

УНИВЕРЗИТЕТ “ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ”-ШТИП

ФАКУЛТЕТ ЗА МЕДИЦИНСКИ НАУКИ



**УНИВЕРЗИТЕТ
ГОЦЕ ДЕЛЧЕВ**

Специјалистички труд

**УЛОГАТА НА СЕСТРАТА ПРИ НЕГА НА БОЛНИ СО КРАНИОЦЕРЕБРАЛНИ
ПОВРЕДИ**

Ментор

Проф.Д-р Гордана Камчева Михаилова

Кандидат

Билјана Милеска

Бр на индекс 211461

ШТИП 2024

Комисија за оцена и одбрана:

Проф. Д-р.Гордана Панова

Доц. Д-р.Марија Караколевска-Илова

Проф. Д-р.Гордана Камчева Михаилова (ментор)

Благодарност

Голема благодарност до сите професори и асистенти кои со своето пренесено знаење ми помогнаа да стигнам до целта и одбрана на овој специјалистички труд. Особено голема благодарност до мојата **менторка проф. Д-р Гордана Камчева Михаилова** занесебичната професионална посветеност, и пред сè, стручната помош при изработка на овој труд .

Најголема благодарност за моето семејство кое постојано беше покрај мене и срдечно ме подржуваше да го постигнам и овој успех.

Со почит
Билјана Милеска

СОДРЖИНА:

1.	ВОВЕД	2
2.	ПОВРЕДИ НА МОЗОКОТ (Краниocereбрални повреди)	5
2.1	Повреди на черепот (fractura cranii)	5
2.2	Повреди на мозокот и други елементи во внатрешноста на черепот	6
3.	ЗДРАВСТВЕНА НЕГА	10
3.1	Историја и темелите на сестринската професија	12
3.2	Улогата на сестринството како носител на здравствена нега	13
4.	ЗДРАВСТВЕНА НЕГА НА НЕВРОХИРУРШКИ ПАЦИЕНТ.....	15
4.1	Улога на медицинската сестра	16
5.	ЦЕЛ	22
6.	МАТЕРИЈАЛИ И МЕТОДИ	22
7.	РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА	23
8.	ЗАКЛУЧОК	26
9.	КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА	27

АПСТРАКТ

Вовед: На клиниката за неврохирургија, во единицата за интензивно лекување, се лекуваат пациенти со краниocereбрални повреди и со друга патологија на кои им е потребен интензивен надзор, специфична терапија и нега. Повредите на главата се голема група повреди кои имаат долг процес на лекување, може да доведат до инвалидитет и имаат висок процент на смртност.

Цел на трудот: Во овој специјалистички труд целта е да се прикаже бројот на пациент со повреда на мозокот примени на одделението при ЈЗУ “Клиника за неврохирургија”-интензивно лекување Скопје, како и улогата на сестрата во приемот, лекувањето и третманот на овие пациенти.

Материјали и методи: Користени се податоци од приемната книга при Клиниката за неврохирургија Скопје во тек на три последователни години обработени според пол, тип на повреда и исход од лекувањето (графичко и табеларно прикажување).

Резултати и дискусија: Во овој специјалистички труд користени се податоци од одделението на Клиниката за Неврохирургија-Скопје. Обработени се податоци од тетратката за приеми на болните и направена статистика според пол, тип на повреда и исход од лекувањето. Во текот на 2020 година на одделот за Неврохирургија биле примени вкупно 56 пациенти со дијагностициран субдурален (44) и епидурален хематом (12). Од вкупниот број на испитаници, 45 пациенти биле мажи, додека останатите 11 биле жени. Од вкупниот број, починале 25 пациенти. Во текот на 2021 година на одделот за Неврохирургија биле примени вкупно 53 пациенти со дијагностициран субдурален (48) и епидурален хематом (5). Од вкупниот број на испитаници, 34 пациенти биле мажи, а 19 биле жени. Починале 18 пациенти од вкупниот број. Во текот на 2022 година на одделот за Неврохирургија биле примени вкупно 64 пациенти со дијагностициран субдурален (48) и епидурален хематом (16). Од вкупниот број на испитаници, 53 пациенти биле мажи, додека останатите 11 биле жени. Починале 2 пациенти. Од останатите повреди на мозокот биле примени пациенти со: CV Insult (5), F-ra impresiva (15), F-ra linearis (1), SAH (68), Coilyng (13), Haemathoma intracerebrale (35), Haemathoma intraventriculare (1), Tumor cerebri оперирани (170) и неоперирани (45), MS Cerebri (6), Contusio cerebri (15), Commotio cerebri (1), Hidrocerephalus (32) и артериовенска малформација(12). Во резултатите се покажани повеќе видови на повреди, но исходот на лекувањето на 2 типа на повреди на мозокот се со поголем број преживевани во однос на починати.

Заклучок: Повредите на главата претставуваат голема група повреди кои се со висок процент на смртност. Овој вид трауми се особено значајни бидејќи може да доведат до инвалидитет и сериозни ментални нарушувања на личноста. Поголемата едукација и усовршување на медицински сестри во, како теоретски така и практично, придонесува за подобрената нега како во предоперативниот, така и во постоперативниот период. За таа цел тие треба постојано да се едуцираат и надоградуваат за да може третманот на болните со повреди на мозокот да биде подобар. Улогата на медицинската сестра во лекувањето на болните во единицата за интензивна нега и лекување е многу битна и голема. Таа започнува од приемот на пациентот во единицата за интензивна нега и лекување, негова преоперативна припрема, испраќање на пациентот во оперативниот блок, доколку е потребно, постоперативниот прифат на болните од оперативниот блок во единицата за интензивна нега и лекување, аплицирање на потребната терапија, делумно во медицинската рехабилитација и едукација на болниот, исписот на болниот од единицата за интензивна нега и лекување. Најзината улога е посебно значајна за спречување на можните компликации посебно од инфективна природа. Многу е важно да се почне со рана рехабилитација веднаш по било каков тип на повреда на мозокот. Со тоа се спречува настанување на компликации, кои можат да бидат рани и доцни, се смалува должината на рехабилитацијата и опоравување на пациентот. Подобрената едукација и усовршување на медицинските сестри теоретски и практично придонесува за подобрената нега во предоперативниот и постоперативниот период. Улогата на мед. сестра е битна и голема посебно значајна како во лекувањето така и за спречување на понатамошните компликации.

Клучни зборови: субдурален хематом, епидурален хематом, краниocereбрални повреди.

ABSTRACT

Introduction: At the neurosurgery clinic, in the intensive care unit, patients with craniocerebral injuries and other pathologies are treated who require intensive supervision, specific therapy and care. Head injuries are a large group of injuries that have a long healing process, can lead to disability and have a high mortality rate.

Purpose of the paper: In this specialized paper, the purpose is to show the number of patients with brain injuries admitted to the ward at the PHI "Clinic for Neurosurgery" - intensive care Skopje, as well as the role of the nurse in the admission, treatment and treatment of these patients.

Materials and methods: Data from the admission book at the Skopje Neurosurgery Clinic during three consecutive years were used, processed according to gender, type of injury and treatment outcome (graphical and tabular presentation).

Results and discussion: in this specialist paper, data from the department of the Clinic for Neurosurgery-Skopje were used. Data from the patient's admission notebook were processed and statistics were made according to gender, type of injury and outcome of the treatment. During 2020, a total of 56 patients with diagnosed subdural (44) and epidural hematoma (12) were admitted to the Department of Neurosurgery. Out of the total number of subjects, 45 patients were men, while the remaining 11 were women. Of the total number, 25 patients died. During 2021, a total of 53 patients with diagnosed subdural (48) and epidural hematoma (5) were admitted to the Department of Neurosurgery. Out of the total number of subjects, 34 patients were men and 19 were women. 18 patients died out of the total number. During 2022, a total of 64 patients with diagnosed subdural (48) and epidural hematoma (16) were admitted to the Department of Neurosurgery. From the total number of respondents, 53 patients were men, while the remaining 11 were women. 2 patients died. From other brain injuries, patients with: CV Insult (5), F-ra impresiva (15), F-ra linearis (1), SAH (68), Coilyng (13), Haemathoma intracerebrale (35), Haemathoma intraventriculare were admitted. (1), Tumor cerebri operated (170) and unoperated (45), MS Cerebri (6), Contusio cerebri (15), Commotio cerebri (1), Hidrocephalus (32) and arteriovenous malformation(12). The results show several types of injuries, but the outcome of the treatment of 2 types of brain injuries is with a greater number of survivors than deaths. **Conclusion:** Head injuries represent a large group of injuries with a high mortality rate. This type of trauma is particularly significant because it can lead to disability and serious mental disorders of the personality. Greater education and training of nurses in both theoretical and practical aspects contributes to

improved care both in the preoperative and postoperative period. For this purpose, they should be constantly educated and updated so that the treatment of patients with brain injuries can be better. The role of the nurse in the treatment of patients in the intensive care and treatment unit is very important and great. It begins with the admission of the patient to the intensive care and treatment unit, his preoperative preparation, sending the patient to the operating unit, if necessary, the postoperative admission of patients from the operating unit to the intensive care and treatment unit, applying the necessary therapy, partially in the medical rehabilitation and education of the patient, the discharge of the patient from the unit for intensive care and treatment. Its role is particularly significant in preventing possible complications, especially of an infectious nature. It is very important to start with early rehabilitation immediately after any type of brain injury. This prevents the occurrence of complications, which can be early and late, reduces the length of rehabilitation and recovery of the patient. Improved education and training of nurses theoretically and practically contributes to improved care in the preoperative and postoperative period. The role of the nurse is important and particularly significant both in the treatment and in the prevention of further complications.

Key words: subdural hematoma, epidural hematoma, craniocerebral injuries.

