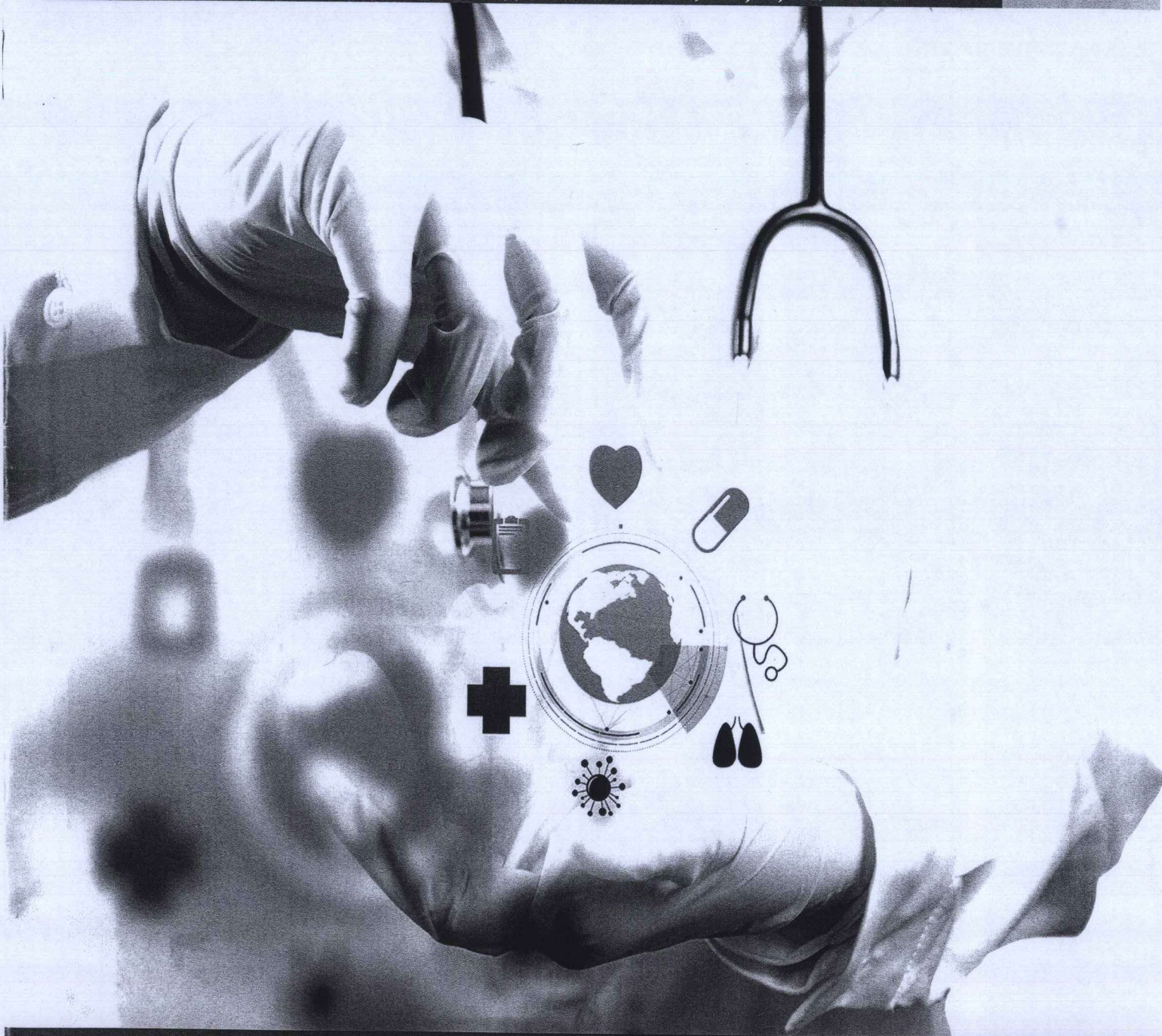
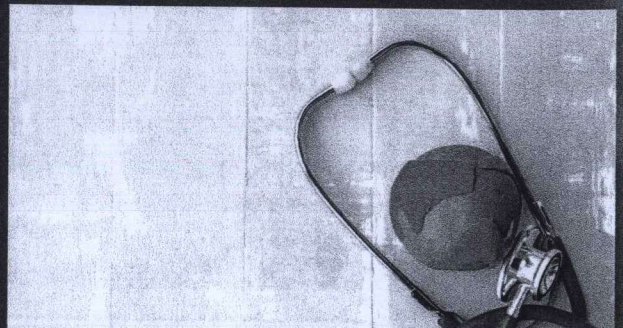


