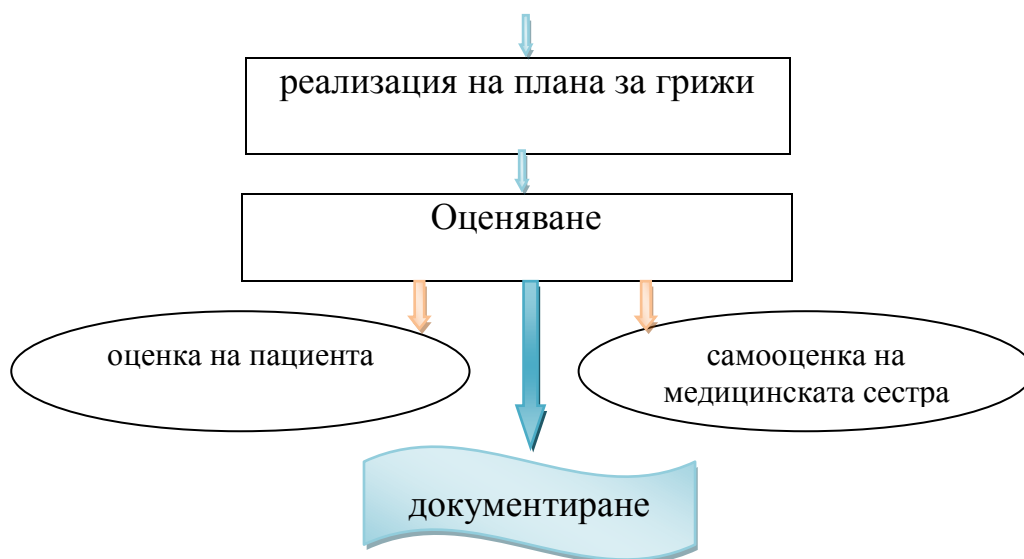


Схема 2. Схема на сестрински процес

Контролът е гаранцията за адекватност на прилагания сестрински процес и налага стриктно документиране на всеки етап и резултат.

Правилното прилагане на регламентираните етапи от сестринския процес насочват в правилна посока оказването на грижите и прилагането на индивидуален подход към болния.

Бикова, П. посочва основата и алгоритъм при съставяне на план за домашни грижи . Като водещо място в него заемат индивидуалните особености на пациента, заболяването, дома и семейството му. Медицинският специалист, в частност медицинската сестра трябва да подпомогне близките да определят променените си приоритети, да получат необходимата информация и да придобият съответни умения, за да се справят с възникналите трудности и най - безболезнено да се разрешат новите проблеми и болният да не се чувства изолиран или непълноценен. Грижите за болен в дома са обслужващи дейности, които обхващат недопускане на усложнения, инвалидизация и адаптация към новите условия на живот. Център на работата на медицинската сестра е самият болен и промененият му

начин на живот. Всяка оценка на резултатите е основа за следващо планиране на продължаващи грижи.

Изграждането на навици за клинично наблюдение, способност за анализ на обективното състояние на пациента и поставяне на сестринска диагноза е необходимост в сестринската практика. Анализът на физическото, психичното и емоционалното състояние, оценката на степента на автономност на пациента и анализиране на данните за неговото обективно състояние, водят до прилагане на организиран метод (сестрински процес) за планиране на сестринските грижи.

Таблица 9. План за сестрински грижи в домашна среда

Етапи на сестринския процес	Наблюдение/оценка на:
Условия за живот на болния	жилище: -стая на болния; - климат на помещението; -приспособяване на жилището; -обзавеждане на болнична стая в дома; -място на леглото в стаята; -общуването <i>на</i> и <i>с</i> болния.
Оценка на състоянието на пациента	- цел; -субективен метод на изследване; -обективен метод на изследване; -общуване; -документация.
Интерпретация на получените данни	-проблеми на пациента (удовлетворена или не потребност – по В.Хендерсън); -определяне на приоритетност на проблемите;
Планиране на предстоящата дейност	-определяне на целите на грижи; -определяне на сестринската намеса; - документация.

Реализация на съставения план	- как се предава информацията за сестринската намеса; -как се изпълнява; -как болния може да участва; -какво е мястото на близките.
Оценка на резултатите от посочените етапи	-да се прецени дали постигнатото е резултат на сестринската намеса или на други фактори; -документиране
Нужда от обучение: <ul style="list-style-type: none"> • на пациента; • на близките, с които живее 	-знания (информация за заболяването); -умения (диагностика на нуждата от промяна в поведението, изграждане на нови умения и поведение); -навици; -съставяне план на обучение; -възможност за самообучение; -подбор на литература.

Източник Бикова, П. Основни аспекти и приоритети на здравните грижи в дома., С., 2015

За да отговорят адекватно на динамично променящите се здравни потребности на населението, медицинските сестри трябва непрекъснато да повишават компетенциите си, чрез обучение, специализираща подготовка и прилагане на аналитични и иновативни подходи в сестринските дейности.

Немислимо е да продължава досега съществуващата практика, при която медицинските сестри да изпълняват само лекарски назначения и технически дейности, без да прилагат сестрински подход за грижите за болните и да носят професионална отговорност за качеството на своите грижи. За повишаването на качеството на сестринските грижи в болницата е изключително наложително да се разработи и въведе система за оце-

няване и контрол на грижите, за да може сестринската професия да се утвърди като съвременна професионална дейност.

Националната здравна стратегия 2020 отбелязва, че развитието на първичната медицинска помощ продължава да бъде основно предизвикателство за здравната система на България. Анализите за състоянието на системата показват, че тя все още не може да заеме своята ключова роля в модела на здравна грижа за пациента, поради ограничения профил на дейностите и задачите, липсата на условия за работа в екип, ограниченото признание, слабите връзки с по - високите нива на обслужване и неадекватното финансиране.

Качеството на здравните грижи се изразява в предоставянето на всеки пациент на дейности, подобряващи здравето му и осигуряващи удовлетвореността му. Съвременното сестринство има мисия - да гарантира високо качество на оказване на здравни грижи на населението.

Лечебния процес и грижите за пациенти с коремни травми изискват мултидисциплинарен подход. Положителните резултати зависят от състава на екипа и тясното сътрудничество между членовете му. В центъра на този екип стои медицинската сестра изпълняваща ролята на координатор на всички дейности от лечебния процес. Грижите при пациенти с коремни травми поставя изисквания към базовата подготовка и компетентност на медицинските сестри, като комплекс от знания, умения и професионално поведение с готовността за спешни и навременни интервенции. Прилагането на сестринския процес за адекватни грижи при тези пациенти се основава на познания за патофизиологията, физиологията, целите на лечението и превенцията на усложненията, което е предизвикателство пред професионализма на медицинските сестри. Прилагането на сестринския подход за грижи създава възможности за издигане на престижа на професията и за извършване на качествени сестрински грижи.

Сестринската практика допринася за определяне на общите постановки за качество на сестринските грижи, които от своя страна са основа за развитие на политика за качество на грижите във всяко лечебно заведение. Необходимо е да се разработи организационен модел приоритетно ориентиран към създаването на съвременна организация на сестринските грижи за пациенти в критично състояние за живота, каквото е състоянието на пациент с коремна травма, чрез проучване на управлението на сестринската професия през последните години се основава именно на този подход, който позволява избора на философия, създава възможности за индивидуален подход към пациента, задължава медицинските сестри да провеждат разговори и обучения на пациентите, както и да вземат решения в сферата на грижите. Подхода се реализира чрез работа на медицинските сестри с досие на пациента, в което се документира проблема на пациента и плана за сестрински грижи. (8,9,10)

Концептуални модели на сестрински грижи

Моделите на сестринските грижи понякога се наричат концептуални, тъй като те се изграждат на основата на различни понятия и концепции. Райхъл и Рой ги определят като: систематично построен, научно обоснован и логически свързан набор от понятия, които съставят елементите на сестринската практика...

Моделите за сестрински грижи имат общи положения, но във всеки модел авторите виждат по различен начин:

- пациента като обект на дейността на сестринския персонал;
- източника на проблемите на пациента;
- насоката на сестринската намеса;
- целта на грижите;
- начините на осъществяване на сестринската намеса;

- ролята на медицинската сестра;
- оценката на качеството и резултатите от грижите.
- Ефективното предоставяне на сестрински грижи е важно средство за постигане на целите на здравната организация, за висока продуктивност и удовлетвореност на сестрите от тяхната дейност. Моделът за предоставяне на сестрински грижи отразява философията на организацията и зависи от нейната структура, обезпеченост и разпределение на сестринския персонал и от броя и характеристиките на популациите на пациентите.
- В отговор на концепцията за качеството в областта на грижите се разработват и въвеждат процедури и протоколи, които представляват описание на сестринските дейности в съответствие с изискванията за добра сестринска практика.
- Планирането на грижите е научен подход за работата на медицинските сестри, който се среща в литературата като “подход за сестринство” или “процес за сестрински грижи”. Той се състои в определяне на грижите, които са необходими на всеки един пациент, чрез анализиране на неговото състояние, средствата за организиране на грижите и интервенциите, изпълнение на дейностите и оценка на резултатите. Този подход се основава на съществуващите теории за грижите и се осъществява в процеса на комуникация чрез устна и писмена форма.

Министерството публикува документи, в които нормите за сестринска практика са насочени в следните направления:

- прием на пациента;
- проект за сестрински грижи;
- сестрински интервенции за пациента;
- извършване на присъщите за сестринската практика дейности;

- изписване на пациента от болницата;
- основните аспекти на професионалната практика.

Тези норми са групирани в следните три области:

- прием на пациента
- престой на пациента в болницата
- напускане, изписване

Към всяка норма са описани критерии за стандартно поведение на медицинската сестра, които са разделени на:

- характеристика на ресурсите/структурата;
- характеристика на процесите;
- характеристика на резултатите;

Законовото регламентиране организацията на сестринските грижи в болничните структури и социално - медицинските проблеми при тези пациенти.

Разработеният организационен модел се основава на потребността от създаването на ефективна организация на грижите за пациенти, които за кратък период от време преминават през изключително важни и сложни медицински сфери – спешност, интензивност, хирургична намеса и терапевтично лечение. Организационният модел има за основна роля да определи грижите на базата на индивидуалните потребности на пациента чрез въвеждането на план за сестрински грижи, който да бъде контролиран и отчетен със съвременни информационни методи. [86,89,90]

II. ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

2.1. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО

ЦЕЛ

Целта на настоящото проучване е да се установи информираността и компетенциите на специалистите по здравни грижи относно поведението при пациенти с коремна травма и да се разработи модел за мениджмънт на здравните грижи и алгоритми за спешни грижи и лечение.

ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО

1. Проучване и анализ на европейския опит за основните постановки и модели на сестринските грижи при пациент с коремна травма.
2. Проучване мнението на студентите по специалност „медицинска сестра” относно знанията и уменията за грижите при пациент с коремна травма.
3. Проучване мнението на професионалисти по здравни грижи, работещи в лечебни заведения по отношение на професионалната им подготовка за грижите при лечение на пациент със спешна коремна травма.
4. Разработване на стандартни алгоритми за здравни грижи при пациент с коремна травма.
5. Да се разработи модел за мениджмънт на здравните грижи при пациенти с коремна травма и спешни състояния за осигуряване на качествено и ефективно леч

2.2. ХИПОТЕЗА

Осигуряването на ефективни здравни грижи за пациентите с Коремна травма е възможно, чрез повишаване на професионалната квалификация на медицинските сестри от всички структури на здравната система по

отношение на грижите и въвеждане на стандартни поведенчески алгоритми в извънболничната и болничната помощ и въвеждане на алгоритми при спешните състояния.

2.3. ОБЕКТ НА ПРОУЧВАНЕТО са професионалисти по здравни грижи от спешна медицинска помощ, болнична помощ и извънболнична помощ, както и студенти от специалност „медицинска сестра” на ФОЗ при МУ – София.

2.4. ПРЕДМЕТ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО – организация и спешност на здравните грижи при пациенти с коремни травми..

2.5. ТЕХНИЧЕСКА ЕДИНИЦА НА НАБЛЮДЕНИЕТО

УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов” ЕАД, гр.р. София;

УМБАЛ „Света Анна” АД, гр. София;

МИ - „МВР“, гр.София;

УМБАЛ-„Царица Йоана - ИСУЛ“, гр. София;

Военноморска болница град Варна;

Военна болница, гр. Пловдив;

„Пета МБАЛ“ АД, гр. София;

„Първа МБАЛ“ АД, гр. София;

МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“ АД, гр. Кърджали

2.6. ЛОГИЧЕСКА ЕДИНИЦА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

- Медицински сестри от различни структури за болнична помощ:
 - ✓ Хирургични отделения;
 - ✓ Операционен блок;
 - ✓ спешни приемни отделения;
 - ✓ спешна медицинска помощ;

Проучването е извършено самостоятелно с оглед постигане на по-голяма точност. В процеса на събиране на информация е търсено съдействие и сътрудничество на главни и старши медицински сестри; и медицински сестри) работещи в спешни медицински центрове в страната и преподаватели на специалност „Медицинска сестра“. Всички сътрудници, които подбрахме, предварително бяха запознати с целта и методиката за извършване на изследването.

