

# medicus



ИНФОРМАТИВЕН ГЛАСНИК НА ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО - ШТИП, ГОДИНА 9, БРОЈ 21, 2014



**АМЕРИКАНСКИ  
ДОКТОРИ  
ВО ПОСЕТА  
НА ОЧНОТО  
ОДДЕЛЕНИЕ ВО  
ШТИП**



**ИНТЕРВЕНТНА  
КАРДИОЛОГИЈА ВО  
ШТИП**

ДОКТОРИ ОД СРБИЈА ВО ЈЗУ  
КЛИНИЧКА БОЛНИЦА - ШТИП

Интервју со  
д-р Желимир Анџониќ



**СПЕЦИЈАЛЕН  
ПРИЛОГ:**

**ФИЗИКАЛНА  
МЕДИЦИНА,  
КИНЕЗИТЕРАПИЈА И  
РЕХАБИЛИТАЦИЈА**



**Почитувани читатели,**

Главната тема во овој број е посветена на физикалната терапија, нејзините можности и ефекти.

**Што е физикална терапија?**

Тоа е медицинска пракса која им помага на луѓето да го подобрат квалитетот на живото преку подобрување на мобилноста, зголемување на поенцијалот за движење и функционалната способност, преку систематизирани вежби, масажа и други физикални интервенции.

Методите на физикална терапија имаат свои корени уште од времето на Хипократ, и подоцна Гален, за кои се смета дека се првите физиотерапевти кои промовирале масажа, техники на мануелна терапија, и хидротерапија, со кои ги применирале луѓето уште во 460 година п.н.е. Како клиничка дисциплина, бележи брз прогрес во правец на осовременување на сите методи, а со тоа и постигнување на огромен успех во подобрувањето на мобилноста, движењето, и намалување на болките при движење. Физикалната терапија не е само лек при непоможност, тука е дел од секојдневниот живот на сите кои сакаат долг и активен живот, активното движење да биде дел од превенцијата од дебелина, намалување на ризикот од срцеви заболувања и мозочен удар. Раздвижувањето исто така има значаен дел од одржувањето на здрав и урамно тежен систем.

Вежбите го прават живото полесен, и дневните активности нормални.

Пред студентите зимски денови кои се најавуваат, движете се, користете ги доцните есенски денови за уживање, и превенирајте ја потребата од дојолни телна физикална терапија, која иако е ефикасна, така е сејак помош при ограничени движења.

Имајте пријатна и активна есен  
Проф. д-р Елизабета Зисовска

**neurozan**  
feed your mind

Напредна формула за правилно функционирање и работа на мозокот.

Помога при закрепнување од:

- Психичка заморност
- Тубери на меморија
- Депресија
- Редовни главоболки
- Несоница

# Бидејќи се грижиме !

**TIACID**  
Ацетилсалицилна киселина

30 филм таблети 300 mg

Индикации:  
 • Инсулинска резистенција  
 • Дијабетична невропатија  
 • Кардиомиопатија  
 • Ретинопатија

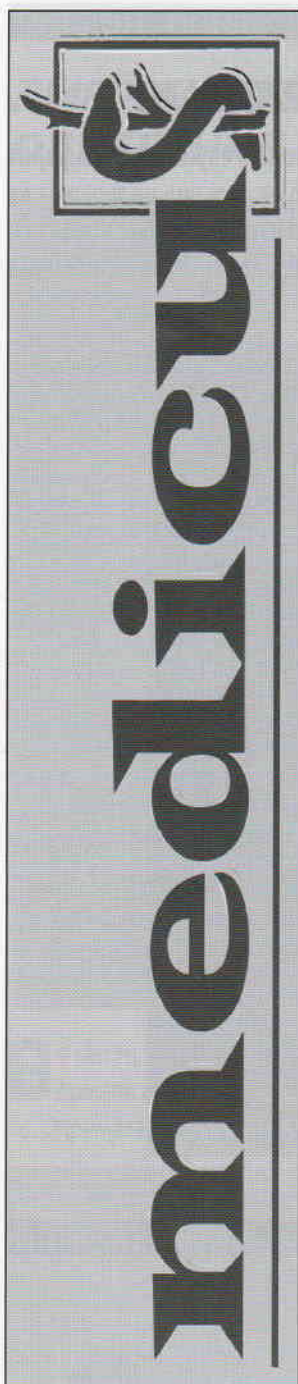


**SMART**  
Piracetam

Индикации:  
 • постаноксичен миоклонус  
 • дислексија кај деца  
 • алкохолна психоза