medicus

ИНФОРМАТИВЕН ГЛАСНИК НА ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО - ШТИП, БРОЈ 28, 2019



7-ми Април
Светски ден на здравјето
„Универзална здравствена
покриеност“





Почитувани читатели,

Овој априлски број, како и секоја година, посветен е на 7. Април, Денот на здравјето на нашата планета. Активностите предложени од Светската здравствена организација се насочени кон универзалната покриеност со здравствена заштита. Тоа значи дека секој треба да добие соодветна здравствена грижа тогаш кога ќе му треба, и тоа токму во неговото окружување, во заедницата. Идеалниот свет е тој каде што секој човек ја добива оваа грижа за неговото здравје.

Како што полека се движиме во новиот милениум, повеќе од јасно е дека здравствената грижа и заштита стануваат сè посовремени, поскапи, сè поголем број софистицирани технологии се на располагање, со што потврдата на дијагнозата треба да е побрза, поточна. Реално е тоа што напредокот во биомедицинските науки е придружен од паралелен развој и на праксата. Продорот на интернетот доведе до лесна и брза размена на информации и искуства. Со текот на годините, се постигна и значителен напредок на јавното здравје, област која бележи сè побрз развој. Како главен индикатор на подобрата здравствена заштита, медицинските третмани, е продолжување на животниот век на луѓето, здравото стареење, претворање на неможното во реално.

Сите овие фактори се главниот стимул на секој поединец и колектив за унапредување на здравствената заштита во своето микроокружување, со истовремено подобрување на грижата и во целата заедница.

Затоа, на нашиот Ден на здравјето, на сите учесници во здравствената грижа им посакувам уште многу години здравје, работа, стремеж кон унапредување на сопствената работа како дел од успехот на својот тим, а сè во интерес на пациентот, неговото здравје и благосостојба. Да не заборавиме дека сите ние се грижиме за здравјето на населението, но сме и потенцијални пациенти на оние кои ги упатуваме во тајните на медицината и здравствената и човечката грижа.

Нека Ви е честит 7-ми април, Денот на здравјето

Проф. д-р Елизабета Зисовска

*По Повод „Денот на здравјето,, 7- ми Април,
наградени вработени во ЈЗУ Клиничка болница -Штип*

Вработени со непрекинат стаж од 10 години

д-р Весна Ушинова, Слободанка Јованова, Рамиза Пајазит, д-р Емилија Лозановска, д-р Владимир Спасов, д-р Драгица Тимова, д-р Станка Јаневска Велкова, д-р Виолета Ефтимова, Снежана Ангел Арсова, д-р Весна Кирова, д-р Славица Илиевска, Ристе Ристевски, Ивона Патриклиева, Кирчо Атанасов, Соња Донева, Ајнур Коровиќ, Силвана Сичева, Сања Ангеловска, Душко Димитров.

Вработени со непрекинат стаж од 20 години

Ванче Берков, Валерија Петрушева, Ленче Михајлова, д-р Славица Јорданова, Ивица Иванов, Валентина Коцева, Санија Арсланова, д-р Слободан Рогач, Сашко Ташков, Никола Божиновски, Татјана Ѓорѓева, Зоран Санев, Мирче Панев, Марина Николовска, Зоран Таушанов, Горан Тасевски.

