

**СОДРЖИНА**

НОВИ ДИРЕКТОРИ НА ЈЗУ КЛИНИЧКА БОЛНИЦА ШТИП

**АКТУЕЛНОСТИ**

МЕТАБОЛИЗАМ НА ВИТАМИНОТ Д И АНТИРАХИТИЧНА ПРОФИЛАКСА

МАПИРАЊЕ НА ТЕМИ ОД ПСИХОЛОГИЈАТА ЗА ДОБРА МЕДИЦИНСКА ПРАКСА

ЕВАЛУАЦИЈА НА ОСТЕОХОНДРОМ (ПРИКАЗ НА СЛУЧАЈ)

ТРЕТМАН КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ПРОБЛЕМИ НА ГОВОРОТ

ПСИХОЛОШКО СОВЕТУВАЊЕ ПРИ ТРЕТМАН НА НЕПЛОДНОСТ

СЕЌАВАЊЕ НА ПРИМ. Д-Р ТОДОР ГАЈДАРЦИСКИ

НАВРЕМЕНО ОТКРИВАЊЕ НА РАКОТ НА ПРОСТАТА

СПЕЦИЈАЛЕН ПРИЛОГ: НЕСАКАНИТЕ НАСПРОТИ ПОЖЕЛНИТЕ ЕФЕКТИ ОД ЛЕКОВИТЕ

ИНТЕРВЈУ: ПРОФ. Д-Р БИСТРА АНГЕЛОВСКА

**ФАРМАКОВАГИЛАНЦА**

ВНИМАТЕЛНО СО ПРИМЕНА НА ОРАЛНА АНТИКОАГУЛАНТНА ТЕРАПИЈА

ГОРНОДИГЕСТИВНИ КРВАРЕЊА ПРИ ТЕРАПИЈА СО НЕСТЕРОИДНИ АНТИИНФЛАМАТОРНИ ЛЕКОВИ И НИТРОВАЗОДИЛАТОРИ

ВЛИЈАНИЕ НА ПРИМЕНЕТИОТ ТЕРАПЕВТСКИ ТРЕТМАН ВРЗ РАНИОТ КЛИНИЧКИ ТЕК КАЈ ПАЦИЕНТИ СО АКУТЕН МИОКАРДЕН ИНФАРКТ СО СТ-СЕКМЕНТ ЕЛЕВАЦИЈА

АСПИРИН - ИНДУЦИРАНА АСТМА - СПЕЦИФИЧНА ФОРМА НА АСТМА

АНТИБИОТИЦИ И АНАЛГЕТИЦИ НА СВОЈА РАКА ИЛИ ПОСЕТА НА СТОМАТОЛОГ

РАЦИОНАЛНА УПОТРЕБА НА АНТИБИОТИЦИ

**КОН ОВОЈ БРОЈ:**



Почитувани читатели,  
Во досегашните броеви многу пишувавме за болестите, лекувањето, успехот во лекувањето, но многу малку за несаканите ефекти на лековите, кои се составен дел на секојдневната практика. Пријавувањето на несаканите дејства е задолжително, и е во интерес на сите идни пациенти со слична или иста симптоматологија.

Како клучни факти од СЗО се презентира дека над 50% од сите лекови се препишани, дистрибуирани или продадени несоодветно, непотребно, а половина од пациентите кои ги користеле тие лекови, не ги зеле правилно. Прекумерната употреба на лековите, или несоодветната употреба, го оштетува здравјето на луѓето и ги троши финансиските средства кои можат да бидат искористени за истражувачки цели. Над 50% од сите земји не имплементираат основни политики за промоција на рационалната употреба на лековите, а особено во земјите во развој, само околу 40% од пациентите се лекувани според клинички упатства. Овие податоци ја наложуваат потребата од соодветна едукација на здравствените работници, фармацевтите и корисниците, во интерес на рационалната употреба на лекови.

Рационална употреба на лекови значи нивна правилна, соодветна и навремена употреба во точна доза, доволно времетраење и со најниска цена за пациентите и нивната заедница.

Како проблеми на нерационалната употреба се споменуваат полипрагмазијата, прекумерната употреба на антибиотици, избегнување на препораки базирани на докази, само-лекување, и многу други несоодветни мерки. Штетите од ваквата нерационална употреба се: антибиотска резистенција, несакани дејства на лековите, непотребно трошење на средства, нарушена доверба на пациентите. Токму затоа, специјалниот прилог на ова предногодишно издание е посветен на мерките за рационална употреба на лекови, како заеднички придонес кон подобро здравје и помалку штета за пациентите. Секој од нас може да помогне во подобрување на односот корист наспроти штета со своето знаење и со споделувањето на сопствените искуства. Голема е надежта дека со Вашите прилози ќе помогнете во поуспешното лекување на пациентите и подобро зачувување на нивното здравје.

