

Важна лѣкарска конференция
На 19 септември 1914 година —
пторникъ, 9 часа сутринта и
систои важни

ПЪРВА НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКА КОНФЕРЕНЦИЯ НА БЛС

1-2 ноември 2014 г., Несебър



СПЕШНИ СЪСТОЯНИЯ В МЕДИЦИНАТА

ПРОГРАМА И РЕЗЮМЕТА



Със съдействието на Съюза на българските
медицински специалисти

Да възродим една традиция!



Уважаеми колеги,

Всички знаем, че Българският лекарски съюз е втората професионална организация на лекарите в света, след английската. По-малко известно е, че нашите първо основатели, още на Събора през 1923 г., вземат решение той да бъде разделен на две части - организационна и научна. През октомври 1924 г., по време на 13-я Събор, се провежда и първата научна конференция.

Точно 90 години по-късно достиженията на българската медицина и превръщането на съсловната организация в основен фактор за развитието на здравеопазването ни връщат към онези ценности, които ни задължават да възродим тази традиция. Да обединим нашата вътрешносъсловна дейност с науката и постиженията в различните медицински специалности.

Едва ли е имало по-подходящ момент, в който се нуждаем от предоказване на силата и уменията на българските лекари, от възстановяване на силната връзка лекар-пациент, от връщането на обществено доверие. Всичко изгубено през последните години на труден преход можем да върнем единствено с упорит труд, с висока квалификация, с цялостно преосмисляне на всичко постигнато и лансиране на професионализма като доминиращо предстояще.

Нека възстановим една традиция, скъпи колеги - заедно и сега! Като обединим усилията си и покажем знанията си на ПЪРВАТА НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКА КОНФЕРЕНЦИЯ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ.

1-2 ноември 2014 г.,
Несебър

Д-р Цв. РАЙЧИНОВ
Председател на УС на БЛС

ОРГАНИЗАЦИОНЕН КОМИТЕТ

ПРОФ. Д-Р БОЙКО КОРУКОВ
ДОЦ. БОРИСЛАВ КИТОВ
ДОЦ. Д-Р ВАЛЕНТИН ГОВЕДАРСКИ
Д-Р ВАСИЛ ПОПОВ
ПРОФ. Д-Р ВАСИЛ ХАДЖИДЕКОВ
ПРОФ. Д-Р ГЕНЧО НАЧЕВ, ДМН
ДОЦ. Д-Р ГЕОРГИ ГЪРБЕВ
АКАД. ДАМЯН ДАМЯНОВ
Д-Р ДАМЯНКА КОЛЧАГОВА
ДОЦ. Д-Р ДОБРИНКА РАДОЙНОВА
ПРОФ. Д-Р ЕВГЕНИ БЕЛОКОНСКИ
Д-Р ЕМИЛИЯ АПОСТОЛОВА
ПРОФ. Д-Р ИВОНА ДАСКАЛОВА, ДМН
Д-Р КИРИЛ ЕЛЕНСКИ
Д-Р КЛАРА БАЛДЖИЕВА
ДОЦ. ЛИЛЯНА ХАВЕЗОВА
Д-Р МАРГАРИТА ЙОНОВА
Д-Р ПЕТКО ЗАГОРЧЕВ
ПРОФ. ПЕТЪР ПАНЧЕВ
ПРОФ. Д-Р РОСЕН МАДЖОВ
ПРОФ. Д-Р САБИНА ЗАХАРИЕВА, ДМН
ПРОФ. Д-Р САШКА ПОПОВА
Д-Р СВЕТЛАНА ОБРЕТЕНОВА
ПРОФ. Д-Р ТОДОР ПОПОВ
ПРОФ. Д-Р ЦВЕТАЛИНА ТАНКОВА, ДМН
Д-Р ЮЛИАН ЙОРДАНОВ

abbvie

ПЪРВА НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКА КОНФЕРЕНЦИЯ НА БЛС

2 ноември 2014
9:20 ч. Зала „ НЕПТУН”

ХЕПАТИТ С – НИКОЙ НЕ Е ЗАСТРАХОВАН СРЕЩУ НЕГО, ДОРИ ЛЕКАРИТЕ

ЛЕКЦИЯ НА ПРОФ. МИРА КОЖУХАРОВА И ПРОФ. ЛЮДМИЛА МАТЕВА,
ЧАСТ ОТ СЪВМЕСТЕН ПРОЕКТ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ
И „АБВИ”

“ДА СПАСИМ ХОРАТА, КОИТО НИ СПАСЯВАТ”

*Проект за осигуряване на приоритетно лечение за медицинските
специалисти, членове на БЛС*

*Лекарите, изпълнявайки служебния си дълг и помагайки на хората,
са изложени на по-висок риск от заболяване и получаване на травми.*

*Именно в този момент, когато всяка година близо 500 лекари
напускат страната ни и около 80% от младите специалисти
са готови да го направят, е от ключово значение да бъдат взети
всички възможни мерки, за да ги задържим. Подобряването
на условията на труд и осигуряването на адекватна грижа за тях
са основни предпоставки за запазването на тяхната мотивация
да практикуват и да се развиват в родината си.*

ПРОГРАМА

ПЕТЪК, 31 ОКТОМВРИ 2014 г.

15:00 ч. – 18:00 ч. - РЕГИСТРАЦИЯ

СЪБОТА, 01 НОЕМВРИ 2014 г. (I)

08:00 ч. – 10:00 ч. РЕГИСТРАЦИЯ

08:45 ч. ОФИЦИАЛНО ОТКРИВАНЕ

МОДУЛ ХИРУРГИЯ

Конферентна зала

НЕПТУН (А)

Етаж 0 - лоби

09:00 ч. - 11:00 ч.

Модул Хирургия – първа сесия;

**Модератори: Б. Коруков, М. Стойнов
(1)**

1. **Д. Стойков, П. Маринова** – Остър хирургичен корем – 20 мин. (I-A-1-1)

2. **Б. Коруков** – Остър перитонит – 20 мин. (I-A-1-2)

3. **А. Червеняков** - ИЛЕУС (I-A-1-3)

4. **Р. Маджов, П. Чернополски, В. Божков, Д. Чаушев** – Остър холецистит – 20 мин. (I-A-1-4)

5. **Б. Сакакушев** – Остър апендицит – 20 мин. (I-A-1-5)

6. **О. Бранков** – Диагностично- лечебен алгоритъм при острите корозивни изгаряния на хранопровода и стомаха в детска възраст: 32-годишен клиничен опит – 20 мин. (I-A-1-6)

МОДУЛ ПЕДИАТРИЯ

Конферентна зала

ПАЛАС (В)

Етаж -1

09:00 ч. - 11:00 ч.

Модул Педиатрия – първа сесия;

**Модератори: К. Балджиева,
Е. Попниколова (1)**

1. **П. Переновска** - Рискови чужди тела в дихателните пътища в детската възраст – 25 мин. (I-B-1-1)

2. **В. Пилософ, Д. Калайков, Р. Тинчева, П. Переновска, И. Чавдаров** – Интегрираният медико-социален подход – голямата липса в обгрижването на децата с хронични заболявания в България – 25 мин. (I-B-1-2)

3. **М. Бошева** – Хранителна алергия в детска възраст – 25 мин. (I-B-1-3)

4. **В. Калева** – Център за комплексно лечение на таласемия и хемофилия – 25 мин. (I-B-1-4)

5. Обсъждане

ПРОГРАМА

11:00 ч. – 11:30 ч. - КАФЕ ПАУЗА

МОДУЛ ХИРУРГИЯ

Конферентна зала
НЕПТУН (А)
Етаж 0 - лоби

11:30 ч. - 13:00 ч.

*Модул Хирургия – втора сесия;
Модератори: О. Бранков,
Е. Белоконски (2)*

1. **Е. Белоконски, К. Кьосев** –
Кървене от горните отдели на
гастроинтестиналния тракт.
Алгоритми на поведение –
20 мин. (I-A-2-1)

2. **Г. Гърбев** – Долно дигестивни
кръвотечения – 20 мин. (I-A-2-2)

3. **В. Христов** – Съчетана травма –
съвременна концепция –
20 мин. (I-A-2-3)

4. **Хр. Желязков, А. Даварски,
Т. Китова, И. Кехайов, Б. Китов** –
Тандемна компресия на *Medulla u
Spinalis Cauda Equina* (I-A-2-4)

5. Обсъждане на модул хирургия

МОДУЛ ПЕДИАТРИЯ

Конферентна зала
ПАЛАС (В)
Етаж -1

11:30 ч. - 13:00 ч.

*Модул Педиатрия – втора сесия;
Модератори: К. Балджиева,
Т. Ралчева (2)*

1. **П. Теохаров, А. Кеворкян,
Е. Маркова, Д. Банкова** – Специфична
профилактика на Хепатит тип Б
при деца – 25 мин. (I-B-2-1)

2. **Х. Мумджиев** – Късно проследяване
и амбулаторни проблеми на
недоносеното дете – 25 мин. (I-B-2-2)

3. Обсъждане

13:00 ч. – 14:00 ч. - ОБЯД

МОДУЛ КАРДИОЛОГИЯ И СЪРДЕЧНО-СЪДОВА ХИРУРГИЯ

Конферентна зала
НЕПТУН (А)
Етаж 0 - лоби

МОДУЛ ЕНДОКРИНОЛОГИЯ

Конферентна зала
ПАЛАС (В)
Етаж -1

ПРОГРАМА

СЪБОТА, 01 НОЕМВРИ 2014 г. (I)

14:00 ч. - 16:00 ч.

**Модул Кардиология и
сърдечно-съдова хирургия –
първа сесия; Модератори:
Г. Начев, Т. Захариев (3)**

1. **И. Димитрова** – Остър коронарен синдром – 20 мин. (I-A-3-1)

2. **П. Симеонов, Д. Трендафилова, И. Димитрова, Ю. Джоргова, В. Стойнова, Г. Царянски, Д. Петков, Г. Начев** – Ендоваскуларно лечение на болести на аортата: 10-годишен опит на УСБАЛССЗ “Света Екатерина” – София – 20 мин. (I-A-3-2)

3. **П. Кравунков, Н. Чилингирова, Ю. Джоргова, Д. Петков, Г. Начев** - Оптимално лечение на постинфарктен междукамерен дефект – опитът на УСБАЛССЗ „Св. Екатерина” – 20 мин. (I-A-3-3)

4. **Р. Илиев, Д. Петков, Г. Начев** – Хирургично лечение на острите дисекции на гръдната аорта – 20 мин. (I-A-3-4)

5. **И. Петров, З. Станков, Л. Пенев, Ц. Гълъбов, С. Стефанов** – Ендоваскуларно лечение при дисекции на аортата – 20 мин. (I-A-3-5)

6. **К. Кичуков** – Модерно интервенционално лечение на БТЕ – 20 мин. (I-A-3-6)

14:00 ч. -16:00 ч.

**Модул Ендокринология – първа сесия;
Модератори: Е. Начев, А. Еленкова
(3)**

1. **Н. Чакърова** – Хипогликемия - 25 мин. (I-B-3-1)

2. **Г. Грозева** – Диабетна кетоацидоза – 25 мин. (I-B-3-2)

3. **Ал. Шинков** – Спешни състояния в тиреоидологията – 25 мин. (I-B-3-2)

4. **Ал. Шинков** – Спешни състояния при хипер- и хипокалциемия – 25 мин. (I-B-3-2)

5. Обсъждане

ПРОГРАМА

14:00 ч. - 14:30 ч. - КАФЕ ПАУЗА

МОДУЛ КАРДИОЛОГИЯ И СЪРДЕЧНО-СЪДОВА ХИРУРГИЯ

Конферентна зала
НЕПТУН (А)
Етаж 0 - лоби

16:30 ч. - 18:00 ч.

Модул Кардиология и сърдечно съдова хирургия – втора сесия; Модератори: Г. Начев, Т. Захариев (4)

1. **В. Говедарски, А. Тонев, С. Димитров, Т. Захариев, Г. Начев** – Спешни състояния на артериалната система – 20 мин. (I-A-4-1)

2. **А. Тонев, С. Димитров, Л. Шкварла, Т. Захариев, Г. Начев** – Хирургично поведение при остро нарушение на мозъчното кръвообращение – 20 мин. (I-A-4-2)

3. **А. Тонев, В. Говедарски, Ил. Петров, С. Генадиев, Т. Захариев, Г. Начев** – Хирургично поведение при остро нарушение на венозното кръвообращение - 20 мин. (I-A-4-3)

4. Обсъждане на модул Кардиология и сърдечно съдова хирургия

МОДУЛ ЕНДОКРИНОЛОГИЯ

Конферентна зала
ПАЛАС (В)
Етаж -1

16:30 ч. - 18:00 ч.

Модул Ендокринология – втора сесия; Модератори: Ал. Шинков, С. Захариева (4)

1. **Е. Начев** – Адисонова криза - 25 мин. (I-B-4-1)

2. **Ат. Еленкова** – Спешни състояния при заболявания на надбъбречната медула - 25 мин. (I-B-4-2)

3. Обсъждане

19:30 ч. - ОФИЦИАЛНА ВЕЧЕРЯ

ПРОГРАМА

НЕДЕЛЯ, 02 НОЕМВРИ 2014 г. (II)

МОДУЛ ДЕОНТОЛОГИЯ

Конферентна зала

НЕПТУН (А)

Етаж 0 - лоби

09:00 ч. - 09:40 ч.

**Модул Деонтология –
първа сесия; Модератори:
З. Петрова, П. Загорчев (1)**

1. С. Миланов, М. Миланов,
Г. Георгиев, Р. Чернева – *Що е спешна
медицина и мястото ѝ в здравната
система на Р. България - 20 мин.
(II-A-1-1)*

2. М. Кожухарова, Л. Матева –
*Хепатит С, никой не е застрахован
срещу него, дори лекарите – 20 мин.
(II-A-1-2)*

09:40 ч. – 10:00 ч. - **КАФЕ ПАУЗА**

10:00 ч. - 11:30 ч.

**Модул Деонтология –
втора сесия; Модератори:
З. Петрова, П. Загорчев**

1. С. Попова, Ал. Воденичарова –
*Конфликт на интереси в
медицинската практика – оценка,
контрол и политика - 20 мин. (II-A-2-1)*

2. М. Попова, М. Китова -
*Практически аспекти на качеството
и на безопасността на пациентите в
МБАЛ „Сити Клиник“ –
20 мин. (II-A-2-2)*

3. Д. Радойнова – *Лекарски грешки
и деонтология - 20 мин. (II-A-2-3)*

4. З. Петрова – *Критерии за лекарска
или медицинска грешка - в търсене
на консенсусно определение –
20 мин. (II-A-2-4)*

5. Обсъждане

11:30 ч. – 12:00 ч. - **КАФЕ ПАУЗА**

12:00 - 13:15

**Модул Деонтология –
трета сесия; Модератори:
С. Попова (3)**

1. З. Петрова, П. Загорчев –
*Професионална етика при
предоставянето на медицинска помощ.
Роля и място на етичните комисии -
20 мин. (II-A-3-1)*

2. Ю. Маринова, Б. Парашикева –
*Полезен ли е анализът на жалбите,
разглеждани в етичните комисии на
БЛС – 20 мин. (II-A-3-2)*

3. Ц. Младенов – *Оправдан медицински
риск - 20 мин. (II-A-3-3)*

4. Обсъждане

13:15 ч. – 13:30 ч. -

ОФИЦИАЛНО ЗАКРИВАНЕ

РЕЗЮМЕТА - ХИРУРГИЯ

ОСТЪР ХИРУРГИЧЕН КОРЕМ

(I-A-1-1)

Д. Стойков, П. Маринова

Цел

Целта на настоящата лекция е да се представи синдромът остър хирургичен корем (ОХК), да се изяснят най-честите заболявания, които се манифестират с ОХК, както и да се представи диагностично терапевтичния алгоритъм при подобен род пациенти.

Определение

Острият хирургичен корем е понятие, което включва широк спектър от хирургични заболявания на органите в коремната кухина, които възникват остро, развиват се бързо за часове и поставят за разрешаване сложни диагностични и лечебни проблеми. Острият хирургичен корем е синдром, който може да бъде предизвикан от различни остри заболявания и травми на коремните органи.

Етиология

Тези заболявания се обобщават в три основни групи:

- Възпалителни процеси на коремните органи, които нелекувани причиняват локален, дифузен или тотален перитонит. (Остър апендицит, остър панкреатит, терминален илеит, мезентериален лимфаденит, остър холецистит деструктивен)

- Механична чревна непроходимост. (Странгулационен и обтурационен илеус, инкарцерирани хернии, тумори, адхезивен илеус, мезентериална тромбоза).

- Травматични увреди на паренхиматозни или кухи коремни органи.

- Ранни и късни следоперативни усложнения (Ограничени абсцеси, следоперативен перитонит, ранен адхезионен илеус).

Симптоми

Симптоматологията на ОХК включва болка, гадене, повръщане, дезориентация и шок. От всички тях болката е най-характерният белег. На острата абдоминална патология. Тя е най-честата причина за хоспитализация. Терминът „остър корем“ предпоага остро (внезапно) начало, клиничното протичане на абдоминалните симптоми може варира от минути до дни и седмици.