Вработени со непрекинат стаж од 30 години

м-р Весна Стефановска, д-р Ванчо Ѓоргов, д-р Павле Коцев, Филип Лазаров, Валентина Јорданова, Ристе Трајчев, Натали Кареска, д-р Лидија Икономовска, Ангелче Ѓоргиев, Јанче Апостолов, Јасминка Милева, Татјана Чмрљац, Зорица Давиткова.

Вработени со непрекинат стаж од 40 години

Ајсер Мемишова, Ленче Цоневска, Крум Јорданов, Киро Коцев.

Пензионирани работници

Саво Нацев, Стојан Ристовски, Филе Илиев, Бранка Мицева, Катица Здравкова, Зорка Анастасова, Зорка Тушевска, Славе Димчев, прим.д-р. Стаменка Јанкулова, Наце Спасов, Ванче Петров, д-р Славица Стефановска, Зорка Николова, Соња Лазаревска, Бранислав Михајловски, д-р Темелко Србиновски, Ленче Павлова, Убавка Стојанова, Елица Михајлова.

Содржина:

Приоритети во раководењето и организирањето на дејноста во ЈЗУ Клиничка болница - Штип Разговор со д-р Ален Георгијев, Директор на ЈЗУ Клиничка болница - Штип	4
Хирургијата во Штип во последните четири децении д-р Димче Паризов, раководител на РЕ Хируршки болести	6
Дијабетот- доминантна патологија за хоспитализација Анастасија Нацева, Валентина Велкоска Накова	8
Инфективните болести во минатото и денес д-р Драгица Тимова, прим д-р Дијана Шишкова - Гајдарџиска, прим д-р Глорија Караџозова, д-р Марина Трајчовска	10
РАСТРОЈСТВА НА МЕМОРИЈАТА И ДЕМЕНЦИЈА Д-р Славица Перунковска спец. психијатар, Д-р Роза Арсова, спец. психијатар	12
Хорското пеење и негови физиолошки, психолошки и социјални бенефити М-р Ивана Ѓурѓевиќ Јанков	14
Тироидни јазли Валентина Велкоска Накова, Благица Пецанова, Татјана Бајрактарова Прошева	16
ПРЕМАТУРНО - ПРЕДТЕРМИНСКО РАЃАЊЕ д-р Александар Стојановски	19
ПУЛМОНАЛНА РЕХАБИЛИТАЦИЈА Доц. д-р Данче Василева	21
Минерал триоксид агрегат - современ материјал во денгалната патологија Доц. д-р Наташа Лонгурова, Проф. д-р Ивона Ковачевска	23
Естетика во фронт со цирконија Д-р. Дубравка Анѓелиќ Крстевска - стоматолог Д-р. Катерина Спасовска - специјалист по протетика Прим. д-р. Данило Крстевски - специјалист по протетика Дарио Крстевски - апсолвент	25
СПЕЦИФИЧНОСТ И СЕНЗИТИВНОСТ НА ДВА МАРКЕРИ ЗА ИНФЕКЦИЈА Стошевска Татјана, Зисовска Елизабета, Михаилова Александра, Маџовска Лидија, Ѓорѓиевска Бисера, Пехчевска Невена	27
РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА ДИЈАБЕТНА ПОЛИНЕВРОПАТИЈА Доц. д-р Данче Василева	29

medicus

Информативен гласник на
ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО - ШТИП ГОДИНА 111 БРОЈ 28, 2019 година

