В 75% семьей, имеющих доход ниже среднего, воспитываются несовершеннолетние дети, тогда как при высоком среднемесячном доходе только 33,3% семей имеют детей такого возраста. Меньшее количество несовершеннолетних детей в семьях медицинских сестер 1-ой группы, возможно, связано с большей занятостью на работе и возрастом главных медицинских сестер.

Следует отметить влияние удаленности ЛПУ от места проживания сотрудника на мотивацию к работе. По данным анкетирования на дорогу к рабочему месту главные и старшие медицинские сестры тратят от 15 мин до 1 часа и более. Сравнительный анализ показал, что достоверных различий в 1-ой и 2-ой группах по данному показателю не найдено.

Изучение перечня социальных гарантии, предоставляемых руководителям сестринских подразделений выявило, что, по мнению респондентов, основной они считают предоставление финансовой поддержки при получении медицинской помощи. Однако только 7,3% считают, что имеют данную гарантию, 55,9% имеют ее частично, 35% не имеют, 1,7% - не знают о возможности ее получения.

Выводы.

1. Анализ полученных результатов показал необходимость привлечения к руководству молодых перспективных сотрудников, имеющих высшее образование или повышенный уровень сестринского образования

2. Поиск новых современных методов позволит оптимизировать работу руководителей сестринским звеном ЛПУ.

Список литературы:

1. Двойников С.И., Карасева Л.А. Управление развитием сестринского персонала: Учебное пособие. – М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2006. – 120с.

2. Т.В.Матвейчик, В.И.Иванова. Медицинские сестры Беларуси: социол. исслед.//Медицинские новости. – 2005. - № 11. – с. 50-53

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА НЕЙРОИНФЕКЦИЙ В ДОБРИШСКОМ РАЙОНЕ НА ПЕРИОД 2010 -2014 ГОДА

Монов Д.[1],
Коларова М.[2],
Станева С.[2]
1.Медицинский колледж-Медицинский университет Варны
Сектор подготовки "Инспектор общественного здравоохранения и социальной деятельности"
2.Медицинский университет - Варна, кафедра гигиены и эпидемиологии

ETIOLOGIC STRUCTURE NEUROINFECTIONS IN DOBRICH AREAS FOR THE PERIOD 2010 - 2014 YEAR

Monov D.[1],
Kolarova M . [2],
Staneva S. [2]
1.Medical College - Medical University of Varna ,Training sector "Inspector of Public Health and Social Activities"
2.Medical University - Varna, Department of Hygiene and Epidemiology Educational Sector "Epidemiology"

РЕЗЮМЕ.

Нейроинфекции поражают нервную систему, сильно бегают, часто вызывают инвалидность и даже смерть пациента. Бактериальный менингит, вирусный менингит, энцефалит или местные воспалительные процессы центральной нервной системы (ЦНС): церебральный абсцесс или субдуральная эмпиема и инфекционный тромбофлебит. **Цель и задачи**. Изучить эпидемиологическую географию нейроинфекций в Добричском районе и стране на 2001-2014 гг. И их этиологическое дешифрование на 2010-2014 гг. , Многопрофильная больница для активного лечения(МБАЛ) Добрич , эпидемиологические исследования.

Материалы года: данные регистрации нейроинфекций в областная инспекция здоровья(ОИЗ), Научно-исследовательский центр инфекционных заболеваний (НИЦИБ/, Министерство здравоохранения(МЗ) бюллетени, лабораторные микробиологические исследования в ОИЗ Добрич, Многопрофильная больница для активного лечения (МБАЛ) Добрич, эпидемиологические исследования.