Остро (внезапно) начало е характерно за гастро-интестиналните перфорации, перфорирал стомашен (дуоденален) улкус, перфорация на черво о чуждо тяло, травма, туморем процес, инвагинация, заклецена херния.

Бавно, постепенно начало и засилване интензитета на болката - характерно за прогресиращите възпалителни процеси, с постепенно засягане на париетален и висцерален перитонеум – флегмонозишен холецистит, апендиоцит, пелвиоперитонит.

Коликообразна коремна болка- асоциира се с обструкция или частична блокада на перисталтиращ орган - чревна непроходимост, билиарна колика, бъбречна колика.

Гадене и повръщане – много чести компоненти на ОХК. Задължително се отчитат и преценяват времето на поява, връзката с храненето и видът на храната, облекчение или не на болковия синдром, характер на повърнатите материи.

Хълцане - симптом, дължащ се на дразнене на вагусовия нерв от възпалителни процеси и изливи в субдиафрагмалните пространства или дилатация на стомаха.

Промени в характера на дефекацията- диарични изпражнения или констипация, стоп на газовия пасаж, наличие на патологични примеси - мелена, ректорагия, слуз.

РЕЗЮМЕТА - ХИРУРГИЯ

Клинична оценка

Базисни елементи са:

Екзактна анамнеза

Прецизно снет физикален статус

Лабораторни изследвания

Целенасочени инструментални изследвания

Лечение

Необходимо е само подозрение на ОХК, за да се насочат болните за спешна хоспитализация. В болничното заведение състоянието и диагнозата на болния се изясняват и се пристъпва към съответното активно наблюдение и лечение- оперативно или консервативно. При необходимост от оперативна намеса, характерът на патологичния процес определя обемът и вида на хирургичната интервенция.

Заклучение

ОХК си остава актуален проблем на спешната хирургия, за разрешаването на който се изисква своевременно разпознаване на симптомите и ранно започване на лечението.

ОСТЪР ПЕРИТОНИТ (I-A-1-2)

Б. Коруков

Проблемът остър перитонит и днес продължава да буди тревога сред хората, да държи в напрежение медиците и медицинския персонал и да бъде голямо предизвикателство за хирургичните екипи.

Ако в съвременната медицина по света се постигнаха сериозни успе-

хи в усилията за намаляване на високата смъртност която се регистрираше в недалечното минало, то това е резултат на подобряване организацията на здравните системи, на добрата колаборация между отлично организираната извънболнична и болнична спешна помощ, с добре оборудвани технически и технологично медицински центрове и най-вече на достатъчен и високо квалифициран персонал.

Локалните форми на острия перитонит вече са лечими, лечими са и дифузните форми на по-леко протичащите серозни, серо-фибринозни, хеморагични, дори на някои фибринозно-гнойни перитонити. Но дифузният/тоталният гноен перитонит при болните в напреднала и старческа възраст, при онкологично болните, при следоперативния перитонит, при перитонита вследствие на остър панкреатит, при фекулентния перитонит, продължават да са проблем с високата си смъртност достигаща до 30-35%. Независимо от въвеждането на нови оперативни методи освен основният – дренажният, на отворения корем, на планираната релапаротомия с етапен лаваж, на вакум терапията смъртността продължава да се задържа в тези неприемливи за съвременното високи проценти. Очевидно е, че за постигане на пробив в статуквото, хирургията все повече ще трябва да се обляга на нови постижения в областта на имунологията, микробиологията, на фармакологията и други области в медицината изискващи нов мултидисциплинарен подход в лечението на тези форми на перитонита.

РЕЗЮМЕТА - ХИРУРГИЯ

ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ДЕБЕЛОЧРЕВЕН ИЛЕУС ОТ НЕОПЛАСТИЧЕН ХАРАКТЕР (I-A-1-3)

А. Червенияков, П. Срефанов

Карцином на колона довел до остра чревна непроходимост - остава актуален проблем, с голяма социална значимост. Непрекъснато нарастване на оперирани болни с пълна чревна непроходимост от карцином на колона. Основни причини за лечение в късен стадий на заболяването са: 1. Неглижиране на оплакванията (Страх, Липса на финансови средства за определен контингент, Неграмотност, 2. Липса на ефективна профилактика. 3. Невъзможност за използване на определени диагностични процедури в някои райони поради липса на специалисти. Поради горните причини в болниците попадат все по-запуснати случаи, каквито в редица страни са изключителна рядкост: 1. Крайна фаза на заболяването. 2. 80-85 % са в напреднала възраст с висок коморбидитет. 3. Усложнени състояния от загуба на време от най-различни опити за дебарасиране в домашни условия. 4. По локализация май често е в сигмата, левия колон, преход сигма-ректум, напречно черво. Тежестта на състоянието зависи от локализацията на процеса: Колкото по-близо до ректума – толкова по-тежко протича. Раздуване на почти цялото дебело черво със задържане на газове и фецес, със всички произхождащи от това последствия. При илеус и на тънкото черво, състоянието се утежнява още повече – задържане на голямо количество течност в лумена. Към всичко това априори е добавена карциномната болест (тежък срив на: Хемодинамика, Йонен обмен, Белтъчен обмен, Азотен баланс АКР. По-горе изброените причини не дават големи възможности за най-рационално поведение.

Как да се процедира? Това е въпроса. Какви са възможностите за спасяване на живота? Какви са възможностите за

радикално лечение на онко-заболяването? За период от 8 години са оперирани 905 случая на спешна дебелочревна непроходимост, 111 от които с бенигна генеза. Преобладават двуетапните операции. Предвид горепосочените факти, след оперативната смъртност се движи между 11%-20% по години.

Тактика: Предоперативна реанимация: (Стабилизиране на хемодинамиката, Възстановяване до максимална степен дефицита - йони, белтък, азотни тела); Дебарасиращи процедури; НГС; Очистителни клизми; Газова тръба; Дебарасиращ стент)

Прилагани диагностични образни изследвания при илеус: нативна -Ro; Ro с контраст; Фиброколоноскопия; УЗД и КАТ.

Оперативно лечение: Първи тип: оперативна интервенция, след кратковременна подготовка налагана от състоянието. Втори тип - Непълноценни диагностични процедури при: Илеус и Илеус-перитонит. Лапаротомия по спешност с лаваж и операций по Hartmann или Mikulicz с прекъсване на пасажа е извършена при 60 % от пациентите. При чернодробни метастази се извърши атипична резекция на единични маргинално разположени лезии или термоаблация или инжектиране с етанол при 30% от болните. Леталитета в ранния следоперативен период остава след 75 г. – 40% , а над 80 г. – 60 %. Дихателна недостатъчност е причина поради ранно екстубиранес неефективно дишане и реинтубация при 3%. Придружаващи заболявания (инфаркт, БТЕ, бронхопневмония и др.) са най-естат причина за фаталния изход при възрастните пациенти.

В заключение, състоянието на пациента определя поведението и метода на лечение при дебелочревния илеус. Това определя извършването на по-щадящи процедури. Двуетапните интервенции не са загубили своето значение.

РЕЗЮМЕТА - ХИРУРГИЯ

ОСТЪР ХОЛЕЦИСТИТ

(I-A-1-4)

Р. Маджов, П. Чернополски, В. Божков, Д. Чаушев

ОХ отговаря за 3 до 9 % от всички хоспитализации по повод остра коремна болка. Честотата на ОХ от извършените холецистектомии варира около 35-37%, като в 10-15 % от случаите се касае за акалкулозен холецистит.

ОХ предполага патологично състояние, включващо холелитиаза с остра болка (билиарна колика) продължаваща 4 до 6 часа или клинична картина с по-продължителна билиарна колика, съпроводена с повишаване на температурата, лабораторни данни за възпаление или холестаза. Билиарната колика се представя с постоянна болка в десен горен коремен квадрант с времетраене поне 30 минути.

Диагноза – типична клинична картина, лабораторни резултати, ултразвуково изследване (88 % сензитивност при ОХ и 80 % специфичност) – наличие на конкременти, задебелена стена (95,2% от случаите), положителен симптом на трансдюзера (92,2% от случаите).

При около 26 % от пациентите предприетото в началото консервативно лечение е неуспешно.

Златен стандарт в лечението на ОХ е лапароскопската холецистектомия, но все още не навсякъде се извършва рутинно, поради съществуващите противоречия по отношение времето и хирургичният подход към пациентите с ОХ. Общо приети са два типа поведение – ранно лечение (до 7 дни след поява на симптоми) и отложено лечение (6 до 8 седмици по-късно).

Ключови думи: остър холецистит, холецистектомия, лапароскопска холецистектомия

ОСТЪР АПЕНДИЦИТ

(I-A-1-5)

Б. Сакакушев

Острият апендицит е много често заболяване, средно 7%, в САЩ и 10% в Англия и по рядко в Азия и Африка поради повишена консумация на фибри. Най-чест е във втората декада от човешкия живот, но може да се прояви във всяка възраст, по-често при мъже. В САЩ годишно се изписват 300 000 пациенти с диагноза остър апендицит. Най-широко възприетата хипотеза за възникването му е обструкцията на апендикса, нарушената бариерна функция на стената му и последваща перфорация. Съществуват твърдения, че неусложненият и усложненият апендицит са две отделни заболявания изискващи различно лечение.

Апендицитът е най-честата клинична диференциална диагноза поставяна при млади пациенти с остра болка в десния долен коремен квадрант. Диагнозата е предимно клинична, но ехографията и КТ на корем могат да са от полза. Апендицектомията, включително лапароскопската, приета за „златен“ стандарт на лечение, се счита като „рутинна и безопасна операция“. Антибиотично лечение при некомплициран апендицит се прилага в някои болници, с презумпцията, че някои интраабдоминални инфекции, като острият дивертикулит се повлияват добре.

Най-честото усложнение е раневата инфекция. Общата честота на усложнения след апендицектомия варират от 10 до 19% при неусложненият апендицит и достигат до 30% при усложнените форми с перфорация.

Смъртността след апендектомия е 0.7% и 2.4% при пациенти без или със перфорация.

РЕЗЮМЕТА - ХИРУРГИЯ

Перфорацията и перитонитът при острия апендицит са най-сериозните проблеми за хирурга.

Чрез повишено клинично съмнение за остър апендицит, подробна анамнеза, физикално и допълнителни изследвания може да се осигури успешно лечение и редуцира броят на негативните апендицектомии.

ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ ПРИ ОСТРИТЕ КОРОЗИВНИ ИЗГАРЯНИЯ НА ХРАНОПРОВОДА И СТОМАХА В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ: 35 ГОДИШЕН КЛИНИЧЕН ОПИТ

(I-A-1-6)

О. Бранков

ВЪВЕДЕНИЕ

Изгарянията на хранопровода и стомаха, предизвикани от концентрирани киселини или основи, е свързано с развитието на множество сериозни хирургични усложнения и представлява актуален социално-медицински проблем. Тази патология, която ние наричаме корозивна болест, поставя редица неизяснени въпроси по отношение на диагностиката и лечението както в острата фаза на изгарянето, така и във фазата на късните последици от него.

ЦЕЛ

Да представим алгоритъм на поведение при корозивните изгаряния на хранопровода и стомаха при деца в острата и хроничната фаза на болестта.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проучванията и научно-практическите заключения се базират на нашия 35 годишен опит (1977 г. - 2012 г.)

от лечението на 816 деца с остри корозивни интоксикации, лекувани в отделенията по детска гръдна хирургия и детска токсикология на болницата „Н.И.Пирогов“ – София.

РЕЗУЛТАТИ

В острата фаза на корозивната интоксикация в Клиниката по детска хирургия са постъпили 69 % от децата. От тях 49 % са били с тежко изгаряне от II-Б, III и IV степен на хранопровода или стомаха. В късната фаза постъпват 31 % от децата, за които е характерно напреднала фиброзна стриктура на хранопровода или стеноза на пилора.

ЛЕЧЕБНА ТАКТИКА

При всяко съмнение за корозивна интоксикация детето се хоспитализира и се извършва ранна диагностична езофаго-гастроскопия, която обуславя лечебната тактика.

При изгаряне от I степен не се налага специфично лечение. Пораженията при II-A степен отзвучават до 2 - 3 седмици. Децата с изгаряне от II-Б, III и IV степен се приемат в хирургично или интензивно отделение. В случаите на тежко комбинирано изгаряне на хранопровода и стомаха се прави лапаротомия и ревизия на стомаха. При некроза на хранопровода се извършва екстирпация, а в случаите със съчетано увреждане на стомаха – съответна парциална резекция.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Корозивната болест е комплексен патологичен процес, който засяга не само горните етажи на храносмилателен тракт, но и целия организъм, като основната тежест в протичането на болестта се пада на хирургичните усложнения в острата фаза. Това налага извода, че децата с тежки

РЕЗЮМЕТА - ХИРУРГИЯ

корозивни изменения трябва да постъпват за диагностика и лечение в клиники и отделения по детска хирургия, или в детски интензивни отделения под непосредственото наблюдение от детски хирург.

КЪРВЕНЕ ОТ ГОРНИТЕ ОТДЕЛИ НА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИЯ ТРАКТ. АЛГОРИТМИ НА ПОВЕДЕНИЕ.

(I-A-2-1)

Е. Белокопски, К. Кьосев

Кръвотеченията от гастроинтестиналния тракт (ГИТ) представляват твърде голям проблем в наши дни, с ниво на морталитет надхвърлящ 15% . Въпреки прогреса в различни области на медицината тяхната честота остава непроменена. Отбелязва се единствено промяна в групирването на пациентите, което е в пряка зависимост от увеличаването на продължителността на живота и масовото прилагането на антикоагулантни и нестероидни противовъзпалителни средства. По отношение на тяхната диагностиката и лечение са разработени множество алгоритми, като само една малка част от тях са утвърдени в практиката и съответно са рутинно прилагани. В повечето случаи тяхното третиране изисква екипен метод на работа, зависещ от възможностите на съответното лечебно зеведение. Прието е да се смята, че спешната ендоскопия и ендоскопска хемостаза са „златния стандарт”, независимо дали се извършват от гастроентеролог или хирург. Те имат приблизително 95% успеваемост, като само 1-2% от пациентите достигат до спешна оперативна интервенция. Предмет на настоящият доклад са основните доброкачествени и злокачествени състояния водещи до

кръвотечения от горните отдели на гастроинтестиналния тракт. При остро кървене, изборът на метод за лечение е в пряка зависимост от възможностите за бърза стабилизация на състоянието на пациента. Представените алгоритми на поведение са утвърдени и рутинно прилагани в Катедрата по спешна медицина и коремна хирургия на ВМА. След въвеждането им се отбелязва значителна редукция в общия морбидитет при тази група пациенти, което рефлектира в намаляване на средния болничен престой и разходите за лечение. Разгледани са основните усложнения при извършване на горна ендоскопия и хемостаза, както и методите за тяхното третиране. Повечето от усложненията могат да бъдат овладяни от ендоскописта, като се цели максимално избягване или евентуално отлагане на хирургичната намеса.

В заключение, кървенето от ГИТ остава една от основните причини за хоспитализация и лечение в хирургичните и гастроентерологични клиники. Познаването и стриктното прилагане на изработените алгоритми за поведение улеснява екипната работа и значително подобрява лечебните резултати.

ДОЛНО ДИГЕСТИВНИ КРЪВОТЕЧЕНИЯ

(I-A-2-2)

Г. Гърбев

Долнодигестивните кръвотечения са една от честите причини за хоспитализация на пациентите, а също така и за повишаване на морбидитета и морталитета. Долнодигестивно кръвотечение е всяка хеморагия дистално от лигамента на Treitz и проксимално от

РЕЗЮМЕТА - ХИРУРГИЯ

ано-кутанната линия (*linea rectinea*).

В доклада е направен критичен анализ на литературата по проблемите на долнодигестивните кръвотечения. Анализирани са тяхната честота, етиопатогенетични фактори, клиничните прояви и диагностично-лечебните алгоритми.

Според различните автори честотата на ДДК е между 20 и 30 % от всички гастро-интестинални хеморагии. В САЩ и страните от Западна Европа ДДК се срещат годишно при 26-28 случая на 100 000 население. Честотата на ДДК е по-ниска в сравнение с горнодигестивните (последните са 5 до 10 пъти по-чести), въпреки това много автори подчертават, че ДДК са значително по-чести от статистическите данни. Причина за това е фактът, че голяма част от пациентите с ДДК не търсят медицинска помощ.

Burt Cagir от New York Upstate Medical University разделя ДДК на:

Масивни хеморагии:

Умерени хеморагии:

Окултни хеморагии:

Най-чести причини за ДДК

Ангиодисплазия;

Дивертикулоза;

Мекелов дивертикул;

IBD – Улцерохеморагичен колит

и болестта на Крон;

Инфекциозен колит;

Дебелочревни полипи;

Дебелочревен карцином;

Аноректални заболявания – хемороиди, фистули;

Диагностика

Спешна колоноскопия;

Селективна ангиография;

Изотопно изследване за Мекелов дивертикул;

Лечение

Стандартните процедури за поведение при ДДК в Западна Европа и САЩ включват 3 последователни елемента:

Реанимация и ресусцитация;

Идентификация на източника на кръвене;

Хемостаза.

Хирургично поведение (сегментни резекции) е показано при рецидив на кръвенето < 24 часа след колоноскопска хемостаза или при наличие на колоректален карцином като причина.