1. ВОВЕД

На клиниките за Неврохирургија и во модерните единици за интензивно лекување се лекуваат пациенти со краниocereбрални повреди и пациенти со друга патологија (артериовенски малформации, тумори итн.) на кои им е потребен интензивен надзор и специфична секојдневна комплексна терапија.

Симптомите при оштетувањата на мозокот зависат од местото каде настанало оштетувањето и од тежината на заболувањето.

Тие воглавно се групирани во неколку групи и тоа:

1. Симптоми и знаци на покачен ендокранијален притисок (главоболка, гадење, повраќање, промена на свеста: поспаност, сопор и кома)
2. Жаришни или фокални испади: плегии, афазии (моторна или сензорна), амузии, апросопогнозии, дислексии, парестезии итн.)
3. Знаци на менингеална иритација: (главоболка, гадење, повраќање, закочен врат, Кернинг-ов знак, горен и долен Бружински)
4. Знаци за хернија на мозокот: Hutchins-онова зеница, пореметување на крвниот притисок (хипертензија или хипотензија), пореметување на срцевиот ритам (тахикардија, брадикардија), поремедување на дишењето (Cusmal-ово дишење, Biot-ово дишење, Chein-Stokes-ово дишење или апнеа), други вегетативни симптоми (дермографизам итн.)
5. Други симптоми на мозошно оштетување (екстрапирамидални, церебеларни симптоми, симптоми на оштетување на мозочното стебло.

Повредите на главата претставуваат голема група повреди со висок процент на смртност. Овој вид трауми се особено битни бидејќи може да доведат до инвалидитет и сериозни ментални нарушувања на личноста. Бројот на повреди на главата изнесува околу 300 на 100.000 луѓе годишно, со смртност од 9 до 25 случаи на 100.000 луѓе. Повредите на главата се честа причина за болничко лекување кај децата.

Мозокот е добро заштитен од надворешни повреди. Тој се наоѓа во внатрешноста на главата, заштитен со коскена структура, наречен череп. Исто така постојат слоеви

на мембрани и течности кои сигурно го чуваат мозокот од повреди. Но, и покрај овој природен шлем мозокот може да биде повреден. Оштетувањата може да бидат сериозни. Повредите на главата се причина за смрт или траен инвалидитет на илјадници луѓе во светот секоја година. Според статистичките податоци, повеќе од половина луѓе кои добиле тешки повреди на главата завршуваат смртно.

Голем дел од пациентите кои починале како последица од трауматските повреди на мозокот не умираат веднаш туку по неколку денови или месеци по повредата. Статистиките говорат дека на 40 проценти од пациентите со повреди на главата состојбата им се влошува по одреден период. Затоа повредите се поделени на примарни и секундарни.

Примарните повреди на мозокот настануваат веднаш по повредата, при што мозочното ткиво и крвни садови се истегнати, притиснати или раскинати. Секундарната повреда на мозокот настанува како последица на примарната, по неколку минути или денови. Во овој случај доаѓа до оштетувања на мозочните клетки со што се влошува мозочната функција. Други нарушувања и оштетувања кои настануваат при секундарните повреди се: промена во крвниот проток во мозокот што води до исхемија (намалување на кислород во мозочната клетка), мозочен оток (едем) и зголемен интракранијален притисок.

Симптомите при повреди на мозокот зависат од местото каде настанала повредата и од тежината на повредата.

Кај лесните трауматски повреди, на пример потрес на мозокот, најчесто нема губење на свеста и или доколку има, тоа трае неколку секунди. Покрај ова може да се јават и други симптоми како: главоболка, гадење, повраќање, губење на координација, вртоглавица, губење на рамнотежа, осетливост на светлина, нарушување на видот, зуење во ушите, губење на чувство на вкус, малаксаност и нарушување во сонот. Исто така, може да се јави промена на расположението и однесувањето како: конфузија, губење на меморија и концентрација, нарушувања во мисловниот процес.

Кај потешките трауматски повреди на мозокот може да се јави и: јака протрахирана главоболка, повторувачки повраќања, грчеви, протрахирана поспаност, проширување на една зеница, бавен и отежнат говор, слабост во екстремитетите, губење на координација, конфузија, немир. На подолг период може да се јават и симптоми на нарушено социјално и емоционално однесување.

Особено се значајни симптомите на покачен интракранијален притисок (притисок внатре во черепот), жаришните (фокални) симптоми и симптомите на хернија на мозокот, кои ако не се третираат може да доведат до смрт. Симптомите на оваа повреда се: нарушена свест, слабост или одземеност на екстремитетите, забавување на пулсот, покачување на крвниот притисок, проширување на зеницата и нарушено дишење. Појавата на нарушено држење, односно став на телото и екстремитетите е многу лош знак.

Дијагнозата се поставува според анамнезата, клиничката слика и невролошкиот наод. Невролошките испитувања помагаат во одредување на типот на повреда, прогнозата и третманот. Најбитна дијагностичка процедура кај ваквиот тип повреди е компјутеризирана томографија на главата. Таа е брза и точна метода која може да се употреби повеќепати, што помага за следење на повредата.

Со терапија треба да се почне што поскоро, во првите минути/часови по повредата. Од местото каде е настаната повредата до транспортот во болничка установа, главна цела претставува стабилизирање пациентот и спречување на секундарните повреди на мозокот. Кај потешките повреди лекувањето се спроведува во одделите за интензивна нега.

1.1.ПОВРЕДИ НА МОЗОКОТ (КРАНИОЦЕРЕБРАЛНИ ПОВРЕДИ)

Повреди на главата и мозокот се честа појава, особено во оваа брзо и динамично живеење. Највообичаен начин на добивање повреди се: сообраќајни несреќи, пад од височина, повреди за време на тепачката, прострелни рани итн. Овие повреди во литературата се нарекуваат како *cranio cerebral* повреда и *neurotrauma*.

Повредите може да се поделат на:

- ✓ повреди на кожата (скалпот);
- ✓ повреди на черепот и
- ✓ повреди на мозокот и други елементи во внатрешноста на черепот

1.2. Повреди на черепот (fractura cranii)

Фрактура на череп е кршење на една или повеќе од осумте коски кои го сочинуваат краниумот на черепот најчесто како резултат на контузија. Доколку силата на ударот е

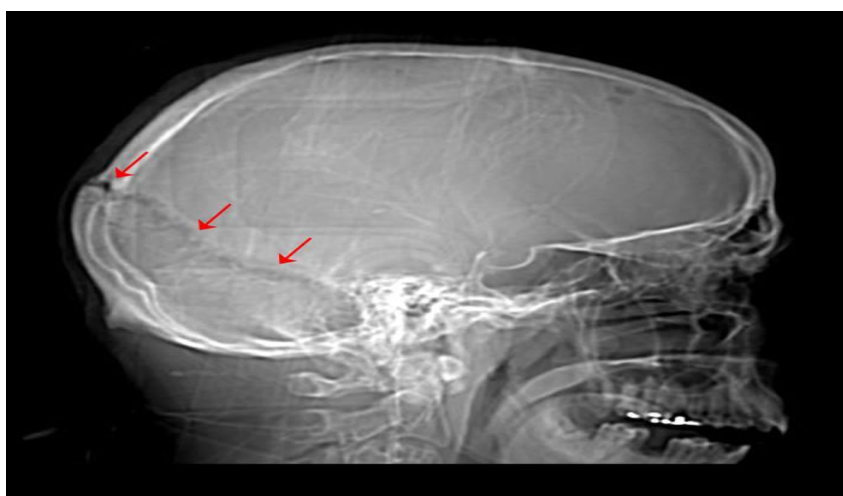
прекумерна, коската може да се скрши кај или блиску до местото на ударот и да предизвика штета на скриените анатомски структури внатре во черепот како што се мембрани, крвни садови и мозокот дури и кога нема фрактура.

Скршеницата на здрава коска покажува дека била применета значителна сила при што се зголемува можноста за повреда на мозокот, додека фрактура на черепот без компликации може да настане без да има физичко или невролошко оштетување и самата по себе обично не е клинички битна. Сериозен удар во главата доведува до потрес кој може, но и не мора, да биде проследен со губење на свеста.

Сложена фрактура претставува скршеница која настанува во комбинација со повреда која го раскинува епидермот и менингите или поминува низ параназалните синуси и структурите во средното уво, при што надворешната средина доаѓа во контакт со мозочната шуплина. Сложените фрактури можат да бидат чисти или контаминирани.