На крајот на оваа година, и на почетокот на идната, Ви посакуваме малку лекови, многу здравје и повеќе заеднички средби, сè во интерес на посреќна иднина на сите нас.

Проф д-р Елизабета Зисовска

**medicus**

Информативен гласник на  
ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО - ШТИП  
ГОДИНА 7 БРОЈ 16

Декември 2012 година

e-mail: marinasuma@yahoo.com

Издавач: ЈЗУ Клиничка болница - Штип

Уредник: Марина Шуманска

Рецензент: ВНС, прим. д-р мед. сци. Елизабета Зисовска

Редакција: проф. д-р Никола Силјановски,

прим. д-р Стојче Василева, прим. д-р Зоран Живков,

прим. м-р Билјана Лазарова, асс. д-р Гордана Камчева,

д-р Марина Гацова, м-р Наталија Дечовски, дипл.

правник Мирче Панев, дипл. проф. Марина Шуманска, дипл.

проф. Лидија Миленкоска, д-р Никола Лазовски,

м-р Павлина Николовска, д-р сци. Невенка Величкова

Изработка на фотографии: Фото студио „Фото Трајче“ - Штип

Печати: Печатница „2-ри Август“ - Штип

Тираж: 300 примероци

## ВЛИЈАНИЕ НА ПРИМЕНЕТИОТ ТЕРАПЕВТСКИ ТРЕТМАН ВРЗ РАНИОТ КЛИНИЧКИ ТЕК КАЈ ПАЦИЕНТИ СО АКУТЕН МИОКАРДЕН ИНФАРКТ СО СТ-СЕКМЕНТ ЕЛЕВАЦИЈА



Автор:  
д-р Гордана  
Камчева,  
спец. по  
внатрешни  
болести

Коронарната артериска болест, со нејзината доминантно препознатлива акутна клиничка манифестација - акутниот миокарден инфаркт, продолжува да биде водечка причина за смрт во развиените, но уште повеќе во транзициските и земјите во развој.

(СУМ) кој има супервизија врз мрежата на болници со различно ниво на технологија, конектирани со ефикасен амбулантен сервис.

2.Прехоспитален и ран хоспитален третман (иницијација на активна реперфузиона терапија - фармаколошка или механичка)

Кај пациентите со клиничка презентација на

(ПКЛ) кај сите пациенти, кај оние кои директно ги презентирале симптомите во способен центар за изведување на перкутани коронарни интервенции и кај оние кои ги презентирале симптомите во не-способен центар и биле веднаш транспортирани во способен центар за изведување на ПКИ. Кај пациенти кои рано побарале лекарска помош, со голем процент на вијабилен миокард и мал ризик од крварење, треба да се направи побргу ПКИ (<90 минути).

пПКИ треба да се изведе и кај сите пациенти кај кои е контраиндицирана фибринолитична терапија независно од временското одлагање.

За пациенти кај кои времето од првиот контакт со лекар е подолго од 2 часа, треба да се започне со фибринолитична терапија и веднаш транспорт до способен центар за изведување на ПКИ. Доколку фибринолитичната терапија е неуспешна треба да се направи спасувачка ПКИ во рок од 12 часа, а при успешна фибринолитична терапија да се направи коронарна ангиографија 3-24 часа од првиот контакт со лекар, но не порано од 3 часа од почетокот на фибринолизата.

3. Понатамошен хоспитален третман што се однесува на компликациите и нивните последици

4. Иницијација на мерки за секундарна превенција пред испис од болница

Секундарната превенција треба да биде индивидуална за секој пациент посебно, во зависност од објективните наоди и збиднувања во тек на акутната фаза на инфарктот, од присуството/отсуството на ризик факторите, поднесувањето на одредени медикаменти, видот на употребените реваскуларизациони процедури во текот на хоспитализацијата.

Во 2000 година, кардиоваскуларните заболувања се причина за смрт на >4 милиони луѓе во Европа и тоа 43% од сите причини за смрт кај мажи и 55% кај жени, со значаен дел кој припаѓа на акутниот инфаркт на миокардот. Се предвидува дека миокардниот инфаркт до 2020 година ќе биде главна причина за смрт во целиот свет.