- ✓ Студенти от специалност „Медицинска сестра“ след трети семестър на обучение от Медицински университет – София, Факултет по обществено здраве.

2.7. ПРИЗНАЦИ НА НАБЛЮДЕНИЕ НА ЛОГИЧЕСКИТЕ ЕДИНИЦИ

- признаци, определящи професионалните характеристики на респондентите;
- признаци, свързани с организацията на грижите в лечебни заведения
- признаци, свързани с потребностите от обучение на медицински сестри и студенти
- признаци, свързани с информираността на медицински сестри и студенти специалност „медицинска сестра“ по отношение на съвременните насоки за грижите, знания и умения при пациент с коремна травма.

2.8. ОБЕМ НА ПРОУЧВАНЕТО

При проучването са включени лица, които са изявили доброволно желание за участието си.

обем на респондентите е 600бр, от които:

- общият брой на анкетиранияте професионалисти по здравни грижи е 550, както следва:

- ✓ операционен блок –150 на брой;
- ✓ хирургични отделения –150 на брой;
- ✓ спешни приемни отделения – 250 на брой;

- общият брой на анкетиранияте студенти – 3-ти и 4-ти курс – 50 бр.

2.9. МЯСТО И ВРЕМЕ НА ПРОУЧВАНЕТО

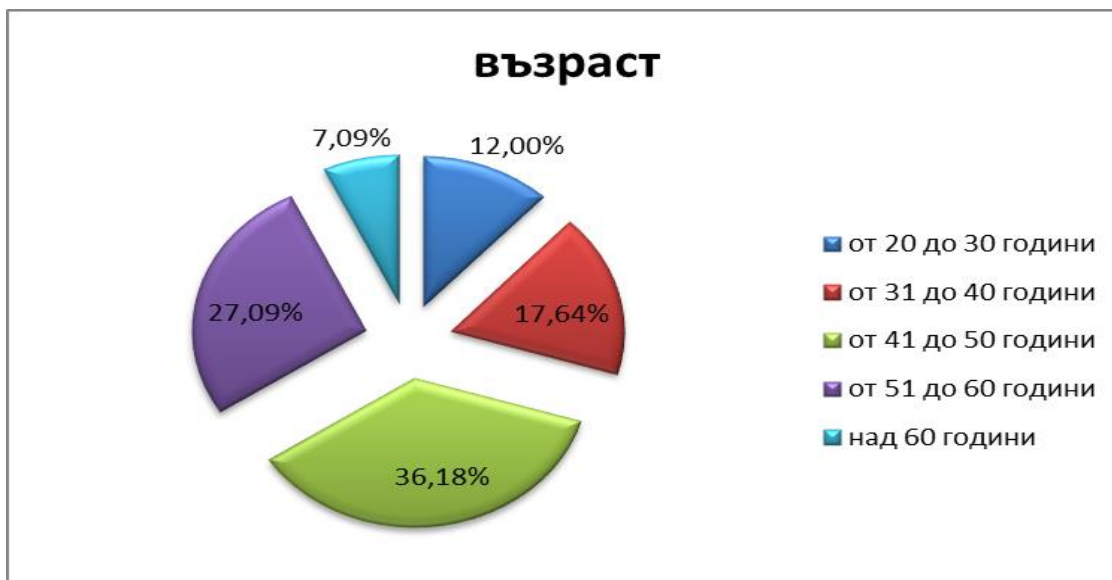
Проучването е проведено през 2017- 2018 година.

2.10. МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО

- ✓ **Документален метод** - метод за събиране на информация от специализирана литература, материали и публикации по проблемите на изследването (официални документи, нормативни документи);
- ✓ **Социологичен метод** - провеждане на анонимно анкетно проучване на професионалисти по здравни грижи .
 - анонимно анкетно проучване на медицински сестри /Приложение 1/. Анкетата съдържа 21 въпроса от затворен тип.
- ✓ **Статистически метод** .
 - Първоначалната обработка и въвеждане на данните са осъществени със специализиран продукт, а статистическата обработка - с помощта на програмен продукт SPSS и STATISTICA
 - Използвани са статистически методи, доказали своята пригодност в социологически проучвания.

III. ГЛАВА ТРЕТА. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОУЧВАНЕТО

3.1. Демографска характеристика на анкетираните ПЗГ



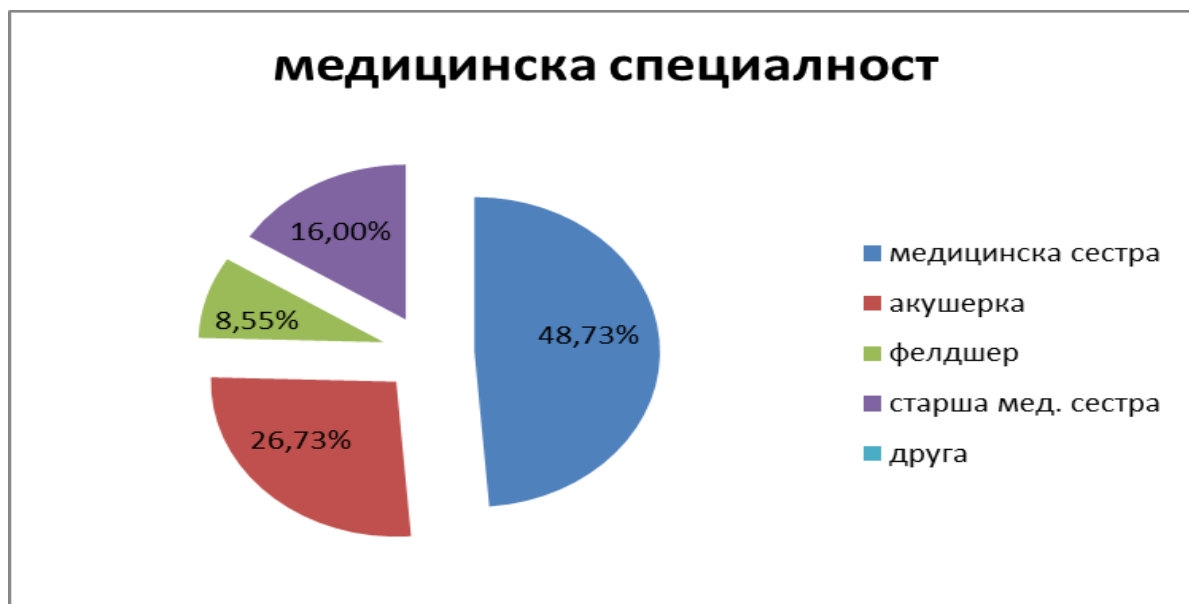
Фиг.5. Разпределение на специалистите по здравни грижи по възраст

Във възрастовата група от 51 г. до 60 г. попадат 27,09% , а 17,64% са от 31 г. до 40 г. Най-малък е относителния дял (7,09%) на респондентите над 60 г., следван от тази в диапазон между 20 и 30 г.(12,00%). Най-голям е дялът на ПЗГ между 41 и 50г. – 36,18%

По данни на БАПЗГ средната възраст на медицинските сестри в страната е 53 години, което показва нужда от млади специалисти в областта на здравните грижи. През 1990 г. сестрите в България са били 56 000, към момента са 25 000, като голяма част от тях са вече в пенсионна възраст, но продължават да работят. Медицинските сестри ще бъдат все по-търсени и на фона на глобалната тенденция за застаряване на населението.

3.2. Анализ на резултати от анкетно проучване на специалистите по здравни грижи

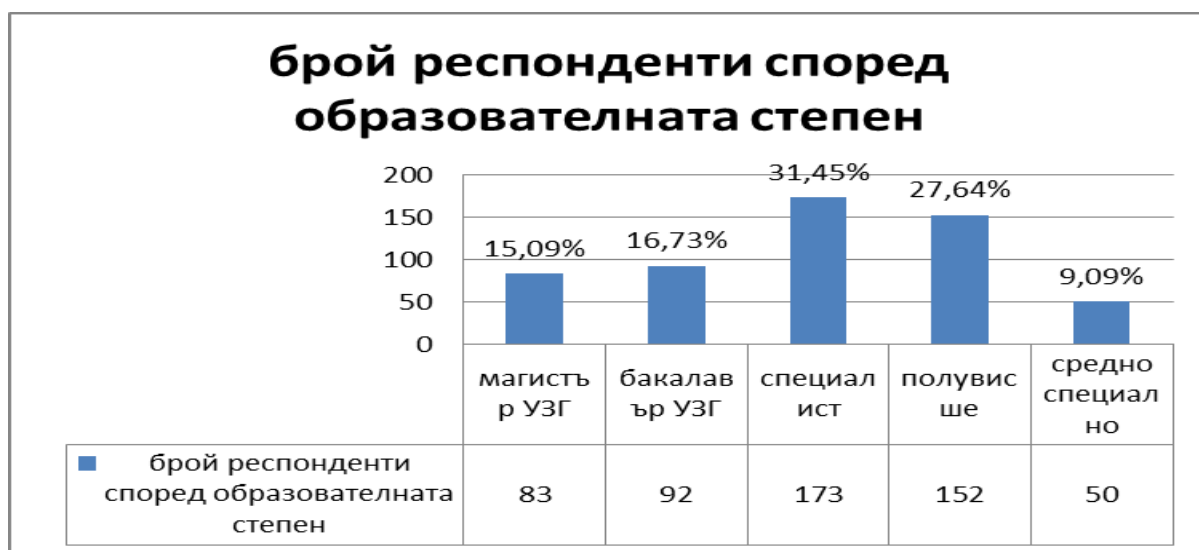
Проучването сред работещите ПЗГ в лечебни заведения за болнична помощ има за цел да установи информираността и компетенциите, относно алгоритъма на поведението и грижите при пациенти с коремна травма .



Фиг.6. Разпределение по медицинска специалност и заемана длъжност

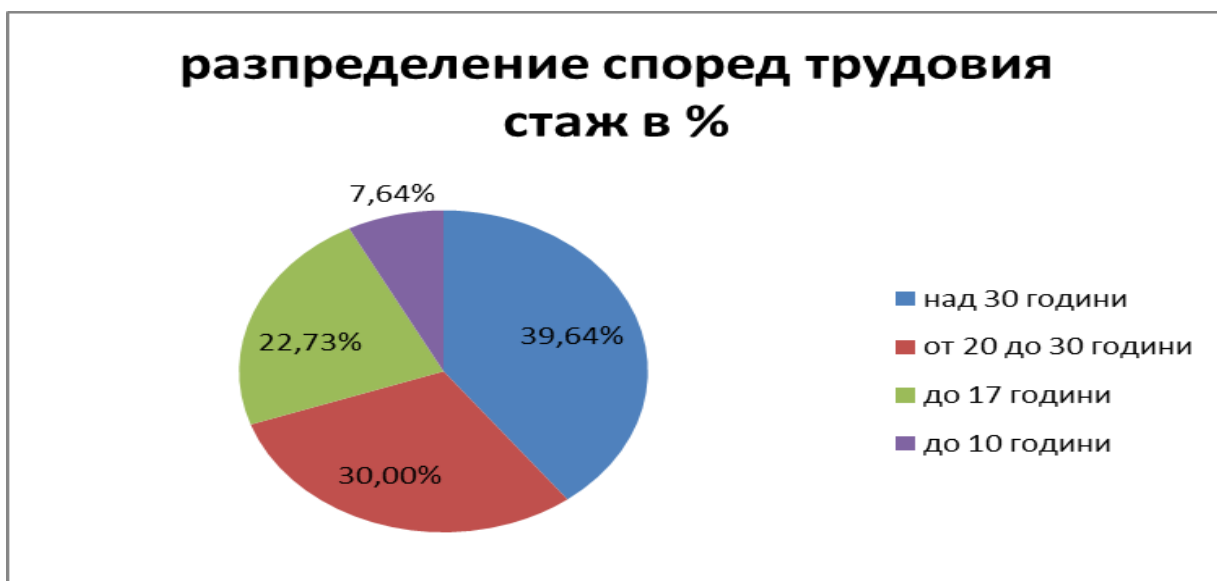
Най-голям е относителният дял на анкетираните медицински сестри 48,73%, на второ място са акушерките – 26,73%, фелдшерите 8,55%, а старшите медицински сестри са 16,00%. Важно за проучването е да се установи информираността и компетенциите на медицинските сестри по отношение на грижите за пациенти с травми. Образованието на медицинските сестри, акушерките и другите професионалисти по здравни грижи е на много високо ниво и отговаря на Европейската директива 55 от 2013 г. за признаване на професионалната квалификация. В системата на общественото здраве медицинските сестри, акушерките, рехабилитаторите, медицинските фелдшери, лаборантите - медицински и рентгенови са важен и ценен ресурс, който трябва да бъде обективно оценен, за да се подобри общественото здраве и да се намалят икономическите показатели и разходи за здравеопазване. Данните от проучването могат да бъдат използвани за създаване на обучение насочено към медицинските сестри

от всички структури, които не са посещавали курсове за следдипломно обучение насочено към лечението и на такива пациенти.