Заклучение

Днес диагностичните и терапевтични възможности за поведение при ДДК са значително по-големи в сравнение с тези от 50-те години на миналия век. Този симптомокомплекс включва широк кръг заболявания, много често се при проявява при пациенти в напреднала и старческа възраст, което обуславя сравнително високия процент смъртност – около и над 20 %. Крайбъгълният камък при диагностиката е локализацията на източника на кръвене. Ендоскопската хемостаза е терапевтичен метод на избор, а при неуспех – сегментна резекция на червото.

СЪЧЕТАНА ТРАВМА - СЪВРЕМЕННА КОНЦЕПЦИЯ

(I-A-2-3)

Вл. Христов

В условията на подобрени транспортни комуникации и високи скорости, увеличаващ се обем и височина на строителството, екстремни спортове, нарастваща агресивна престъпност, както и много други фактори на съвременната цивилизация, травматизмът придобива характер на епидемия.

РЕЗЮМЕТА - ХИРУРГИЯ

Съчетаните травми представляват най-тежките случаи и поставят пред здравната система и медицинските специалисти редица трудни проблеми и сериозни предизвикателства.

Травматичното засягането на повече от една анатомична област в човешкото тяло се определя като съчетана травма. Вмедицинската литература продължава да се търси терминологичен консенсус по отношение на класификацията на травматичните увреди. Авторите влагат различно съдържание в понятията съчетана, комбинирана, множествена, политравма.

Основните въпроси на които трябва да отговори управлението на пациентите със съчетана травма са: кой, кога, къде, какво. Отговорите на тези въпроси се екстраполират в пространствено-времевия модел на съчетаната травма:

1. Място на злополуката
2. Транспорт до болнично заведение
3. Специализирано здравно заведение

А. Спешно приемно отделение

а. Противошокова зала

В. Операционен блок

С. КАРИЛ

Опеделяяци за изхода са тежестта на травмата, бързите и адекватни мероприятия предприети от медицинските екипи на всеки етап от пространствено-времевия модел и наличието на необходимия материално-технически и човешки ресурс.

ТАНДЕМНА КОМПРЕСИЯ НА MEDULLA SPINALIS И CAUDA EQUINA

(I-A-2-4)

Хр. Желязков, А. Даварски, Т. Китова,

И. Кехайов, Б. Китов

Въведение. Терминът 'tandem spinal stenosis' е употребен за първи път през 1964 г. от Р. Teng и С. Parathe-

odorou за описание на едновременна копресия в шийна и поясна област.[1] В последствие в световната литература се появяват известен брой публикации описващи едновременна компресия в торакална, торако-лумбална и лумбална област [2,3], вследствие стеноза [4], дискова херния [3], арахноидни кисти [5] или тумори на гръбначния мозък [6]. В случаите, когато клиничната и образно-диагностичната картина са по-изразени в лумбална област, тези факти дават основание на хирурга да интервенира първо този локус. В последствие, обаче, са възможни неврологични усложнения, причинени от разположената по-горе лезия [3].

Цел

Да се представят случаи на едновременна компресия на гръбначния мозък и конската опашка и клиничните симптоми, които могат да заблудят лекаря при диагностиката на медуларната лезия и хирургичната стратегия при тези болни.

Материал и методи. Разгледани са 4 случая (3 жени и 1 мъж) преминали през клиниката по Неврохирургия на УМБАЛ „Св. Георги” - Пловдив за период от 2 години (март 2012 - март 2014). Средната възраст на пациентите е 60.5 години (47 - 72). При всичките пациенти заболяването е с история от няколко години, като първоначалните симптоми се манифестират с болка в кръста и в единия или двата крака, придружено с изтръпване и последваща скованост и слабост на долните крайници. (Табл. 1) Клиничната картина при един от нашите случаи се манифестира единствено с болка в лумбална област и отпадна сетивна и моторна симптоматика на определени коренчета на конската опашка. При останалите трима пациенти клиничната картина

РЕЗЮМЕТА - ХИРУРГИЯ

се представя от изразени в по-малка или по-голяма степен проявления на централна и периферна увреда. (Табл. 2) Описание на един от случаите.

Случай № 3. Жена на 65 години. От дълго време се оплаква от болки по хода на гръбнака, главно в кръста, които понякога се спускали в глутеална област и по предно-страничните повърхности на краката, по които имала и изтръпване. Ден преди хоспитализирането ѝ, след умерено натоварване се появили остри болки в торако-лумбалния сегмент на гръбнака, придружени от изтръпване, скованост и слабост на двата крака. За няколко часа се обездвижила напълно. Не можела да уринира спонтанно. Осъществената лумбодорзална миелография и асистирана компютър томография (КТ) визуализира изразена дегенеративна компресия на ниво Th 7-8, с хипертрофия на дъги, ставни фасети и жълт лигамент както и централна стеноза на ниво L4-5 със „стоп“ на контрастната материя.(Фиг. 1. И Фиг. 2.) Осъществена бе оперативна декомпресия най-напред на ниво Th7-8, и веднага след това на L4-5. Установена бе изразена хипертрофия на дъгите, ставните фасети и жълтия лигамент на горното и долно ниво.

Следоперативно е регистрирана редукция на вертебралния синдром и хипестезията за долните крайници, отзвучаване на хиперпатичните коренчеви болки, както и поява на движения за краката (Grade C по Frankel). Персистира ретенцията на тазовите резервоари.

Обсъждане и изводи.

Съществуват публикации в литературата, според които някои от симптомите на клиничната картина при пациенти с тандемна компресия на *medulla spinalis* и *cauda equina* могат да доведат до объркване и трудности за

поставяне на точната диагноза. [2, 3, 7] В тези случаи не рядко се пропуска торакалната лезия поради различни причини: 1. Хиперрефлексията и спастичността на краката причинени от миелопатията се маскират от симптомите причинени от компресията на *cauda equina* и коренчетата. [3,7] При всички пациенти от нашата серия са налице симптоми на възбудна и отпадна сетивна коренчева симптоматика. Моторна отпадна симптоматика и липсващи сухожилно-надкостни рефлексии на долните крайници установяваме при двама, а при трима са налице, повече или по-малко изразени, симптоми на миелопатия.

2. При пациенти с компресия на *epiconus* или *conus medullaris* (от Th 10 до L2) клиничната картина е подобна на тази причинена от лумбална радикулопатия [8,9] Toribatake Y. al. 1999, при серия от 15 болни с подобна локализация на лезиите, установяват при всички едно- или двустранна мускулна атрофия и сетивен дефицит, в 87% - липса на сухожилно-надкостни рефлексии, в 67% - разстройства на тазовите резервоари и само в 20% данни за патологични рефлексии. [9]

При пациентите с компресия на ниво L1 – L2 са характерни болките в глутеална област и предната и предно-страничната повърхност на бедрата, както и позитивен *femoral nerve stretch test*, особено в случаите, когато симптомът на *Lasègue* е отрицателен. [9] Това се потвърждава и от клиничната картина на нашия случай № 1, при който са налице болки с подобна локализация, както и хипотрофия на бедро и подбедрица, без симптоми от засягане на *medulla spinalis*.

3. Първичните стенози в гръдна област са сравнително редки, а при по-възрастни пациенти, не рядко съществуват

РЕЗЮМЕТА - ХИРУРГИЯ

асимптомни цервикални и торакални дегенеративни изменения, които не налагат оперативни интервенции. [1,9] Поради тези причини вниманието на лекаря е насочено към по-честата и очевиден поясна патология и може да пропусне по-високо разположената лезия.[10].

При всички пациенти с клинични данни за лумбална стеноза, задължително трябва да се изключи засягане на гръбначния мозък и при най-малко съмнение задължително трябва да се осъществи МРТ на целия гръбнак за да не се пропусне едновременна компресия на *medulla spinalis*, която в последствие може да компрометира лечението

Въпросът за тайминга и хирургичната стратегия при болни с тандемна

компресия на гръбначния мозък и конската опашка или коренчетата ѝ, при които е налице неврологичен дефицит на долните крайници не е напълно изяснен. Повечето автори считат, че ако не е възможно двете лезии да се отстранят на един етап, най-напред в условията на спешност трябва да се декомпримира гръбначния мозък. При пациенти с компресии от дегенеративен характер в гръдна и поясна област ние сме оперирали на един етап, започвайки от по-горното ниво. При пациентката с торакален менингеом и лумбална стеноза е приложено двуетапно оперативно лечение през десетдневен интервал, започвайки с декомпресия на *medulla spinalis*.

РЕЗЮМЕТА - ПЕДИАТРИЯ

РИСКОВИ ЧУЖДИ ТЕЛА В ДИХАТЕЛНИТЕ ПЪТИЩА В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ

(I-B-1-1)

П. Переновска

Аспирацията на чужди тела е една от най-честите причини за персистираща или рецидивираща респираторна симптоматика в детската възраст. Клиничната картина често наподобява инфекциите на дихателната система или проявите на бронхиална астма. В някои случаи това е причина за грешна или закъсняла диагноза. За щастие, в повечето случаи чуждите тела се изкашля. Останали в дихателните пътища и неразпознати, те могат да станат причина както за тежки, животоопасни състояния, така и да доведат до развитие на хронични необратими промени в белите дробове и до инвалидизация на детето..

Аспирацията на чужди тела е най-честа във възрастта до 4-5 години, съотношението % от момичета: момчета е 1:2. Пациентите са на възраст между 6 месеца и 3 години. Най-често аспирираните чужди тела са растителните. Фъстъците са приблизително 50% от всички чужди тела.

Клиничните прояви на попадналите в бронхите чужди тела зависят от степента на обтурация на бронха. Понякога единствена клинична проява може да бъде едностранната "бронхитна" физикална находка с различно изразен бронхообструктивен синдром. Непълната обтурация на бронхите е най-честата находка при аспирирани чужди тела. Възникналият клапен механизъм води до свръхраздуване на съответния бял

дроб. При пълно запушване на просвета на дихателните пътища се развива ателектаза. Само на няколко дни могат да се развият възпалителни промени /пневмония, едностранни грануляции/ ,което променя физикалната белодробна находка. Рискови ситуации:

1. Множествени чужди тела
2. Голямо чуждо тяло във входа на ларинкса
3. Чуждо тяло в областта на бифуркацията, което закрива устията на двата главни бронха
4. Мигриращи и балотиращи чужди тела /слънчогледови семки, семки от диня, тиква, грах/.

Откриването на рентгеноконтрастни чужди тела решава бързо диагнозата. В ранните срокове на пълното запушване на просвета на бронха рентгенологично се установява ателектаза и изместване на медиастинума към засегнатата страна. При частичната обтурация с вентилен механизъм се установява едностранно увеличена прозрачност на белодробния паренхим с жироки междуребрива, хоризонтален ход на ребрата, ниско разположен и плосък диафрагмален купол и изместване на медиастинума към противоположната страна Мигриращите и балотиращи чужди тела са причина за динамични промени в рентгеновата картина.

Описаната клинична и рентгенова картина и неповлияването от лечението дават основания детето да бъде насочено за диагностична бронхоскопия, даже без анамнеза за аспирация.

Профилактиката на аспирацията на чужди тела се състои в правилно отглеждане и хранене на детето.

РЕЗЮМЕТА - ПЕДИАТРИЯ

ИНТЕГРИРАНИЯТ МЕДИКО-СОЦИАЛЕН ПОДХОД – ГОЛЯМАТА ЛИПСА В ОБГРИЖВАНЕТО НА ДЕЦАТА С ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ В БЪЛГАРИЯ (I-V-1-2)

В. Пилософ, Д. Калайков, Р. Тинчева, П. Переновска, И. Чавдаров

Цел. В педиатричната практика се откриват редица пациенти с хронични болести, чието обгрижване изисква специфични мерки. Те се изразяват в необходимостта от прилагането на интегриран медико-социален и психо-социален подход. В лечението на хроничните заболявания се прилагат редица медицински технологии, чрез които се постига стабилизация в състоянието на пациентите - важна предпоставка и за социалната им (ре) адаптация. В този процес важно място има диспансерното наблюдение. Но това е недостатъчно. Необходимо е съчетание на медицинските технологии със социални практики, насочени към болното дете и семейството му, включително и оказването на психо-социална подкрепа. В България интегрираният медико-социален подход е крайно дефицитен. Достатъчно е да се посочи състоянието на системната рехабилитация, внедряването на редица пособия и медицински изделия (например инфузионни помпи за диабетно болните) и др. Българската педиатрична асоциация се опитва да насочи усилията на МЗ и МТСГ към постепенно изграждане в страната на стройна и ефективна система за обгрижване на децата с хронични заболявания. По-важните нерешени проблеми на децата с хронично заболяване са: 1. Липса на единна нормативна база за правата на детето в областта на медицинската и социална помощ. 2. Липса на голяма университетска педиатрична болница, в

която има достъп до всички специалисти в областта на педиатрията и осигуряване на мултидисциплинарен подход в диагностиката и лечението. 3. Върху семействата на деца с хронични заболявания пада голяма финансова тежест, без да има достатъчно ефективни социални механизми за преодоляването ѝ. 4. Не е осигурена приемствеността в медицинското и социално обгрижване при пациентите с хронични заболявания при навършване на 18 години. 5. Няма регистър на пациентите с хронични заболявания. 6. В страната няма хосписи за деца. 7. Не е решен въпросът с осигуряване на компетентна и ефективна рехабилитация на всички групи хронични заболявания. 8. Съществуват проблеми с достъпа до адекватно образование. 9. Има трудности с осигуряването на определени медикаменти. 10. Няма ефективно сътрудничество на медицинските и социални служби за конкретния пациент. 11. Не е уреден въпросът за мястото и ролята на дородовата диагностика, не са внедрени полезни практики за интегриран подход за вземане на решение за поведение в този тип дейност.

Заключение. Решаването на тези проблеми изисква: 1. Създаване на интегрирани медико-социални служби в големите лечебни заведения. 2. Изработване на „Индивидуален интегриран медико-социален план“ за всеки конкретен пациент, който да стане официален документ в медицинското досие на пациента.

РЕЗЮМЕТА - ПЕДИАТРИЯ

ЦЕНТЪР ЗА КОМПЛЕКСНО ЛЕЧЕНИЕ НА ТАЛАСЕМИЯ И ХЕМОФИЛИЯ

(I-B-1-4)

В. Калева

Хемофилията и таласемията са едни от най-често срещаните редки вродени заболявания, които в европейски и световен мащаб са доказали предимството да бъдат лекувани и проследявани в специализирани центрове. По задание на МЗ през 2012 г. в МУ – Варна и УМБАЛ “Св. Марина” – Варна стартира проект за изграждане на Център по таласемия и хемофилия, който приключи успешно през м. ноември 2013 г. Центърът е построен със собствени средства и напълно отговаря на критериите на Европейския комитет на експертите по редки болести (EUCERD) за качество на експертни центрове по редки болести и на изискванията на Световната федерация по хемофилия и Международната федерация по таласемия за комплексно обслужване на пациенти с таласемия и хемофилия. Той е структуриран към Специализираната детска клиника по клинична хематология и онкология. Основния екип се състои от специалисти по хематология, координатор и медицински сестри с квалификация в областта на вродените анемии и коагулопатии. Към него е сформиран мултидисциплинарен екип от 13 специалиста в различни области на медицината. Центърът предоставя пълен набор от изследвания за диагностициране, лечение и проследяване на пациенти с вродени анемии и коагулопатии и координира всички здравни услуги за тези пациенти в болнични и извънболнични условия. Осигурява спешна помощ 24 часа в денонощие. Провежда експертни консултации на пациенти и здравни професионалисти. Поддържа научни и

методологични контакти с национални и чуждестранни центрове по таласемия и хемофилия и организира научни и образователни форуми за професионалисти и пациенти. Поддържа специализиран електронен регистър и база данни за обслужваните пациенти.

СПЕЦИФИЧНА ПРОФИЛАКТИКА НА ХЕПАТИТ ТИП В ПРИ ДЕЦА (I-B-2-1)

**Ц. Теохаров, А. Кеворкян, Е. Маркова,
Д. Банкова**

Цел: Хепатит тип В сравнително рядко води до фулминантен хепатит, което е основното спешно състояние при деца и възрастни с това заболяване, но последствията са изключително тежки с много висока смъртност. Ето защо профилактиката на тази инфекция е от особено значение, както за България така и за целия свят. Профилактиката на хепатит В вирусната инфекцията у нас при новородените започва през 1992, като от 2012 год. 183 държави по света извършват такава имунизация.

Целта на доклада е да се анализират данните от проучвания за имуногенността на използваните рекомбинантни ваксини срещу вируса (HBV) причинител на това заболяване, при деца в България. Материали и Методи:

Представени са данни от проучване за разпространението на HBV в България. Регионално проучване - 2010-2011 год.

Имуногенност на използваните ваксини срещу HBV при деца в България.

Проучване на първичния имунен отговор при 140 новородени.

Проучване продължителността на хуморалния имунитет при 140 деца.

РЕЗЮМЕТА - ПЕДИАТРИЯ

Резултати:

Получени са следните данни за наличие на HBsAg, сновен маркер на HBV позитивните лица в Пловдивска област – проучване 2010-2011 год. При изследвани общо 865 лица, HBsAg се открива при 34 (3.9%), като HBV DNA положителните лица до 2000 IU/ml са 16/22 (73%).