Според препораките на Европското кардиолошко здружение, дијагнозата и третманот на акутен миокарден инфаркт со СТ сегмент елевација (СТЕМИ) може да се подели на четири фази:

1.Прв контакт со лекар и ургентен третман/тријажа на пациентите

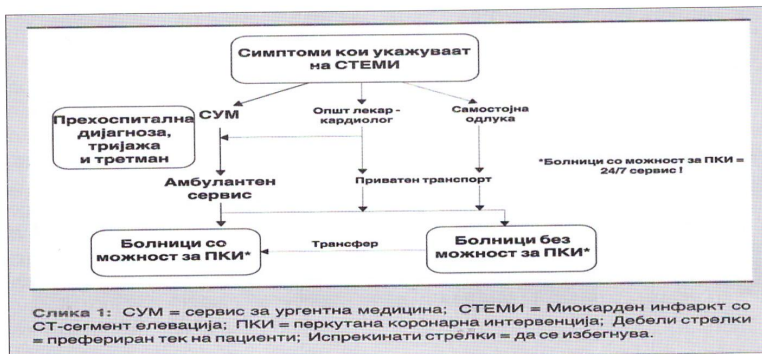
Оптимален третман на СТЕМИ треба да се базира на имплементација на Систем за ургентна медицина

СТЕМИ во првите 12 часа од појава на симптомите и со перзистентна СТ сегмент елевација или (сомнеж за) нов блок на лева гранка, треба да се даде што е можно побргу активна реперфузиона механичка (ПКИ) и/или фармаколошка терапија.

Под активна реперфузиона терапија (фармаколошка и/или механичка) се подразбира изведување на терапевтски мерки и активности чија цел е воспоставување на коронарен крвен проток во оклудираната артерија одговорна за инфарктот.

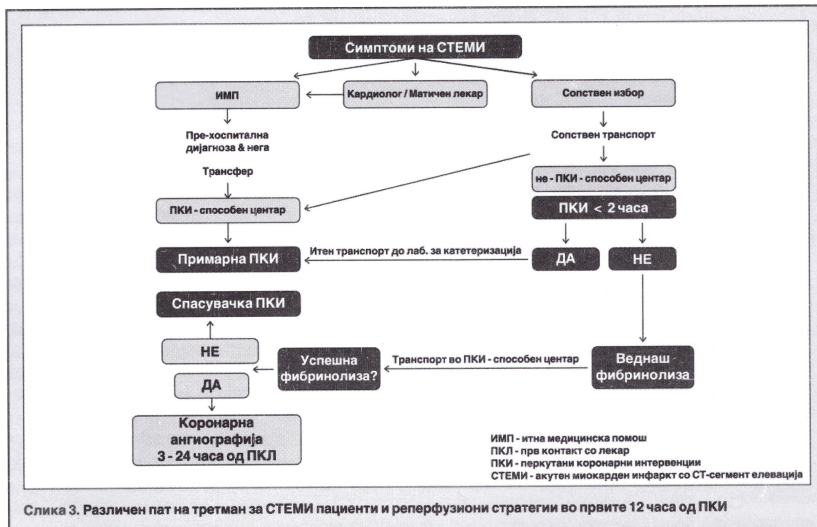
Различни реперфузиони стратегии се прикажани на слика 2, адаптирана од: *European Heart Journal* (2010)31, 2501–2555.

Примарна ПКИ (пПКИ) треба да се направи во тек на првите 2 часа (<120 минути) од првиот контакт со лекар



Слика 1: СУМ = сервис за ургентна медицина; СТЕМИ = Миокарден инфаркт со СТ-сегмент елевација; ПКИ = перкутана коронарна интервенција; Дебели стрелки = преферирани тек на пациенти; Испрекинатите стрелки = да се избегнува.

Слика 1. Прехоспитална тријажа на СТЕМИ пациенти, адаптирана од: *European Heart Journal* (2008) 29, 2909-2945



Слика 3. Различен пат на третман за СТЕМИ пациенти и реперфузни стратегии во првите 12 часа од ПКИ

Различни реперфузни стратегии се прикажани на слика 2, адаптирана од: *European Heart Journal (2010)31, 2501–2555.*

Пациентите со некомплицирани СТЕМИ можат да бидат испишани од болница по 5 дена, оние кои се третирани со ПКИ со низок ризик и отсуство на компликации можат да бидат испишани по 3 дена од интервенцијата. Пациентите со комплициран СТЕМИ се задржуваат подолго време во болница.