Методы: микробиологические, вирусологические для доказательства причин нейроинфекций, ликвора, крови выделения из горла, носа, пазух и т. д. **Результаты:** Уровень заболеваемости для различных групп нейроинфекций в Добричском регионе показывает выше среди показывает, что он выше для Бактериальный менингит и менингоэнцефалит (БММЭ) до 3,36% в 2004 году и 2,92% для 2009 и 2,68% в 2013 году, за которым следует пневмококк. инфекция - 2,43% /2009 / и 1,07% /2013 /. Этиологическое дешифрование имеет большие различия - так как для Streptococcus pneumoniae в 2013 году оно достигает 28,57%, или 0% в течение двух из пяти лет / 2012-2014 / Выводы: Точного отбора проб материалов для этического декодирования зачастую недостаточно подтверждение клинического диагноза. Нейроинфекции составляют 40% / 2011 г. / 71,43% / 2013 г. / для района Добрич, 40,37: / 2010 г. / 55,55% для страны

ABSTRACT.

Neuroinfections affect the nervous system, are severe, often lead to disability and even death of the patient. They are caused by bacteria, viruses, fungi and other microorganisms. They flow as acute bacterial meningitis, viral meningitis, encephalitis or local inflammation of the central nervous system (CNS): brain abscess or subdural empyema and infectious thrombophlebitis. **Purpose and tasks**: to investigate the epidemiological geography of neuroinfections in Dobrich and the country for 2001- 2014 and their ethiological transcript for the period 2010-2014. **Materials** Data from registration of neuroinfections in RHI, National Inspectorate, Ministry of Health, newsletters ,, laboratory microbiological studies in RHI Dobrich, Dobrich hospital, epidemiological studies ,, **Methods**: Microbiological, virological proof of the agents, causing neuroinfections, CSF, blood, secretions from the throat, nose, sinuses and others. **Results**: The morbidity rate for different groups of neuroinfections in Dobrich region district shows that it is higher for Bacterial meningitis and meningoencephalitis (BMME) up to 3.36% in 2004 and 2.92% for 2009 and 2.68% in 2013, followed by pneumococcus. infection - 2.43% / 2009 / and 1.07% / 2013 /. The ethiological transcript shows large differences-as for Streptococcus pneumoniae in 2013 reached 28.57% at 0% in two of the five years / 2012-2014g / **Conclusions**: The conducted accurate sample-takings of materials for ethiological decryption are often not sufficient for making a clinical diagnosis .The unestablished neuroinfections are 40% / 2011 / to 71.43% / 2013 / for Dobrich at 40.37/2010/ to 55.55 percent for the country.

Ключевые слова: нейроинфекция, спинномозговая жидкость мозга, этиология, заболеваемость.

Keywords: neuroinfections, CSF, etiology, incidence

Острые инфекции нервной системы (ОИНС) являются одними из наиболее важных медицинских проблем. Нейроинфекции поражают нервную систему, сильно бегают, часто вызывают инвалидность и даже смерть пациента. Это связано с тем, что исход заболевания прогноз пациента) напрямую связан с ранней диагностикой, адекватностью принятых решений и немедленным началом лечения. Они сохраняются как острый бактериальный менингит, вирусный менингит, энцефалит или местные воспалительные процессы центральной нервной системы (ЦНС), церебральный абсцесс или субдуральная пневмония и инфекционный тромбофлебит [1,3,4,5,6]. Начало каждого из заболеваний часто отмечается неспецифическими продромами, такими как лихорадка и головная боль. Только появление менингококкового синдрома изменения в сознании, местные неврологические проявления или судороги указывают на диагноз. Ключевым моментом в раннем и успешном лечении является диагностика, выявление этиологического агента и начало антимикробной или противовирусной терапии. Первая диагностическая задача состоит в том, чтобы определить, затрагивает ли инфекция главным образом субарахноидальное пространство (менингит), или это генерализованное или местное воспаление полушарий головного мозга, мозга или ствола головного мозга. Когда на паренхиму головного мозга напрямую влияет вирус, это энцефалит [2,5,7]. В 40% случаев пневмококковый менингит у детей в возрасте до 5 лет встречается на первом году жизни. Каждый год в результате пневмококковых инфекций в мире более 1 миллиона детей в возрасте до 5 лет умирают. возраст [8]. Бактериальная нейроинфекция менингококово является одной из самых опасных. Он часто проходит слегка в виде простуды, насморка и легкого воспаления горла или тяжелого интенсивного курса, часто приводящего к летальному исходу в течение нескольких часов [6]. Выявление этиологического агента также важно с точки зрения борьбы с эпидемическими выбросами.