Данните за имуногенността на рекомбинатна ваксина срещу хепатит В след първичен курс на имунизация при 140 новородени деца са: anti-HBsAb-98.6% > 10 mIU/ml (защитен титър); 93% > 100 mIU/ml.

Резултати при проучване на 140 деца ваксинирани с рекомбинантни ваксини: откриват се протективни антитела anti-HBs \geq 10 mIU/ml с GMC (mIU/ml) -5 -15 години след имунизация срещу HBV-84.6 - 61.1 % съответно. След прилагане на бустерна доза ваксина при деца с титри на anti-HBs < 10 mIU/ml – всички са с anti-HBs > 10 mIU/ml (защитен титър).

Изводи:

България се намира в зоната със средно разпространение на HBV (средно 4%).

Имунизацията с рекомбинантни ваксини срещу хепатит тип В при деца осигурява надеждна и дълготрайна протекция.

Ключови думи: хепатит тип В, специфична профилактика

КЪСНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ И АМБУЛАТОРНИ ПРОБЛЕМИ НА НЕДОНОСЕНОТО ДЕТЕ (I-B-2-2)

Х. Мумджиев

Актуалността на късното проследяване на недоносените се определя от спецификата на здравните проблеми на тази особена рискова група новородени деца. Относителният брой недоносени у нас е висок – около 10%, а в последните години нараства броят на преживелите деца с екстремно ниска телесна маса (под 1000гр.). Голяма част от тях развиват хронични заболявания, свързани с недоносеността. Това предполага задълбочени познания от страна на ОПЛ относно късните здравни проблеми на недоносените, както и изграждане и поддържане на система за късно проследяване, свързваща ОПЛ със нужните тесни специалисти от допълнителната и болнична помощ. Обсъдени са спецификите в растежа, развитието и храненето на недоносените през първите месеци от живота. Особено място е отделено на установяване и адекватно лечение на хроничната патология на недоносеността – бронхопулмонална дисплазия, ретинопатия на недоносеното, уврежданията на нервната система, зрението, слуха и др. Обсъдени са особеностите в провеждането на общи и специфични за недоносените профилактични дейности, както и възможностите за повлияване на психосоциалната адаптация на семейството.

РЕЗЮМЕТА - КАРДИОЛОГИЯ

ОСТЪР КОРОНАРЕН СИНДРОМ – ДИАГНОЗА И ЛЕЧЕНИЕ

(I-A-3-1)

И. Димитрова

Острият коронарен синдром (ОКС) е една от проявите на исхемичната болест на сърцето (ИБС) и е сборно понятие на клинични белези и симптоми на миокардна исхемия: нестабилна ангина (НАП), миокарден инфаркт без ST елевация (NSTEMI) и миокарден инфаркт със ST елевация (STEMI). Настоящото съобщение дава определение за ОКС, условията, при които той възниква, описва неговата патофизиология; вариациите в диагностичните критерии – маркери за миокардна некроза и ЕКГ белези и очертава лечебните подходи според новите препоръки - медикаментозна и реперфузионна терапия.

ИБС е най-честата причина за смърт в САЩ и Европа. ОКС е причина за повече от 2.5 млн хоспитализации в световен мащаб ежегодно. Установено е, че на всеки 34 секунди един човек получава миокарден инфаркт в САЩ, а всяка минута настъпва смъртен случай вследствие на големи коронарни събития.

Атеросклерозата е едно от най-бавно прогресиращите заболявания в човешкия организъм. Атеросклеротичните лезии обичайно се формират от няколко години до десетилетия. Въпреки хроничния характер на атеросклерозата, тромботичните ѝ усложнения настъпват внезапно. По този начин, оклузивна тромбоза, появила се в резултат на руптурирала атеросклеротична плака, прекъсва коронарния кръвоток и предизвиква ОКС със ST елевация. ОКС без ST-елевация е резултат от непълното или преходно запушване на потока във виновната

коронарна артерия на мястото на критична стеноза.

Диагностичните критерии включват: клинични белези, маркери за миокардна некроза и 12-канално ЕКГ. Тяхната специфичост и чувствителност са различни и определени от съвременните гайдлайни.

Диагнозата и лечението на пациент със съмнение за ОКС започват с първия контакт с медицинско лице.

Препоръки:

- направата на 12-канално ЕКГ -до десетата минута.

- ЕКГ мониторинг - възможно най-бързо при пациенти със съмнение за STEMI.

- Липсата на типични ЕКГ белези при пациенти с признаци и симптоми на персистираща миокардна исхемия, не изключва диагнозата – ОКС.

- Осигуряване на коронарна реперфузия бързо и ефективно с преимущество на първичната PCI, която трябва да е достъпна при колкото се може повече пациенти.

- Центровете за първична PCI трябва да осигуряват 24ч/7дни разположение и да осъществяват първична ангиопластика възможно най-бързо – по възможност до 60-тата минута от първия контакт с пациента.

- Рамки от първия медицински контакт до миокардната реперфузия: 1) Фибринолиза ≤ 30мин. 2) PCI ≤ 90мин. (≤60мин ако пациентът се представя до 120 минута от началото на появата на първите симптоми)

- Реперфузионна стратегия е показана при всички пациенти с начало на симптомите < 12ч и персистираща елевация на ST сегмента или новопоявил се ЛББ.

- Реперфузионна стратегия (за предпочитане първична PCI) е показана при наличие на персистираща исхемия, дори при начало на симптоматиката >12 часа.

РЕЗЮМЕТА - КАРДИОЛОГИЯ

Инвазивна стратегия при пациенти с НАП/ОКС без ST елевация зависи от рисковата стратификация и може да бъде: спешна <2h, ранна <24h и отложена <72h; неинвазивна стратегия, чрез доказване на индуктабилна исхемия при ниско-рискови пациенти.

- Еднаква стратегия при двата пола.

- Насочено внимание за ОКС при атипична симптоматика при жени, диабетици и възрастни пациенти.

- Специално внимание за екзактна дозировка на антиагреганти при възрастни и при пациенти с бъбречна недостатъчност.

ИБС е водеща причина за смъртност в световен мащаб, преобладаваща в страни с по-дълга очаквана продължителност на живота. Трябва да се намери баланс в спешните отделения между бързата диагностика на ОКС при неговото наличие и избягване на излишното и продължително изследване при малка вероятност за заболяването. Успешната диференциална диагноза между ОКС и други прояви на гръдна болка, някои от които могат да бъдат също животозастрашаващи е предизвикателство за спешните звена на допълнителна помощ.

ЕНДОВАСКУЛАРНО ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТИ НА АОРТАТА: 10 ГОДИШЕН ОПИТ НА УНСБАЛСЗ “СВЕТА ЕКАТЕРИНА” ЕАД – СОФИЯ (I-A-3-2)

П. Симеонов, Д. Трендафилова, И. Димитрова, Ю. Джоргова, В. Стойнова, Г. Царянски, Д. Петков, Г. Начев

Увод:

Ендоваскуларното лечение на болестите на торакалната и абдоминалната аорта е адекватна алтернатива на отворената хирургична интервенция. Характеризира се с по-ниска честота на усложнения и смъртност.

Цел:

Целта на настоящото изследване е да се представи опита и резултатите на УНСБАЛ “Света Екатерина” – София за период от 10 години, при пациенти след ендоваскуларно лечение по повод на аортни дисекации, торакални и абдоминални аневризми.

Материал и методи:

За периода 2003–2014 г. при 87 пациента (мъже - 66 ; жени - 21) в УНСБАЛ “Св. Екатерина” е проведено ендоваскуларно лечение на дисекации и аневризми на торакалната, торако-абдоминална и абдоминална аорта. Средната възраст на пациентите е 52г. Средният срок на проследяване е 24+_5 месеца. Патологията включва –аортна дисекация тип В при 60 пациента, аортна дисекация тип А при 1 пациент (комбинация от хирургично с ендоваскуларно лечение), аневризма на десцендентна торакална аорта при 15 пациента и абдоминална аневризма при 9 пациента. Стент-графт имплантация по спешност бе извършена при 41 пациента и планово при 46 пациента. При 8 пациента ендоваскуларното лечение, бе извършено като част от хибридна процедура – байпас от асцендентна аорта към съдовете на

РЕЗЮМЕТА - КАРДИОЛОГИЯ

аортната дъга с последващо едноетапно или на втори етап ендопротезиране на аортна дъга, аортно клапно протезиране с протезиране на асцендентна аорта с едноетапно ендопротезиране на десцендентна торакална аорта, ендопротезиране на десцендентна торакална аорта с последващ каротидно-субклавиален байпас и др. Процедурата е извършена в катетеризационната лаборатория и при един пациент в хирургична операционна в условията на обща анестезия с ендотрахеална интубация. Използван е трансфеморален, транслиачен или трансаортен съдово-хирургичен достъп. При всички пациенти аортната патология е оценена предоперативно и следоперативно с помощта на ЕхоКГ и СТ multislice ангиография. Като индикации за ендопротезиране на аортата са използвани препоръките за хирургично лечение на аортни дисекции и аневризми. Постоперативно пациентите са проследени на 1, 6 и 12 месеца с multislice CT аортография

Резултати: Процедурен успех, дефиниран като успешна имплантация на ендопротезата, изолиране на ентрито при аортни дисекции и съответно ефективно изолиране на аортните аневризми се наблюдава при 98,8 % от пациентите. При 9,2% от пациентите настъпи летален изход до 30-ти ден. Средната продължителност на механична вентилация е 4 ч. Като перипроцедурни усложнения се наблюдаваха: остра бъбречна недостатъчност - 7,8%, остра дихателна недостатъчност - 6,5%, неврологични усложнения - 2,3%. При 3,4 % (3) от пациентите се наблюдаваха първични (до 30 ден) ендолейка и при 2,3% (2) - вторични (след 30 ден) ендолейка. Установи се значително подобрене на функционалния клас. Преживяемостта

на 1 година от проследяването е 96,6%. **Изводи:** Ендоваскуларното лечение на болестите на аортата се представя, като процедура с добър средносрочен резултат и сравнително нисък риск и метод на избор при лечението на тази патология. Представява екипна дейност и често се налага да бъде извършено при пациенти с много висок риск, нерядко налагащо хибридна процедура и може да се осъществи в кардиохирургичен център с опит в лечението на тази патология.

ОПТИМАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА ПОСТИНФАРКТЕН МЕЖДУКАМЕРЕН ДЕФЕКТ – ОПИТЪТ НА УСБАЛССЗ „СВ. ЕКАТЕРИНА” (I-A-3-3)

П. Кратунков, Н. Чилингинова, Ю. Джоргова, Д. Петков, Г. Начев

Цел:

Запознаване с едно от най-тежките усложнения на острия миокарден инфаркт (ОМИ) и изработване на стратегия за терапевтично поведение. Постинфарктният междукामерен дефект или руптурата на междукамерната преграда настъпва в резултат на трансмурален инфаркт на миокарда. Това е едно от трите механични усложнения на острия инфаркт на миокарда. Останалите две са руптура на свободната стена, която обикновено е с фатален изход, и руптурата на папиларен мускул, която води до остра митрална инсуфициенция.

Заключение: Операцията на постинфарктен междукамерен дефект е рядка интервенция, с висок риск и голям процент усложнения. Без оперативна намеса обаче смъртността е изключително висока.

РЕЗЮМЕТА - КАРДИОЛОГИЯ

В тази презентация правим преглед на литературата, препоръките за оптимално лечение и споделяме нашия опит.

ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРИТЕ ДИСЕКАЦИИ НА ГРЪДНАТА АОРТА (I-A-3-4)

Р. Илиев, Д. Петков, Г. Начев

Цел:

Целта на настоящата презентация е да се покаже алгоритъма на диагностика и най-ефикасното хирургично лечение при остри дисекции на гръдната аорта, базирани на 30-годишния опит на болница „Св. Екатерина“.

Материал и методи: От януари 1984 г. до юли 2013 г. в болница „Св. Екатерина“ са приети 1556 пациенти с остра дисекция. От тях тип А са 1309, а тип В – 247 пациенти. При тип А разпределението остра/хронична е 876/433, а при тип В – 192/55. След диагностика по строго определен алгоритъм е извършена оперативна реконструкция на засегнатия участък от аортата със съдова протеза, като при част от пациентите се е налагало осъществяването на допълнителни хирургични интервенции (операция на Bentall-DeBono, операция на Wheat, коронарен байпас и др.).

Резултати:

Общата смъртност при оперираните пациенти с тип А дисекция е 16,9%. Други усложнения са параплегията, остър респираторен дистрес синдром (ARDS), остра бъбречна недостатъчност, абдоминална малперфузия, некроза на гръдната или на коремната стена, исхемия на долните крайници, сепсис и медиастинит. Обсъждане и изводи: Оперативните резултати недвусмислено показват,

че единственото правилно лечение при остри дисекции на гръдната аорта, особено тип А е хирургичното. Алтернатива на хирургичното лечение при тип В дисекции е ендоваскуларното стентирание.

ЕНДОВАСКУЛАРНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ДИСЕКАЦИИ НА АОРТАТА (I-A-3-5)

И. Петров, З. Станков, Л. Пенев, Ц. Гълъбов, С. Стефанов

Ендоваскуларното лечение при дисекция на аортата се наложи като сигурен метод за лечение при пациентите с тип В по Станфорд дисекция на аортата, както и при пациенти след оперативно лечение с персистираща висцерална и периферна исхемия. Представяме нашите краткосрочни и дългосрочни резултати при 68 пациенти третирани от нашия екип. Представяме клинични случаи с различен подход и използвани материали и техники както и резултатите от проследяването. Пациентите са проследявани в определени времеви интервали със СТ, доплер както и клинично-лабораторни изследвания.

СПЕШНИ СЪСТОЯНИЯ НА АРТЕРИАЛНАТА СИСТЕМА (I-A-4-1)

В. Говедарски, А. Тонев, С. Димитров, Т. Захариев, Г. Начев

Цел на настоящия доклад е запознаване с адекватното хирургично поведение при спешни състояния на артериалната система.

Артериалната система доставя кислород и хранителни продукти на тъканите и органите в организма, обезпечавайки нормалното им функциониране. Остра артериална недостатъчност

РЕЗЮМЕТА - КАРДИОЛОГИЯ

представлява внезапно прекъсване на кръвния ток на дадено ниво на артериалният ствол с настъпване на исхемия дистално от мястото на обтурацията на кръвоносния съд. Симптомите се изразяват в болка, изстиване, посиняване, побеляване и изтръпване на крайника, изчезване на съдовите пулсации, пареза, прострация и загуба на функция. Методите на лечение са комплексни, най-често хирургични и имат за цел да предотвратят загубата на крайника. Острата артериална недостатъчност се проявява при артериални емболии и тромбози (80%), руптура на артериални съдове (3%) и при травми (15%). Морфологично тромбозата представлява прижизнено образуване на кръвни съсиреци в съдовете, а при емболии – миграция на тромботични материали от сърдечните кухини към артериалната система на крайниците и мозъка. Патогенетичните причини за тромбози и емболии са нарушения в нормалното състояние на кръвта и кръвоносната система, изразяващи се в триадата на Вирхов: увреждане на съдовата стена, промени в кръвния ток – завихряне или стаза, промени в състава и свойствата на кръвта.

Тези спешни артериални състояния в съдовата хирургия изискват бърза хирургична намеса. При неоказване на своевременно и компетентна лекарска помощ още в първите шест часа от настъпването им, има висока вероятност от загуба на крайник впоследствие, а също така и понякога за живота на болния при изразена сърдечно-съдова патология!

В клиниката по съдова хирургия и ангиология към УСБАЛССЗ „Св. Екатерина“ - София годишно се извършват всички видове инвазивни и хирургични методи за лечение на

острата артериална недостатъчност при над 100 случая годишно.

Заключение: В условията на спешност окончателните резултати от лечението са по-неблагоприятни в сравнение с плановата хирургична дейност, поради тази причина своевременната реакция и мултидисциплинарен подход са от първостепенно значение за прогнозата като цяло!

ХИРУРГИЧНО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ОСТРО НАРУШЕНИЕ НА МОЗЪЧНОТО КРЪВООБРАЩЕНИЕ (I-A-4-2)

А. Тонев, С. Димитров, Л. Шкварла, Т. Захариев, Г. Начев

Цел на настоящият доклад е изследване на хирургичното поведение при остро нарушение на мозъчното кръвообращение и документизиране резултати от спешна оперативна интервенция на сънната артерия при неврологично нестабилни пациенти с акцент върху инсулт, смъртност и сърдечни усложнения.

В края на ХХв. се проведеха няколко големи проспективни рандомизирани мултицентрични проучвания в Европа и САЩ, които доказаха ползата от оперативното лечение на каротидните артерии в сравнение с медикаментозното, при правилна селекция на симптоматичните и асимптоматичните пациенти. В същото време няма сигурни доказателства от проучванията, подкрепящи приложението на спешната или неотложната каротидна тромбendarтеректомия (CEA) в клиничната практика.