Постојат четири главни видови на фрактури на черепот:

- ✓ *линеарни фрактури* кои се најчести и обично не е потребна интервенција за нив;
- ✓ *импресивни и депресивни фрактури* обично проследени со скршени делови од коски кои се изместени внатре во мозокот и за кои е можно да треба хируршка интервенција доколку има оштетување на ткивото;
- ✓ *дијастатски фрактури* кај кои шевовите на черепот се шират, обично кај деца под три години;
- ✓ *базиларни фрактури* кои настануваат кај коските кај основата на черепот



Слика бр. 1 Фрактура на череп

Image no. 1.Skull fracture

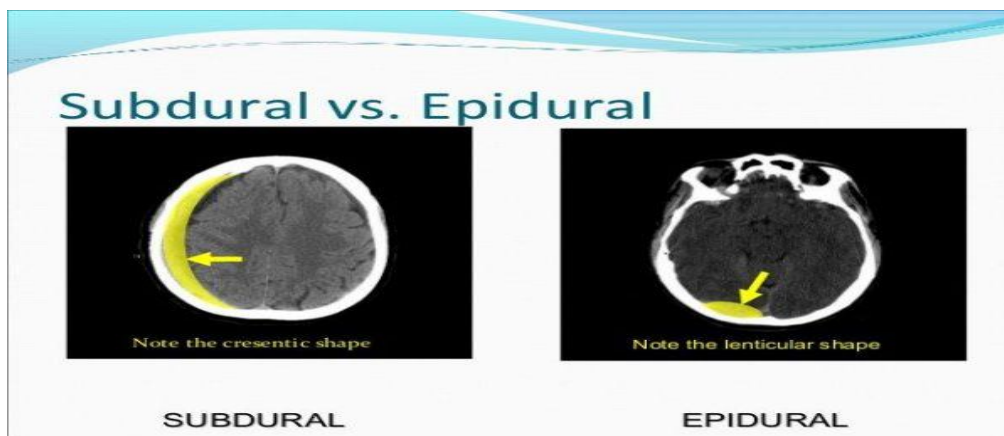
1.2. Повреди на мозокот и други елементи во внатрешноста на черепот

Тврдата мозочна обвивка заедно со своите дупликаторни форми (falks-от и tentorium-от) го покрива мозокот, односно претставува заштитен покривач на мозокот, а низ неа се одвива артериската менингеална и венска циркулација. Крварењата во черепната празнина се делат на крвање над тврдата мозочна обвивка, т.е. епидурално крвање – haematoma epidurale, крвање под тврдата мозочна обвивка, т.н. субдурално крвање – haematoma subdurale, крвање во субарахноидалниот простор или субарахноидално крвање, крвање во мозокот, крвање во мозочните шуплини или интравентрикуларно крвање

При повреда на надворешниот лист на тврдата мозочна обвивка и венските синуси настанува епидурално крвање меѓу коските од черепот и тврдата мозочна обвивка, а кое најчесто се јавува на *a. meningea media* и дуралните венски синуси. Ако постои скршеница на коските од черепот, следено со епидурално крвање, истото може да се јави како резултат на раскинување на диплоичните крвни садови. Епидуралното крвање е најчесто придружено со линиските скршеници, исклучително ретко се јавува кај многу мали деца (до 1 година возраст) и постари лица од причина што тврдата мозочна обвивка е цврсто прилепена со коските од черепот. Субдуралното крвање претставува крвање меѓу архноидеата од мозокот и тврдата мозочна обвивка и настанува како резултат на раскинување на мостните кортикодурални вени (венски крвни садови кои крвта од мозокот ја носат во венските синуси над дурата). Субдуралното крвање може да биде акутно (во првите три дена по повредата), субактуно (две до три недели по повредување) и хронично (повеќе од три недели по повредување).

Епидуралното крвање доведува до компресија на витални мозочни центри во мозокот, при што може да не постои или, пак, да постои конкретна опасност по животот.

Субарахноидално крвање е артериско и венозно, односно настанува како резултат на раскинување на артериски и венските крвни садови, при што знаците на компресија на мозокот може да се јават непосредно или, пак, после неколку дена по повредувањето, истото доведува до конкретна опасност по животот.



Слика бр. 2 Приказ на субдурален и епидурален хематом

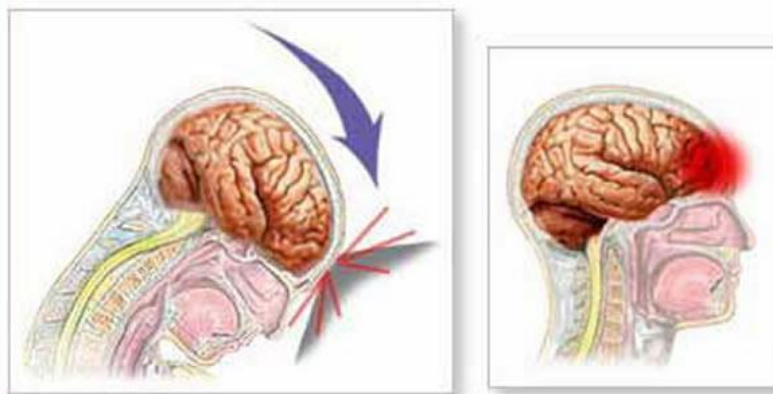
Image no. 2 Presentation of subdural and epidural hematoma

Потрес на мозок, (Commotio cerebri) т.е блага трауматска повреда на мозокот (MTBI - mild traumatic brain injury) реверзибилно функционално нарушување на мозочното ткиво кое настанува непосредно по здобивање на повредната. Денес е прифатена и дефиницијата дека потресот на мозок претставува нарушување на менталниот статус кој се јавува по повреда на глава, при што може, но и не мора да настане губење на свест туку постои само збунетост и дезориентација. Различни автори додаваат модификација на MTBI, според кои оваа повреда доведува до губење на свест помалку или до 20 минути и/или краткотрајна амнезија, GSC изнесува 13-15, нема фокален невролошки дефицит, нема интракранијални компликации, а компјутеризираната томографија е нормална.

Доколку губењето на свест е подолго од 6 часа, тоа упатува на органско оштетување на мозокот или на доминантно дифузна аксонална повреда (DAI ili shearing stres), настаната од ненадејна брза децелерација. Симптомите кои се присутни кај потресот на мозок произлегуваат како резултат на нарушување на невролошки статус и вегетативните функции. Во литературата постојат различни поделби на клиничка симптоматологија кај потрес на мозок. Карактеристични симптоми кај потресот на мозок се губење свест од различно траење, ретроградна или антероградна амнезија (целосно несеќавање пред или по повредувањето), главоболка, вртоглавици (vertigo), гадење (nausea), повраќање, забрзано или продолжено дишење, опаѓање на крвниот притисок, брадикардија, поретко тахикардија, вкочанет или безцелосен поглед, бледило на кожа и слузокожа, кожата е оросена со ладна пот, целосна атонија на сфинктериите што се манифестира со дефекација и мокрење и

нистагмус - треперње на очните капаци. Меѓу симптомите кои се присутни кај потрес на мозок се дезориентираност, конфузност, зашеметеност, нарушена концентрација, заборавање, брзо заморување, неспособност да се изврши повеќе од една работа, осетливост на светло и звук, неможност на фокусирање на погледот, заматен вид, свонење во ушите.

Утврдувањето на дијагнозата потрес на мозок е веродостојна доколку клинички е констатирана од лекар преку регистрирање на објективните симптоми, а анамнестичките податоци може да се сметаат за веродостојни доколку истите се објективизирани од лекар со извршениот клинички преглед. Критериум за оценување на тежината на потресот на мозок е степенот на оштетување на здравјето изразен преку клиничката симптоматологија.



Слика бр. 3 Потрес на мозокот

Image no. 3 Concussion

Нагмечувањето на мозок (Contusio cerebri) претставува сериозно анатомско органско нарушување на мозочните структури, предизвикано од директно дејствување на силата. Нагмечувањето може да биде фокално или дифузно, може да е изолирано или придружено со останатите повреди на главата, и тоа скршување на коски од череп и интракранијални крвавења. Критериум за оценување на оваа повреда е постоење опасност по животот и постоење трајни последици, односно постоење трајно и значително оштетување на здравјето и трајно и значително оштетување на функцијата. Во зависност од изразеноста на клиничката слика, нагмечувањето на мозокот може да се оцени како обична тешка телесна повреда и квалификувана тешка телесна повреда. Симптомите при овие повреди се јавуваат непосредно по повредувањето, но во некои случаи тие можат да се јават и после одредено време. Најважен показател е

состојбата на свеста, која е огледало на опсежноста на овие повреди. Ако бессвесната состојба е длабока, тогаш функцијата на мозокот е оштетена.

Мозочното нагмечување може да биде пропратено со субарахноидална траматска хеморагија или крвавење во субарахноидалниот простор или интравентрикуларна хеморагија (крвавење во вентрикулите) што додатно ја компликува мозочната повреда.

1.3.ЗДРАВСТВЕНА НЕГА

Во здравствениот систем и подсистемите од областа на здравствената заштита кај нас скромно место завзема негата на болниот како составен дел на службата за лекување, која ја обавуваат здравствените работници.

Здравствените работници имаат посебна одговорност во општеството која произлегува од вршењето на својата дејност - човекот. Затоа нивното севкупно однесување е посебно важно во вршењето на работата и работните задачи, и се темели врз висока стручност, етика и хуманост.

Здравствените работници работата треба да ја изведуваат совесно, одговорно, темелно, ценејќи го здравјето и достоинството на секој човек. Сите свои умствени и физички способности, стручноста и општествената дејност треба да ја посветат на зачувување и унапредување на здравјето на секој поединец. Во текот на работата треба да се застапуваат похумани односи меѓу луѓето и напредок на човештвото, и активно да учествуваат во здравственото воспитување, подигањето на здравствената свест и здравствената култура на населението.

При давањето на здравствената заштита секој здравствен работник треба да има еднаков однос спрема сите болни без разлика на полот, националноста, вероисповеста, политичките уверувања или личниот однос спрема болниот.

Здравствениот работник морално е обврзан да дава итна помош, без оглед на опасноста за својот живот и здравје. Тој е должен со болниот да постапува според правилата на науката, постојано да се усовршува и стекнатото знаење несебично да го пренесува на своите соработници и други здравствени работници. Здравствениот работник степенот на доверливост на поодделни информации треба да ги процени и да ги чува како професионална тајна. За да бидат здравствените работници почитувани од болните, колегите и останатите лица, треба да поседуваат и други морално-етички квалитети. Тие треба да се точни во извршувањето на работните

задачи, совесни, самоинацијативни, уредни, искрени, да ги почитуваат болните, претпоставените и оние кои им се потчинети. Само на тој начин здравствените работници ќе стекнат углед и ќе бидат почитувани.

Негата која ја пружат здравствените работници им помага на оние на кои им е потребна, односно на болните и на безпомошните. Негата е збир на мерки и средства со кои може да се спречат одредени болести, да се ублажат или отстранат последиците. Со еден збор континуирано следење на здравјето.