e-mail: marinasuma@yahoo.com

Издавач: ЈЗУ Клиничка болница - Штип

Уредник: м-р Марина Шуманска

Рецензент: проф. д-р мед. сци. Елизабета Зисовска

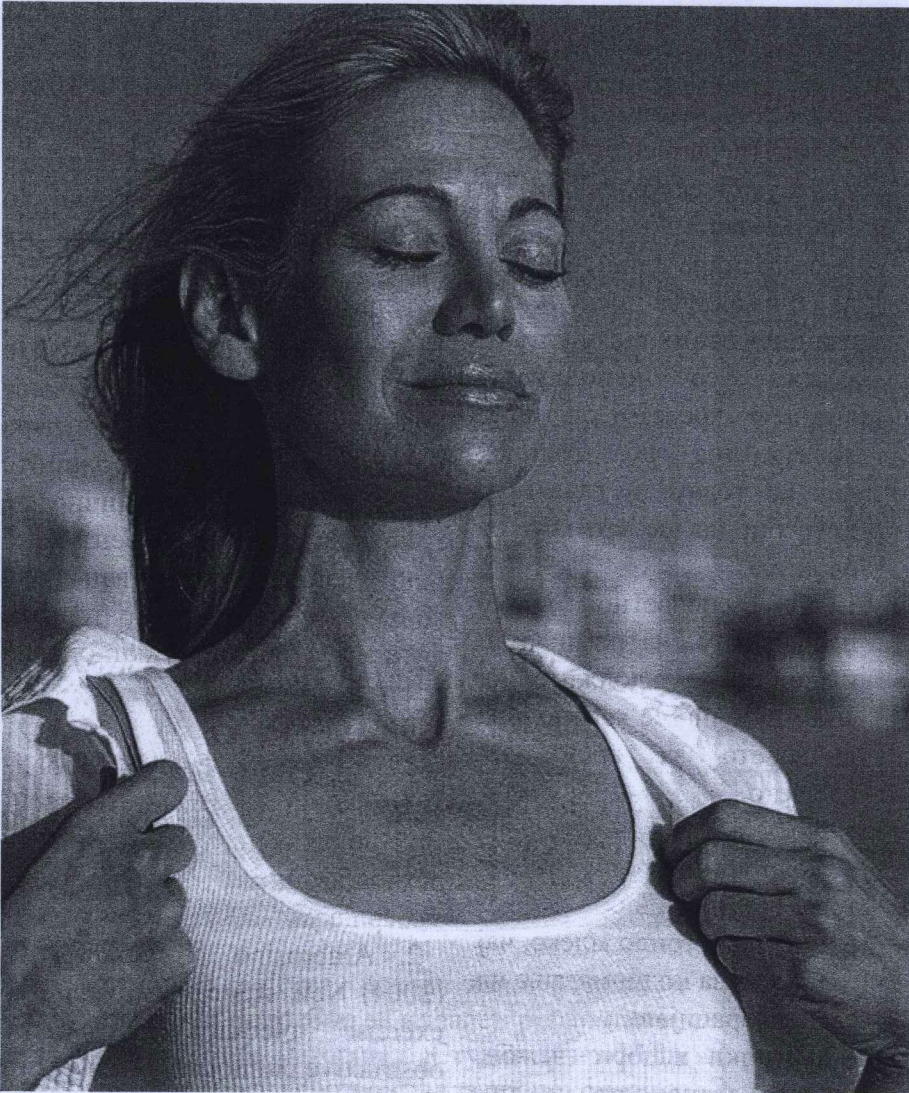
Редакција: прим. д-р Стојче Василева, прим. д-р Зоран Живков,
прим. м-р Билјана Лазарова, д-р сци. Гордана Камчева, прим. д-р Марина Гацова,
д-р Александар Стојановски, прим. д-р Севда Гацова, д-р сци. Страхил Газепов,
д-р сци. Наталија Дечовски, дипл. правник Мирче Панев,
м-р Марина Шуманска, дипл. проф. Лидија Миленкоска,
м-р Павлина Николовска, д-р сци. Невенка Величкова