Независимо от това, настоящото мнение подкрепя ролята на неотложната каротидна хирургия при болни с кресчендо (скъсяващи се интервали) ТИА

РЕЗЮМЕТА - КАРДИОЛОГИЯ

(транзиторни исхемични атаки), исхемичен инсулт в еволюция или прогресиращ, или такъв с флукутираща симптоматика за кресчендо преходни исхемични атаки.

Тъй като основната етиологията се смята, че е остро разязвяване на плаката с подлежащите тромби, те са считани за висок риск за инсулт, следователно тези два феномена трябва да бъдат обсъдени за спешна медицинска помощ и пациентът трябва да бъде хоспитализиран за неотложна оценка и лечение. В тези случаи обаче, комбинирания периоперативен риск на неврологични и сърдечни усложнения след спешна/неотложна каротидната хирургия за нестабилни неврологични симптоми е по-висок от този, очакван след планова операция за стабилни симптоми.

В клиниката по съдова хирургия и ангиология към УСБАЛССЗ „Св. Екатерина“ през последните 5 години са извършени над 20 спешни СЕА по повод остро нарушение на мозъчното кръвообръщение на хомолатералната каротидна артерия, в тясно сътрудничество с клиниката по неврология на УМБАЛ „Царица Йоанна“ и МБАЛНП „Свети Наум“ – София.

Заключение: Поведение при остро нарушение на мозъчното кръвообръщение и последващото хирургично лечение са резултат от мултидисциплинарният подход при пациента – адекватната колаборация между отделните специалисти – ОПЛ, невролог, ангиолог, съдов хирург, кардиолог.

ХИРУРГИЧНО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ОСТРО НАРУШЕНИЕ НА ВЕНОЗНОТО КРЪВООБРАЩЕНИЕ (I-A-4-3)

А. Тонев, В. Говедарски, Ил. Петров, С. Геннадиев, Т. Захариев, Г. Начев

Цел на настоящия доклад е запознаване с адекватното хирургично поведение при остро нарушение на венозното кръвообращение.

Венозен тромбоемболизъм е обобщено название за етиопатогенетично свързаните етапи на единния болестен процес – тромбоза на периферна вена, емболизация и тромбоза на клон на белодробната артерия. Тромбозата на периферна вена от своя страна се дели на дълбока – тромб в лумена на субфасциалната венозна система, и повърхностна. Предизвиканата вторична възпалителна реакция обхваща венозната стена и околните тъкани. Тромбът или част от него може да се откъсне и да достигне белодробната артерия или нейн клон. Този феномен се нарича белодробен тромбоемболизъм. Хроничното усложнение на нефаталния БТЕ се нарича белодробна хипертония. Друго усложнение в голям процент от случаите е посттромбозния синдром.

Независимо от напредъка в диагностиката, лечението и профилактиката на ВТЕ, той остава тежко и животозастрашаващо заболяване, което засяга хоспитализирани и здрави индивиди. ВТЕ е значим здравен, социален и икономически проблем заемащ третото почетно място сърдечно-съдово заболяване след исхемичната болест на сърцето и мозъчния инсулт.

Има много заболявания и състояния, които могат да причинят или да повишат риска от развитие на ВТЕ. Приема се, че възникването е резултат от две групи рискови фактори – предразполагащи и провокиращи.

През 1856 г. Вирхов дефинира триада

РЕЗЮМЕТА - КАРДИОЛОГИЯ

от патогенетични фактори, водеща до възникването на венозна тромбоза – увреждане на венозната стена, повишена съсирваемост и забавен венозен кръвоток.

Еволюцията на ВТЕ минава през три основни фази – остра в първите 7-10 дни, подостра до края на първия месец и хронична до края на първата година.

Диагностичните методи биват лабораторни, образна диагностика, дуплекс скениране и плетизмография.

Лечението на ВТЕ е консервативно, инвазивното или хирургично.

В клиниката по съдова хирургия и ангиология към УСБАЛССЗ „Св. Екатерина“ се извършват всички видове инвазивни и хирургични методи на

лечение – директна катетърна и индиректна тромболиза, хирургична тромбектомия и/или прекъсване на ембологенни повърхностни вени, перкутанна ангиопластика с или без имплантация на стент, поставяне на Вена Кава филтри за профилактика.

Заклучение: Лечението на ВТЕ е най-често консервативно, но инвазивното и хирургичното лечение имат своите преимущества при заплашаваща венозна гангре или висок риск от белодробна емболизация. Активното отстраняване на тромба от венозния съд има потенциала да намали острите симптоми и да понижи риска от постромбозен синдром.

РЕЗЮМЕТА - ЕНДОКРИНОЛОГИЯ

ХИПОГЛИКЕМИЯ (I-B-3-1)

Н. Чакърова

Увод. Хипогликемията е остро, животозастрашаващо състояние, което в клиничната практика се среща най-често при пациенти със захарен диабет. **Определение.** Хипогликемия при пациенти със захарен диабет са всички епизоди на абнормно ниска глюкозна концентрация, които излагат индивида на потенциална опасност. Препоръчва се границата от 3.9 ммол/л, тъй като при това ниво на плазмената глюкоза се включват първите физиологични механизми на защита, които при захарен диабет са компрометирани.

Класификацията на хипогликемията при пациенти със захарен диабет се базира на наличието или отсъствието на симптоми и измерена глюкозна концентрация. Различават се:

- тежка хипогликемия,
- документирана симптоматична хипогликемия,
- асимптоматична хипогликемия,
- вероятна симптоматична хипогликемия и
- относителна или псевдо-хипогликемия.

Причини и рискови фактори. По същество хипогликемията при захарен диабет е пример за ятрогенна, лекарствено индуцирана хипогликемия с високо инсулиново ниво, свързана с провеждано лечение с инсулин или инсулинови секретагози. Дължи се на несъответствие между действието на приложените медикаменти, приема на храна и физическата активност. Най-честите рискови фактори за настъпване на хипогликемия са прием на по-високи дози инсулин или инсулинови секретагози, апликация на инсулин в несъответно време или място, приложение на несъответен вид

инсулин, пропуснато основно хранене или хранене без въглехидрати, физическа активност, консумация на алкохол.

Патофизиология. Физиологичната реакция при понижаване на плазмената глюкоза включва три последователни механизма на защита – потискане на секрецията на инсулин, повишаване на секрецията на глюкагон и катехоламини. При захарен диабет първите две защитни линии – промените в секрецията на инсулин и глюкагон, са компрометирани или липсват. Отговорът на организма е зависим от симпатикоадреналната реакция, която в някои случаи също може да бъде намалена.

Клиничната картина се определя от две групи симптоми – адренергични и невроглюкопенични. Първо се изявяват адренергичните симптоми – сърцебиене, изпотяване, тремор, чувство на глад, безпокойство и др., които имат за цел да алармират индивида и да предизвикат съответна защитна реакция – прием на храна. При задълбочаване на хипогликемията се изявяват невроглюкопеничните симптоми – когнитивни нарушения, промени в поведението, фокална неврологична симптоматика до генерализирани гърчове и кома. Сериозен проблем представлява така нареченото неразпознаване на хипогликемията, при което липсва адренергичната фаза и хипогликемията е безсимптомна. Неразпознаването на хипогликемията се дължи на автономна дисфункция, която може да бъде обратима като последствие от предшестващи епизоди на хипогликемия или да бъде трайна, когато е израз на хронично усложнение на захарния диабет – автономна диабетна невропатия.

Усложнения. Хипогликемията при пациентите със захарен диабет е свързана с повишена болестност и смъртност.

РЕЗЮМЕТА - ЕНДОКРИНОЛОГИЯ

Страхът от хипогликемия е бариера за постигане на целите на гликемичния контрол като по този начин потенцира развитието на хроничните усложнения на заболяването. Хипогликемията влошава качеството на живот на пациентите, повишава риска от травми, сърдечно-съдови инциденти и деменция. Около 2-4% от смъртността сред пациентите със захарен диабет се дължи на хипогликемия.

Лечението зависи от тежестта на хипогликемията. При леки хипогликемии е необходимо да се приемат през устата бързорезорбиращи се въглехидрати, еквивалентни на 15 г кристална захар. Дозата се повтаря, ако до 15 мин. симптомите не отзвучат. Допълнително се приемат 1-2 хлебни единици комплексни въглехидрати. При тежка хипогликемия лечението е парентерално - прилагат се 50 мл 40% глюкозен разтвор интравенозно или 1 мг глюкагон. По правило при пациент със захарен диабет в безсъзнание поведението винаги е както при хипогликемия.

Профилактика.

Основно значение за превенция на хипогликемиите има обучението на пациентите. От съществена важност е и определянето на индивидуални цели на гликемичния контрол, както и избора на подходящи терапевтични схеми и медикаменти.

ДИАБЕТНА КЕТОАЦИДОЗА (I-B-3-2)

Г. Грозева

Цел: Да се характеризират същността, честотата, патогенезата и патофизиологията на диабетната кетоацидоза (ДКА). Да се разгледат клиничните

особености, диагностичния подход, поведението, както и възможните усложнения. Специален акцент се поставя на превенцията на ДКА и обучението на пациентите за адекватна реакция при появата на първите симптоми.

Диабетната кетоацидоза (ДКА) е тежко метаболитно усложнение на захарния диабет, предизвикано от абсолютен или относителен дефицит на инсулин и повишение на стресовите хормони, водещи до повишаване на кръвната захар и увеличение на кетотелата в кръвта и урината.

Честотата на ДКА зависи от качеството на диабетния контрол. Смъртността през последните години е значително намалена (1- 5%).

Най-честите причини за ДКА са:

нелекуван новооткрит захарен диабет (до 30%), инфекции, остри сърдечно-съдови инциденти, травми, оперативни интервенции, пропускане или спиране на лечението с инсулин, хормонален дисбаланс с превес на контрарегулаторните хормони и др.

В патогенезата на ДКА основна роля играе нарастващият инсулинов дефицит, който се последва от намаляване усвояването на глюкоза, водещо до повишаване нивата на кръвната захар в кръвта. Поради невъзможността на клетките да усвоят глюкозата (нарушения в глюкозните транспортери-GLUT), започва активиране на глюконеогенезата в черния дроб за набавяне на енергийни субстрати, а това допълнително повишава кръвната захар. Отпада инхибиращото действие на инсулина върху хормон - чувствителната липаза. Това, заедно с повишените стресови хормони, води до разграждане на триглицеридите до неестерифицирани мастни киселини и активиране на кетогенезата. Започва неконтролируемо натрупване на кетокиселини, които

РЕЗЮМЕТА - ЕНДОКРИНОЛОГИЯ

обуславят ацидозата. Хипергликемията води до осмотична диуреза, а тя до дехидратация и електролитни нарушения.

Клиничната картина на ДКА се развива постепенно (в рамките на няколко дни) с оплаквания от полидипсия, полиурия, загуба на телло, отпадналост, крампи, гадене и повръщане, ацетонов дъх, коремни болки, чувство за недостиг на въздух (при тежки случаи - Кусмаулово дишане), хипотония, сърдечни аритмии, различни по степен промени в съзнанието (обърканост, сънливост, кома). Според степента на тежест различаваме - химична кетоза, компенсирана и декомпенсирана ДКА.

За поставяне на диагнозата диабетна кетоацидоза, значение имат: клиничната картина, установяването на висока кръвна захар (понякога се наблюдава еугликемична ДКА), наличието на кетони в кръвта и урината. По-точно е да се изследват бета-кетоните (бета хидрокси маслената киселина) в кръвта, отколкото ацетона в урината. Диагностичният алгоритъм включва и редица изследвания, свързани с уточняване причината и тежестта на кетоацидозата (кръвно-газов анализ, електролити, пълна кръвна картина, оценка на бъбречната и чернодробна функция, ЕКГ, рентгенография на бял дроб и сърце и др).

Основните принципи на лечението на ДКА са: адекватна рехидратация, своевременно започване на инсулиново лечение, корекция на електролитните нарушения и ацидозата, профилактика на усложненията. Особено важна е анамнезата и уточняване етиологичната причина с цел недопускане на повторна кетоацидоза. Към всеки пациент с ДКА трябва да се подходи индивидуално в зависимост от тежестта на състоянието и

придружаващите заболявания като се спазват общите принципи на терапията.

Значимо място в профилактиката на ДКА заема обучението на пациентите. Те трябва да бъдат обучени за справяне със заболяването в ежедневието, за самоконтрол и поведение при всички състояния, които са рискови за изява на ДКА.

Заключение: Диабетната кетоацидоза в большинството от случаите би могла да бъде предотвратена. Правилното и своевременно лечение водят до по-бързо възстановяване и връщане на пациента към ежедневието. Въвеждането на обучението на пациентите със захарен диабет в рутинната практика, както и наличието на стандартизирани протоколи за поведение, са основните причини за намаляване честотата на ДКА в последните години.

СПЕШНИ СЪСТОЯНИЯ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НАДБЪБРЕЧНАТА МЕДУЛА

(I-B-4-2)

Ат. Еленкова

Органично обусловената хиперкатехоламинемия е рядко състояние, което засяга 1 на 1000 хипертоници, но обуславя много висок риск от разнообразни остри усложнения, налагащи спешна интервенция. В над 90 % от случаите повишената продукция на катехоламини е резултат на наличието на феохромоцитом с надбъбречна локализация и само в около 10% локализацията може да бъде екстраадrenalна (с произход от симпатиковите ганглии). Артериалната хипертония е водещ синдром при 90% от болните, като обичайно е с кризисен ход, много често тежка, резистентна на

РЕЗЮМЕТА - ЕНДОКРИНОЛОГИЯ

конвенционалната антихипертензивна терапия или малигнена (с ретинопатия, изразена протеинурия, енцефалопатия). В типичните случаи по време на хипертоничната криза се наблюдава диагностичната триада главоболие, изпотяване и сърцебиене, но не рядко заболяването протича атипично, а в една десета от случаите дори липсва хипертония (т.нар. „тихи феохромоцитом“). Ниската честота и атипичното протичане на този невроендокринен тумор, наречен с основание „великия имитатор“ са основните причини за късното му диагностициране и високия процент усложнения, които обуславя. Пациентите с феохромоцитом могат да развият разнообразна палитра от спешни състояния. Най-чести са сърдечно-съдовите инциденти (хипертонична криза, хипотония и шок, камерни и надкамерни аритмии, проводни нарушения, остро настъпила сърдечна недостатъчност, катехоламинова кардиомиопатия; остър миокарден инфаркт или нестабилна ангина, както и остра периферна исхемия. От белодробните усложнения най-честа находка е белодробният едем, който може да бъде кардиоогенен (в резултат на тежка хипертонична криза) или некардиоогенен (на базата на директен вазоконстрикторен ефект на катехоламините върху белодробните посткапиларни вени). Болният с феохромоцитом може да бъде приет по спешност в хирургично отделение с картината на остър хирургичен корем зад която да се крие чревна исхемия от вазоконстрикция на мезентериалните артерии, паралитичен илеус или руптура на феохромоцитомата. Най-честите неврологични усложнения са хеморагичен мозъчен инсулт и субарахноидален кръвоизлив, но могат

да се изявят и гърчове на базата на мозъчна исхемия. В нефрологичната спешност суспектни за феохромоцитом са пациенти с хипертония и изява на остра бъбречна недостатъчност без анамнеза за подлежащо бъбречно заболяване. Опитните анестезиолози са запознати с факта, че някои анестетици могат да провокират тежки пресорни реакции при пациенти с недиагностициран феохромоцитом чрез директно изръсване на катехоламини в циркулацията. Респективно, в акушеро-гинекологичната и хирургичната практика всички родилки или пациенти, получили тежки пресорни реакции при въвеждане в анестезия трябва да бъдат насочено изследвани за феохромоцитом. Най-рядкото, но най-тежко усложнение, свързано с най-висок леталитет е т.нар. мултисистемна криза, изявяваща се с полиорганна недостатъчност, шок, хиперпирексия, енцефалопатия и ДИК синдром.

Единственото радикално лечение на това заболяване е хирургичната екстирпация след задължителна двуседмична предоперативна подготовка, включваща алфа-блокада и нормализиране на плазменния обем, която значимо намалява периперативния риск. Въпреки сериозната си клинична изява, навременното диагностициране и лечение на този рядък, предимно бенигнен тумор, се последва от пълно излекуване с нормализиране на артериалното налягане в 75% от случаите, а рецидивите са под 5% в редките случаи на малигнен или фамилен феохромоцитом.

В заключение, за ранното диагностициране на болните с това рядко заболяване е необходим задължителен скрининг на рисковите контингенти: болни с кризисна хипертония с горепосочената триада; млади хипер-

РЕЗЮМЕТА - ЕНДОКРИНОЛОГИЯ

тоници, изявили хипертония преди 30 годишна възраст; всички случаи на резистентна на стандартната терапия хипертония, а също и в съчетание с немотивирана загуба на тегло, захарен диабет; фамилна анамнеза за феохромоцитом, медуларен тиреоиден карцином, неврофиброматоза тип I и

други факоматози. На задължителен скрининг подлежат и пациентите с т.нар. надбъбречни инциденталомии, установени с образна диагностика, тъй като по литературни данни 10 % от тях се оказват с недиагностицирани до момента феохромоцитом.