Фиг.7. Разпределение на ПЗГ според образователна степен

Данните по отношение на образованието на специалистите по здравни грижи показва, че най-голям е относителният дял на тези, които са със степен на образование „специалист“ (31,45%), полу - висше образование имат 27,64% от анкетираните, бакалавърска степен УЗГ са 16,73%. Магистърска степен по Управление на здравните грижи имат 15,09% от анкетираните, а средно-специално образование имат 9,09%. Това голямо разнообразие в образованието на медицинските сестри е в резултат на проведените реформи в областта на професионалното и университетско образование в страната през последните години. Главната цел е подготовка на висококвалифицирани здравни специалисти, способни да прилагат и развиват научно - медицинските знания и умения в медицинската практика и здравеопазването. Тя произтича от неговата обществена мисия, свързана с държавната политика за развитието на висшето медицинско образование, медицинската наука и здравеопазването в Република България, както и от принципите на Болонската декларация и Директивите на Европейския съюз.



Фиг.8. Разпределение на ПЗГ според общ трудов стаж

С най-висок относителен дял са ПЗГ с трудов стаж над 30 години (39,64%), на второ място са тези от 20 до 30 години (30,00%), на трето – до 17 години (22,73%), най- малък относителен дял имат респондентите с трудов стаж до 10 години(7,64%). Продължаването на трудовата активност при ПЗГ с трудов стаж над 30 години води до блокиране на длъжности, което представлява бариера за новозавършилите медицински сестри да се включат в работната сила. Много често това води до демотивация за работа, търсене на алтернативна заетост в друга икономическа сфера или емиграция на най - младите кадри. От друга страна, оставането на работа след навършване на пенсионната възраст може да се отрази и на качеството на здравните грижи, поради описания в многобройни проучвания синдром на изпепеляването, характерен за сестринската професия.



Фиг.9. Разпределение на ПЗГ по болнични отделения

Според получените резултати най-голям е относителният дял на анкетираните, които работят в отделение по хирургия (36,18%), на второ място са работещите в спешните звена (27,82%), на трето – работещите в операционен блок (22,00%) и в клиниките по анестезиологично и интензивно лечение – 14%.



Фиг.10. Мотиви за професионална реализация в областта на хирургичните грижи

Значителен дял от професионалистите по здравни грижи, които работят в хирургичните клиники и отделения, посочват като мотивиращ фактор удовлетвореността им от резултатите, които се постигат за

пациента – 52,91%. Анкетираниите, които посочват за мотивиращ фактор удовлетвореността от професионалното развитие в областта на хирургичните грижи са също не малка част – 21,45%. Значително по-малък е относителният дял на анкетираниите, които посочват удовлетвореността от заплащането, като мотивиращ фактор – 8,55%. Възможността за реализация е посочена от 17,09% от анкетираниите.



Фиг.11. Самооценка на анкетираниите относно теоретичната подготовка за лечението и грижите при пациент с коремна травма

Най-голям е относителният дял на анкетираниите, които са посочили отговор „ да“ – това са 46,36% от анкетираниите. На второ място са тези, които са посочили отговор „ категорично да“ – 36,18%, на трето място – „в известна степен, да“ – 15,45%. Отговор „не мога да преценя“ е посочен от едва 2%. Тези резултати определено показват необходимостта от обучение на медицинските сестри в областта на лечението и грижите при пациенти с коремна травма.



Фиг.12. Самооценка на анкетираните относно практическата подготовка за грижите при пациент с коремна травма

При анализирание на резултатите от отговорите на този въпрос става ясно, че най-голям е относителният дял на анкетираните, които са посочили отговор „да“ – 57,27%. На второ място са анкетираните, които са посочили отговор „категорично да“ – 29,45% и на трето – „в известна степен, да“ – 13,27%. Практическата подготовка е важен елемент от обучението на медицинските сестри от направление „Здравни грижи“. Обучаваните трябва да проявяват активност и заинтересованост за постигане на образователните цели.



Фиг.13. Готовност за оказване на първа/спешна помощ на пострадали с коремна травма

Повече от 1/2 от анкетиранияте посочват отговор „да“ – 52,36% . На второ място е относителният дял на анкетиранияте, които са посочили отговор „в известна степен, да“ – 37,27%. Най-нисък е относителният дял на тези, които са посочили отговор „категорично да“ – 10,36%.

Като обобщение можем да кажем, че оказването на първа помощ изисква по-голяма теоритична и практична подготовка от ПЗГ. Тя има за цел да подобри общата подготовка на медицинските сестри, като развие уменията им да се справят в ситуация на инцидент, при който има един или повече пострадали. ПЗГ ще придобият знания, които ще им помогнат да разпознават и различават голям брой често срещани спешни състояния, да извършват бърза и точна оценка на пострадал и да прилагат конкретни и адекватни ефективни действия. Да познават и правилно да боравят с различните видове медицински консумативи и извършване на пълния спектър манипулации, влизащи в обема на спешната помощ. Целта е медицинските сестри да повишат и затвърдят своите знания и умения за оказване на първа медицинска помощ, при нещастен случай, спешна ситуация или терористичен акт.

Резултатите показват статистическа значима зависимост между трудовия стаж и готовността на професионалистите по здравни грижи за оказване на първа помощ на пострадали с коремна травма ($p < 0,05$).



Фиг.14.Наличие на въведени протоколи за сестрински грижи при пациенти с коремна травма

Лечение и грижи за пациенти с коремна травма може да се наложи да се провежда във всяко едно хирургично отделение или клиника, поради което е необходимо да има създадени документи, които да гарантират качеството на грижите за тези пациенти. Протоколите за здравни грижи служат за обучение на персонала и на стажантите , както и за контрол и оценка на качеството на здравните грижи. В редица европейски страни те се прилагат в професионалната практика като стандарти за осигуряване на качествени здравни грижи. Добрата професионална практика може да бъде регламентирана чрез документи , каквито са техническите фишове и протоколите за здравни грижи. Категоричен отговор „не“ на този въпрос са посочили 46,73% от анкетиранияте, отговор „да“ са дали 39,64 % от анкетиранияте, а отговор „в известна степен, да“ са дали 13,64%. Медицинските сестри работещи в хирургични структури трябва да притежават знания и клинични умения в рамките на своята компетентност, съгласно изискванията на въведени алгоритми и протоколи за работа в съответна клиника.



Фиг.15 . Компетенции на ПЗГ за грижи при пациент с коремна травма

Подготовката и професионалните компетенции на ПЗГ в областта на професионалните грижи им дава в повечето случаи увереност, че могат да се справят с проблемите на пациентите с коремна травма. Получените резултати показват, че положителен отговор посочват 45,27% от анкетиранияте, отговор „отчасти“ – 37,64%, а отрицателен отговор –17,09%.

Плановете за грижи са професионален стандарт за сестрински грижи, като по този начин се гарантира определено качество на грижите и постигането на желаните резултати от тях. Стандартните планове, когато са предварително разработени биха спестили на медицинските сестри време и усилия и биха им помогнали бързо и адекватно да осъществяват грижи за пациенти с травми. Протоколите за здравни грижи служат за обучение на персонала и на стажантите, както и за контрол и оценка на качеството на здравните грижи. В редица европейски страни те се прилагат в професионалната практика като стандарти за осигуряване на качествени здравни грижи. Добрата професионална практика може да бъде регламентирана чрез документи , каквито са техническите фишове и протоколите за здравни грижи. Необходимо е те да се изготвят от експертни групи и да се въвеждат в практиката от ръководителите по здравни грижи – старши и главни медицински сестри (или други ръководни медицински специалисти). Те са специфични за даден вид дейност, характерна за съответното отделение или клиника. Това са

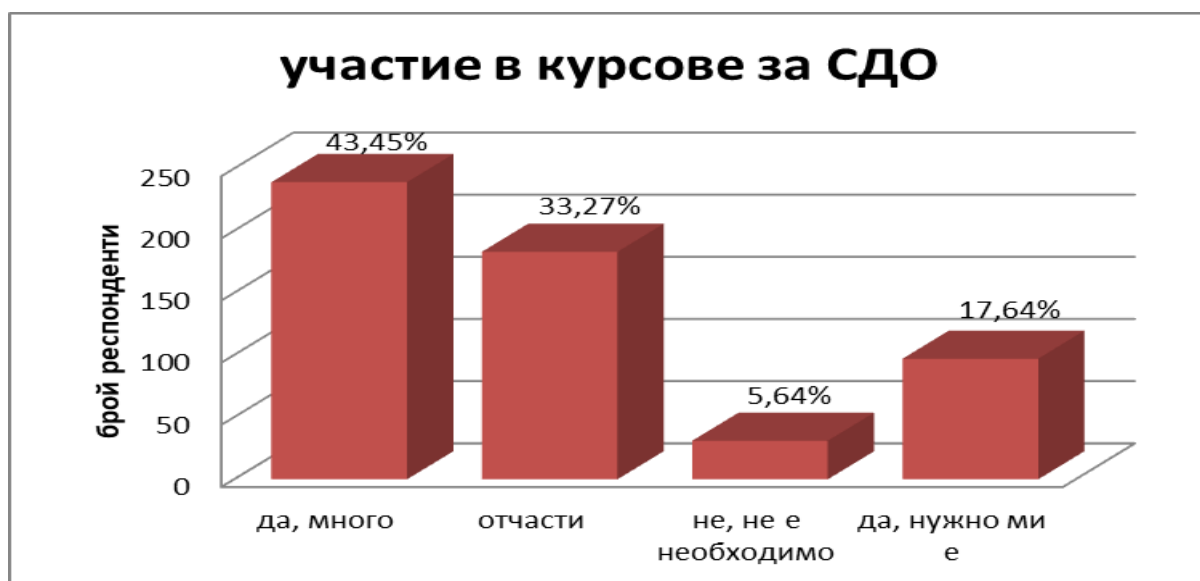
документи даващи указания , как дадена дейност трябва да се извърши качествено, без да се умаловажава професионалният опит на дадени специалисти.



Фиг.16. Участие в курсове за лечение и грижи при хирургични пациенти

Работещите в хирургичните клиники и отделения медицински сестри е необходимо непрекъснато да повишават професионалната си квалификация. За да бъдат конкурентно способни на пазара на здравни услуги, трябва да предлагат качествени здравни грижи. Това се постига с непрекъснато усъвършенстване и обучение, чрез курсове.

82,73% от анкетираните посещават редовно курсове с хирургична насоченост, 12,91% са посетили само един курс, а 4,36% никога не са посещавали курсове с хирургична насоченост.