Со дефиницијата здравје се занимавале повеќе автори, и светската здравствена организација. Сите тие во основата ја имаат прифатено општата дефиниција за здравјето.

„Здравствената нега како интегрален дел на системот за здравствена заштита опфаќа унапредување на здравјето, превенција на болестите и грижа за физичкиот, менталниот и социјално болниот и неспособните лица од сите возрасти во заедницата и здравствените установи. Медицинската сестра посебно внимание посветува на реакцијата на поединецот, семејството, и видот на моменталниот проблем или потенцијалните проблеми. Овие човекови реакции се движат од активноста на развојот на политиката за долгорочно унапредување на здравата популација до активности за оздравување во текот на поедини болести“.

Организирана здравствена нега е само една од многуте здравствени дисциплини. Нејзината основна задача е да им помага на поединци и групи (семејства и заедници), што подобро ги обавува своите работни задачи (физички, духовни, социјални) во разни здравствени состојби. Тоа значи дека оваа струка е одговорна за човекот кога е во здрава состојба, и за време на болест, што значи процесот трае долго од неговиот зачеток па се до смртта. Како медицината така и здравствената нега се грижи за одржување, оздравување и чување на здравјето, нега на болните и нивната рехабилитација.

Здравствената нега ги проучува психосоматските и психосоцијалните аспекти на животот, односно како тие делуваат врз здравјето болестите и смртта. Што значи здравствената нега е целовито занимање кое се бави со поединецот, семејството, општествената заедница, и нивните разноврсни функции, за време на здравје и болест, односно се движат од една сфера во друга. *Улогата на медицинската сестра е да ја*

утврдува и планира потребата од неџа која ќе му помогне и на здравиот и на болниот човек.

Цел на здравствената неџа е да му овозможи на поединецот независност од друго лице, желба и знаење.

Задачите на медицинската сестра со нејзината помош и знаење е да му овозможи на болниот што побрзо му се врати независноста за живеење и здравјето. Затоа за поимот „здравје“ се залагала и светската здравствена организација и вклучувала повеќе експерти и сите тие давале свое видување и дефиниции за поимот „Здравје“.

Последните неколку години и во нашата земја се зборува за процесот на „здравје“ и здравствената неџа како нов и најсовремен метод на организација на здравствената неџа. Светската здравствена организација препорачува процесот на здравствената неџа да биде основен начин на работата во целокупната работа и грижа за болниот од страна на медицинската сестра.

1.3.1.Историја и темелите на сестринската професија

Темелите на сестринската професија и сестринскиот позив како и принципите на болничките услови и неџа на болниот ги поставила *Florence Nightingale* често спомнувана како „дама со светилка“.

Нејзината желба да биде медицинска сестра била спречувана од нејзините родители, сакајќи да ја отргнат од таа идеја патувале со неа по светот.

Florence Nightingale млада, образована, со високи морални и човечки квалитети, со тврда желба да му помага на болниот и изнемоштениот, започнува да се бави со сестринската професија.

Прв и значаен успех во професијата го постигнала на Кримската војна 1854 год. каде заедно со 38 сестри заминува во Скутаре на Крим каде ја води болницата и се грижи за 1500 ранети. Во болницата *Florence Nightingale* за прв пат ги поставува темелите на сестринската активност:

- ✓ Посматрање на болниот;
- ✓ Правилна исхрана на болниот;
- ✓ Правилно остранување на човечките екскрети;

✓ Дезинфекција(со вриење).

Работејќи по овие правила Florence Nightingale успеала во болницата да го намали морталитетот и морбидитетот.

Florence Nightingale благодарение на своето образование, искуство од Кримската војна, познавањето на статистиката и религијата успеала здравјето да го дефинира како: *“Способност на искористување на сите потенцијали со кои човекот располага, а не состојба спротивна на болест.”* Според неа на здравјето му влијаат сите надворешни фактори, физичките и психичките влијанија.

Надворешните влијанија можат позитивно или негативно да делуваат врз здравјето на човекот. Сестрата може да делува на овие фактори позитивно да влијаат врз човекот и да не го нарушуваат неговото здравје. Физичките фактори на околината (сонце, вода, воздух, светлина, бука, промаја, итн.) а посебен акцент става на психичкото влијание врз здравјето на болниот, низ изборот на темата за разговор, таа избира тема што ќе го весели болниот и ќе го зголеми позитивното расположение, ја поттикнува желбата да се бори за своето здравје, како и зголемување на физичката активност. Мирувањето и пасивноста на болниот негативно влијаат врз неговото телесно и душевно здравје.

Здравствената нега ја дефинира како:

„Процес на стварање на најповолни услови за одвивање на природните процеси усмерени на чување на здравјето или поново воспоставување на здравјето.“

Florence Nightingale сметала дека не е доволно да се биде жена па некој да е добра медицинска сестра, затоа што здравствената нега претставува цела дисциплина, различна од лекарската пракса која вклучува знаење, вештини, ставови, системност, логичност и соучество што може да се стекне само со редовна институционална едукација.

1.3.2. Улогата на сестринството како носител на здравствена нега

Сестринството е умешност и наука која бара рационално сваќање и примена на знаењето и вештините специфични за професијата.

Сестринската професија е главниот носител на здравствената нега на болниот и заслужува најсовремена едукација, која ги прати светските трендови, за да може да одговори на барањата на болниот и ги задоволи неговите потреби.

Високата здравствена школа го вовеле овој предмет со кој високо образованите сестри –техничари, фидеотерапевти, ќе се едуцираат, за работа во сите здравствени установи во нашата земја и надвор од неа. Со неа се воведува нов профил на медицински сестри која поинаку ќе размислува во спроведувањето на здравствената нега бидејќи овој метод од неа бара:

- ✓ да ги утврди потребите на здравствена нега;
- ✓ да ја испланира здравствената нега;
- ✓ да ја спроведе здравствената нега;
- ✓ да ја евалуира здравствената нега.

Здравствената нега овозможува поинаков пристап од современо едуцираната сестра која плански, систематски, со однапред поставена цел, дијагноза, интервенции, ќе ја спроведува здравствената нега во праксата на поединецот, групата па општествената заедница, квалитетно и во тренд со најновите светски достигнувања во здравствената нега.

Со постојаното издигање, созревање и унапредувањето на сестринството како професија во глобални рамки, а со тоа и на профилот високо образована медицинска сестра, процесот здравствена нега, со право, постанува респектабилна активност преку која се детерминира улогата и дејствувањето на профилот високо образована сестра.

Тоа опфаќа:

- ✓ Посматрање на болниот, виталните знаци и излачевините;
- ✓ Одржување на личната хигиена;
- ✓ Спроведување на исхраната;
- ✓ Медицинско –технички манипулации;
- ✓ Здравствено –воспитни активности.

1.4.Здравствена нега на неврохируршки пациенти

Третман на неврохируршките болести и состојби се спроведува од искусен тим неврохирурзи, медицински сестри и помошен персонал, со најсовремени методи и работејќи според светски стандарди. На тој начин се изведуваат и најсложените интервенции од областа на неврохирургијата. Благодарение на експертизата и современата технологија, Одделот за интензивна нега и лекување при УЈЗУ Клиника за Неврохирургија нуди дијагноза и третман на сите болести на мозокот кај возрасни пациенти и деца.

Неврохирургијата е многу сложена и специфична гранка на хируршки активности кои заради својата комплексност бара високо ниво на специфични знаења и вештини во областа на здравствената заштита. Неврохирургијата, освен знаења во областа на здравствената заштита, бара познавања на висока технологија и електроника. Техниките на лекување на неврохируршките пациенти бара инкорпорирање на новата улога на медицинските сестри, од чие знаење и пристап зависи нејзиниот квалитет.

Работата на неврохируршките медицински сестри е специјализирана област, која е дел од хируршката здравствена нега. Современата неврохирургија во последниве децении, како дел од севкупниот развој на медицината добива се поизразено место. Основните вредности кои треба да ги поседува секоја неврохируршка сестра се: тимска работа и соработка, извонредност, иновации, интегритет и визија.

Бројот на неврохируршки пациенти е специфичен поради степенот на физиолошки, психосоцијални промени и дисфункција на нервниот систем. Во невролошкиот дефицит обично се вклучени некои аспекти на интелектуалниот процес, сетилата за перцепција, автономната и моторната активност, како и комуникацискиот систем. Грижата за овие пациенти бара темелно познавање на областа и познавање на вештини кои се специфични за неврохирургијата.

Истражувањата во единиците за интензивно лекување за долготрајните последици кај критичните болни покажаа дека кај значителен број од овие пациенти кои преживеале тешка болест се јавуваат важни континуирани проблеми. За многу од нив, испишувањето од интензивна нега е почеток на долго, несигурно патување, кон заздравување што се карактеризира со: слабост, губиток на енергија и други физички тешкотии, анксиозност, депресија, феномен на посттрауматски стрес, а кај некои и со губиток на менталниот капацитет (когнитивни функции). Семејството

станува неформален згрижувач, што само по себе е проблем, бидејќи се нарушуваат семејните односи, а воедно и финасиски се истоштуваат. Заздравувањето е строго индивидуално, а малку студии покажуваат поврзаност меѓу основната болест и долготрајното заздравување. Логично, пациентите кои имале подолги епизоди на критична болест, имаат во поголем број долготрајни проблеми, иако и пациентите кои биле со краток престој во единиците за интензивна нега може да побаруваат значителна поддршка.

Многу семејства имаат финансиски притисок, како и последици врз нивниот здравствен и емоционален статус. Информациите за социјалните служби и бенефитетите тешко се добиваат, а решенијата често се арбитрарни. Прашање е дали оваа материја може да се покрие со едно вакво упатство.