РЕЗЮМЕТА - ДЕОНТОЛОГИЯ

ЩО Е СПЕШНА МЕДИЦИНА И МЯСТОТО ѝ В ЗДРАВНАТА СИСТЕМА НА Р БЪЛГАРИЯ (II-A-1-1)

С. Миланов, М. Миланов, Г. Георгиев, Р. Чернева

Разгледани са проблемите на „Спешната медицина“ от гледна точка на сегашното ѝ състояние. Предлага се насоки за нейното интензивно развитие в близко бъдеще. Прилагат се нови подходи за обединение на доболничната и болничната спешна медицина. Особено място се отделя на пътищата и начините за ново финансиране на цялата система.

КОНФЛИКТ НА ИНТЕРЕСИ В МЕДИЦИНСКАТА ПРАКТИКА – ОЦЕНКА, КОНТРОЛ И ПОЛИТИКА (II-A-2-1)

С. Попова, Ал. Воденичарова

Основното внимание е насочено върху етичното измерение на конфликтите на интереси в медицинската практика, доколкото тези конфликти повлияват качеството на здравните дейности, пораждат усещане за нарушена справедливост, загуба на доверие, погрешно възприемане на себе си, конкурентно противопоставяне.

Представени са резултати от най-новите проучвания и теоретични търсения, свързани с моралния избор и вземането на етични решения от лекаря в ситуации на нравствени дилеми в отношенията с пациенти, инвеститори, мениджъри. Особено остро стои този въпрос, когато лекарят е повлиян съзнателно или несъзнателно от финансови, личностни и други фактори, които включват личен интерес. Аргументира се тезата, че познаването

на спецификата на конфликтите на интереси в медицинската практика е важен елемент от професионалната и етична компетентност на лекаря.

Професията за лекаря и в масовите представи е призвание. Тя е мотивирана от необходимостта да се действа само в интерес на пациента при осъществяване на медицинска помощ, да се помага и служи на другите хора. Потребността за справяне с проблемите, породени от конфликт на интереси има своите основания и в Конституцията на СЗО и в Декларацията от Хелзинки за правата на човека.

Традиционно лекарите осъществяват различни дейности, имат разностранни социални ангажименти и интереси, такива като: участие в научни изследвания; обучение на студенти в медицинските специалности, следдипломно обучение на лекари, обучение на административния персонал и здравните мениджъри; експертна и консултантска дейност. Неизбежно е възникването на някои конфликти на интереси поради многото източници, но ключовият въпрос е за начина, по който те се адресират.

В този контекст се разглеждат важни принципи на професионалното поведение на лекаря – прозрачност и независимост, висока степен на самоконтрол и самооценка, справяне с резистентност към промяната. Предлага се подходи, които съществено допринасят за професионална дейност, мотивирана алтруистично. Рутинното разкриване на потенциални конфликти на интереси се извежда като основна етична отговорност на всеки професионалист в здравеопазването.

Дълбоките промени в здравеопазването през последните години неусетно, но бързо наложиха преоценка на понятията и възгледите за достъп

РЕЗЮМЕТА - ДЕОНТОЛОГИЯ

и качество на здравните дейности. Постулира се необходимостта от действия за ефективно справяне с конфликти на интереси, за придържане към етичните принципи и стандарти, както и изграждане на нови и оригинални решения за по-добро здраве, равнопоставеност и благополучие.

ПРАКТИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА КАЧЕСТВОТО И НА БЕЗОПАСНОСТТА НА ПАЦИЕНТИТЕ В МБАЛ „СИТИ КЛИНИК“ (II-A-2-2)

М. Попова, М. Китова

Цел

Основна цел на доклада е анализ на възможностите за успешно прилагане на Международните цели за безопасност на пациентите в Сити Клиник с оглед съществуващи предизвикателства, възникнали проблеми, постигнати резултати. Направен е анализ на медицинската документация, използвани са някои от инструментите на риск мениджмънта. В сравнителен аспект са анализирани статистически данни на болницата за 2013 г. за откритите случаи с Метицилин резистентен стафилокок ауреус (MRSA) и брой падания на пациенти по време на болничния престой преди и след въвеждане на съответните мерки.

Ключови думи: качество, безопасност, международни цели, Сити Клиник – София

Прилагането на Международните цели за безопасност на пациентите в Сити Клиник е резултат от осъществяването на конкретни дейности по всяка една от следните цели:

I Цел: Идентифициране на пациента

II Цел: Вербална комуникация

III Цел: Двойна проверка при използване на високорискови лекарства

IV Цел: Използване на чеклист за безопасност на СЗО при извършване на хирургична интервенция / инвазивна процедура

V Цел: Хигиена на ръцете

VI Цел: Оценка на риска и отчитане на паданията на пациенти по време на болничния престой.

Към момента резултати отчитаме по V и VI цели, които се изразяват в постигане на по-добра превенция и регистрация на случаите с MRSA и на нулеви нива на брой падания на пациенти по време на болничния престой след въвеждане на съответните мерки. По останалите цели с въведените правила са създадени условия за намаляване на риска от допускане на медицински грешки за пациентите по време на лечебния процес, което е стъпка към осигуряване на качествено медицинско обслужване.

Заклучение

Получените резултати показват, че приложението на Международните цели за безопасност на пациентите в Сити Клиник – София е възможно. В процеса на постигането им в практиката на лечебното заведение персоналът на цялата болница премина през редица предизвикателства и научи ценни уроци. Те са представени като основни изводи в настоящата публикация:

1. Налице е необходимост от промяна в организационната култура.
2. За постигане на устойчивост на получените резултати е задължително провеждане на непрекъснато обучение.
3. Промяната и подобренията са възможни само чрез участие на топ мениджърите, екипна работа и добра

РЕЗЮМЕТА - ДЕОНТОЛОГИЯ

комуникация на всички нива в лечебното заведение.

4. Медицинската документация е фундаментален инструмент за комуникация между персонала и осигуряване на непрекъснатост на лечебния процес.

ЛЕКАРСКИ ГРЕШКИ И ДЕОНТОЛОГИЯ

(II-A-2-3)

Д. Радойнова

Безспорното увеличаване на медицинските/лекарските грешки е един от наболелите проблеми в здравеопазването. Те не са ново явление, тъй като естествено съпътстват практикуването на медицината. Медицинските работници напоследък са поставени във все по-рискова ситуация поради промени в медицината на 21. век, в здравните модели, в обществото, в информираността на пациентите и др. Целта на настоящата статия е да покаже необходимостта от актуална защита на медицинските работници относно грешки и пропуски и възможностите за това. Необходимо е да се увеличат деонтологичните и правните познания на медиците, да се познават и спазват правилата за екзактна документация, която е тяхната най-добра защита. Необходими са и съвременни правила и стандарти за работа, адекватни промени и в деонтологията. Медицинските работници и най-вече лекарите трябва да имат основни познания за юридическите аспекти на лекарската дейност – права, задължения, отговорности. Дават се и предложения за конкретни промени.

КРИТЕРИИ ЗА ЛЕКАРСКА ИЛИ МЕДИЦИНСКА ГРЕШКА В ТЪРСЕНЕ НА КОНСЕНСУСНО ОПРЕДЕЛЕНИЕ (II-A-2-4)

З. Петрова

Докладът разглежда правната уредба, свързана с т. нар. „медицински грешки“, като една изключително интересна, разнообразна и специфична материя, която намира своите разновидности не само в държавите от Европейския съюз, но и в целия свят. Това разнообразие се изразява включително и при регламентиране на легалната дефиниция за понятието или липсата на такава, приложното ѝ поле, обхвата на отговорността, мерките за ограничаването ѝ, както и механизмите за обезщетяване. При направения анализ на законодателството и литературата в Република България, както и в повечето държави от ЕС, също съществува обща и специална уредба, но липсва легална дефиниция на понятието “медицинска грешка” или негов еквивалент. Общата уредба се намира в Закона за здравето, закона за лечебните заведения, Закона за здравето осигуряване и др., докато специална уредба обхваща например Закон за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането (транспониран от Директива 2001/20/ЕС), както и др. специални закони, транспониращи европейски директиви.

Посочени са някои изследвания за природата на медицинските грешки, за разработване на стандарти за разкриване на медицинските грешки, за съобщаване на неблагоприятните инциденти на пациентите. При направения анализ на проучванията и собствените резултати се очертават се два подхода при третирането на медицински неблагоприятия - системен подход и персонален подход. Очертава се необходимостта на мерки, които

РЕЗЮМЕТА - ДЕОНТОЛОГИЯ

да стимулират промени и подобрения в организацията и управлението на медицинското обслужване. Това, от своя страна, се очаква да доведе до подобряване на качеството на здравните услуги и безопасността на пациентите, както и до редуциране на медицинските грешки.

Ключови думи: медицинска грешка, системна грешка, правна уредба – обща и специфична, системен подход, персонален подход, Комисия за професионална етика, Европейска директива, безопасност на пациентите.

ПРОФЕСИОНАЛНА ЕТИКА ПРИ ПРЕДОСТАВЯНЕТО НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ, РОЛЯ И МЯСТО НА ЕТИЧНИТЕ КОМИСИИ.

(II-A-3-1)

П. Загорчев, З. Петрова

Настоящата разработка има за цел да посочи действащите нормативни документи и тяхната ефективност в областта на професионалната етика при предоставянето на медицинска помощ. Разгледани са: Кодекс по професионална етика на лекарите в Република България, Правилник за работа и алгоритъм за работа на ЦКПЕ, Общи правила за добра медицинска практика/ОПДМП/. Посочени са видовете Ръководства за добра клинична практика и общата методика за разработването им. Направен е анализ на получените жалби от пациенти и лекари в регистъра на ЦКПЕ за периода 2013-2014 г. При направения анализ са установени следните резултати;

- установено е прогресивно нарастване на постъпващите жалби и сигнали

от пациенти по отношение предоставената медицинска помощ;

- водещо място заемат неудовлетвореността от качеството на оказаната медицинска помощ- 56%;

- нараства дялът на сигналите за грубо и неетично отношение на лекари към пациенти и близки; очертава се тенденция към нарастване на случаите на нарушени взаимоотношения между лекари; налице са уставно ограничени права на ЦКПЕ за вземане на ефективни решения , в резултат на нормативно регламентирани взаимоотношения с КПЕ към регионалните колегии.

Направени са изводи насочени към нормативното регламентиране и легална дефиниция на понятията системна и лекарска грешка, както и понятието “оправдан медицински риск“. Разширяване на ролята на ЦКПЕ за мониторинг на медицинската дейност, ПДМП и продължителната медицинска квалификация съвместно с Акредитационния съвет.

ЦКПЕ следва да води активна политика към реализиране на система за осигуряване на качеството и медицинския одит от БЛС.

Ключови думи: Общи правила за добра медицинска практика, документи на Професионално етичната комисия, алгоритъм за работа на ЦКПЕ, Кодекс по професионална етика, Ръководство за ДМП.

ПОЛЕЗЕН ЛИ Е АНАЛИЗЪТ НА ЖАЛБИТЕ, РАЗГЛЕЖДАНИ В ЕТИЧНИТЕ КОМИСИИ НА БЛС?

(II-A-3-2)

Ю. Маринова, Б. Парашкевова

Реформата в здравеопазването се съпровожда със сериозни етични

РЕЗЮМЕТА - ДЕОНТОЛОГИЯ

предизвикателства. Върху лекарското съсловие в голяма степен рефлексират неблагоприятията на здравната система.

Целта на настоящата разработка е да се постави дискусивно въпросът за полезността на обобщения анализ на жалбите, постъпили в Комисията по професионална етика на Регионална лекарска колегия, Стара Загора в посока допринасяне за идентифицирането на проблемите и възможните решения за подобряване на ситуацията в здравната система с извеждане на ролята на професионалната организация на лекарите в този процес.

Методика: Ние представяме нашия опит при етичен анализ на жалбите, постъпили в КПЕ в РК на БЛС, Стара Загора за периода 2007-2010 и 2011-2014 година. Прилагаме подхода на качествен анализ на съдържанието на документи. Казусите, описани в жалбите, са анализирани с помощта на въпросник, специално разработен за целта на проучването. При анализа на съдържанието на документи, прилагаме комплексен подход с използване на различните техники на този анализ.

Резултати: В повечето случаи, авторите на жалби описват конфликти с различни измерения на качеството на медицинската помощ, като на първо място се извеждат такива на достъпа до своевременна и специализирана медицинска помощ, както и адекватността на приложените диагностично-терапевтични процедури и резултати в процеса на лечение. Изпъкват проблеми, отразяващи етични конфликти в здравната система, отнасящи се до ограничения достъп и нарушеното доверие в системата лекар-пациент.

Дискусия: Отчитайки силните и слаби страни на приложената методика,

особена субективната интерпретация на проблеми, представени през гледната точка на различни хора, както и начина на предоставяне на този анализ, повдигат дискусивно въпроса: доколко е полезно етичните комисии на съсловната организация да извършват такъв обобщен анализ. Обогаत्या ли този анализ доказателствата, обосноваващи определените промени в системата? Редно ли е етичната комисия да се занимава с това? Не са ли достатъчни фактите и анализите, извършвани от други структури и на други нива в системата на здравеопазване? Не е ли все пак израз на себеуважение и достойнство на една саморегулираща се организация да се осъществява такъв анализ?

Заключение: Поставяме въпроса кой е адресатът на този анализ? Как резултатите могат да влияят на ниво управление, така че да се допринесе за насърчване на добри практики при зачитане на правата, интересите и потребностите на всички участници в системата на медицинското обслужване.

Ключови думи: комисия по професионална етика, лекарски съюз, качествен анализ на съдържанието на документи, етични конфликти.

ОПРАВДАН МЕДИЦИНСКИ РИСК

(II-A-3-3)

Ц. Младенов

21 век много често е определян като векът на информацията, на глобализацията, на неограничените възможности, на прогреса. Ако се вгледаме достатъчно прозорливо в тези понятия ще открием нещо общо между тях, нещо, което те самите изпълват със смисъл и в крайна

РЕЗЮМЕТА - ДЕОНТОЛОГИЯ

сметка определяват. Това са големите очаквания. Достъпът до неограничена информация, възможността във всеки един момент да надникнеш в избран от теб свят, независимо дали е от областта на науката, изкуството, техниката или друго, да откриеш нови хоризонти и да пожелаеш да ги достигнеш, да оцениш собственото си положение и да поставиш пред себе си цел къде да си утре и то добре информиран относно това, което можеш да пожелаеш, гледят големите очаквания на индивида. Така е и в медицината. Пациентът има предварителни очаквания, които се формират от обществените нагласи, от собствения опит, от получената информация за местните, регионалните и световните тенденции в диагностично-лечебния процес. Тези очаквания касаят както медицинското обслужване, така и подобряването на здравословното състояние. Пациентът е склонен в повечето случаи да изисква и да очаква да получи гарантиран и бърз достъп до изпълнители на медицинска помощ, достъп до най - доброто диагностициране и лечение, в най-добрата атмосфера / фонд на лечебното заведение и отношение на медицинските специалисти /, при най - съвременната техника, при най-добрия резултат за здравословното му състояние. Тоест той очаква качество на структурата, на процеса, на резултата.

Най-същественният елемент на посочената триада е резултатът, а в медицината той се постига в условията на риск. Рискът от своя страна се разглежда като обстановка, при която се предприема определено поведение, чрез което е възможно алтернативно да се причинят или положителни, или отрицателни изменения в съществуващата действителност, като настъпването на едните или на

другите последици не зависи само от поведението на дееца, а и от други, вероятни, но несигурни обстоятелства, върху чието проявление или въздействие той не може да влияе.¹ Степента на риска зависи от много предпоставки – обективни условия на предоставяне на медицинската помощ /място, време, техника, изделия, медикаменти и т.н./, здравословно състояние на пациента, капацитет на екипа и др. Водени от изложеното бихме могли да се обединим около идеята, че самото поведение на предоставящия медицинска помощ професионалист е рисково. Характерна особеност на това поведение обаче е, че ако не бъде предприето, то не биха настъпили и целените положителни изменения в действителността или търсения медицински резултат.

Нерядко рисковият характер на медицинската помощ не се отчита от пациентите и се забравя, че устрема на лекаря е към добруване, а не увреждане на пациента. Въпреки добре познатия в обществото и правото институт на информираното съгласие, легално въведен в чл. 87 от Закона за здравето, предшестваяц и необходим при всяка съзнателно търсена медицинска помощ, пациентите или правимащите им наследници все по-често търсят отговорност от оказалия помощта лекар при евентуално обективизиране на неблагоприятни последици от конкретната медицинска дейност. Отговорността може да бъде реализирана по пътя на административното, гражданското и наказателното право. В последно време и у нас се наблюдава зачестяване на гражданските претенции срещу изпълнителите и техните работодатели за причинени имуществени и неимуществени вреди вследствие на медицински манипулации. В повечето

РЕЗЮМЕТА - ДЕОНТОЛОГИЯ

случаи, поради липсата на задължение за обезпечаване на правните разности в наказателното право, реално или симулативно пострадалите лица се насочват към търсене на наказателна отговорност от медицинските специалисти за престъпления по чл. 123 и чл. 134 от Наказателния кодекс или т.нар. причиняване на смърт или телесни увреждания при прояви на професионална непредпазливост. Установяването на виновността на дееца в наказателното производство е прелюдия към паричното обезщетяване в гражданската процедура и се разглежда като своеобразна панацея. Специфичните особености на

медицинската материя могат да доведат до грешни и немотивирани осъдителни присъди, провокирани от правоимащите лица единствено от користни цели.