Фиг.17. Желание за участие в курсове за СДО

Анкетираните, които показват интерес към обучението относно лечението и грижите за хирургични пациенти. Отговор „да, много“ посочват 43,45% , а отговор „отчасти“ – 33,27%. Отрицателните отговори са почти незначителни – 5,64%, а 17,64% от анкетиранит са на мнение, че посещението на курсова за СДО е необходимо. Чрез тези курсове медицинските сестри придобиват знания и умения за работа в условия на спешност, при които е налице нововъзникнало или съществуващо болестно състояние, което може да доведе до смърт или до необратими морфологични и функционални увреждания на жизненоважни органи и системи, ако незабавно не бъдат предприети медицински дейности. Повишаването на професионалните компетенции за постигане на високи стандарти е непрекъснат процес, основан на реалните и специфичните потребности на отделната обучаваща се личност. Способността на ПЗГ да актуализират своите знания и умения, отговарящи на предизвикателства в медицината е необходимо условие за медицинските специалисти, но това изисква лесен достъп и осигуряване на възможност за продължаващо обучение. Разкрива се статистически значима зависимост между възрастовите групи на респондентите и желанието им за участие в курсове за следдипломно

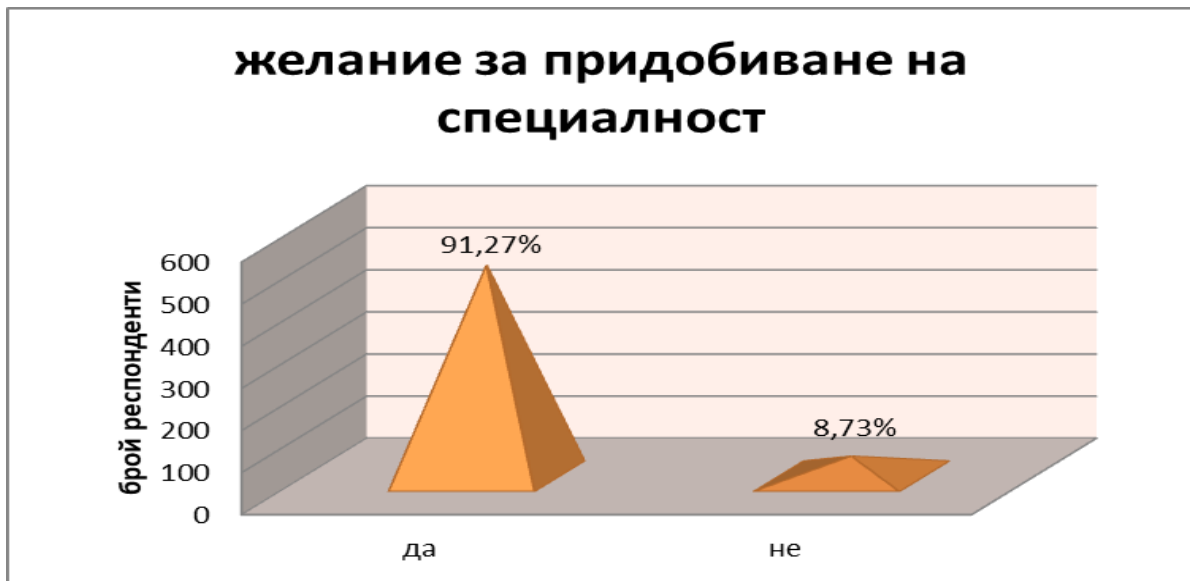
обучение ($p < 0,05$). Тези данни произтичат от намаляване на мотивацията на специалистите по здравни грижи с възрастта да участват в следдипломното обучение и да се развиват професионално.



Фиг.18. Предпочитани формите на обучение

Най-предпочитани форми за обучение от анкетираните са предимно при обучение на работното място и курсове за следдипломно обучение с откъсване от работата - 58,36%. Обучение в структурата, в която работят, проведено от вътрешен лектор е предпочитано от 28,36% от анкетираните. Обучението под формата на колегиум е вариант за 8,91%, а 4,36% предпочитат обучение под формата на семинари.

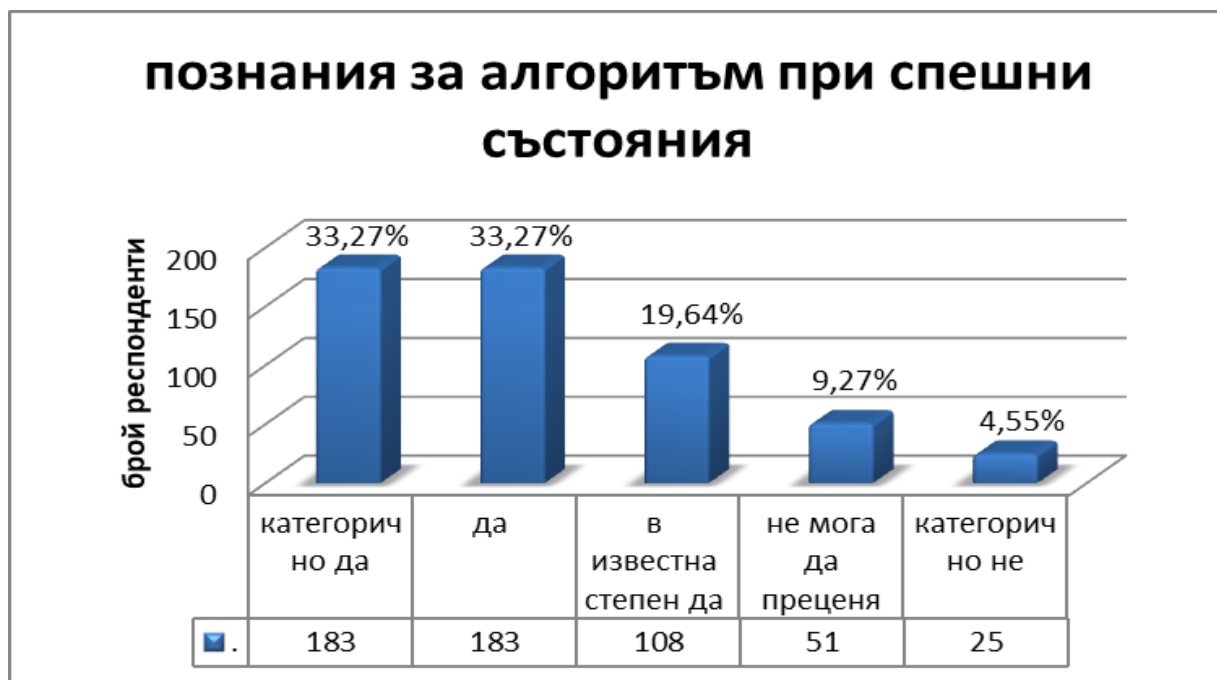
В Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, приети от парламента в края на миналата година, с които се регламентира и продължаващото професионално обучение: "Упражнявайки медицински професии, ние сме задължени да се обучаваме през целия си живот. Всъщност обучението вече не е самоинициатива, а ние, като организация с добра връзка с университетите, трябва да подготвим формите за продължаващо обучение".



Фиг. 19. Желание за придобиване на специалност по „Операционна и превързочна техника“

На въпроса относно желанието за придобиване на специалност по „Операционна и превързочна техника“, 91,27% от акетираните са заявили своето желание за придобиването и. Само 8,73% от респондентите не желаят допълнителна квалификация. Желателно е всички работещи в операционни блокове да придобият тази специалност с цел повишаване на своята квалификация и качеството на здравната услуга.

Всяка една медицинската сестра със специалност или квалификация по операционна и превързочна техника (операционна медицинска сестра), познава хода на операциите, подготвя и осигурява необходимите инструменти, медицински изделия и лекарствени продукти, като контролира техния брой до края на операцията, следи стриктно за стерилността на оперативното поле и инструментариума, както и за чистотата в операционната зала. При ПЗГ с придобита такава специалност се повишава качеството на здравните грижи, което се изразява в предоставянето на всеки пациент на дейности, подобряващи здравето му и осигуряващи удовлетвореността му. Това обуславя нуждата от въвеждане и прилагане на нови модели за осигуряване на здравни грижи.



Фиг. 20. Познания за алгоритъм на поведение при спешни състояния

33,27 % от анкетираните смятат, че имат необходимите теоретични и практически познания за алгоритъма при спешни състояния в хирургичната практика. Също толкова на брой анкетирани - 33,27%, дават отговор „да“ . „В известна степен да“ отговарят 19,64% , 9,27% не могат да преценят дали знанията им са достатъчни, а 4,55% са категорични, че нямат необходимите знания. Разкрива се статистическа значима зависимост между трудовия стаж на специалистите по здравни грижи и знанията относно алгоритъма на поведение при спешни състояния ($p < 0,05$).



Фиг. 21. Документиране на дейности при прием на спешен пациент

51,82% от респондентите документират стриктно всички дейности при приема на спешен пациент с коремна травма. 24,00% от анкетиранияте документират само някои дейности, 16,55% от запитаните смятат, че не притежават необходимото време в условия на спешност за документиране на всички дейности, а 7,64% не документират поради пропуски в организацията.



Фиг. 22. Регламент за наблюдение състоянието на болните

От настоящата диаграма става ясно, че стриктно се спазват регламентираните показатели за наблюдение на общото състояние на пациентите от 52,55% от специалистите по здравни грижи. 42,91% от респондентите посочват отговор «отчасти», а 4,55% смятат, че не се спазва регламента за наблюдение на пациенти.

Задължение на медицинските сестри в лечебните заведения е да спазват стриктно регламентираните си задължения по наблюдение и обгрижване на пациентите, за постигането на добри резултати в лечебния и оздравителен процес.



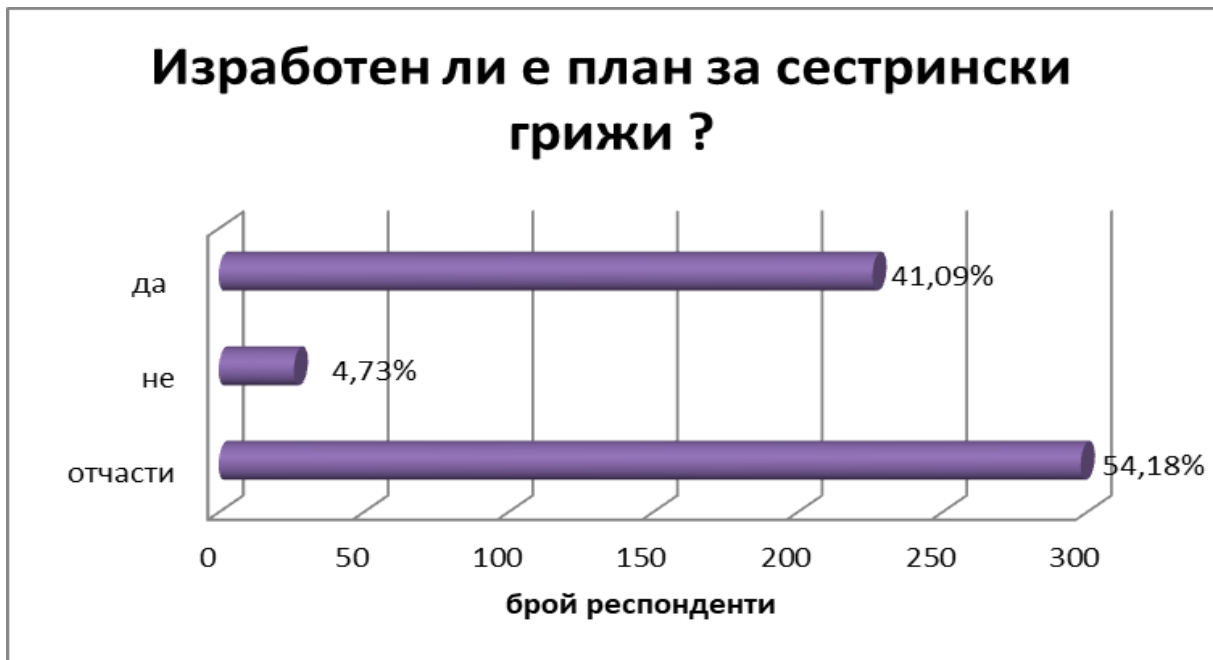
Фиг. 23. Ефективност при прием на пациенти

46,18 % от анкетираните смятат, че организацията на работа при прием на пациенти по спешност е напълно ефективна, 51,09% от анкетираните допускат, че са възможни подобрения в организацията на работа при спешен прием на пациенти, а 2,73% от запитаните смятат, че не е достатъчно ефективна организацията на работа.



Фиг. 24. Време за попълване на документи

59,27% от респондентите отделят до 1 час за попълване на документи по време на дежурство за всеки приет пациент. 35,45% отделят над 1 час от времето си за административна работа свързана с попълването на различна документация съпътстваща приема на болните, а едва 5,27% твърдят, че по време на дежурство, се справят с пациентската документация за време до 30 минути.



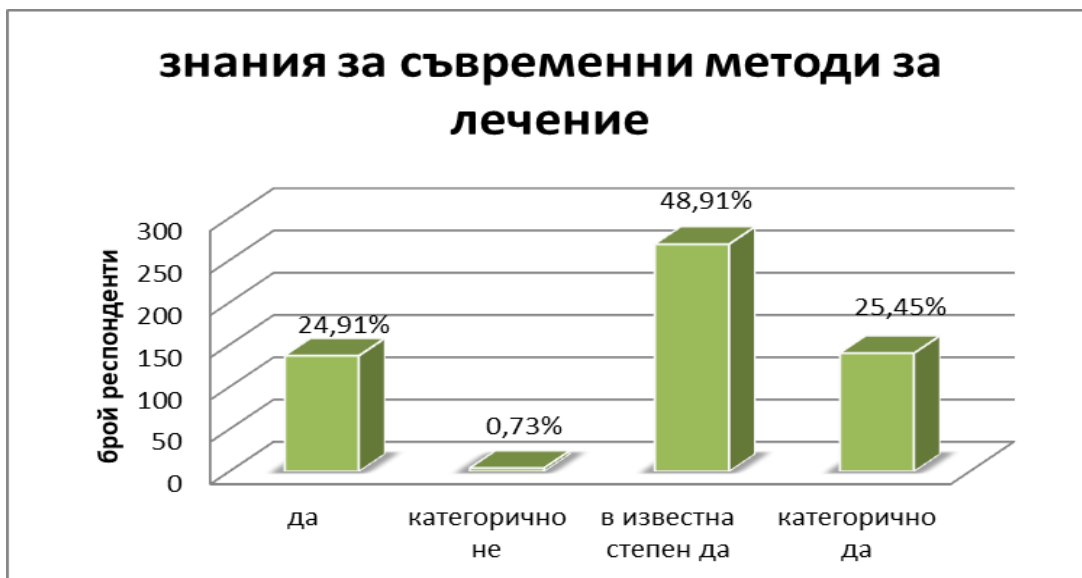
Фиг. 25. План за сестрински грижи

41,09% от ПЗГ смятат, че може да се изработи ефективен план за сестрински грижи, който да служи като модел за осъществяването им.