1.4.1. Улога на медицинската сестра

Клиниката за Неврохирургија, во која што згрижуваат пациенти со повреди на мозокот и други мозочни оштетувања, е опремена со комплетен мониторинг за згрижување и следење на витално загрозените пациенти. На пациентот му се посветува посебно внимание, како во однос на терапијата, така и во однос на негата.

Во оваа единица за повреди на мозокот, постојано е присутен и на располагање медицински тим, која мора да функционира организирано, а се состои од лекар неврохирург, медицинска сестра, анестезиолог, физијатар и физиотерапевт. Сестрата како значаен член на тимот има важна улога во:

1. Прием на болните на Одделот во Клиниката за Неврохирургија
2. Припрема на болните за оперативна интервенција
3. Праќање на болните во оперативниот блок
4. Прифат на болните од оперативниот блок на Одделот за интензивна нега и лекување
5. Постоперативна терапија и нега на болните
6. Испис на болните од Одделот на Клиниката за Неврохирургија

1.4.2. Прием на болните на Одделот на Клиниката за Неврохирургија

При приемот на болните на Одделот на Неврохирургија медицинската сестра учествува во:

1. Идентификација и прифат на болниот
2. Сместување во болничкиот кревет
3. Обезбедување на болниот
4. Брз преглед на болниот
5. Приклучување на апарати за мониторинг (крвен притисок, ЕКГ, SiO₂)
6. Поставување на венски линии
7. Помош при актот на ставање на уринарен катетер
8. Испраќање на крв за крвни анализи, крвна група и Rh фактор
9. Помош при актот на ставање на назогастрична сонда доколку е потребна
10. Прифат и класирање на медицинската документација

Веднаш штом ќе пристигне пациентот во одделението за Неврохирургија, медицинската сестра е таа која што го има првиот контакт со пациентот, зема сестринска анамнеза, доколку тој е свесен, а во спротивно податоци за пациентот зема од членовите на најблиското семејство или од документацијата која што пациентот ја носи со себе. Го проверува идентитетот на пациентот и го запишува во книгата за евиденција на прием на болните (име и презиме, адреса на живеење, година на раѓање, дијагноза, датум на прием, матичен број и број на здравствена легитимација), се отвара патека за прием на болен во зависност од повредата на мозокот, се потполнуваат финансиски извештаи и согласност за оперативна интервенција и анестезија која ја потпишува близок член од семејството, се зема телефонски број на некој од членовите на семејството за информации и контакт и се отвара терапевска листа за понатамошниот тек и лекување.

Најпрво сестрата го сместува пациентот во постела и притоа започнува со мерење на виталните функции (ТА, пулс, ритам и квалитет на дишење, температура).

Сестрата исто така е таа која што е одговорна за обезбедување на венска линија, односно таа венепунктира и пласира канили. Притоа вади и испраќа крв за испитување на комплетна лабораторија, го повикува тимот од Клиничка лабораторија

за одредување на време на крварење и коагулација кај пациентот. Таа испраќа крв на на Институтот за Трансфузиологија за испитување на крвна група и Rh-фактор.

Во зависност од состојбата на свеста на пацинетот, истиот, доколку има потреба се препраќа во Единицата за Интензивно лекување, се поставува на кислородна поддршка или доколку има потреба се интубира за да се обезбеди дишен пат и се поставува на континуирана вентилација со кислород , на респираторна машина. Нивото на бессознание се одредува со помош на Глазговската скала за кома (Glasgow Coma Scale).Пласирањето на уринарен катетер со кој што понатаму се контролира диурезата, е исто така задача на сестрата. Воедно сестрата е таа која ги забележува промените на пациентот по кожа и слузокожа и врши брз преглед на болниот со процена на свеста по Глазгов скалата за кома.

Табела 1. Глазгов скалата за кома.

Table 1. Glasgow Coma Scale.

Критериум		Бодови
Отварање на очи	Спонтано	4
	На говор	3
	На болка	2
	Нема одговор	1
Моторен одговор	Извршува команди	6
	Локализира/избегнува болка	5
	Се повлекува на болка	4
	Флексија при болка	3
	Екстензија при болка	2
	Нема одговор	1
Вербален одговор	Ориентиран	5
	Конфузен	4
	Неадекватност	3
	Неразбирливост	2
	Нема одговор	1
Вкупно 3-15		

1.4.3. Припрема на болните со краниocereбрална повреда за оперативна интервенција

Во припремата на болните за оперативна интервенција медицинската сестра учествува во:

1. Земање на основните витални параметри: телесна температура, артериски крвен притисок, итн.
2. Земање на материјал за анализа и преоперативна припрема: крвна слика, лабораториски анализи, биланс на хемостазата, крвна група и др.
3. Реализација на електрокардиограм
4. Требување на крв и крвни деривати доколку е потребно и складирање.
5. Администрација на преоперативна аналгетска и друга терапија.
6. Преоперативна тоалета на болниот
7. Грижа за медицинската докуметација

1.4.4. Испраќање на болните со краниocereбрална повреда во оперативниот блок

При испраќање на болните во оперативниот блок медицинската сестра учествува во:

1. Грижа за медицинската документација на болниот
2. Идентификација на болниот.
3. Проверка на виталните функции (пулс, артериски притисок итн.
4. Испраќање на потребните лекови, заместители на крв и крвни деривати во оперативниот блок заедно со болниот.
5. Преоперативна премедикација на болниот доколку е потребна.

1.4.5. Превземање на болните од оперативниот блок

Во прифатот на болните од оперативниот блок на Одделот за Интезивно лекување и нега медицинската сестра учествува во:

1. Идентификација на болниот
2. Контрола на виталните параметри: телесна температура, артериски крвен притисок, итн.
3. Контрола на физикалниот наод на болниот.
4. Проверка и обезбедување на дренажите доколку ги има
5. Проверка и обезбедување на тубусот доколку е присутен
6. Проверка и обезбедување на назогастричната сонда доколку е присутна
7. Проверка и обезбедување на Уринарниот катетер
8. Грижа за медицинската документација
9. Администрирање на постоперативна терапија: аналгетици, антибиотици и друга терапија.
10. Преврски на оперативната рана доколку се потребни.
11. Вадење на разни катетери, дренажи и конци
12. Физикална терапија на болниот

Со примена на правилна нега, положба во постела, се спречуваат можните компликации и се допринесува за побрзо опоравување на болниот.

Раната рехабилитација се состои од пасивни медицински вежби, со кои што се превенира појавата на контрактури, настанувањето на хипостатска пнеумонија, тробофлебити и декубити. Затоа се започнува со сооведно позиционирање на пациентот. Пасивните вежби се изведуваат во полн опсег на движење, два до три пати дневно. Постепено се прават вежби за седење и одржување рамнотежа. На тој начин се постигнува соодветно позиционирање на пациентот подобра оксигенација и подобро дишење на пациентот со што се намалува ризикот од пнеумонии, се намалува времетраењето на севкупниот рехабилитационен период, и најважно превенција на декубиталните рани.

Главната улога во спречувањето и лекувањето на декубиталните рани ја има медицинската сестра, односно сестрата треба да спречи да дојде до лекување на декубит. Декубиталните рани кај пациентите може да биде честа појава, бидејќи се јавува како резултат на долготраен притисок на одредени пределекциски места, посебно кај неподвижни пациенти или пациенти со хемипрелигии, параплегии и квадриплегии. Затоа кожата треба да се одржува чиста сува и здрава, па поради тоа една од превентивните мерки е одржување на личната хигиена и масажа на предекелциските места. Масажата со алкохол предизвикува вазодилатација на крвните

садови, со што ја подобрува циркулација. Алкохолот воедно истовремено ја дезинфицира кожата и ги уништува микроорганизмите и ја дехидрира (суши) со што не дозволува појавана декубити. Медицинската сестра има важна улога и во:

- ✓ Подобрување на имунитетот преку исхрана богата со протеини и витамини, што кај ваквите пациенти или со нарушена свесност или со намален рефлекс на голтање, се постигнува со интензивно хранење преку назогастрична сонда, или со пласирање на перкутана гастростома.
- ✓ Честа промена на положбата- На секои 2 часа кај пациенти кои лежат на обичен душек и на секои 4 часа при употребата на антидекубитален душек, пневматски душек, гумени кругови и др.

1.4.6.Испис на болните од Одделот на Клиниката за Неврохирургија

При испис на болните , медицинската сестра учествува во:

1. Средување на медицинската документација на болниот
2. Давање на последни совети за и на болниот
3. Контрола на оперативната рана
4. Испис на болниот

2. ЦЕЛ НА ТРУДОТ

Да се прикаже бројот на пациенти со повреди на мозокот примени на Одделот на ЈЗУ Клиника за Неврохирургија Скопје во периодот од 2020 до 2022 година и тоа според: полот, видот на болеста на мозокот (во случајов е направена статистика само на пациенти со субдурален и епидурален хематом) и исход од лекувањето. За останатите повреди на мозокот направена е статистика само за вкупен број на примени пациенти.

Целта на овој специјалистички труд е и да се прикаже улогата на медицинската сестра во неврохирургијата, лекување и третман на болните со повреда на мозокот.

3. МАТЕРИЈАЛИ И МЕТОДИ

Во овој специјалистички труд користени се податоци од одделението на Клиниката за Неврохирургија-Скопје. Обработени се податоци од тетратката за приеми на болните и направена статистика според пол, тип на повреда и исход од лекувањето.

Во текот на 2020 година на одделот за Неврохирургија биле примени вкупно 56 пациенти со дијагностициран субдурален (44) и епидурален хематом (12). Од вкупниот број на испитаници, 45 пациенти биле мажи, додека останатите 11 биле жени. Од вкупниот број, починале 25 пациенти.

Во текот на 2021 година на одделот за Неврохирургија биле примени вкупно 53 пациенти со дијагностициран субдурален (48) и епидурален хематом (5). Од вкупниот број на испитаници, 34 пациенти биле мажи, а 19 биле жени. Починале 18 пациенти од вкупниот број.