Изложеното налага въвеждането на институт, който да отчита характера на медицината като наука и изкуство, насочени към добруването на пациента и съпътствани от логичен и присъщ риск, и които закономерно да препятства окачествяването на дадено деяние като престъпление, заличавайки неговата обществена опасност и характеризирайки го като осъществено при „оправдан медицински риск“.

РЕЗЮМЕТА - ПОСТЕРИ

1

ГАЗОВА ГАНГРЕНА - ЗАБОЛЯВАНЕ, КОЕТО НЕ БИВА ДА СЕ ЗАБРАВЯ (Poster 1)

К. Неделков, С. Илиев, П. Владова, В. Грозев, И. Пресолски, Е. Филипов, П. Мирочник, Л. Бешев, Е. Карастоянов, И. Ристовски

Цел: Газовата гангрена (кlostридиална мионекроза) е сравнително рядко срещана хирургична инфекция, обикновено асоциирана с предистория за травматични увреждания. Случаите на посттравматична газова гангрена най-често се причиняват от *Clostridium perfringens* и по-рядко от други представители на рода – *Clostridium oedematiens*, *Clostridium septicum*, *Clostridium histolyticum*. *C. septicum* е главна причина за развитие на спонтанна, нетравматична газова гангрена, като във висок процент случаите се свързват с неопластични процеси, имуносупресия, хематологични заболявания или диабет. Обикновено при травми не се мисли за този тип инфекция и се профилактира само Тетанус. Ние описваме два случая на газова гангрена, лекувани в болнични заведения, като заболяването се е развило непосредствено след дехоспитализацията.

Материали и методи: Клиничен случай на 55-годишен пациент от мъжки пол със захарен диабет тип II опериран по спешност в Отделение по колопроктология и гнойно-септична хирургия към УМБАЛ “Д-р Георги Странски” и жена на възраст 59 години, постъпила с ранева инфекция на дясно ходило и токсикоинфекциозен синдром със съменне за некротизираща газообразуваща инфекция.

Микробиологичен резултат: *Clostridium septicum* с добро ниво на достоверност до вид при първия пациент и *Clostridium perfringens* като част от микс инфекция при вторият болен.

Резултати: Пациентите са оперирани в рамките на първите 6 часа от постъпването с масивни лампазни разрези в дълбочина обхващащи мускулните групи, аерация на тъканите с пероксид и антисептици и емперична широкоспектърна антибиотична терапия. При пациентката заради прогресиране и обхващане на цялата бедрена мускулатура се наложи извършването на ампутация на ниво горна трета на бедро и изпреварващи инцизии по предно – латерална коремна стена. След верификация на микробния причинител се коригира цялостно терапията и пациентите бяха изолирани в отделни стаи със спазване на правилата за ограничаване на ООИ. Починаха и двамата болни, първият в рамките на 24 часа след хоспитализацията, поради фулминантното протичане на раневата инфекция и шок в необратим стадий. Втората пациентка направи екзитус леталис на 7-я следоперативен ден, при овладян локален статус и невъзможност за компенсирание на мултиорганната недостатъчност.

Изводи: Агресивното развитие на заболяването би могло да бъде повлияно само в ранните му стадии, когато все още няма изявено наличие на газ в тъканите, посредством адекватна първична хирургична обработка и противогазгангрена профилактика с масивни дози прицелен антибиотик срещу кlostридийната група, ако се мисли за тази специфична ранева инфекция. Обхващането на глутеалната и мускулатурата на коремната стена изключват възможността за ефективно хирургично лечение и предопределят вероятен смъртен изход.

Ключови думи: газова гангрена, *Clostridium septicum*, *Clostridium perfringens* фулминантно протичане

РЕЗЮМЕТА - ПОСТЕРИ

ГНОЕН ХИДРАДЕНИТ НА ПЕРИНЕУМА - ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ (Poster 2)

2

С. Илиев, И. Пресолски, В. Грозев, П. Мирочник, К. Недялков, Е. Филипов, И. Ристовски, Е. Карастоянов, П. Вladoва

Цел: Гнойният хидраденит е хронично-рецидивиращо възпалително заболяване, което засяга апокринните потни жлези, поради което най-често се среща в зоните на аксилата, слабините и перианалната област. Етиологията на гнойният хидраденит е все още не напълно изяснена. Гнойният хидраденит води до формирането на субкутанни абсцеси, които могат спонтанно да се дренират или да се свържат един с друг, в резултат на което се формират масивни хипертрофични цикатрикси. Това заболяване влошава силно качеството на живот на пациентите, нарушава трайно трудоспособността и може да причини анална дисфункция.

Материали и методи:

Проспективно-интервенционално проучване обхващащо 13 пациенти с гноен фистулозен хидраденит на перинеума, лекувани в Отделение по Коло-проктология и Гнойно-септична Хирургия, УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ Плевен за 5 годишен период от 2008 до 2013г.

Резултати: Средният болничен престой е 13,5 дни. Оперативните рани са зараствали вторично средно за около 30 дни. Пациентите са проследени в рамките на 6 месеца, 1 и 2 години. 11 от 13 пациента са напълно оздравели. При двама пациенти установихме рецидив на 6-тия постоперативен месец, което наложи повторна хоспитализация и оперативна интервенция с добър резултат.

Изводи: Предимствата на деруфингът са: минимална травма за пациента, при началните форми може да се прилага с използване на локална анестезия, минимализира се болничния престой, не изисква специално оборудване. Анализът на данните от литературата и нашите резултати ни дават основание да препоръчаме деруфингът като хирургичен метод на избор за третиране на хидраденит втора и трета степен по Hurley.

Ключови думи: деруфинг, гноен фистулозен хидраденит, метод на избор.

ГИГАНТСКИ МЕЛАНОАКАНТОМ НА АНУСА С ОСЕМГОДИШНА ГЕНЕЗА (Poster 3)

3

С. Илиев, В. Грозев, И. Пресолски

Цел: Острите кондилими са били известни още на древните перси. Вирусната етиология на това заболяване е доказана през 1968г. от Dunn, Ogilvie, Oriol и Almeida. От известните 70 типа на човешки папиломни вируси в лезиите на гениталния тракт на човека са открити 15. При мъжа локализацията на кондиломите е предимно по Glans penis, Sulcus coronaries и Frenulum.

Материали и методи: Представяме пациент на 42 години с Melanoacantomata Perianagna на ануса с осем годишна еволюция, който постъпва в клиниката поради затруднена дефекация. Без никакво лечение до момента на хоспитализация в Отделение по Колопроктология и Гнойно-септична хирургия към УМБАЛ, Плевен.

Резултати: Гладък следоперативен период, без възпалителни усложнения от страна на оперативната рана. Първата дефекация бе на петия следоперативен

РЕЗЮМЕТА - ПОСТЕРИ

ден. Конците се свалиха на десетия следоперативен ден. Оперативната рана зарасна първично без стриктури и стенотични промени на ануса. Добър късен следоперативен резултат - без рецидив и стенотични промени. Болният бе проследен в рамките на една година.

Изводи: Заболеваемостта от HPV-генитална инфекция е добила епидемичен характер. Около 10 – 20% от посетителите на венеричните кабинети са с островърхи кондилومي. В Англия в структурата на сексуално трансмисивните заболявания HPV-гениталната инфекция се нарежда на четвърто място след гонореята, кандидозата и трихомонозата.

Рискът от развитие на спиноцелуларен карцином на цервикса, пениса, ануса и вулвата изисква навременно и радикално лечение на заболяването. Радикалната ексцизия с едномоментна несвободна кожна пластика с ламба по съседство при добра предоперативна дебелочревна подготовка е с добър резултат.

Ключови думи: гигантски меланоакантом, HPV- инфекция, радикална ексцизия.

ОБТУРАЦИОНЕН ИКТЕР С ДОБРОКАЧЕСТВЕНА ЕТИОЛОГИЯ (Poster 4)

4

В. Божков, Р. Маджов, П. Арнаудов, И. Плачков, Т. Иванов, П. Чернопольски, Д. Чаушев

Механичният иктер продължава да е сериозен проблем в съвременната хирургия. Билиарната обструкция е чест клиничен симптом, проявяващ се при бенигнени и малигнени заболявания

на жлъчно – чернодробната и панкреатична система. Ранната оценка и установяване на причината води до по-добър изход от терапевтичния подход.

ЦЕЛ: Извършване на ретроспективен анализ при 513 пациенти с механичен иктер, хоспитализирани във Втора Клиника по Хирургия на МБАЛ „Света Марина“ за периода 2001 – 2013г.

РЕЗУЛТАТИ: Представяме приложениите методи за образна диагностика, интраоперативната находка и приложените оперативни техники. При пациентите с механичен иктер бе извършена оперативна интервенция. Причините за механичен иктер бяха холедохолитиаза при 337, стенозиращ папилит – при 101, синдром на Mirizzi – 21, ехинококоза – 8, холедохоцеле – 2 и ятрогенни лезии на жлъчните пътища при 44. Извършихме следните типове оперативни интервенции външен билиарен дренаж -248, билиодигестивна анастомоза - 263, ендопротеза на общия жлъчен проток - 2.

ИЗВОДИ: Холедохолитиазата е най – честата причина за механичен иктер. Билиарният дренаж е радикален метод за лечение на обтурационният иктер с доброкачествена етиология. Изборът на оперативна интервенция се определя основно от опита на оперативния екип и от интраоперативната находка.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: Механичен иктер, Холедохолитиаза, Билиарен дренаж, Билиарна инфекция.

ПРИЛАГАНЕ НА ИНТРАОПЕРАТИВНА МУЛТИМОДАЛНА АНАЛГЕЗИЯ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА НЕЖЕЛАНИТЕ СЛЕДОПЕРАТИВНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ОПЕРАЦИИ ЗА ОСТЪР АПЕНДИЦИТ ПОД ОБЩАТА АНЕСТЕЗИЯ (Poster 5) Д. Тонев, В. Кърлев

5

Теоретична основа и цел: най-често срещаните нежелани ефекти свързани с общата анестезия след отворени апендектомии по повод остър некомплициран апендицит са следоперативното гадене, повръщане и уринарна ретенция. Целта на проучването бе да оцени прилагането на стандартизиран подход за превенция на тези усложнения насочен към минимално интраоперативно използване на опиоидни аналгетици.

Материал и метод: ретроспективно бяха проучени 44 болни на средна възраст 33 год. (от 13 до 63 год.), оперирани за остър некомплициран апендицит в НМТБ „Цар Борис III“ чрез отворена (нелaparоскопска) техника под обща анестезия. Анестезията включваше i.v. увод (пропофол/сукцинилхалин), инхалационно поддържане (севоран), i.v. мускулна релаксация (атракуриум) и в титрации дози i.v. мултимодална аналгезия (фентанил ± парацетамол) според интензивността на хирургичната ноцицептивна стимулация. Бяха проследени следните променливи: пол, възраст, ASA физически статус, консумацията на фентанил и парацетамол по време на анестезията, респективно на антиеметици следоперативно, както и случаите с уринарна ретенция наложили катетеризация на пикочния мехур.

Резултати: при 34 болни общата анестезия бе протекла с мултимодална аналгезия (фентанил + парацетамол), а при други 10 с чиста опиоидна аналгезия (фентанил). В рамките на общата анестезия при мултимодалния подход бе установена по-умерена

консумацията на фентанил (150 μ g на болен спрямо 165 μ g при чистата опиоидна аналгезия, $p > 0,05$), докато след отзвучаване на синергичният ефект на общите анестетици бе налице статистически значимо намаление на следоперативните гадене и повръщане и ретенция на урината.

Изводи: при болни, претърпяли отворена апендектомия, приложената мултимодална аналгезия намалява неблагоприятните следоперативни ефекти, свързани с общата анестезия, включително и риска от опиоид-индуцирана хипералгезия поради прекомерната интраоперативна употреба на опиоиди.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ НА ПРОНИКВАЩА ТРАВМА НА ЛАРИНКСА СЪС СУИЦИДНА ЕТИОЛОГИЯ (Poster 6)

6

А. Влайков, Д. Михайлов, А. Стефанов

Увод: Ролята на основен въздухоносен орган на ларинкса определя необходимостта от отговорно поведение при съсъстояния възникнали в резултат на травматични увреди. Затрудненият достъп от разположените в съседство костни структури, отнежда сравнително ниската честота на тази патология. Травмите варират от леки, без необходимост от активна намеса от страна на лекар, до тежки, животозастрашаващи състояния изискващи незабавно и адекватно поведение.

Цел: Да се представи клиничен случай на сравнително рядка патология и да се набележат основни препоръки за поведение.

Материал и методи:

Авторите представят своето поведе-

ние при пациентка с проникваща травма на ларинкса, постъпила по спешност в клиниката по УНГ-болести на Университетска болница, гр. Ст. Загора, в резултат на суициден опит.

Резултати:

В клиниката по УНГ-болести постъпи жена в сомнолентно състояние и с няколко повърхностни прободни рани в областта на гръдния кош и две порезни рани в областта на шията. След като се установи проникваща травма на ларинкса, се сформираха хирургичен и анестезиологичен екип и жената се приведе в оперативна зала. Последва хирургична обработка и поставяне на трахеостомна канюла. След консултация с психиатър, пациентката се дехоспитализира в добро общо състояние.

Изводи:

Ранното разпознаване е ключов момент в поведението при сравнително редките травми на ларинкса. При избора на интубация, трахеостомия или крикотиротомия се подхожда индивидуално при всеки пациент. Лечението цели не само запазване виталитета на пациента, но и съхраняване на основните функции на ларинкса – гласообразуваща и дихателна.

Ключови думи:

ларинкс, суицид, проникваща травма, лечение, трахеостомия.

ТРАВМАТИЧЕН ШОК – МУЛТИДИСЦИПЛИНАРЕН ПОДХОД В УСЛОВИЯ НА ЕКСТРЕМНА СПЕШНОСТ (Poster 7)

Б. Здравков, Д. Карадимов, Ж. Черкезов

Цел: Целта на изложението е да демонстрира мултидисциплинарен подход и качествено нов мениджмънт в обслужването на най-тежко пострадалите пациенти, обект на спешна медицинска помощ – болните в шок. Травматичният шок засяга предимно хора в активна възраст. Той протича с характерна фазовост, чието разпознаване и овладяване не винаги е лесно.

Представяме клиничен случай на 21-годишен пациент с политравма след суициден опит. При постъпването в противошокова зала, болният е в еректилна фаза на травматичен шок. Извърши се бърз преглед по системи при който бяха установени тежки мекотъканни увреди със засягане на езика и мекото небце при масивна кръвозагуба, както и травматична ампутация на двете ръце. В противошокова зала пациентът е реанимационно обработен и стабилизирен, включително се направи спешна трахеостомия за дефинитивно осигуряване на проходими дихателни пътища, започна се трансфузия на биопродукти, болният беше въведен в анестезия съобразно състоянието му и се преведе за реплантация на травматичните ампути. При отложена спешност в етапна последователност се извърши реконструкция и пластика на засегнатите лицеви структури.

Заключение: Мултидисциплинарният подход в обслужването на най-тежко пострадалите пациенти, единствен дава шанс за тяхното оцеляване. Координацията на различните специализирани екипи, ръководството и

РЕЗЮМЕТА - ПОСТЕРИ

контрола на цялостния диагностично-лечебен процес в тези случаи, би трябвало да е възложен на опитен спешен лекар с развито чувство за отговорност.

МЕДИЦИНСКИ ТРИАЖ В СПЕШНОСТТА И НУЖДТА ОТ ПРИЛОЖЕНИЕТО МУ В НАШИТЕ УСЛОВИЯ (Poster 8)

8

Д. Кателиева

Триажът в спешността е обективен начин за преценка на състоянието на пациента, утвърден след научен експертен консенсус и легитимиран от МЗ. Цел на триажа е да се определи реда и приоритета на спешната диагностика и лечение, степента на компетентност на спешния екип, лечебното заведение за хоспитализация на спешния пациент.

Според приложението си медицинския триаж бива :

А/ при извънредни ситуации – бедствия, аварии, военновременен триаж
Б/ при ежедневна спешна медицинска помощ като бива :

При доболничната спешност триажът се осъществява от операторите на спешните телефони по установени протоколи за преценка степента на спешност, компетентността на екипа и преценка на риска за екипа

При болничната спешност се осъществява от медицински специалисти въз основа на протоколи и скали за жизнените показатели, като състоянието на пациента подлежи на динамично наблюдение и при необходимост се преоценява на кода на спешност.

Триажирването на спешността

се основава на съвместното или индивидуално приложение на Австралийски, Манчестърски, Канадски и Американски модели на спешен медицински триаж .

В ЕС е задължителен доболничен триаж на спешността в 22 държави, а болничният триаж на спешните състояния е задължителен в 26 държави. Не е ли време и у нас съгласно европейския стандарт за оказване на спешна медицинска помощ да се изработят, утвърдят и прилагат триажни протоколи за спешните състояния в доболничната и болничната помощ?