54,18% са на мнение, че организацията отчасти позволява да се изработи план за сестрински грижи, който да служи за модел, а 4,73% са убедени, че организацията не позволява да се изготви такъв план.

В условия на спешност е необходимо да имаме изграден план за сестрински грижи с цел подобряване и оказване на адекватни действия за овладяване и спасяване на човешки живот.

Всеки план за сестрински грижи е индивидуализиран план въз основа на нуждите на пациента по време на заболяване.



Фиг. 26. Съвременни методи при лечението на хирургично болни

48,91% смятат, че в известна степен притежават необходими знания по отношение на съвременните методи за лечение на хирургично болни. 24,91% отговарят с „да“, 25,45% са категорични в своите знания по отношение в съвременните методи за лечение на хирургично болни и 0,73% са категорични, че нямат необходимите познания.

3.3. Демографска характеристика на анкетираните студенти по специалност „Медицинска сестра“

Общият брой на анкетираните студенти от специалност „Медицинска сестра“ след трети семестър на обучение от Медицински университет – София, Факултет по обществено здраве е 50.



Фиг.27. Разпределение на анкетираните студенти по възраст

Възрастовата характеристика на студентите показва, че най – голяма е групата на студентите до 30 годишна възраст – 52,00%. На второ място са студентите на възраст над 30 години – 34,00%, а на трето място над 50 години – 14,00%. Тези данни показват, че студентите които се насочват към обучението по специалността „медицинска сестра“ са от различни възрастови групи, което от своя страна показва тяхната силна мотивация за избора на тази професия. Възможностите за професионална реализация е водещата мотивация за повечето студенти от тази специалност.

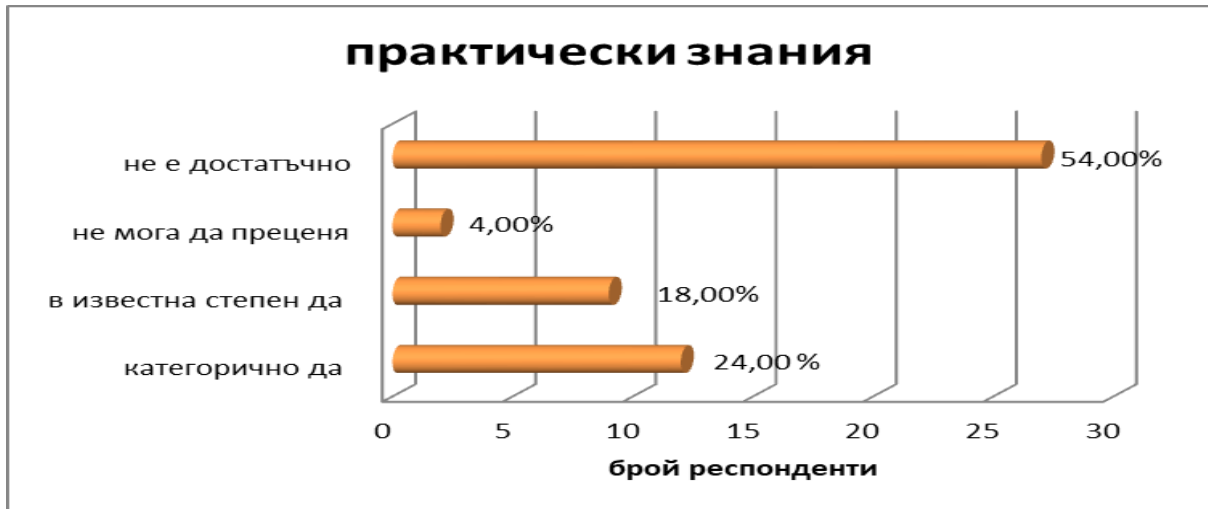
3.4. Анализ на резултати от анкетно проучване на студенти по специалност „Медицинска сестра“



Фиг.28. Самооценка на студентите относно теоретичните знания за грижите при коремни травми

Значителна част от анкетираните студенти – 56,00% посочват, че теоретичните знания, които имат по отношение на грижите за пациенти с коремни травми не са достатъчни. Отговор “категорично да” е посочен от 10,00% от анкетираните. Студентите, които посочват отговор “в известна степен да” са едва 22,00%, а тези които отговарят “не мога да преценя” са 12,00%. Тези резултати определено посочват необходимостта от теоретично обучение по тази тема, така че студентите да придобият

необходимата теоретична подготовка за да се справят с проблемите на пациентите с коремна травма.



Фиг.29. Самооценка на студентите относно практическата подготовка

Данните от анкетното проучване показват, че малко повече от $\frac{1}{2}$ от студентите – 54,00% считат че практическата им подготовка е недостатъчна. Положителен отговор “в известна степен да” посочват 18,00% от анкетираните, 24,00% са категорични, че притежават необходимата практическа подготовка. Само 4% не могат да преценят.

Студентите като цяло нямат необходимата практическа подготовка по отношение на коремна травма и спешни състояния в хирургията.



Фиг. 30. Източници на знания

Най-голям е относителният дял на студентите, които посочват като източник на знание клиничната практика – 50,00%, тези, които посочват като основен източник на знание лекциите са 32,00%, една част от студентите посочват, че са придобили знания по време на упражнения – 18,00%.



Фиг. 31. Мнение на студентите относно алгоритъма на поведение при пациенти с коремна травма

Получените резултати на този въпрос показват, че по отношение на алгоритъма на поведение при коремни травми, 78% от студентите не се чувстват достатъчно подготвени. Само 6% са уверени, че са способни да се справят, а 16% смятат, че са изцяло неподготвени.



Фиг. 32. Увереност в грижите за хирургични пациенти

Получените резултати показват, че трябва да се наблегне върху теори-тичните знанията и практически умения на студентите при пациенти в спешни звена и хирургични отделения, тъй като 76,00% от анкетираните осъзнават необходимостта от още опит и познания. Необходимо е изготвянето на алгоритми на поведение при пациенти с коремна травма в хирургичните отделения и спешните центрове. Само 6,00% са уверени в своите знания и смятат, че те са напълно достатъчни, а 18% изпитват несигурност.

3.5. Управление на хирургични здравни грижи при пациенти с коремна травма

Управлението на здравните грижи е част от мениджмънта в здравеопазването.

Управлението на здравните грижи у нас се изучава като самостоятелна специалност от 1996г. с навлизане на промените в подготовката на Ръководителите по здравни грижи в България.

Ефективното управление на ресурсите в здравеопазването е особено важно.

Основни аспекти на грижите в съвременната хирургична практика са:

- ✓ грижи преди операция(подготовка на пациента за операция)
- ✓ грижи по време на самата оперативна интервенция.
- ✓ следоперативни грижи,които включват : управление на болката в следоперативния период,управление на грижите за дишането;
- ✓ управление на грижите за приемането и отделянето на течности и храна.
- ✓ управление на грижи за гастроинтестиналния тракт
- ✓ управление на грижите за оперативната рана.

Базовите компетенции, които са необходими да притежават ПЗГ, за да са в състояние да ги реализират са нормативно регламентирани.

В наредбата за компетенциите на ПЗГ, специализираните хирургични компетенции са регламентирани в чл.3, ал.1, в която се казва, че медицинската сестра може да извършва самостоятелно медицински и здравни грижи и дейности, включващи „предоперативни и следоперативни грижи за пациенти“.

Една от характеристиките на хирургичните грижи е „Невъзможност за унифицирана продължителност на грижите. Времето за реализиране на тези грижи е различно и се обуславя от:

- ✓ индивидуалните особености на пациента;
- ✓ срока на изпълнение на хирургичните операции – спешни и планови ;
- ✓ големина на оперативната интервенция – обща и специализирана хирургия;
- ✓ от опита и подготовката на ПЗГ-професионален и управленски опит.

Основните функционални направления на управлението на сестринските хирургични грижи, независимо от мястото където се полагат грижите, имат три основни цели:

- ✓ да планират добре дейностите;
- ✓ да направляват организацията за изпълнението им;
- ✓ да контролират качеството за извършването им;

Тези три управленски функции имат своята специфика в доболничния и болничен сектор на здравеопазването.

Всички тези грижи се реализират при различни обстоятелства, независимо от средата на предоставяне на грижи, за качествено и ефективно им извършване са отговорни ПЗГ. Процесът на предоставяне на грижи е комплексен, което налага предварително да се планира, ефектно да се организира, координира и контролира, т.е.необходимо е реализирането

на основните мениджърски умения. В Реализирането на управленските функции съпътства грижите за хирургично болните по време на всеки етап, което доказва, че паралелно със специфичните хирургични компетенции на ПЗГ, е необходимо едно добро ниво на мениджърски умения и прилагане на съвременни средства и подходи за оптимизиране на качеството на представяните грижи.

Един от съвременните подходи за управление на прилаганите грижи са протоколите и техническите фишове за съответните манипулации. В лечебните заведения се използват разнообразни варианти на различни документи, имащи отношение към качеството на здравните грижи.

Извършването на превръзки и манипулации по установения ред е важна предпоставка за качеството на дадена грижа. Към настоящият момент у нас липсва всеобхватна унифицирана документация за здравните грижи. Предизвикателствата на днешното време пред управлението на хирургичните грижи са комплексни и разнообразни – работа в условия на реформи, конкуренция, недостиг на ресурси, непрекъснато повишаващи се очаквания и изисквания от страна на пациента и неговите близки, развитието на науката и произтичащите от това промени. Съвременните комплицирани условия в хирургичната практика изискват „Нов модел“ професионалисти по здравни грижи, притежаващи необходимите знания умения и адекватни личностни качества и желание за продължаващо обучение. Оптимизирането на процеса на обучение с новости, адекватни на европейската сестринска практика. Това е първата стъпка в процеса на осъвременяването на грижите. Приемането на съвременния пациент като субект, а не като обект на здравните грижи е в основата на приложението на сестринския процес като методология за организиране и реализиране на холистичния подход към пациента в сестринската практика.

Прилагането на сестринска диагноза, като етап от сестринския процес и сестрински план за грижи в съвременните хирургични грижи у нас е все

оше на теоретично ниво, но не е далеч бъдещето когато ще стане рутинна практика.

Редица европейски държави като (Англия, Холандия, Франция Испания, Португалия и др.) както САЩ и Канада предоставят сестрински грижи прилагайки сестринска диагноза и стандартизирани и индивидуални планове за грижите.

Изработването и прилагането на управленски алгоритми е необходимо условие за непрекъснато подобряване качеството на здравните грижи. Добре направените алгоритми с обосновка за всяко действие гарантират унифицираност на грижите и могат да служат като стандарт за контрол на качеството на извършените манипулации на всеки етап от обгрижването на пациента с хирургични заболявания. Приема се че един от основните проблеми в провеждането на хирургичното лечение е бавната и некоординирана предоперативна подготовка. Непрекъснатото обучение и самоусъвършенстване на ПЗГ са подходи за оптимизиране на професионалната подготовка на ПЗГ и усъвършенстване на личностните характеристики.

Специфика на грижите при хирургични пациенти

Пациентът с хирургични заболявания се отличава със специфични потребности и нужди, произтичащи от спецификата и сложността на хирургията като дял от медицината.

Хирургичният пациент постъпва за осъществяване на хирургична интервенция в различна степен на здравословно състояние. Пациентът може да постъпи в планов порядък и в условия на спешност, където той няма време да се подготви за предстоящата оперативна интервенция. Често болният не е подготвен както физически така и психически за интервенцията. Независимо обаче от обстоятелствата на пациентите, нуждаещи се от оперативна намеса се правят предварителни задължителни изследвания. Ролята на съвременната медицинска сестра включва:

- ✓ оценка на физическото и емоционално състояние на пациента, установявайки степента на „хирургическия риск“
- ✓ координиране и организиране на диагностични изследвания;
- ✓ определяне на сестрински проблеми, които са в съответствие с нуждите на пациента и неговото семейство;
- ✓ подготвя пациента физически и психически за хирургичната интервенция;
- ✓ докладва и обсъжда информацията за пациента с останалите членове на екипа.

Всички тези дейности трябва да бъдат съобразени с индивидуалните особености на пациента, с възрастта му, както и с конкретния здравословен проблем. Очакванията на пациента са свързани с добра организация, строга отговорност и позитивно отношение от страна на персонала към лекуваните пациенти.