Во текот на 2022 година на одделот за Неврохирургија биле примени купно 64 пациенти со дијагностициран субдурален (48) и епидурален хематом (16). Од вкупниот број на испитаници, 53 пациенти биле мажи, додека останатите 11 биле жени. Од нив, починале 2 пациенти.

Од останатите повреди на мозокот примени се пациенти со: CV Insult (5), F-ra impresiva (15), F-ra linearis (1), SAH (68), Coilyng (13), Haemathoma intracerebrale (35), Haemathoma intraventriculare (1), Tumor cerebri оперирани (170) и неоперирани (45), MS Cerebri (6), Contusio cerebri (15), Commotio cerebri (1), Hydrocephalus (32) и артериовенска малформација(12).

4. РЕЗУЛТАТИ

Во текот на 2020 година на одделот за Неврохирургија биле примени вкупно 56 пациенти. Од нив со дијагностициран субдурален биле 44 пациенти и со епидурален хематом 12 пациенти. Од вкупниот број на испитаници, 45 пациенти се мажи, додека останатите 11 се жени. Починале 25 пациенти.

Вкупен број на пациенти со дијагностициран субдурален хематом (44) и пациенти со епидурален хематом (12) – табела 2 и графикон бр.1

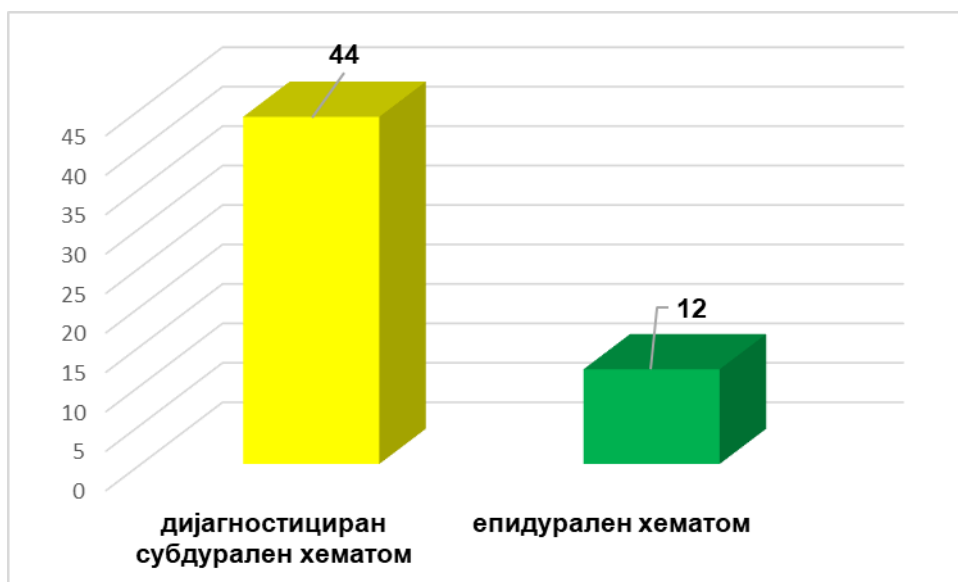
Табела број 2. Вкупен број на пациенти со субдурален и епидурален хематом

Table number 2. Total number of patients with subdural and epidural hematoma

Вкупен број на пациенти	56
Субдурален хематом	44
Епидурален хематом	12

Графикон бр. 1 Вкупен број на пациенти со субдурален и епидурален хематом

Chart no. 1 Total number of patients with subdural and epidural hematoma



Од вкупниот број на пациенти (56) со субдурален и епидурален хематом, 45 пациенти биле мажи, додека останатите 11 пациенти биле жени – табела 3 и графикон бр. 2.

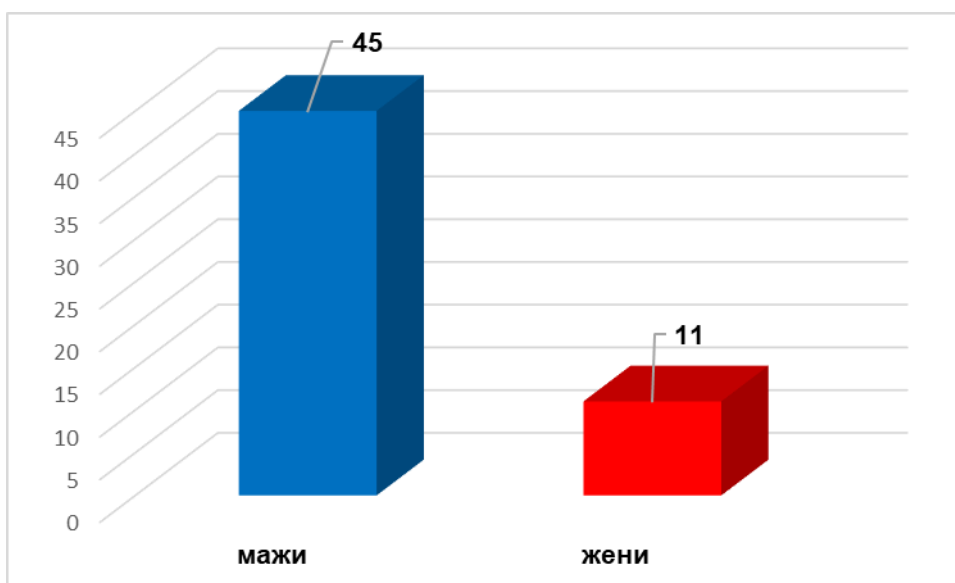
Табела 3. Вкупен број на пациенти според пол

Table number 3.Total number of patients by gender

Пол на пациенти	
Мажи	45
Жени	11

Графикон бр. 2 Вкупен број на пациенти според пол

Chart no. 2 Total number of patients by gender



Резултатите од исходот на лекувањето на двата типа на повреди на мозокот се поголем број на преживеани пациенти во однос на починати – графикон бр.3.

Графикон бр. 3 Починати од вкупен број на пациенти

Chart no. 3 Deaths from the total number of patients



Во текот на 2021 година на одделот за Неврохирургија биле примени вкупно 53 пациенти. Од нив со дијагностициран субдурален биле 48 пациенти и со епидурален хематом 5 пациенти. Од вкупниот број на испитаници, 34 пациенти се мажи, додека останатите 19 се жени. Починале 18 пациенти.

Вкупен број на пациенти со дијагностициран субдурален хематом (48) и пациенти со епидурален хематом (5) – табела 4 и графикон бр.4

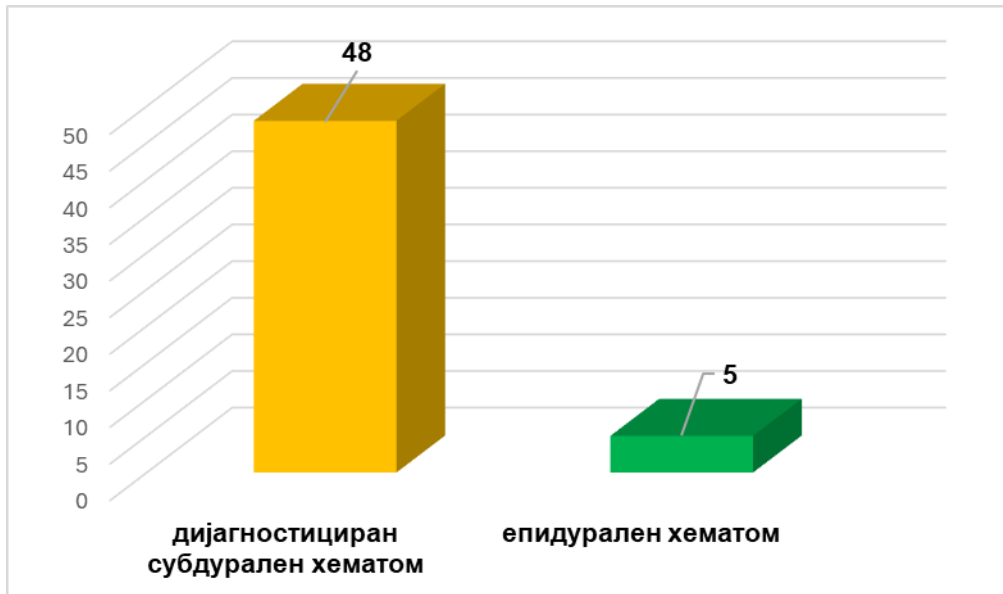
Табела број 4. Вкупен број на пациенти со субдурален и епидурален хематом

Table number 4. Total number of patients with subdural and epidural hematoma

Вкупен број на пациенти	53
Субдурален хематом	48
Епидурален хематом	5

Графикон бр. 4 Вкупен број на пациенти со субдурален и епидурален хематом

Chart no. 4 Total number of patients with subdural and epidural hematoma



Од вкупниот број на пациенти (56) со субдурален и епидурален хематом, 45 пациенти биле мажи, додека останатите 12 пациенти биле жени – табела бр. 5 и графикон бр. 5.