Печати: АРТ ПРИНТ СТУДИО - Скопје

Тираж: 300 примероци

ПУЛМОНАЛНА РЕХАБИЛИТАЦИЈА

Доц. д-р Данче Василева



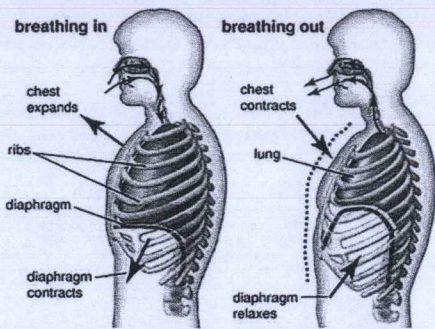
Пулмоналната рехабилитација и кинезитерапијата се инте-грираат во целосниот пристап за лекување на пациенти со хронични бронхопулмонални заболувања. Тие се индивидуално насочени за намалување на тежината на респираторните поплаки, оптимизирање на функционалната состојба, одржување на болните во стабилна состојба, профилакса на компликации, намалување на економските трошоци и неопходноста од здравствени

грижи и нега.

Во повеќето случаи пациентите со хронични респираторни заболувања имаат јасни индикации за спроведување на пулмонална рехабилитација. Задолжително е потребно да биде спроведена почетната проценка за утврдување на изходното ниво. Тоа на тимот му дозволува да изработи индивидуална кинезитерапевтска програма во која физичкото тренирање е камен-темелник. Пулмоналната рехабилитација помага да се

развијат вештини за самостојна борба со болеста и одржување на високи нивоа на физичка активност во секојдневието, што е дел од стратегијата за спречување на егзацербации кај повозрасни пациенти. Подобрената клиничка и функционална состојба на болните после спроведувањето на насочената кинезитерапија во клинички и амбулаторни услови води до позитивни промени во нивниот квалитет на живот и ја подобрува прогнозата на заболувањето.

Улогата и значењето на рехабилитацијата и кинезитерапијата (КТ), базирана на научни докази во профилаксата и лекувањето на белодробните заболувања, се зголемува во последните години со оптимизирање на методите и средствата, што се користат при спроведување на индивидуални и групни процедури со болните, со цел подобрување на нивната субјективна состојба и квалитет на живот. Современите познавања на патогенезата, патофизиологијата и клиниката на респираторните заболувања даваат можност за подобра основа за примена на терапевтските вежби при нивното лекување. Повеќето хронични бронхобелодробни заболувања со текот на времето водат до појава на различна по тежина хронична респираторна инсуфициенција, придружена од кардиоваскуларна инсуфициенција и невропсихичен синдром. Кинезитерапијата е соодветно средство за помагање на рековалесцентниот процес, профилакса на компликации и



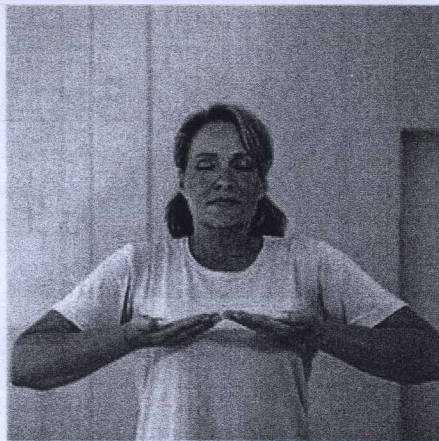
задржување на прогресивниот тек на заболувањата. Респираторната гимнастика има директно специфично влијание врз респираторниот систем и по физиолошки начин ја регулира, одржува и тренира респираторната функција.

Препораки за домашна кинезитерапија и соодветен начин на живот кај пациенти со респираторни заболувања

Секое утро уште во креветот да се исполнуваат неколку длабоки вдишувања и издишувања, флексија и екстензија во плуцдовите, кревање и спуштање на рацете, стегане и опуштање на глутеалната мускулатура и редоследни флексија и екстензија на прстите на дланките и лактите. Дозирање – 4-5 минути.