Целият процес на лечение на болните е обвързан с:

- ✓ последователни стъпки, включващи предварителен преглед от хирург, анестезиолог и консултации с др. специалист.
- ✓ извършване на вторичен преглед и планиране на операция или извършване на спешна хирургична намеса,
- ✓ проследяване на пациента в следоперативния период по точно определени показатели и протоколи, включващи специфични моменти като следоперативна болка, качество на живот и др.

Специфичността на хирургичния пациент произтича от:

- ✓ повишено ниво на стрес поради страх от неизвестното, липса на време, нарушаване цялостта на тялото.
- ✓ продължителността на предоперативния период може да бъде от няколко дни до няколко часа.

Общуването и комуникацията на пациента с различни видове медицински персонал – анестезиолог, хирург, асистент и професионалисти по

здравни грижи – операционна сестра, анестезиологична сестра, хирургична и превързочна сестра и др.

Изключителна значимост на ефективна комуникация между всички членове на обгрижващият екип с цел осъществяване на холистични здравни грижи.

- ✓ присъствие на болка с различен интензитет през целия лечебно – оздравителен процес.
- ✓ наличие на хирургична рана.
- ✓ ограничение във физическите способности на пациента в различна степен.
- ✓ чувствата и степента на доверие в хирурга от страна на пациента могат значително да повлияят на взаимоотношенията с лекуващия екип и на способностите на пациента да бъде активен участник в лечебно – оздравителния процес.

3.6. МОДЕЛ НА ПОВЕДЕНИЕ ПРИ КОРЕМНА ТРАВМА



Схема.3. Модел на поведение при коремна травма

3.7. Лечение на травма – приоритети

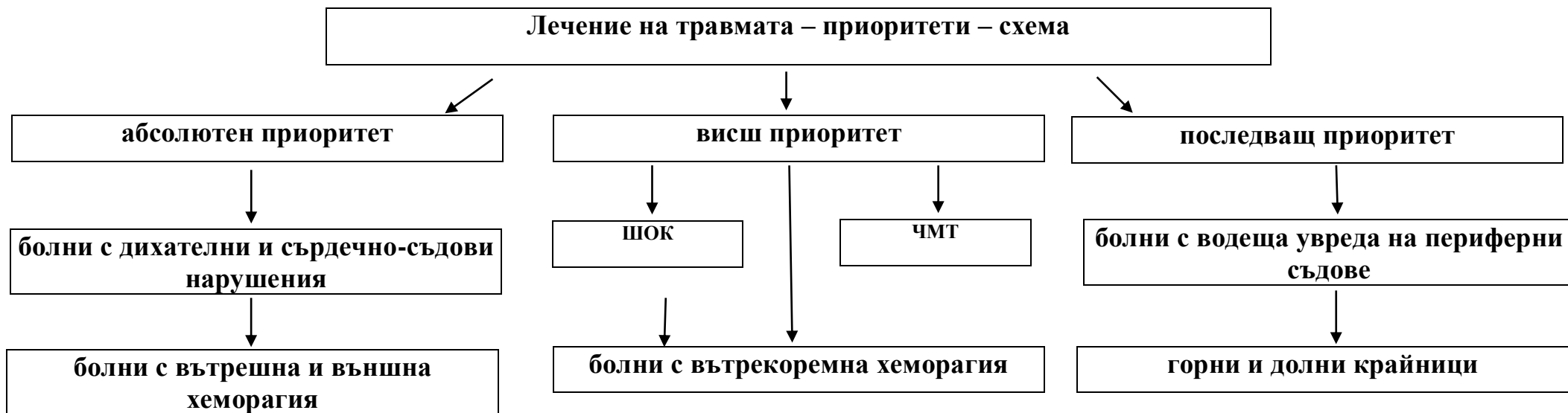


Схема 4. Лечение на травма – приоритети

3.8.АЛГОРИТЪМ НА ПОВЕДЕНИЕ И ОЦЕНКА НА ПРИОРИТЕТИТЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО ПРИ КОРЕМНИ ТРАВМИ

1. Поддържане на проходими дихателни пътища:

- интубация
- включване към респиратор
- подаване на кислород с назален катетър
- поставяне на шийна яка

2. Стабилизиране на циркулацията

- канюлиране на 2 периферни вени
- бърза инфузия на електролитни разтвори – NaCl, колоидни разтвори и био продукт
- поддържане на RR над 100 mm Hg
- обезболяване

3. Идентифициране и третиране на животозастрашаващите състояния

4. Мониторинг на витални функции

- дишане
- хемодинамика

5. Бърз транспорт до най-близкото лечебно заведение за оказване на специализирана медицинска помощ.

6. Алгоритъм в спешната помощ

- запазване живота на болния
- поставяне на диагноза
- избор на метод и лечение
- подаване на кислород с назален катетър
- поставяне на шийна яка



Схема 5. Схема при прием в болнично заведение на пострадал

IV. ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ.

Заключение

Професията медицинска сестра съществува над век, но характерните за миналото рутина и монотонност в повечето дейности, не са и присъщи. Вземането на решения, бързото им реализиране, проявата на емпатия и съпричастност винаги са съпровождали сестринството. Благодарността на пациента е честоединствената награда за отдадеността в работния процес. За изпълнение на всяка сестринска задача се изисква компетентност, гъвкавост, нестандартно мислене.

Новите мотивационни теории откриват „вътрешната мотивация“, като водеща сила, а тя още от древността е двигателят на сестринството. Медицинската сестра винаги дава максимума от себе си, защото често от това зависи човешкия живот, което е и основният мотивационен стимул, обуславящ действията и поведението и. Сестринството винаги е творческа, емоционално и социално ангажираща професия. Отговорностите са сериозни и твърде много, но рядко се задвижват от стандартните мотивационни стимули. Активирането на професионалното сестринско действие е вътрешно мотивирано, подкрепено от усещането за удовлетвореност от положения труд. Разглеждането и анализирането на мотивационния процес в сестринските грижи може да има и чисто практическо приложение- да даде насоки за обхвата на мероприятия и действия на здравните мениджъри за повишаване мотивацията на медицинския персонал. Основната характеристика на сестринската мотивация е желанието да помага на нуждаещия се човек. Сестринството е компетентност, търпение състрадание и милосърдие.

Болестта и здравето не са неизбежни явления и те не засягат еднакво всички хора. В живота тази вероятност подлежи на промяна под влияние на редица рискови фактори: социално – икономическите, културните условия, условията на околната и трудовата среда, начина на живот, които имат

съществено въздействие върху индивидуалното здраве и могат да провокират болест, независимо от това дали има или не предразположение към нея. Оценката на въздействието на различните фактори върху здравето на населението показва различна сила на влияние на отделните фактори, като най – съществено влияние имат социално – икономическите фактори на обкръжаващата среда, следвани от начина на живот на отделните граждани, семейството, групите и обществото.

С развитието на медицинската наука, сестринската професия придобива едно ново измерение, колкото и сложно да изглежда диференцирането на автономните функции и отговорности на медицинските сестри в комплекса от здравни грижи. Моделът на съвременните сестрински грижи е логичен, систематичен и строг метод за решаване на даден проблем. Прилагането на научния подход в медицинската дейност допринася за събиране на необходимата информация за пациента и чрез съответните интервенции тя се обработва и конкретизира.

Процесът за сестрински грижи се състои в определяне на грижите, които са необходими на всеки един пациент, чрез анализиране на неговото състояние, средствата за организиране на грижите и интервенциите, изпълнение на дейностите и оценка на резултатите. Този подход се основава на съществуващите теории за грижите и правилното клинично наблюдение в процеса на вербалното и невербално общуване на с пациента.

ИЗВОДИ

1. Според специалистите по здравни грижи, с професионална реализация в хирургични, спешни и интензивни клиники и отделения подготовката и компетенциите им са достатъчни по отношение на лечението и грижите за пациенти с коремна травма.
2. Самооценката на професионалистите по здравни грижи по отношение на теоретичната и практическата подготовка за извършване на специални грижи при такива пациенти изисква и показва необходимост от допълнително обучение.
3. В практиката на професионалистите по здравни грижи понякога се налага да извършват грижи за пациент с Травма на корема , което налага разработване и въвеждане на протоколи за здравни грижи, които да описват стандартното поведение при тези пациенти в доболничната помощ и в Спешните звена.
4. Студентите, които се обучават по специалността “медицинска сестра” считат, че теоретичната и практическата им подготовка е недостатъчна за да извършват грижи за пациент с коремна травма което обуславя необходимостта от допълнително обучение.
5. Разработването и въвеждането в практиката на стандартни алгоритми за поведение при пациент с коремна травма е възможност за обучение и подпомагане на професионалистите по здравни грижи от всички структури на здравеопазната система за справяне с проблемите при лечението и грижите на такива пациенти.
6. Травмите са ежедневни в съвременното общество, поради което е необходимо провеждането на следдипломно обучение на професионалистите по здравни грижи и повишаване на професионалната им квалификация в тази насока.

ПРЕПОРЪКИ

Към Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи:

1. Да се разработят програми за следдипломно обучение съвместно с Висшите училища и специализираните структури, в които се извършва лечение и грижи за пациенти с коремни травми, включващи теоретична и практическа подготовка.
2. Да се разработят стандарти по здравни грижи при пациенти с Коремни травми в доболничната и болничната помощ.

Към медицинските университети:

3. Да се разработят Програми за следдипломно обучение насочени към темата за лечение и грижи на пациенти с коремни травми.
4. Да се разработи модел за поведение и мениджмънт на грижите за пациенти с коремни травми.
5. Студентите да разработят проекти за повишаване информираността на населението по отношение превенцията и рисковите фактори на коремните травми в професионалната, битова среда и училищата.

Към лечебните заведения:

6. Да се приложи в лечебните заведения модел за мениджмънт и поведение при лечението и грижите за пациенти с коремна травма.
7. Да се въведе в практиката на професионалистите по здравни грижи протокол за поведение при коремна травма.
8. Да се въведе стандартен план за грижи при пациент с коремна травма.

ПРИНОСИ

1. Приноси с научно - теоретичен характер

1. Анализирани са проблемите в организацията на хирургичните, интензивните и спешни структури по отношение на грижите и лечението на пациенти с коремна травма.
2. Проучени са потребностите от обучение и професионално развитие на специалистите по здравни грижи от хирургичните и спешни структури относно лечение и поведение при пациенти с коремна травма.
3. Разработен е модел на поведение при пациенти с коремна травма, осигуряващо ефективност и качество на медицинската помощ.

2. Приноси с научно - приложен характер

1. Разработени са практико - приложни алгоритми за поведение на специалистите по здравни грижи при пациенти с коремна травма.
2. Установена е информираността и подготовката на специалистите по здравни грижи и на студентите от специалност „медицинска сестра“ по отношение на спешността в коремната хирургия.
3. Предложен е управленски модел за организация на здравните грижи при пациент с коремна травма и са определени дейностите и отговорностите на специалистите по здравни грижи.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова, М. Съвременни тенденции в обучението на медицинските сестри., С., 2007
2. Александрова, М., А. Москов, Развитие на сестринската професия в България и влиянието на Европейските държави, Сестринско дело, 2001, бр.4, стр.20-23
3. Александрова, М.: Планиране, реализация и оценка на грижите определени в сестринската диагноза. Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински сестри, Под ред. на доц. д-р К. Юркова, Горекс Прес, 2001, с. 97-100
4. Александрова, М., Попов, Т.: За някои технологии и иновационни подходи при непрекъснатото обучение на медицинските сестри. Педагогическото образование в България. Състояние и тенденции, 2006, с. 440-444
5. Апостолов М., Иванова П., „История на медицината и сестринството”, ГорексПрес, С., 1998
6. Балканска, П., Томов, Л.: Здравните и социалните грижи – приоритетни насоки в международната стратегия за действие по политиката за възрастните – 2002. – Здравен мениджмънт, 3, 2003, №3, 34-38
7. Белов, С.: Травматическая гемобилия при двухмоментном разрыве печени. Вестн. хирургии, 1978, 5, 92-94
8. Бикова, П. Основни аспекти и приоритети на здравните грижи в дома., С., 2015
9. Бикова, П. Дисертационен труд „Социално значими аспекти на здравните грижи при хронично болни в домашни условия”. С., 2014.