Цель и задачи: Изучить этиологическую структуру нейроинфекций в Добричском регионе на 2010-2014 гг.

Материалы: данные регистрации нейроинфекций в ОИЗ, НИЦИБ, МЗ, бюллетени, лабораторные микробиологические исследования в ОИЗ-Добрич, МБАЛ-Добрич, эпидемиологические исследования, собственные наблюдения, анализы, отчеты.

Методы: микробиологические, вирусологические для доказательства причин нейроинфекций, жидкости, крови, горла, носовых пазух и т. Д. Эпидемиологический анализ, графический, статистический методы.

Результаты и обсуждение: Нейроинфекции в Болгарии зарегистрированы как заболевания, которые подлежат обязательной регистрации, отчетности включают следующие нозологические единицы: бактериальный менингит и менингоэнцефалит (БММЭ); Haemophilus influenzae, БММЭ - пневмококковой (S. pneumoniae), БММЭ - стрептококк (стрептококк группы B). [3] Другие БММЭ: менингококковая инфекция, инвазивная (менингококковый менингит и сепсис), инвазивная инфекционная пневмококковая инфекция, инвазивная инфекция - гемофильный грипп. С поправками к Указу № 21 от 2005 года введены требования Решения Комиссии по внедрению 2012/506 / ЕС от 8 августа 2012 года для процедуры регистрации, уведомления и отчетности об инфекционных заболеваниях от 8.7.2014. Внесение поправок в Решение 2002/253 / ЕС с изложением определений случаев для сообщения об инфекционных заболеваниях в сети Сообщества в соответствии с Решением Европейского парламента и Совета № 2119/98 / ЕС (OJ L262, 27.9.2012).

На рисунке 1 показано количество бактериальных менингитов и менингоэнцефалитов (БММЭ) в 2001-2014 гг. для Добричского района. Большое разнообразие из 6 типов этиологических агентов произошло за два года (2007, 2009) 14-летнего периода, 4 вида за 5 лет (2005, 2006, 2008, 20101 2011) , 200, 200, 2004, 2012), два вида в год (2013) и один вид также год (2014).

Этическая структура (%) бактериального менингита и менингоэнцефалита (ВММЕ) за период 2010-2014 гг. в Добричском районе по сравнению с показателем по стране за 5-летний период наблюдаются существенные различия. У S. pneumoniae 5 лет в два -2012, 2014 зарегистрированного заболевания нет, сформирована очень большая площадь заболеваемости за 2013 год. , с относительной долей 28,57% при 14,28% по стране и в 2012 году. Зарегистрированных заболеваний нет, и годы после введения обязательной иммунизации 2014 года. (Рис. 2).