При физичка домашна или друг вид активност да не се задржува дишењето, а да се научи и контролира дишењето според природата на извршуваното движење или оптоварување, како што е опишано:

- при оддалечување на екстремитетите се вдишува, при нивното приближување кон телото се издишува.
- при приклекнување се издишува, при исправање се вдишува.
- при качување на скалила темпото е бавно, се вдишува и издишува на секое скалило.
- при одење на секој 1-2 чекори се вдишува, а на секои 2-3-4 чекори се издишува.
- при носење на потешки

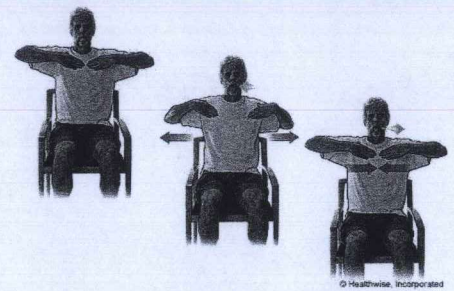


предмети дишењето не се задржува и се прави опит да е ритмичко.

- се тренира вдишувањето-да се извршува преку нос, а издишувањето преку уста.
- кога се исполнуваат вежби во креветот од тилно лежење /на грб/, горниот дел на телото и главата е потребно да се кренати со перница.
- при соодветно време пешачењето /на рамно или планината/ е задолжително, со што волно се контролира дишењето за време на одењето.
- пред исполнување на вежби / комплекс по кинезитерапија / е добро да се испие чаша топло млеко, чај или вода/ за подпомагање на експекторацијата.
- физички напори /вежби, битови активности и др./ не треба да се извршуваат веднаш по исхраната, а 1-2 часа подоцна.
- при присуство на пристапи од диспнеа, болниот да седне на стол со кренати врз маса пред него на перница лакти и да диши бавно, со што при издишувањето да ги произнесува согласни „с“ или „ш“.

Методски насоки

Комплексот од вежби се исполнува изутрина / може и



втори пат – попладне при добра подносливост/, барем 1 час по хранење. Дозирањето на вежбите може постепено да се зголемува при добра подносливост. Вежбите се исполнуваат секојдневно во проветрена просторија или на открито. Добро е болниот да е научил да си мери пулс за да го контролира оптоварувањето. Не треба да се дозволи зголемување на пулсот над 110 - 115 удара во минута при најголемите оптоварувања. Периодично е неопходен преглед и евентуално спирографски испитувања за контрола на респираторната функција и општа функционална состојба.

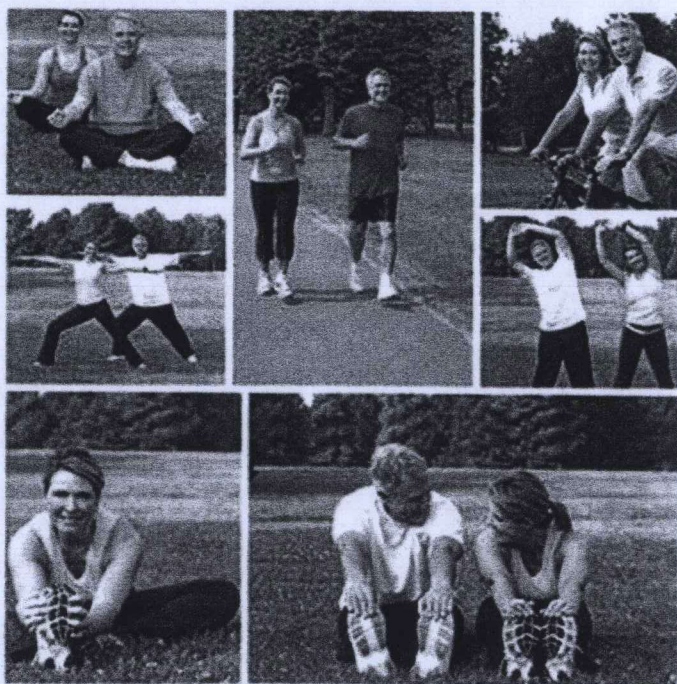
Литература

1. Алба А, Чан Ј. (2011). Пулмонална рехабилитација. Во Физикална медицина и рехабилитација. Брадом Р. Табернакул. 739-751
2. Ambrosino N, Strambi S. (2004) New strategies to improve exercise tolerance in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J, 24:313-322.
3. Dimitrova, A., Izov, N., Maznev, I., Vasileva, D., Nikolova, M. (2017) Physiotherapy in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, 5(6):720-723.
4. Dimitrova, A., Lubenova, D., Grigorova-Petrova Kr., Maznev, I., Nikolova, M. (2016) The effectiveness of long term physical therapy in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. European Respiratory Journal, 48 (suppl 60) PA684.

РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА ДИЈАБЕТНА ПОЛИНЕВРОПАТИЈА

Доц. д-р Данче Василева

Дијабетната полиневропатија (ДПН) е една од најчестите хронични компликации, која се јавува кај пациентите со дијабетес мелитус во отсуство на други причини за невропатија. Се карактеризира со прогресивен губиток на нервните структури и го зафаќа периферниот и автономниот нервен систем. Таа е важен медицински и економски проблем на глобално ниво, што се потврдува од зголемиот морбидитет во последните години и условува барање на различни терапевтски стратегии за нејзина профилакса и лекување. За да се постигне успех во терапијата, неопходна е континуирана контрола на гликемијата, правилно комбинирање на медикаментозниот третман со физикалните терапевтски агенци, што се насочени кон патогенетските механизми и имаат улога во нејзиното настанување (Meijer J, et al, 2003).



Кинезитерапијата (КТ) е еден од основните терапевтски пристапи за лекување на ДПН. Постојат неспорни податоци за нејзиниот

позитивен ефект врз метаболната контрола на дијабетичари, што ги предодредува нејзините можности за влијание на основниот патогенетски фактор за развој на ДПН. American Diabetes Association (2016) ги дава следните препораки за вежби кај пациенти со ДПН: а) контраиндицирани се вежби со носење на тежини и повторливост на исполнување, стандартни вежби за стапалата, поради опасност од разранувања и фрактури; б) не се соодветни механичкото одење, продолжителното одење, трчање и степ вежби; в) се препорачуваат соодветни чевли за намалување на потенцијалната повреда на невропатните стапала кај дијабетичари и обезбедување на адекватна циркулација пред, за време и после вежби; г) се насочува за соодветна физичка активност: пливање, возење на велосипед, вежби на стол, вежби за горни екстремитети и вежби кај кои нема кревање на тежини. Кај дијабетичари со автономна дијабетна невропатија се контраиндицирани вежби што предизвикуваат брзи промени во положбата на телото (како фитнес вежби) и што предизвикуваат значајни промени во пулсот и артеријалниот притисок (како кревање на тежини) (Colberg S, et al, 2016). Се препорачуваат: велоергометриски тренинг, хидрокинезитерапија, вежби со дозиран отпор од седење за зголемување на мускулната сила.

- *Влијание на кинезите-рапијата врз метаболизмот на јаглехидратите*

Примената на физикалните вежби влијаат врз нормализирањето на вредноста на гликоза во крвта кај пациентите со дијабет и тоа со зголемување на искористувањето на гликозата во мускулите, зголемување на чувствителноста на мускулните клетки кон инсулин и забрзување на гликогенолизата во црниот дроб. Секојдневната физичка активност која ја применуваат пациентите



со ДПН во времетраење од 40-60 минути, значајно ги намалува вредностите на гликоза во крвта. Причината за овој факт е што во првите неколку минути од физичкото оптеретување основен енергетски извор е мускулниот гликоген, а брзината со која се одвива гликогенолизата во мускулите е највисока во првите 5-10 минути, Клеточното искористување на гликоза го остварува својот пик помеѓу 10 и 40 минути од изведувањето на физичката активност, понатаму искористувањето на гликозата значајно опаѓа и се вклучува зголемена употреба на слободните масни киселини, кои што водат до корисни промени во метаболизмот на мастите.

- *Влијание на кинезитерапијата врз метаболизмот на липидите*

Секојдневното изведување на комплекс од специјализирани кинезитерпевтски вежби кај пациентите со ДПН, води до намалување на вредностите на холестеролот со ниска густина - LDL. Физичката активност ги поттикнува процесите на оксидација и липолиза, при што се намалува можноста за нивно претварање во триглицериди.