10. Бикова П., М.Димитрова, М. Георгиева, Приложението на сестринският метод при оказване на специализирани грижи по домовете, 28НТ сесия контакт 2011, ТЕМТО
11. Борисов, В.: Здравният мениджмънт като функция – В: . т.І. С., Филвест, 2004, 135-260
12. Борисов, В.: Мениджмънт на качеството в здравеопазването. – В: Здравен мениджмънт. т.І. С., Филвест, 2004, 243-258
13. Борисов, В.: Болничен и домашен стационар – В: Ново обществено здравеопазване С., Аква графикс, 1998, т.2, 213-218
14. Борисов, В.: Мениджмънт на организационната промяна в здравеопазването. – В: Ново обществено здравеопазване. С., аква графикс, т.1, 1998, 322-333
15. Борисов, В.: Синтетична социална медицина. С., 1999, 126 С.
16. Борисов, В.: Специалистът по здравни грижи в управленския процес. – В: Социална медицина. Колектив: В. Борисов, К. Юрукова, Ц. Воденичаров, С. Попова, С., Горек прес, 2001, 20-23
17. Борисов, В.: Качество на здравното обслужване – В: Социална медицина, учебник за медицинските колежи. Под. ред.: В. Борисов, Ц. Воденичаров, К. Юрукова, С. Попова, С., Акар принт, 2004, 125-127
18. Боровков, С., Атаев, С.: Пути снижения летальности при закрытой травме печени. Хирургия, 1978, 1, 49-52
19. Бородин, И., Орляноная, В.: Некоторые вопросы диагностики и лечения закрытых повреждений селезенки. Клин. хир., 1980, 4, 29-32
20. Булага, В.: Классификация политравм. харьков, 1979. Рукопись, депонирована во ВНИИМИ МЗ СССР
21. Вагнер, Е. А.: Хирургия повреждений груди. М., Медицина, 1981, 233-247

22. Ванев, М., Каменов, Г., Пинкас, А. и др.: организационни проблеми и съвременна тактика при тежките съчетани травми. Сьвр. медицина, 2, 1982
23. Василев, Н., Хаджиев, Д., Пинкас, А., Атанасов, А.: Мирновременни и военновременни травми на корема. ДИ „Хр. Г. Данов“, 1974
24. Василева, Н.: Професията медицинска сестра – мотивация и призвание, С. 2015
25. Верховлетов, В.В. и др.: Тактика лечения больных при тяжелых повреждениях опорно-двигательного аппарата в сочетании с черепно-мозговой травмой в острым периоде. Метод. рекоменд. Свердловск, 1982
26. Велчева, Л.: Докладването на инцидентите подобрява процесите и намалява грешките (реферат по Dunn, d. incident reports – correcting processes and reducing errors. – AORN J., 78, 2003, №2, 211-238.). – МП – сестр. дело, 35, 2003, №4, 17-24
27. Владов, Н., Дудевски, М.: Комбинирана травма по материала на Окръжна болница – Ловеч, за 10 години. Научни трудове, т.2, VI Научно- практическа конференция на хирурзите от разградски окръг, 24-26.04.1969, 27-37
28. Воденичаров, Ц.: Системата на оценяване – форми и критерии. – Хигиена на здравеопазване. 1993, №1
29. Волков, М. В.: Итоги научных исследований за девятиопятилетку по союзной проблеме травм, травматизма и ортопедических заболеваний. Ортопед., травматол., протезир., 6, 1979, 1-8.
30. Годейнов, Т., Диагностические и тактические ошибки при внутрибрюшных травматических повреждениях прямой кишки в мирное время. Клинич. хирургии, 1980, 2, 32-38
31. Големанов, Н., Русев, Б., Сепетлиев, Д., Христов, Е.: Смъртност при населението в България, Мед. и физк., С., 1984

32. Громов, М.В., Шмидт, И.З., Кашигина, Е.А., Ирминин, Д.И.: Основные принципы диагностики и лечения сочетанных повреждений органов грудной и брюшной полости и опорно-двигательного аппарата. III всесоюзн. съезд ортопедов и травматологов. М., 13-15. 05. 19.1975
33. Гуцу, Г.Т., Кулиovníк, В.В.: Множественное полевое ранение органов брюшной полости и нижней полой вены. Вестн. хирургии, 120, 1978, 6, 137-138
34. Дамянов, Д.: основы на хирургията, т.1, първо издание, Знание, 2004
35. Делийски, Т.: Оперативна, обща и специална хирургия. Хирургични грижи, С.2017
36. Демьянов, В.: Множественная и сочетанная травма. Вестн. хирургии, 1980, 9, 123-129
37. Димитрова, А., Т. Попова, Д. Благоева, М. Илиева. Сестрински грижи в процеса на интензивно лечение. Тридесет и осма научно-технологична сесия. Контакт 2016, изд. ТЕМТО. Гражданска идея в действие. София. Сборник статии.
38. Драганова, Е., Пинкас, А. и сътр.: Ретроперитонеални хематоми от травматичен произход. Научни трудове на РНПИСМП „Н. И. Пирогов“, XVI, 1978
39. Ескина, Л. Ю. и др.: Обзор методических рекомендаций по оказанию медицинской помощи при травмах. Сов. мед., 6, 1984
40. Жуков, Г.А.: Некоторые аспекты травматологической службы в США (обзор литературы). Ортопед. и травматол., 5, 1972, 60-63
41. Закон за професионалното образование и обучение (изм. и доп. ДВ. бр.59 от 29 Юли 2016 г.)
42. Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти (Обн. ДВ. бр.46 от 3 Юни 2005г., изм. ДВ. бр.101 от 28 Декември 2010г.)

43. Закурдаев, В.Е.: Диагностика и лечение закрытых повреждений живота при множественной травме. Л., Медицина, 1976
44. Здравеопазване 2015. Национален статистически институт, С., 2016
45. Златарски, Г., Пинкас, А. и сътр.: Травматични увреждания на тънките черва. Хирургия, 1975, 4, 306-311
46. Истомин, Г.П.: Особенности современного травматизма при дорожно-транспортных происшествиях и возможности улучшения результатов этапного лечения пострадавших. Ортопед. и травматол., 11, 1983
47. Каменов, Г.: Особенности в организацията на медицинската помощ при тежката съчетана травма в РНПИСМП „Н. И. Пирогов“. Научни трудове на РНПИСМП „Н. И. Пирогов“, XVI, 1978
48. Каплан, А.В., Пожариский, В.Ф., Лирцман, В.М.: Множественные и сочетанные травмы опорно-двигательного аппарата. Основные проблемы. III Всесоюзный съезд ортопедов и травматологов, М., 13-15.05.1975
49. Косталевски, А., Пинкас, А. и сътр.: Проучвания на причините за възникване на коремни травми. Научни трудове на РНПИСМП „Н. И. Пирогов“, XXI, 1983, 29-31
50. Комаров, Б.Д.: Основы организации экстренной стационарной скорой помощи. М., Медицина, 1981
51. Кондова, П., Каменов, Г.: Организация на спешната медицинска помощ. Във: „Ръководство за бърза медицинска помощ при остри заболявания и травми“. С., Мед. и физк., 1979
52. Кръстинов, Г.: Хирургия – учебник за институтите за подготовка на здравни кадри, Мед. и физк., С. 1981
53. Лебедев, В.В., Быковников Л.Д.: Классификация и лечение ушибов больших полушарий мозга. Методич. рекомендации. М., 1982

54. Лебедев, В.В., Охотский В.П., Каншин, Н.Н.: Неотложная помощь при сочетанных травматических повреждениях. М., Медицина, 1980
55. Маркова. Ст., И. Стамболова, Г. Чанева, и колектив. Учебно помагало. Семейна медицинска сестра. БЧК, С., 2011
56. Маркова. Ст. Медицинската сестра у дома. Форум медикус, С., 2010
57. Матеев, В., Ванев, М., Петров, П., Янакиев, Ив.: Непосредствени диагностични и лечебни задачи при пострадали в застрашаващи живота състояния след множествен и съчетана травма. VII Съезд скорой мед. помощи. Прага, 15-16.10.1976
58. Наредба № 1 от 8.02.2011 за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно
59. Наредба № 3 от 8.05.2013 г. за утвърждаването на медицински стандарт по превенция и контрол на вътреболничните инфекции (обн., ДВ, бр. 43 от 14.05.2013)
60. Наредба № 3 от 8.05.2013 г. за утвърждаването на медицински стандарт по превенция и контрол на вътреболничните инфекции (обн., ДВ, бр. 43 от 14.05.2013)
61. Националната здравна стратегия 2020, С., 2015
62. Обиденов, С. и сътр.: Лечение забрюшних кровоизлиянии при закрытых травмах живота. Хирургия, 1980, 5, 63-65
63. Павловичев, С.А.: Критерии выбора хирургической тактики у больных с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой. Методич. рекомендации. Оренбург, 1982
64. Панайотов, Н., Поппетров, П., Консулов В., Антонов, Д.: Съвременни проблеми на травматизма в мирно и военно време. Съвременна мед., 11, 1972, 2-3

- 65.Петкова, Л.: Закрита коремна травм, комбинирани увреди на коремни органи, открити травми на корема, наранявания. Спешна хирургия (под ред. на А. Луканов). С., Мед. и физк., 1967, 474 – 494
- 66.Пинкас, А.: Травми на корема с наранявания на кухи коремни органи. Ръководство за бърза медицинска помощ при остри заболявания и травми. (под. ред. на Ив. Иванчев). С., Мед. и физк., 1979, 44-46
- 67.Пинкас, А.: Проблеми на коремните травми. Докт. дис., 1981
- 68.Пинкас, А.: Методично указание за диагностика и лечение на травмите на корема. Научни трудове на РНПИСМП „Н. И. Пирогов“, XIV, 1976, 127-138.
- 69.Пинкас, А.: Диагностика на уврежданията на коремни органи при съчетани травми. Симпозиум на Балканските страни, Варна, 1979
- 70.Пинкас, А., Таджер, Ш.: Анализ на смъртността при травми на корема. Хирургия, 1981, 3, 252-258
- 71.Пинкас, А.: Травми на корема с увреждане на паренхиматозни органи. Ръководство за бърза медицинска помощ при остри заболявания и травми (под. ред. на Ив. Иванчев). С., Мед. и физк., 1979, 12-44
- 72.Пинкас, А. и сътр.: Травматични перитонити IV Национален конгрес по хирургия. Варна, 1979
- 73.Пинкас, А., Вячки, И.: Спешна хирургия, С.1993
- 74.Радев, Д.: учебник по обща хирургия, Колор принт, В. 2003
- 75.Ревенко, Т.А. и др.:Диагностические подходы к пострадавшим с тяжелой политравмой. Ортопед., травматол., 11, 1976, 73-78.
- 76.Реренко, А.: Закрътые повреждения поджелудочной железы. Вестн. хирургии, 1972, 1, 100-102
- 77.Рожинский, М. и др.: Основы травматологической реаниматологии. М., медицина, 1979.

- 78.Русаков, А.Б.: Классификация множественных повреждений опорно-двигательного аппарата. Ортопед., травматол., 11, 1981, 38.
- 79.Русаков, А.Б.: О классификации сочетанных травм. Сов. мед., 11, 1983, 31.
- 80.Салчев, П. Социално-значими (хронични неинфекциозни) болести.www.freewebs.com/salchev/Glava_15.ppt
81. Стамболова И., Сестрински грижи при соматични заболявания, МУ-ЦМБ; С., 2012
- 82.Стамболова, И.: Сестринството в България. Възникване, развитие, състояние и перспективи.С., 2015
- 83.Хинков,О. Шок. Наръчник по интензивна медицина, под.ред. Ив.Смилов, С., 2001.
- 84.Хаджидеков, Г.: Спешна рентгенова диагностика. С. Мед. и физк., 1974.
- 85.Цодынс, В.: К вопросу о класификации политравм. Ортоп. травм. и протез., 1980, 5, 71-73
86. Чанева, Г. ,И. Стамболова, Качество и контрол на здравните грижи. Мениджмънт на сестринския процес, Филвест, С., 2003,
87. Чанева, Г, Качеството на сестринските грижи като приоритет, Изд. „Артик 2001”, С, 2008
- 88.Чанева Г., Болнични условия и качество на грижите., сп. Здравен мениджмънт, 7, 2007, N 6, с. 28-31
- 89.Чанева, Г.: Управленски подходи за ефективни здравни грижи, С., 2015
90. Чанева Г.; И. Стамболова, М.Димитрова, П.Бикова, А. Терзиева, Н.Василева, М. Георгиева, Изработване на стандартни планове за сестрински грижи; С., 2011
91. Чанева Г., Болнични условия и качество на грижите., сп. Здравен мениджмънт, 7, 2007, N 6, с. 28-31