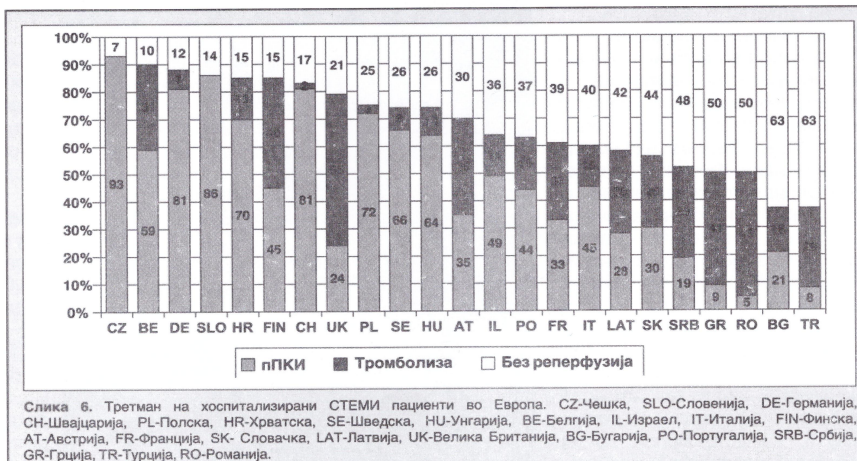
Избор на третман на СТЕМИ во Европа

Третманот на СТЕМИ пациентите варира значително во Европа со многу можности за подобрување на третманот, особено во Јужна Европа и на Балканот. Студија на Њидимскс ет ал.ги објавила ретроспективно собрани податоци од 30 држави во Европа, за изборот на реперфузна терапија кај СТЕМИ пациентите.

Годишната стапка на прием во болница за било кој акутен миокарден инфаркт (АМИ) кај овие земји се движи помеѓу 90-312/100 000 жители/годишно и инциденцата на болнички приеми само за СТЕМИ се движи меѓу 44-142/100 000 жители/година. Со други

зборови, годишната стапка на приеми во болница за АМИ во Европа е околу 1900 пациенти на милиони жители, со инциденца на СТЕМИ од околу 800 на милион жители.

Тие откриле дека примарната ПКИ стратегија ја преферирале за третман кај СТЕМИ пациентите. Северна, Западна и Централна Европа имаат веќе добро развиени примарни ПКИ услуги, нудејќи примарна ПКИ третман кај 60% до 90% од сите СТЕМИ пациенти, но Јужна Европа и на Балканот се уште претежно се користи тромболитата



Слика 6. Третман на хоспитализирани СТЕМИ пациенти во Европа. CZ-Чешка, SLO-Словенија, DE-Германија, CH-Швајцарија, PL-Полска, HR-Хрватска, SE-Шведска, HU-Унгарија, BE-Белгија, IL-Израел, IT-Италија, FIN-Финска, AT-Австрија, FR-Франција, SK-Словачка, LAT-Латвија, UK-Велика Британија, BG-Бугарија, PO-Португалија, SRB-Србија, GR-Грција, TR-Турција, RO-Романија.

Слика 3. Процентуален однос меѓу одделни земји во Европа во однос на третманот на СТЕМИ. Адаптирана од: *European Heart Journal (2010)31, 943–957*

и поради тоа поголем дел од пациентите се оставени без реперфузионен третман, главно поради контраиндикации за тромболиза.

Резултатите покажаа дека реперфузна стратегија во 16 земји и тромболиза во 8 земји.

Интрахоспиталниот морталитет од сите последователни СТЕМИ пациенти варира помеѓу 4,2% и 13,5%. Опсегот е 3,5% до 14% кај пациентите третирани со тромболиза и 2,7% до 8% за пациенти кои биле третирани со ПКИ.

Од студијата на Њидимскс ет ал. за Република Македонија за период 2007-2008 година, можеме да ги согледаме следните податоци кои не се целосни: Вкупно 3 способни објекти за изведување на ПКИ, кои работат 24/7 во неделата се достапни на пациентите со СТЕМИ, со број на хоспитализации 1767/годишно односно 86 на милион жители. Вкупен број на сите ПКИ услуги се 2516 годишно од кои само за пПКИ за СТЕМИ пациентите се 981 (38%). Вкупниот морталитет од СТЕМИ за тој период изнесувал 4 за пПКИ, а за фибринолиза 11 пациенти.