Табела 5. Вкупен број на пациенти според пол

Table number 5.Total number of patients by gender

Пол на пациенти	
Мажи	34
Жени	19

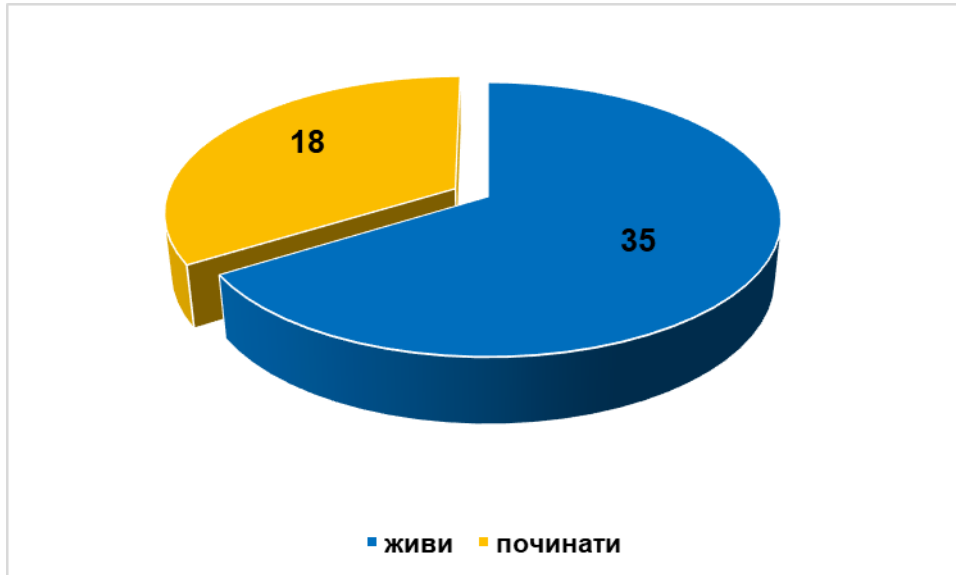
Графикон бр. 5 Вкупен број на пациенти според пол

Chart no. 5 Total number of patients by gender

Резултатите од исходот на лекувањето на двата типа на повреди на мозокот се поголем број на преживевани пациенти во однос на починати – графикон бр.6

Графикон бр. 6 Починати од вкупен број на пациенти

Chart no. 6 Deaths from the total number of patients



Во текот на 2022 година на одделот за Неврохирургија биле примени вкупно 64 пациенти. Од нив, со дијагностициран субдурален хематом биле 48 и со епидурален хематом биле 16. Од вкупниот број на испитаници, 53 пациенти биле мажи, додека останатите 11 биле жени.

Вкупен број на пациенти со дијагностициран субдурален хематом (48) и пациенти со епидурален хематом (16) – табела 6 и графикон бр.7

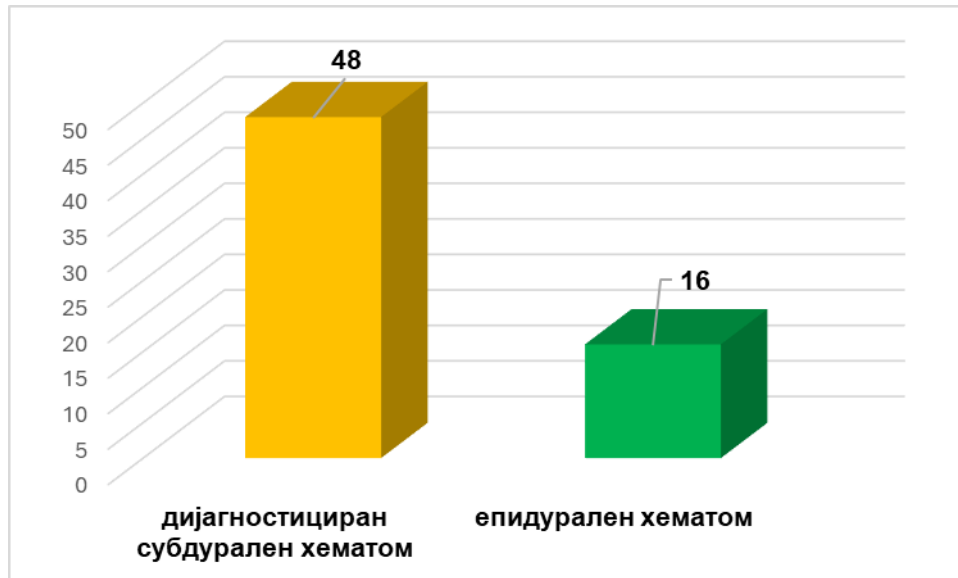
Табела број 6. Вкупен број на пациенти со субдурален и епидурален хематом

Table number 6. Total number of patients with subdural and epidural hematoma

Вкупен број на пациенти	64
Субдурален хематом	48
Епидурален хематом	16

Графикон бр. 7 Вкупен број на пациенти со субдурален и епидурален хематом

Chart no. 7 Total number of patients with subdural and epidural hematoma



Од вкупниот број на пациенти (64) со субдурален и епидурален хематом, 53 пациенти биле мажи, додека останатите 11 пациенти биле жени – табела бр. 7 и графикон бр. 8.

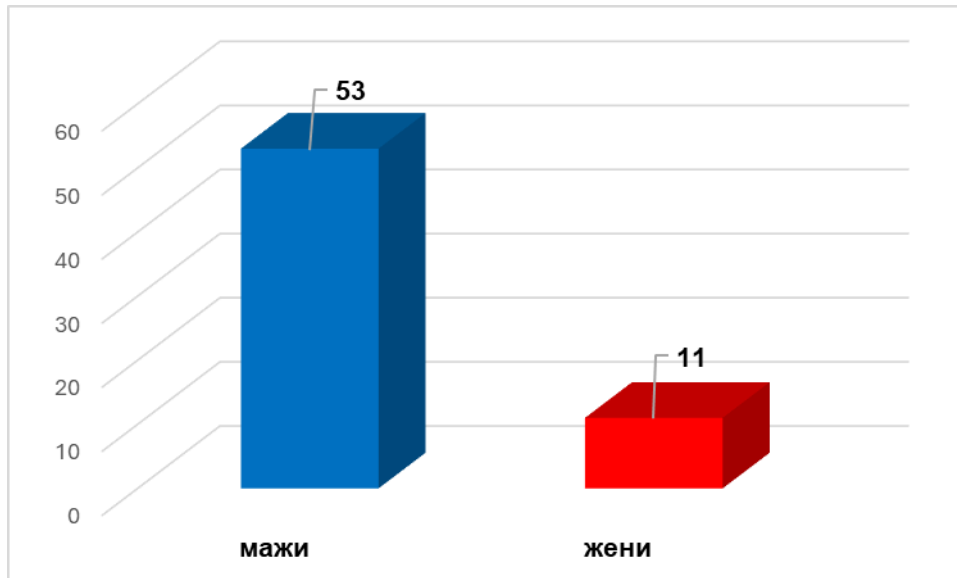
Табела 7. Вкупен број на пациенти според пол

Table number 7. Total number of patients by gender

Пол на пациенти	
Мажи	53
Жени	11

Графикон бр. 8 Вкупен број на пациенти според пол

Chart no. 8 Total number of patients by gender



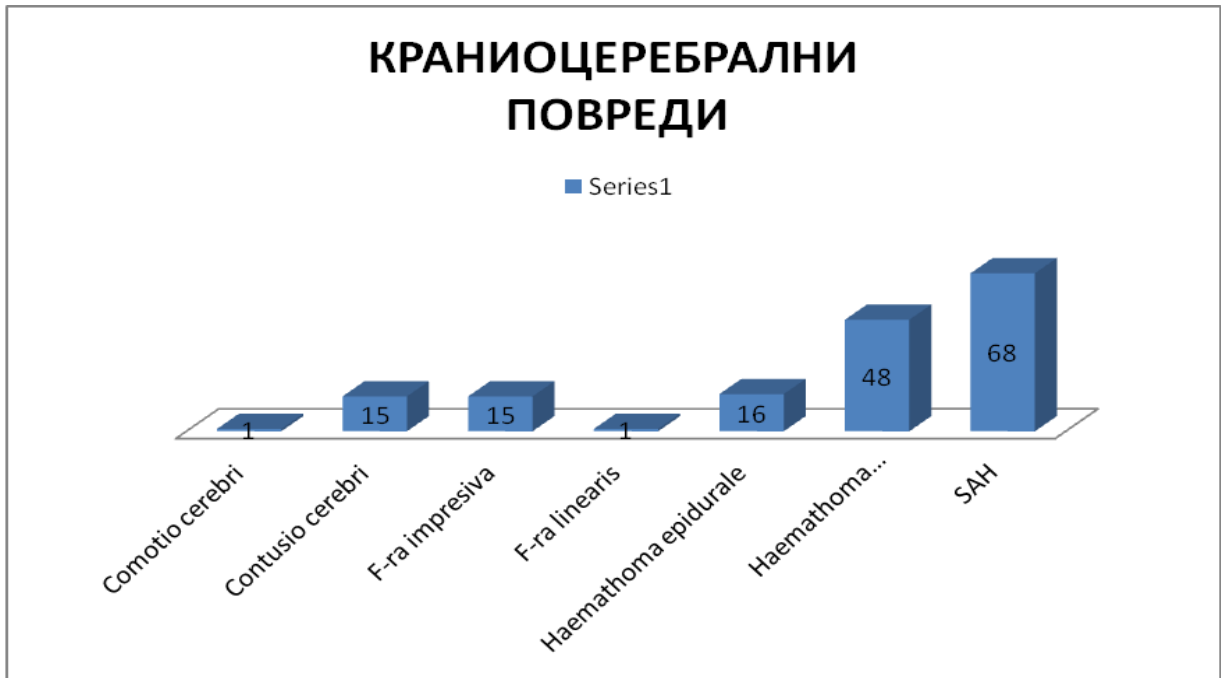
Резултатите од исходот на лекувањето на двата типа на повреди на мозокот се поголем број на преживевани пациенти во однос на починати – графикон бр.9

Графикон бр. 9 Починати од вкупен број на пациенти

Chart no. 6 Deaths from the total number of patients

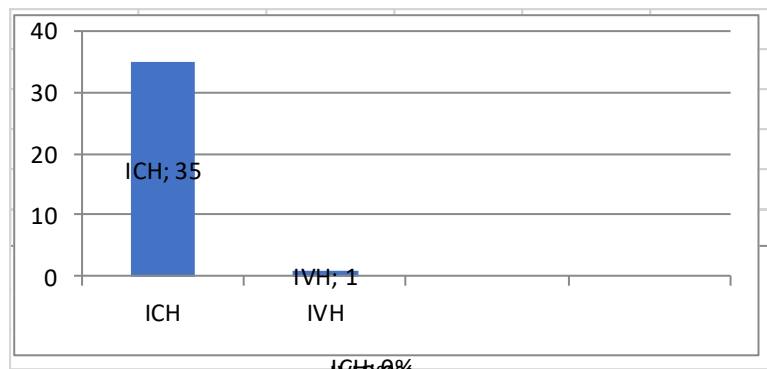


Од останатите повреди на мозокот биле примени пациенти со: CV Insult (5), F-ra impresiva (15), F-ra linearis (1), SAH (68), Coilyng (13), Haemathoma intracerebrale (35), Haemathoma intraventriculare (1), Tu cerebri оперирани (170) и неоперирани (45), MS Cerebri (6), Contusio cerebri (15), Commotio cerebri (1), Hidrocephalus (32) и артериовенска малформација (12).