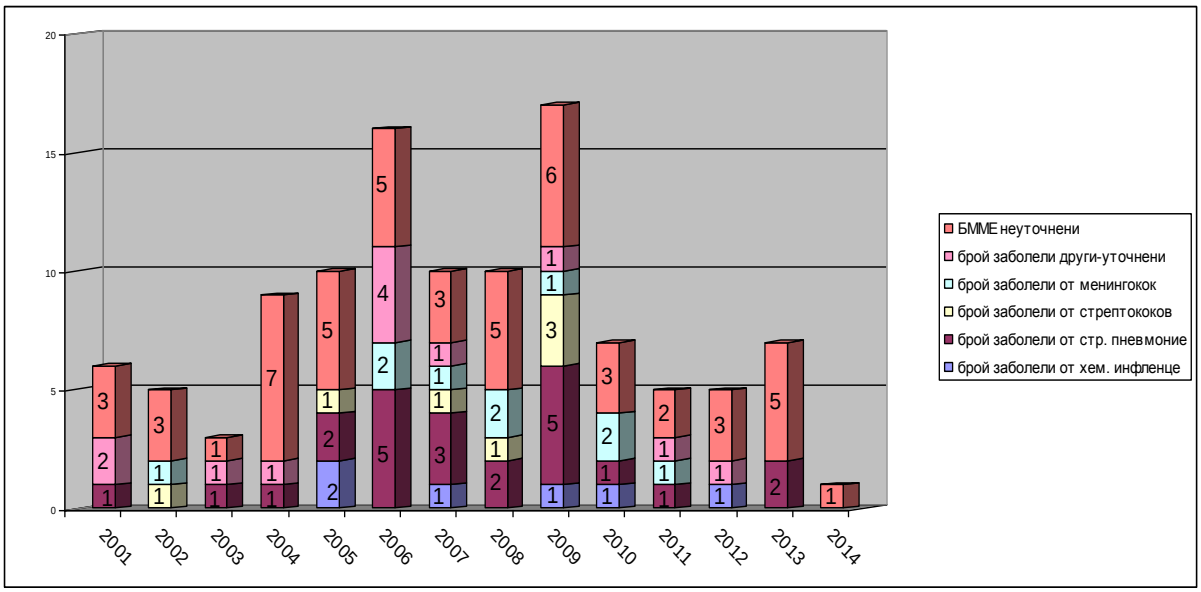

Рис.1 Количество болезней бттэ в 2001-2014 гг. о добрическом районе

Этическая структура (%) бактериального менингита и менингоэнцефалита (ВММЕ) за период 2010-2014 гг. в Добричском районе по сравнению с показателем по стране за 5-летний период наблюдаются существенные различия. У S. pneumoniae 5 лет в два -2012, 2014 зарегистрированного заболевания нет, сформирована очень большая площадь заболеваемости за 2013 год. , с относительной долей 28,57% при 14,28% по стране и в 2012 году. Зарегистрированных заболеваний нет, и годы после введения обязательной иммунизации 2014 года. (Рис. 2).