- *Влијание на кинезитерапијата врз сензор-*

ните нарушувања

Примената на специфични вежби кои се дел од КТ, ја подобруваат циркулацијата во засегнатите делови, ја намалуваат метаболната дисфункција, што водат до подобрување на состојбата на дегенерираните нерви и ја намалуваат прогресијата на ДПН. За намалување на болката кај пациентите со ДПН се препорачува примена на релаксација, стретчинг техниките и медитацијата.

- *Влијание на кинезитерапијата врз моторните нарушувања*

Моторните нарушувања се јавуваат подоцна за разлика од сензорните нарушувања и се манифестираат со мускулна слабост на екстензорите и флексорите на коленото и глуждот, што е поврзано со тежината на невропатијата. Во КТ пракса за подобрување на мускулната сила, се применуваат вежби со отпор. Оваа физичка активност ја подобрува циркулацијата во мускулите и нервите, обезбедува доволно кислород за метаболните процеси, води до зголемување на мускулната сила од 30%- 100%, при јачина на оптоварувањето 80% од максималниот аеробен капацитет и извршување на 2-3 серии од 8-10 повторување на вежбите три пати неделно

Влијание на кинезитерапијата врз нарушување на рамнотежата

Сензорната атаксија кај пациентите со ДПН е како резултат на нарушување во проприорецепцијата, сензорни и вестибуларни нарушувања. Таа е предизвикана од недостаток на аферентни информации и доведува до губење на чувствителноста на долните екстремитети и нарушена просторна ориентација. Вежбите за рамнотежа кои се применуваат кај пациентите со ДПН, се посебно значајни кај повозрасната популација во превенција на ненадејни падови. За таа цел се применуваат вежби со промена на потпорната површина, движење со и без исклучување на визуелната контрола, вежби со преминување на линијата на гравитација итн.

Преформираните физикални агенци се користат за подобрување на циркулацијата, трофиката на ткивата и нервната спроводливост, а се препорачуваат: електрофореза со нивалин, УВ-зрачења, нискофреквентно импулсно магнетно поле, ласерска терапија. Влијанието на ласерската терапија кај пациенти со ДПН, води до подобрување на вибрациската и болковата сензитивност и на некои ЕМГ-параметри. Се препорачува како ефикасно средство за подобрување на функционалниот статус на периферните нерви. Слични резултати се утврдуваат кога се применува импулсно магнетно поле кај пациенти со ДПН и добриот ефект се регистрира врз периферната микроциркулација и невро-физиолошките па-раметри. Некои автори

стигнуваат до заклучок дека и монохроматската инфраред светлинска енергија ја подобрува микроциркулацијата, сетивноста на долните екстремитети, рамнотежата и одот, изразувајќи се во намалување на повторливоста на паѓање.

Со **балнеотерапијата** се дава акцент на надворешната примена на различни минерални води: јаглевородни, јодобромни, радонски, и други, што може да се користат во вид на купки, базен или хидрокинезитерапија, во комбинација со правилен режим на исхрана кај дијабетичари. Се препорачуваат и апликација на примена на лековита кал и луготерапија во вид на компреси и купки.

Сончево-воздушната екс-позиција од **климатотерапијата** во комбинација со кинезитерапијата влијае за подобрување на метаболната дисфункција кај пациентите со дијабет.

Литература

1. Meijer J, Bosma E, Lefrandt J, Links T, Smit A, Stewart R, Van Der Hoeven J, Hoogenberg K. (2003) Clinical diagnosis of diabetic polyneuropathy with the diabetic neuropathy symptom and diabetic neuropathy examination scores. *Diabetes Care*. 26(3):697-701.
2. Colberg S, Siga R, Yardley J, Riddell M, Dunstan D, Dempsey P, Horton E, Castorino K, Tate D. (2016) Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 39(11): 2065-2079.