Настоящият медицински стандарт по спешна медицина у нас не позволява диференциране на спешния пациент от всички останали пациенти, преценили се като спешни и чакащи за преценка на състоянието им след медицински преглед. Това води до злоупотреба с дейността на спешните екипите и забавя обслужването на спешния пациент. Триажът не се прави за да се прехвърли пациентът към ПИМП и СИМП без медицински преглед или за да се остойности неспешния преглед. Приложението на спешния триаж гарантира на пациента в животозастрашаващо състояние и на нестабилния пациент приоритетно обслужване и спасява живота им, както и юридически защитава спешните medici в действията им.

МЕНИДЖМЪНТ НА СПЕШНИТЕ СЪСТОЯНИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ДИАБЕТ, ПОСЕЩАВАЩИ ДЕНТАЛНИ КАБИНЕТИ (Poster 9)

9

Х. Маджова, В. Панов, М. Балчева, А. Кръстева, А. Киселова

Въведение: Разпространението на захарния диабет се увеличава всяка година, следователно лекарите по дентална медицина се сблъскват по-често с диабетно болни. Ефективното им управление изисква комуникация между множество доставчици на здравни грижи. Денталните медици трябва да бъдат запознати с оралните прояви на диабета, тъй като те могат да помогнат за диагностиката, лечението и профилактиката му.

Цел: Да се проучат връзките между диабета, оралното здраве и спешните състояния при диабетно болните пациенти с оглед изработване на алгоритъм за поведение.

Материал и методи: Използвайки документален метод е направен анализ на научни статии за период от 10 години.

Резултати: Изследванията относно оралния статус на диабетно болни показват редица клинични усложнения и орални манифестации вследствие на болестта, които изискват понякога спешна намеса. По време на денталното лечение, най-честото усложнение, което възниква е хипогликемичен епизод, но хипергликемията също е възможна. Има правопрпорционална връзка между оралното здраве и гликемичния контрол, затова диабетно болните трябва да поддържат оптимална хигиена и да се преглеждат по-често. Редовното посещение на денталните кабинети намалява риска от хоспитализации.

Изводи: Денталните лекари могат първи да диагностицират диабета по оралните му прояви. Ефективното

лечение и поддържането на оптимално здраве на устната кухина подобрява метаболитния контрол. Диабетно болните пациенти се нуждаят от интензивно контролиране на болестта. При наличие на пародонталните заболявания, разрушаването на тъканите може да се ускори и засили. Оралните инфекции трябва да се овладяват бързо, за да се предотврати влошаването на съществуващия метаболитен дисбаланс. Строг контрол на гликемията, хигиена на устната кухина и спиране на тютюнопушенето могат да намалят риска от кандидоза при диабетниците.

РОЛЯ НА p53 И CD68+ В РАЗВИТИЕТО НА КАРЦИНОМА НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА (Poster 10)

К. Иванова, Е. Анал, А. Ананиев, М. Гълъбова

10

Абстракт

Връзката между развитието на неоплазмите на щитовидната жлеза и различни молекулни фактори играещи роля по отношение на прогнозата на процеса, продължават да бъдат обект на дискусия в ендокринната онкопатология.

p53 протеина е един от тези фактори, чиято функция е да контролира клетъчния цикъл и да предпазва организма от развитието на ракови процеси, като мутации в гена, който го кодира, водят до потискане на тумор-супресорната функция, повишаване експресията на мутантния p53 протеин в засегнатата клетка и респ. малигна трансформация, повишва способност за метастазирание и лекарствена резистентност.

Целта на настоящото проучване е да се изследва експресията на p53 протеина и тумор-асоциирани макрофаги CD68, както и връзката с различни клиникоморфологични фактори при пациенти с различни типове рак на щитовидната жлеза.

Материали и методи

Имунохистохимично изследвахме 52 пациента (10 мъже и 42 жени, със средна възраст 55.8 години) с папиларен (PTC), фоликуларен (FTC), онкоцитарен (OTC) и анпластичен карцином (ATC) на щитовидната жлеза оперирани в УМБАЛ-Стара Загора – ЕАД (1997-2013).

Резултати

След анализ се установи, че при 30.8% от изследваните случаи се наблюдава експресия на p53. От корелационния анализ става ясно че 29% от фоликуларните и папиларните карциноми, и 14.3% от OTC експресират протеина, докато този процент при ATC е 57.1 ($\chi^2=14.6$; $p=0.024$). По отношение на инфилтратията в тумора 56,3% от p53 позитивните тумори имат ниска инфилтратия със CD68, докато 13,9% от негативните p53 имат повишена инфилтратия със CD68 ($\chi^2=5.56$; $p=0.018$).

В заключение можем да кажем че след анализ на данните получени от нашето изследване, p53 се явява качествен маркер по отношение на агресивността на туморната хистиогенеза и респективно прогресията на онкологичното заболяване.

Ключови думи: p53; CD68; рак на щитовидната жлеза.

КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ И КЛИНИЧНИ ПРОЦЕДУРИ – НИВО НА ФИНАНСИРАНЕ И СИСТЕМНИ ГРЕШКИ (Poster 11)

П. Загорчев, Д. Загорчева-Койчева

Цел: 1. Да се анализира дейността по обезболяване и интезивно лечение като стратегически бизнес единици/СБЕ/ в портфолиото на МБАЛ и резултатите от различните модели на финансиране на клинични пътеки/КП/, и клинични процедури /КПр/ в ОАИЛ
2. Оценка на риска от системни грешки в условията на променящо се финансиране на тези дейност

Материал и методи:

1. Данни за посочените дейности по количествени и качествени показатели
2. Данни за финансовите показатели по тях
3. Оценка на степента на финансово обезпечаване на тези дейности чрез:
 - метод на преките разходи,
 - метод на пълните разходи,
 - метод за анализ на качествените показатели

За база данни са използвани статистическите показатели на МБАЛ Шумен за периода 2007-2014 год.

Резултати:

- установено е прогресивно нарастващо недофинансиране на приходите на МБАБ и тези на ОАИЛ по КП и КПр.
- остойностени са реалните разходи на дейността по ОИЛ за една областна МБАЛ, както и е преценено остойносттаването гарантиращо покриване на нужния обем дейност с кадри и изпълнение съгласно Медицинския стандарт на АИЛ.

Изводи:

Нормативно наложената система за

РЕЗЮМЕТА - ПОСТЕРИ

финансиране на дейност по ОИЛ:

Води до нарастващо непокриване на реалните разходи

2. Създава условия за системна грешка в звената за АИЛ от:

- нарушаване изискванията на Медицинския стандарт по АИЛ
- нарушение на правилата за добра медицинска практика
- демотивация персонала

3. Условия за срив в структуроопределящи звена на МБАЛ и нарушен

достъп на пациентите до оптимална болнична помощ

ШОК В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ (Poster 12)

Б. Здравков, Н. Гаврилова

12

Шоковите състояния са с първостепенен приоритет на спешност. Неразпознати навреме или оставени без адекватно лечение, те неизбежно имат за резултат полиорганна недостатъчност и смърт. Клиничното протичане на различните типове шокви състояния има характерни различия при пациенти в детската възраст. Това от своя страна създава предпоставки за късно диагностициране на този сериозен клиничен синдром за чието динамика и краен резултат е от значение всяка минута. Широкият спектър специалисти ангажирани с обслужването на спешните педиатрични състояния (парамедици, фелдшери, общопрактикуващи и спешни лекари, инфекционисти, педиатри, интензивисти, анестезиолози и др.) и липсата на единна система за обучение по отношение на спешността, също допринася за възникването на инциденти с наказателноправни последствия. Всичко това наложи

обзорен преглед на публикациите по темата и изготвянето на удобно за клиничната практика изложение, с резултат по-бърза и ефективна диференциално-диагностична оценка на шоковите състояния в детската възраст и тяхното лечение.

ТОРАКАЛНА ТРАВМА - ПОКАЗАНИЯ ЗА СПЕШНО ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ВЪЗ ОСНОВА НА 3-ГОДИШНО РЕТРОСПЕКТИВНО ПРОУЧВАНЕ (Poster 13)

13

Й. Ценовски, А. Червеняков

Въведение. Травмите на гърдната клетка са открити и закрити. При откритите има комуникация с външната среда при нарушена цялост на гърдната стена, при закритите липсва такава комуникация. Откритите са огнестрелни и неогнестрелни. Закритите са от тъпа травма, от притискане - при катастрофи, от падане от високо, от въздушна взривна вълна.

Материали и методи. В Институт „Пирогов“ - София за 3 години - (2011г.-2013г.) с гърдна травма, налагаща оперативна процедура/дренаж са лекувани 183 пациента (47,65%). Общият брой пациенти, лекувани с гърден дренаж за този период е 384. Останалите пациенти 201 (52,35%) са с гърден дренаж по повод други заболявания.

По групи заболявания:

ТРАВМИ

- Хемоторакс - 62 /16%/
- Пневмоторакс - 85 /22%/
- Хемопневмоторакс - 36 /9%/

ЗАБОЛЯВАНИЯ

- Спонтанен пневмоторакс - 51 /13%/
- Хидроторакс - 130 /34%/
- Емпием - 20 /5%/

РЕЗЮМЕТА - ПОСТЕРИ

Резултати. Пациентите се разделят на няколко групи:

- 1 група - Торакотомия по спешност /в първите 24-48 часа след инцидента/.
- 2 група - Операции с отложена спешност - /В диапазона 48 -96 час/
- 3 група - Късни торакотомии

Заключение. Диагностичната преценка на травматичните увреждания е основен фактор обосноваващ необходимостта от съответния метод за лечение. Белодробния паренхимн показва много добри регенераторни възможности и поради ниското налягане в белодробните съдове, мощна коагулационна система дренажа при гръдните травми може да се окаже достатъчна лечебна процедура. Отворена оперативна интервенция се извършва при селектирана група пациенти. VATS притежава редица предимства, което в последните години определя тази техника като алтернативна при гръдната травма-и за диагностика и за лечение/особено при хемоторакс/.

CORIOLUS-MRL Е ХРАНИТЕЛНА ДОБАВКА, КОЯТО ПРЕДСТАВЛЯВА БИОМАСА НА ГЪБАТА CORIOLUS VERSICOLOR И СЪДЪРЖА ИМУНОСТИМУЛИРАЩИ КОМПОНЕНТИ - БЕТАГЛИКАНИ И ПРОТЕОГЛИКАНИ (Poster 14)

С. Борисов, Л. Цолов, Х. Галов, М. Йорданова, С. Манолова

През последните години са проведени изследвания, установили активността на тази гъба за предпазване на носителите на HPV от развитие на рак на шийката на матката, както и за превенция срещу други вируси,

причиняващи рак. Целта на проучването е да се оцени ефекта на Coriolus versicolor при развитието на HPV-лезии при пациентки с нискостепенни плоскоклетъчни интраепителни лезии /LSIL/ и с високостепенни плоскоклетъчни интраепителни лезии/HSIL/.

ВЪРХУ НЯКОИ ОСОБЕНОСТИ НА ЛОКАЛНИЯ ИМУНИТЕТ В БЕЛИТЕ ДРОБОВЕ - 2

К. Качев, П. Здравкова, Д. Нуниес
(Poster 15)

Фактори, обуславящи локалния имунитет (ЛИ) в дихателната система (ДС): 1. морфологично-функционални особености на ДС; 2. клетъчен и 3. секреторен имунитет и специално секреторния IgA.

Секреторните антители в ДС имат голямо значение и добре очертана автономност за предпазване от различни заболявания: аглутинират бактериите и така ограничават размножението им и възможността да проникват във вътрешната среда на организма; препястват тяхната фиксация върху епителната тапицировка на тъканите; контролират „нормалната“ микрофлора в ДС. Подобна е защитата и на всички лигавици, които имат контакт с външната на организма среда.

Закономерности в натрупването на секреторните антители (СА)

Образуването на (СА) се подчинява на същите закономерности, които определят натрупването на антители в организма:

1. Влияние на възрастта: сведенията са противоречиви по този въпрос. По-голямата възприемчивост на децата към грипните вируси, вероятно е обусловено

РЕЗЮМЕТА - ПОСТЕРИ

е още не напълно съзрялата система на секреторния имунитет (СИ);

2. Индивидуални различия при формирането на (СИ);

3. Влияние на имунодепресанти и адюванти;

4. Значение на метода на апликация на антигена- мястото на „въвеждане“ на антигена има решаващо значение; за обезпечаване на тяхната продукция е необходим контакт с лигавицата на дихателния тракт.

5. Индуктивна и продуктивна фаза: при всички респираторни вирусни инфекции, продуктивната фаза на (СИ) е по-кратка от продуктивната фаза на общия хуморален имунитет към същите антигени.

6. Значение на дозата на антигена- в сила е общото правило: с увеличаване на дозата на антигена се увеличава и продукцията на (СА).

7. Значение на имунологичната памет в системата на (СИ).

8. Корелация между натрупване на секреторни и серумни антители.

В заключение може да се каже, че при синтеза на (СА) са в сила по-голямата част от закономерностите присъщи на системата на общия специфичен имунитет, но има и такива, характерни само за системата на (СИ)- напр.: изразената фрагментарност, изработката на антителя се ограничава само в този участък от лигавицата, който е бил в контакт с антигена.

Локален противовирусен имунитет на дихателната система

Острите респираторни вирусни заболявания (ОРВЗ) доминират в съвременната инфекциозна патология на развитите страни. Тяхното значение в развитието и прогресирането на хроничните неспецифични белодробни заболявания (ХНБЗ) е вече общопризнат

факт. Местния противогрипен имунитет е необходимо звено в общия имунитет на организма към това заболяване. Доказано е значението на (СА) в противогрипния имунитет. Обръща се внимание и на синергичното действие в противогрипната защита на серумните и секреторните антители. Редица изследвания показват предимство на секреторните антители пред серумните в тяхната способност да предотватяват отделянето на вирусите от организма, което определя ролята им в ограничаване на епидемиите и колективния имунитет към вирусните заболявания.

Локален противобактериален имунитет на дихателната система.

Системата, осигуряваща неспецифичния и специфичен антибактериален имунитет на (ДС) е по-сложна и многокомпонентна отколкото е антивирусната. По редица съществени признаци имунологичния статус на вътрешната среда на организма и (ДС) принципно се отличават една от друга. Например основен фактор на неспецифичния антибактериален хуморален имунитет е комплементът, но в секрета на горните и долни дихателни пътища не намерен такъв. Сред протективните антители на серума важно място заемат опсонините, но опсонизиращата активност на (СА) от клас IgA е много по-слаба от тази на антители от клас IgG.

Редица фактори изтъкват първостепенното значение на локалния антибактериален имунитет в устойчивостта на (ДС) и на целия организъм към бактериална инвазия. Изтъква се, че по-честото и по-тежко боледуване от хроничен бронхит, наблюдавано у пушачи се дължи на подтискане от тютюневия дим на (ЛИ) на респираторната система, най-вероятно чрез репресия на

РЕЗЮМЕТА - ПОСТЕРИ

секреторния IgA. Експерименталното проучване на микоплазмената инфекция се използва като модел за изучаване на локалния антибактериален имунитет в (ДС).

Резюмирайки всички установени факти на локалния имунитет може да се счита за доказано, че секреторните антитела показват изразено, а при някои инфекции и решаващо влияние за устойчивостта на дихателната система към заболявания с вирусна и бактериална етиология.

Близко до базалната мембрана на епителната тапицировка и каналите на жлезите са локализираны „В“-клетки, предетерминирани към изработване на IgA.

За разлика от лимфните образувания, разположени във вътрешната среда на организма, аналогичните елементи на органите непосредствено съобщаващи се с външната среда, непрекъснато са подложени на антигенно дразнене. Затова в тях се съдържат голяма количество клетки, синтезиращи различни имуноглобулини и преди всичко секреторния IgA. Тези структурни особености са от много голямо значение за локалната защита на тези органи от вирусни и бактериални нокси и имат значение за протичането и прогнозата при инфекциозните болести на дихателната система.

Рецида външни химични и физични

фактори (тютюнев дим, радиационно облъчване) подтискайки секреторния IgA, водят до по-тежко, затегнато протичане и хронифициране на възпалителните заболявания в дихателната система.

УПРАВЛЕНИЕ НА СЪРДЕЧНОСЪДОВИЯ РИСК ПРИ АСИМПТОМНА АТЕРОСКЛЕРОЗА (Poster 16)

16

Д. Чинарска

Материалите по настоящия постер са подготвени на базата на проведено ретроспективно документално анализиране на хронични болни с повече от едно социално-значимо заболяване - артериална хипертония, мозъчно съдова болест, захарен диабет, исхемична сърдечна болест и придружаващите ги модифицируеми сърдечно-съдови рискови фактори при пациентите. Анализът обхваща три първични практики в централен столичен район с обща бройка на пациенти от 1500 с посочените диагнози и сравнени с анализи посочени от годишен сборник за заболяванията на Световната здравна организация за 2008 г. Дадени са и данни от български статистически резултати за сравнение с данните за европейските страни.



БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

София, бул. "Акад. Иван Гешов" 15

Е-мейл: blsus@mail.bg

Телефон: +359 (2) 954 11 69; 954 11 26; 954 11 81

Факс: +359 (2) 954 11 86

www.blsg.com

abbvie



 NOVARTIS

УСПЯВАМЕ ЗАЕДНО