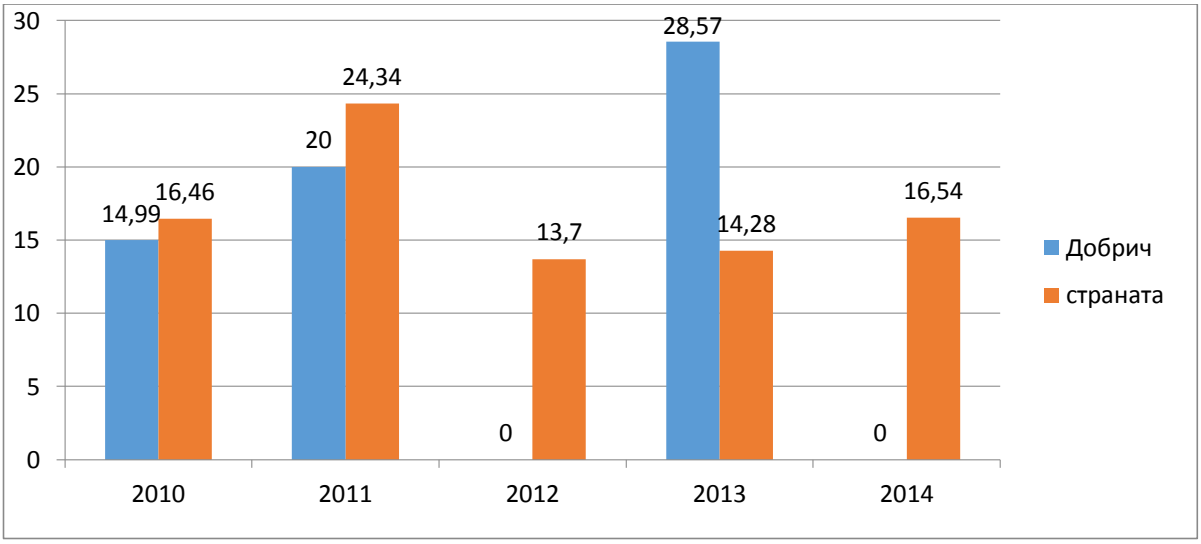

Рисунок 2: Этиологическая структура в добрическом районе и стране к 2010-2014 году. для с.пневмоние

БММЭ с гемофильным гриппом типа В (рис. 3), занимают очень высокую относительную долю 20,0% в 2012 году. и 14,3 в 2010 году. со средним по стране 2,06% и 6,33% по годам. После введения в календарь иммунизации страны обязательных иммунизаций [2] против пневмококков и Haemophilus influenzae типа В не зарегистрировано бактериального менингита и менингоэнцефалита в возрасте иммунизации штаммами Streptococcus pneumoniae и Hemophilus influenzae типа В.

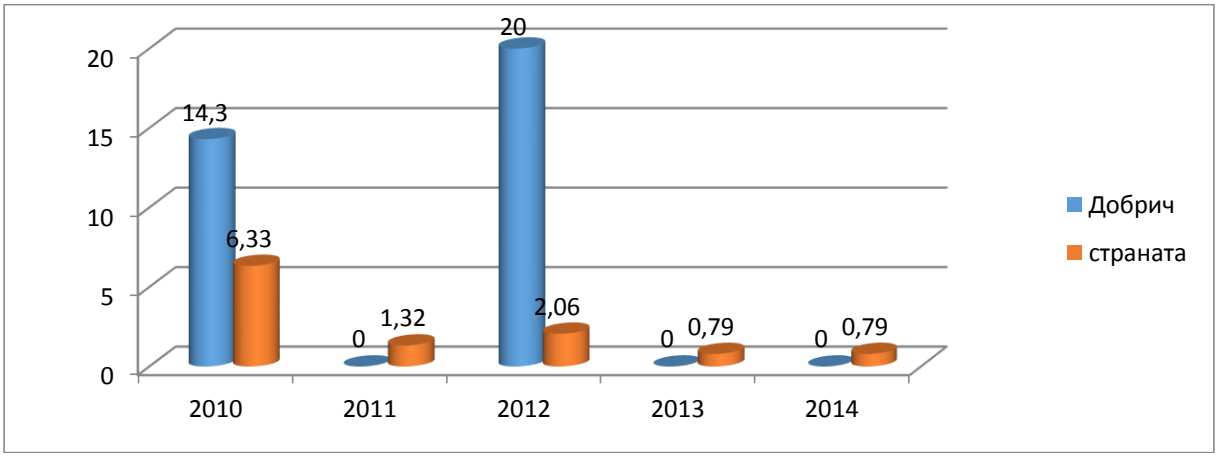

Рисунок 3: Этиологическая структура в добрическом районе и стране по годам к 2010-2014 годам. о влиянии гемофилуса типа в (hib).

Неопределенные причинные факторы (рис. 4) в Добринкских нейроинфекциях схожи с таковыми для страны за весь период. составляют 100%, с 47,24% по стране. Во все остальные годы они составляют более 40,0%. Это подчеркивает причины и вводит более строгий контроль за отбором материалов, их транспортировкой, хранением и микробиологической диагностикой.