92. Чепилев, Г., Донков, П., Каменов, Г.: Първа помощ, транспортна реанимация и лечебна тактика при транспортните травми. Юбил. Нац. Конф. „100 години БЧК“, Х., 1980.
93. Andersen, D. and al: Management of penetrating pancreatic injuries subtotal pancreatectomy using the auto suture stapler. G. trauma, 20, 1980, 4, 347-349.
94. Allan, D. Trauma as a component of critical care system. J. Trauma, 13, 1973, 4, 314
95. Ashis, M.: Shotgun Wound of Abdomen, Amer. Sur., 45, 1979, 1, 5-10
96. Baker, R. M.: Emergency Medical Services. J. Florida Med. Ass., 66, 1979, 2, 223 – 224
97. Border, J. R. et al.: Road crashes and injuries in Quebec (1974). Patterns among many variables. Accid. Anal. Prev., 13, 1984, 4
98. Border, J.R. et al.: Priorities in the management of the patient with polytrauma. Prog. Surg., 14, 1975, 84-120
99. Boyd, D. R., Maine K. D. et al.: New health specialists for trauma patient care. J. Trauma, 13, 1973, 4, 295-299
100. Ciric, S. et al: Medical care in multiple injuries. Acta Chir. Iugosl., 22, 1975, Isuppl., 679-61
101. Coweley, R. A.: Trauma Center. A new concept for the delivery of critical care., J. Med. Soc., 74, 1977, 11, 979-987
102. Durst. J. et al: Etiology and pathophysiology of multiple injuries. Chirurg., 49, 1978, 12, 727-730
103. Grieco, I., I. Perry: Retroperitoneal Haematoma Following Trauma. J. Trauma, 20, 1980, 9, 733-736.
104. Guy, R. Voeller et al.: Blunt diaphragm injuries. Am. J. Surg., 51, 1, 1990, 28-31

105. Kradjevic, L.: Trauma and multiple trauma as one of the major problem of contemporary medicine and society. *Lijec. Vjesn.*, 99, 1977, 8, 507-510
106. Me Lellan.: Blunt pancreatis transection treated by Rouxen – Y anastomosis. *Injury*, 119, 1989, 42-42.
107. Nallathambi, N. N. at al.: The use of peritoneal lavage and urological stredies in major fractures of the pelvis a reassecement. *Injury*, 18, 1987, 6, 379-383
108. Pate, I. W., Peters T. G.: Postsplenectomy complication. *Am. J. Surg.*, 51, 6, 1985-437
109. Pinkas, A. at all.: Lesions traumatiques de l' estomac et du duodenum. *Semain medical Balkanique*. 1976.
110. Pavlansky, R. et al: Organization of the Treatment of polytraumatism in France. *Acta Chir. Orthop. Traumat. Chech.*, 40, 1973, 4, 371-379
111. Pavlansky, R. et al: Present state of the traumatological service in Great Britain., *Acta Chir. Orthop. Traumat, Chech.*, 40, 1973, 5, 473-475
112. Reynolds, J. F. et al.: Management of multiple trauma., *J. Maine med. Assoc.*, 67, 1976, 2, 34-39
113. Robas, I. and al.: Blunt abdominal Trauma with Iejunal Injury. *J. Trauma*, 20, 1980, 4, 308-311
114. Rutford, W., Borgson, D.: The classification of trauma., *J. Trauma.*, 15, 1975., 1, 63-67
115. Salomon, H.: Die diagnostische Punction des Bauches. *Klin. Wschr.*, 43, 1960, 1, 45-46
116. Thifpen, I. and al: Current Management of Trauma of the colon. *Am. J. Surg.*, 46, 1980, 2, 108-110

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

АНКЕТНА КАРТА ЗА ПЗГ

Уважаеми колеги тази анкета е анонимна и е с научна цел.,

Молим за Вашето участие в анкетно проучване, относно професионалната квалификация на медицинските сестри за лечението и грижите при пациенти с Коремна травма. Предварително благодарим за Вашето участие!

1. Моля посочете Вашата възраст; пол Ж М

2. Посочете Вашата медицинска специалност и заемана длъжност:

- | | |
|----------------------|-----------------------------|
| а/ медицинска сестра | г/ старша медицинска сестра |
| б/ акушерка | д/ друга..... |
| в/ фелдшер | |

3. Посочете Вашата образователна степен?(може да посочите повече от един отговор)

- | | |
|---------------------|---------------------|
| а/ средно-специално | г/ бакалавър |
| б/ полувисше | д/ бакалавър по УЗГ |
| в/ специалист | е/ магистър по УЗГ |

4. Посочете Вашият общ трудов стаж..... и трудовият Ви стаж в клиничната структура, в която работите към момента:

- а/ хирургично отделение... ..
- б/ спешно приемно.....
- в/КАИЛ.....

д/друго.....

5. Посочете водещите мотиви за избора да се реализирате професионално в областта на хирургичните грижи? /посочете само един отговор/

а/ удовлетвореност от резултатите от положените здравни грижи.

б/ удовлетвореност от професионалното развитие, което ми се предоставя

в/ удовлетвореност от заплащането

г/ друго.....

д/възможност за реализация.....

6. Считате ли, че притежавате необходимата теоретична подготовка по отношение на лечението и грижите при лечение на пациенти с Коремни травми ?.....

а/ категорично да

г/ не мога да преценя

б/ да

д/ категорично не

в/ в известна степен да

7. Считате ли, че притежавате необходимата практическа подготовка по отношение на грижите при лечение за такива пациенти

а/ категорично да

г/ не мога да преценя

б/ да

д/ категорично не

в/ в известна степен да

8. Считате ли, че имате необходимата подготовка за оказване на първа/спешна помощ на пострадали при бедствени ситуации.

а/ категорично да

г/ не мога да преценя

б/ да

д/ категорично не

в/ в известна степен да

9. Във Вашето отделение/клиника има ли въведени протоколи за сестрински грижи за пациенти след Коремни травми?

- а/ категорично да
- б/ да
- в/ в известна степен да
- г/ не мога да преценя
- д/ категорично не

10. Считате ли, че подготовката, която имате като медицинска сестра е достатъчна за да се справяте с грижите за пациенти с хирургични заболявания ?

- а/ да
- б/ отчасти
- в/ не

11. Участвали ли сте в курсове за обучение с хирургична насоченост?

- а/ да
- б/ само веднъж
- в/ посещавала съм /множество/курсове
- г/никога

12. Имате ли желание да участвате в курсове за следдипломно обучение по темата за лечение и грижи при пациенти с Коремна травма ?

- а/ да – много
- б/ да – нужно ми е
- в/ отчасти
- г/ не е необходимо
- д/ не мога да преценя
- е/ друго

13. При положителен отговор на предходния въпрос, кои форми на обучение бихте предпочели във Вашата практика?

- а/ колегиуми
- б/ вътрешно обучение с лектор от структурата
- в/ курс за СДО с откъсване от работа
- г/ участия във форуми по здравни грижи
- д/ семинари
- е/ друго

14. Имате ли желание да придобиете специалност по“Операционна и превързочна техника“?

- а/ да,
- б/ не

14.Считате ли, че имате необходимите теоретични и практически познания за алгоритъм на поведение при спешни състояния в хирургичната практика?

- а/ категорично да
- б/ да
- в/ в известна степен да
- г/ не мога да преценя
- д/ категорично не

15.Организацията на грижите при приемане на спешен пациент с Коремна травма,позволява ли да се документират всички дейности извършени за болните?

- а/да.
- б/само някои дейности се документират.
- в/не притежаваме необходимото време в условия на спешност

г/не се документират-поради пропуски в организацията.

16.Регламентирани ли са ясно показателите за наблюдение на общото с-ние на пациентите?

а/да

б/отчасти.

в/не.

17.Достатъчно ефективна ли е организацията на работа при прием на пациенти по спешност?

а/да

б/отчасти

в/не

18.Считате ли че отделяте значително време за попълване на документи?

а/да

б/отчасти

в/не

19.Посочете колко време отделяте на дежурство за попълване на документация?

а/до 30мин

б/до1час

в/над 1 час

20.Позволявали в момента съществуващата организация ,да се изработи план за сестрински грижи който да служи като модел за осъществяването им?

а/да

б/отчасти

в/не

21.Считате ли, че притежавате необходимите познания по отношение на съвременните методи за лечение на хирургично болни ?

а/ категорично да

б/ да

в/ в известна степен да

г/ не мога да преценя

д/ категорично не

АНКЕТНА КАРТА ЗА СТУДЕНТИ

Уважаеми студенти,

Настоящата анкета се провежда с научна цел и е анонимна. Моля отговорете коректно на въпросите, като отбележите един или повече от посочените или Ваш личен отговор.

Предварително благодарим за Вашето участие!

1. Моля посочете Вашата възраст. . . .

2. Пол:

мъж	жена
-----	------

3. Текущия Ви семестър на обучение е: . .

4. Имате ли достатъчно теоретични знания относно грижите за пациенти с Коремни травми?

категорично – да	да	в известна степен – да	не мога да преценя	не е достатъчно
---------------------	----	---------------------------	-----------------------	--------------------

5. Имате ли достатъчно практическа подготовка относно грижите за пациенти в хирургична клиника ?

категорично – да	да	в известна степен – да	не мога да преценя	не е достатъчно
---------------------	----	---------------------------	-----------------------	--------------------

6. При положителни отговори на предходните въпроси, моля посочете източните на Вашите знания:

- а) от лекции
- б) от клинична практика
- в) от семинари

7. Обучени ли сте относно алгоритъма на поведение при пациенти с коремна травма?

- а) да
- б) не
- в) не се чувствам достатъчно подготвен.

8. Считате ли се уверени за да се грижите за такива пациенти?

- а) да
- б) не съм сигурен в знанията си.
- в) необходим ми е още опит и познание за грижи при такива болни.

Списък на приложените схеми, таблици и фигури

Табл.1Леталитет и социално-икономическа цена на някои основни заболявания и състояния (по данни на National Center for Health Statistics	стр. 23
Табл. 2. Леталитет след тежки травми.....	стр.25
Табл. 3. Пострадали	стр.26
Фиг. 1. Поражения при ПТП.....	стр.27
Фиг.2.Загинали при автопроизшествия в България за периода 1990-2002г.....	стр.30
Фиг.3. Съвременен травматизъм в САЩ.....	стр.31
Схема.1.Glasgow Coma Scale.....	стр.32
Фиг.4. Шок при травматични пациенти.....	стр.37
Табл. 5 Потенциални възможности за кръвозагуба при травми.....	стр.37
Табл. 6 Леталитет ниско налягане.....	стр.38
Табл.7. Характер на медицинската помощ.....	стр.58
Табл. 8 таблица за съчетана травма.....	стр.64
Схема 2. Схема на сестрински процес.....	стр.88
Таблица 9. План за сестрински грижи в домашна среда.....	стр.89
Фиг.5.Разпределение на професионалистите по здравни грижи по възраст.....	стр.100
Фиг.6.Разпределение по медицинска специалност и заемана длъжност.....	стр.101
Фиг. 7. Разпределение на ПЗГ според образователна степен.....	стр.102
Фиг.8.Разпределение на ПЗГ според общ трудов стаж.....	стр.103
Фиг. 9.Разпределение на ПЗГ по болнични отделения.....	стр.104

Фиг.10. Мотиви за професионална реализация в областта на хирургичните грижи.....	стр.104
Фиг.11.Самооценка на анкетираниите относно теоретичната подготовка за лечението и грижите при пациент с коремна травма.....	стр.105
Фиг.12. Самооценка на анкетираниите относно практическата подготовка за грижите при пациент с коремна травма.....	стр.105
Фиг.13 Готовност за оказване на първа/спешна помощ на пострадали с коремна травма.....	стр.106
Фиг.14.Наличие на въведени протоколи за сестрински грижи при пациенти с коремна травма.....	стр.107
Фиг.15.Компетенции на ПЗГ за грижи при пациент с коремна травма.....	стр.108
Фиг.16. Участие в курсове за лечение и грижи при хирургични пациенти	стр.109
Фиг.17. Желание за участие в курсове за СДО.....	стр.110
Фиг.18.Предпочитани формите на обучение.....	стр.111
Фиг.19.Желание за придобиване на специалност по „Операциона и превързочна техника“.....	стр.112
Фиг.20.Познания за алгоритъм на поведение при спешни състояния.....	стр.113
Фиг.21.Документиране на дейности при прием на спешен пациент.....	стр.114
Фиг.22. Регламент за наблюдение състоянието на болните.....	стр.114
Фиг.23. Ефективност при прием на спешни пациенти.....	стр.115
Фиг.24.Време за попълване на документи.....	стр.115
Фиг.25. План за сестрински грижи.....	стр.116
Фиг.26.Съвременни методи при лечението на хирургично болни	стр.117

Фиг.27.Разпределение на анкетираниите студенти по възраст.....	стр.117
Фиг.28.Самооценка на студентите относно теоретичните знания за грижите при коремни травми.....	стр.118
Фиг.29.Самооценка на студентите относно практическата подготовка.....	стр.119
Фиг.30. Източници на знания.....	стр.119
Фиг.31. Мнение на студентите относно алгоритъма на поведение при пациенти с коремна травма.....	стр.120
Фиг.32. Увереност в грижите за хирургични пациенти.....	стр.120
Схема.3. Модел на поведение при коремна травма.....	стр.127
Схема.4. Лечение на травма – приоритети.....	стр.128
Схема 5. Схема при прием в болнично заведение на пострадал.....	стр.130