Графикон бр. 5 Краниоцеребрални повреди

Chart no. 5 Craniocerebral injuries



Графикон бр. 6 Вкупен број на пациенти со Haemathoma intracerebrale и intraventriculare

Chart no. 6 Total number of patients with Haemathoma intracerebrale and intraventriculare

5.ДИСКУСИЈА

Во текот на 2020 година на одделот за Неврохирургија биле примени вкупно 56 пациенти. Од нив со дијагностициран субдурален биле 44 пациенти и со епидурален хематом 12 пациенти. Од вкупниот број на испитаници, 45 пациенти се мажи, додека останатите 11 се жени. Починале 25 пациенти.

Вкупен број на пациенти со дијагностициран субдурален хематом (44) и пациенти со епидурален хематом (12) – табела 2 и графикон бр.1 Од вкупниот број на пациенти (56) со субдурален и епидурален хематом, 45 пациенти биле мажи, додека останатите 11 пациенти биле жени – табела 3 и графикон бр. 2.

Резултатите од исходот на лекувањето на двата типа на повреди на мозокот се поголем број на преживеани пациенти во однос на починати – графикон бр.3.

Во текот на 2021 година на одделот за Неврохирургија биле примени вкупно 53 пациенти. Од нив со дијагностициран субдурален биле 48 пациенти и со епидурален хематом 5 пациенти. Од вкупниот број на испитаници, 34 пациенти се мажи, додека останатите 19 се жени. Починале 18 пациенти.

Вкупен број на пациенти со дијагностициран субдурален хематом (48) и пациенти со епидурален хематом (5) – табела 4 и графикон бр.4

Од вкупниот број на пациенти (56) со субдурален и епидурален хематом, 45 пациенти биле мажи, додека останатите 12 пациенти биле жени – табела бр. 5 и графикон бр. 5.

Резултатите од исходот на лекувањето на двата типа на повреди на мозокот се поголем број на преживеани пациенти во однос на починати – графикон бр.6

Во текот на 2022 година на одделот за Неврохирургија биле примени вкупно 64 пациенти. Од нив, со дијагностициран субдурален хематом биле 48 и со епидурален хематом биле 16. Од вкупниот број на испитаници, 53 пациенти биле мажи, додека останатите 11 биле жени.

Вкупен број на пациенти со дијагностициран субдурален хематом (48) и пациенти со епидурален хематом (16) – табела 6 и графикон бр.7

Од вкупниот број на пациенти (64) со субдурален и епидурален хематом, 53 пациенти биле мажи, додека останатите 11 пациенти биле жени – табела бр. 7 и графикон бр. 8.

Резултатите од исходот на лекувањето на двата типа на повреди на мозокот се поголем број на преживеани пациенти 62 во однос на починати – 2.пациенти,графикон бр.9

Од останатите повреди на мозокот биле примени пациенти со: CV Insult (5), F-ra impresiva (15), F-ra linearis (1), SAH (68), Coilyng (13), Haemathoma intracerebrale (35), Haemathoma intraventriculare (1), Tu cerebri оперирани (170) и неоперирани (45), MS Cerebri (6), Contusio cerebri (15), Commotio cerebri (1), Hydrocephalus (32) и артериовенска малформација (12).

6.ЗАКЛУЧОК

Повредите на главата претставуваат голема група повреди кои се со висок процент на смртност. Овој вид трауми се особено значајни бидејќи може да доведат до инвалидитет и сериозни ментални нарушувања на личноста. Поголемата едукација и усовршување на медицински сестри во, како теоретски така и практично, придонесува за подобрената нега како во предоперативниот, така и во постоперативниот период.

За таа цел тие треба постојано да се едуцираат и надоградуваат за да може третманот на болните со повреди на мозокот да биде подобар. Улогата на медицинската сестра во лекувањето на болните во единицата за интензивна нега и лекување е многу битна и голема. Таа започнува од приемот на пациентот во единицата за интензивна нега и лекување, негова преоперативна припрема, испраќање на пациентот во оперативниот блок, доколку е потребно, постоперативниот прифат на болните од оперативниот блок во единицата за интензивна нега и лекување, аплицирање на потребната терапија, делумно во медицинската рехабилитација и едукација на болниот, исписот на болниот од единицата за интензивна нега и лекување. Нејзината улога е посебно значајна за спречување на можните компликации посебно од инфективна природа. Многу е важно да се почне со рана рехабилитација веднаш по било каков тип на повреда на мозокот. Со тоа се спречува настанување на компликации, кои можат да бидат рани и доцни, се смалува должината на рехабилитацијата и опоравување на пациентот.

Подобрената едукација и усовршување на медицинските сестри теоретски и практично придонесува за подобрената нега во предоперативниот и постоперативниот период. Улогата на мед.сестра е битна и голема посебно значајна како во лекувањето така и за спречување на понатамошните компликации. За таа цел тие треба постојано да се едуцираат и надоградуваат за да може третманот на болните со повреди на мозокот да биде подобар.

7. КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. Проф. Д-р Марк Ц. Фишман, Проф. Д-р Ричард Д. Клауснер. Медицина. Скопје, 2010
2. Проф. Д-р Јовица Угриновски. Неврохирургија 1. Скопје, 2003
3. Проф. Д-р М. Самарџиќ. Основи на Неврохирургија. Белград, 1998
4. Проф. Д-р П. Тофовиќ. Вовед во современа Неврохирургија. Скопје, 1984
5. Проф. Д-р Миле Д. Мичуновиќ. Хирургија со нега. Струга, 2008
6. Проф. Д-р Ј. Угриновски, С. Јовковски, И. Панговски, К. Лозанче, В. Столевски. Неврохирургија. Струга, 2008
7. Lippincott William and Wilkins. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, twelfth edition. Philadelphia, 2009
8. Ackley and Ladwig. Nursing diagnosis handbook. Mosby, St. Louis, 2004
9. Cukljek S. Osnove zdravstvene nege. Zdravstveno veleuciliste, Zagreb, 2005
10. Bell, J.M., Breiding, M.J., & DePadilla, L. (2017). CDC's efforts to improve traumatic brain injury surveillance. *J Safety Res*, 62, 253 -256.
11. Gil-Jardiné, C., Payen, J.F., Bernard, R., Bobbia, X., Bouzat, P., Catoire, P., Chauvin, A., Claessens, Y.E., Douay, B., Dubucs, X., Galanaud, D., Gauss, T., Gauthier, J.Y., Geeraerts, T., Glize, B., Goddet, S., Godier, A., Le Borgne, P., Rousseau, G., Sapin, V., Velly, L., Viglino, D., Vigue, B., Cuvillon, P., Frasca, D., & Claret, P.G. (2023). Management of patients suffering from mild traumatic brain injury 2023. *Anaesth Crit Care Pain Med*, 42(4), 101260.
12. Dewan, M.C., Rattani, A., Gupta, S., Baticulon, R.E., Hung, Y.C., Punchak, M., Agrawal, A., Adeleye, A.O., Shrivastava, M.G., Rubiano, A.M., Rosenfeld, J.V., & Park, K.B. (2018). Estimating the global incidence of traumatic brain injury. *J Neurosurg*, 27, 130(4), 1080-1097.
13. Jha, S., & Ghewade, P. (2022). Management and Treatment of Traumatic Brain Injuries. *Cureus*, 23, 14(10), e30617.
14. Khellaf, A., Khan, D.Z., & Helmy, A. (2019). Recent advances in traumatic brain injury. *J Neurol*, 266(11), 2878-2889.
15. Krueger, E.M., DiGiorgio, A.M., Jagid, J., Cordeiro, J.G., & Farhat, H. (2021). Current Trends in Mild Traumatic Brain Injury. *Cureus*, 2, 13(10), e18434.
16. Kureshi, N., Erdogan, M., Thibault-Halman, G., Fenerty, L., Green, R.S., & Clarke, D.B. (2021). Long-Term Trends in the Epidemiology of Major Traumatic Brain Injury. *J Community Health*, 46(6), 1197- 1203.
17. Maas AIR, & al. (2022). InTBIR Participants and Investigators. Traumatic brain injury: progress and challenges in prevention, clinical care, and research. *Lancet Neurol*, 21(11), 1004-1060.
18. Picetti, E., Catena, F., Abu-Zidan, F. & al. (2023). Early management of isolated severe traumatic brain injury patients in a hospital without neurosurgical capabilities: a consensus and clinical recommendations of the World Society of Emergency Surgery (WSES). *World J Emerg Surg* 18, 5.
19. Skaansar, O., Tverdal, C., Rønning, P.A. & al. (2020). Traumatic brain injury—the effects of patient age on treatment intensity and mortality. *BMC Neurol* 20, 376.