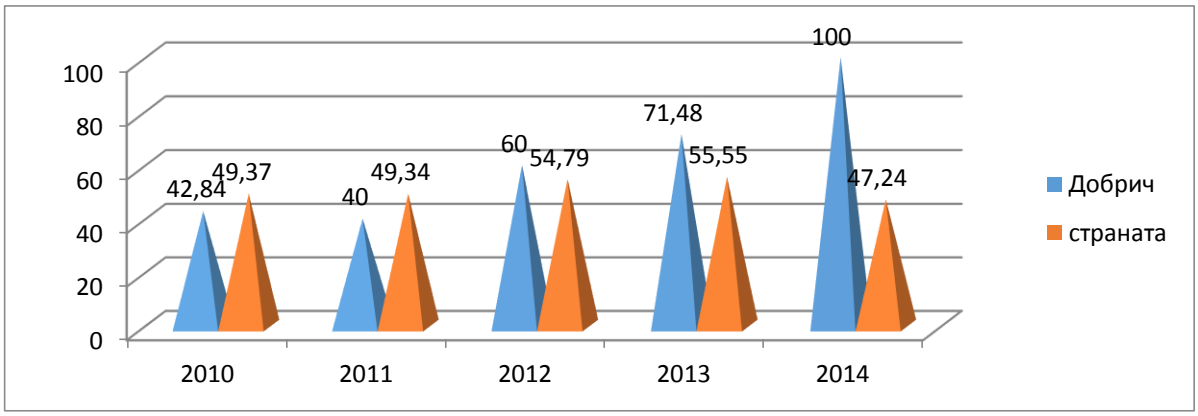

Рис. 4 Этиологическая структура в добрическом районе и стране по годам на 2010-2014 годы. для неполного

Другие факторы (Рисунок 5) установлены на уровне 20,0% в 2011 и 2012 годах на уровне 19,74% и 22,0% в стране за эти годы, а в оставшиеся 3 года таких не существует, при значениях для страны от 21 до 43% и 18,9%.

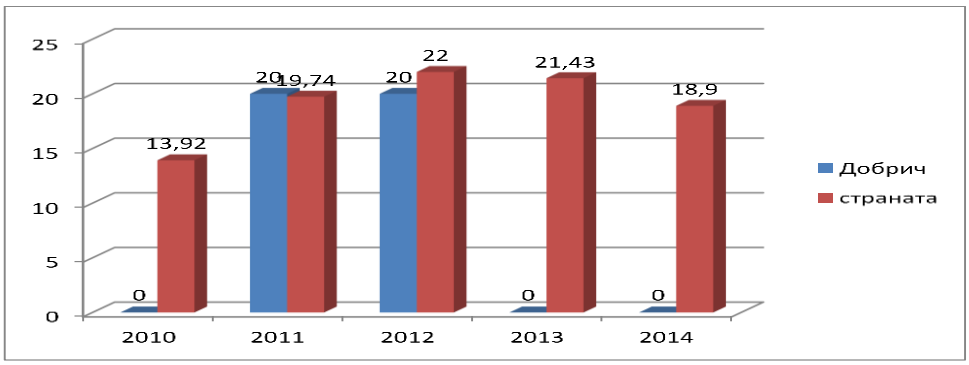

Рисунок 5: Этиологическая структура в добрическом районе и стране по годам к 2010-2014 годам. – другое

Менингококковые бактериальные неоинфекции (Рисунок 6) Этиологическая структура в году сравнивается с показанной в 5-летнем периоде и демонстрирует широкое распространение в 2010 и 2011 годах с 28,57% и 20,0% ниже, на 10,13% и 11,84% за те же годы.

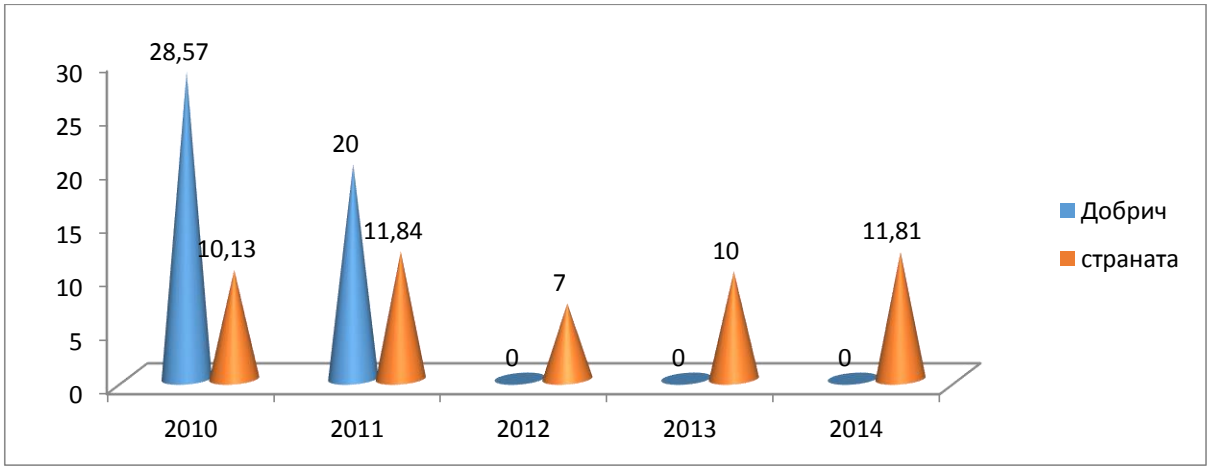

Рис.6 Этиологическая структура управления бактериальными нейроинфекциями в добрическом районе и стране к 2010 -2014 году

Выводы:

1. Этиологическая диссоциация бактериального менингита и менингоэнцефалита (БММЭ) за период 2010-2014 гг. В Добричском районе большие различия - по Streptococcus pneumoniae в 2013 году. достигает 28,57% при 14,28% за тот же год в стране и 0% за два из пяти лет / 2012-2014/

2. Менингококковые бактериальные нейроинфекции являются более распространенными в 2010 году. - с долей 28,57%, по стране 10,13%.

3. После вступления в иммунизация календар стороне связывающего они против пневмококка и Haemophilus гриппа типа B не зарегистрированной бактериального менингита и менингоэнцефалита в возрасте иммунизации, чтобы вызвать Streptokokus пневмонии и Haemophilus гриппа типа B.

4. Бродячие нейроинфекции являются 40% / (2011) до 71,43% (2013) до Добричка области на 49,37% (2010) до 55,55% для страны.

5. Проверка образца материалов для этического декодирования очень часто недостаточна для подтверждения клинического диагноза.

Литература:

1. Николова Д., Раковоа, Т.Ганчева, М.Господинова, С.Милева, Ненов Н. Нозологическая структура нейроинфекций в Варненской области 1994-1999 гг., Св. Загора, 11-13 мая Национальная конференция по нейроинфекциям, 2000 г.

2. Постановление № 15 об иммунизации в Республике Болгарии (обнародовано в «Государственной газете», выпуск 45 от 2005 года, последняя редакция - ГГ, 92 от 2014 года)

3. Постановление о внесении изменений и дополнений в Указ № 21 от 2005 года о порядке регистрации, отчетности и отчетности по инфекционным заболеваниям (обнародовано, Государственный вестник, выпуск 62 от 2005 года, с изменениями и дополнениями, выпуск 52 от 2011 года). Измененный и дополненный, ГГ, ном. 56 от 8.7.2014)

4. Рекомендации Всемирной организации здравоохранения 2011 года (Менингококковые вакцины: ВОЗ, Paper, WER 2011; 86: 521-39

5. infecklinika(@)abv.bg

6. http://www.puls.bg/health/inquisitive/news_3309.html

7..http://www.credoweb.bg/ranna-diagnoza-i-vazmozhnosti-za-lechenie-na-nevroinfektsiite-content-61443.html

8 .http://zdrave.rozali.com/konsultaci-zdrave/p11468.html