ПОДДРЖАНО ОД

**VITABIOTICS** **ZADA**



## СОДРЖИНА

ОТВОРАЊЕ НА ЦЕНТРИ ЗА ТРОМБОЛИТИЧНА ТЕРАПИЈА.....	4
НОВИ СПЕЦИЈАЛИСТИ И СУБСПЕЦИЈАЛИСТИ ВО ЈЗУ КЛИНИЧКА БОЛНИЦА - ШТИП.....	4
АМЕРИКАНСКИ ДОКТОРИ ВО ПОСЕТА НА ОЧНОТО ОДДЕЛЕНИЕ ВО ШТИП.....	5
ИНТЕРВЕНТНА КАРДИОЛОГИЈА ВО ШТИП ДОКТОРИ ОД СРБИЈА ВО ЈЗУ КЛИНИЧКА БОЛНИЦА - ШТИП.....	6
ПСИХОЛОШКА ПОДГОТОВКА НА ПАЦИЕНТИТЕ ВО БОЛНИЧКИ УСЛОВИ ...	8
HELLP СИНДРОМ.....	10
ЛОГИСТИЧКАТА ПОДГОТОВНОСТ НА КЛУЧНИТЕ ИНСТИТУЦИИ ВО ОПШТИНА ШТИП ЗА УПРАВУВАЊЕ СО КРИЗНИ СОСТОЈБИ.....	12
<b>СПЕЦИЈАЛЕН ПРИЛОГ: ФИЗИКАЛНА МЕДИЦИНА, КИНЕЗИТЕРАПИЈА И РЕХАБИЛИТАЦИЈА</b>	
СОВРЕМЕНИ АСПЕКТИ НА НЕВРОРЕХАБИЛИТАЦИЈАТА И КИНЕЗИТЕРАПИЈА ПОСЛЕ МОЗОЧЕН УДАР.....	15
КИНЕЗИТЕРАПИЈА КАЈ ПАЦИЕНТИ СО НЕВРОЛОШКИ ДЕФИЦИТ ВО ЕДИНИЦА ЗА ИНТЕНЗИВНО ЛЕКУВАЊЕ.....	17
КИНЕЗИТЕРАПИЈА КАЈ ЛУМБАЛЕН БОЛЕН СИНДРОМ.....	18
РЕХАБИЛИТАЦИЈА ПОСЛЕ ТОТАЛНА ЗАМЕНА НА КОЛЕНСКИ ЗГЛОБ ...	19
ПЕРЦЕПЦИЈА НА ТЕЛОТО И ФАНТОМСКАТА БОЛКА – ФЕНОМЕН ОД ИНТЕРЕС ЗА ФИЗИКАЛНАТА МЕДИЦИНА.....	20
НЕГА, ТРЕТМАН И РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА ЛИЦА СО КРАНИОЦЕРЕБРАЛНИ ПОВРЕДИ.....	23
РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА ПАЦИЕНТИ СО ТУМОРИ НА ГЛАВА И ВРАТ.....	25
НАРУШУВАЊА НА ТЕМПОРОМАНДИБУЛАРНИОТ ЗГЛОБ.....	27
ЗЛОУПОТРЕБА НА СУПСТАНЦИИ ВО СПОРТОТ.....	29

# medicus

Информативен гласник на  
ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО - ШТИП ГОДИНА 9 БРОЈ 21, 2014 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, 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,  
м-р Павлина Николовска, д-р сци. Невенка Величкова

Печати: Европа 92 - Кочани

Тираж: 300 примероци



## СПЕЦИЈАЛЕН ПРИЛОГ

# ФИЗИКАЛНА МЕДИЦИНА, КИНЕЗИТЕРАПИЈА И РЕХАБИЛИТАЦИЈА



## СОВРЕМЕНИ АСПЕКТИ НА НЕВРОРЕХАБИЛИТАЦИЈАТА И КИНЕЗИТЕРАПИЈА ПОСЛЕ МОЗОЧЕН УДАР

Помлад асистент м-р Данче Василева

Факултет за медицински науки – Универзитет „Гоце Делчев“ - Штип  
Национална спортска академија „Васил Левски“ - Софија, Бугарија

Во денешно време се забележува непроменлива тенденција на зголемување на бројот на заболени од цереброваскуларна болест и тие заземаат значајно место во морбидитетот и mortalитетот на популацијата, што претставува сериозен медицинскоепидемиолошки, социјален и економски проблем. Заедно со другите начини на лекување и профилакса во оваа група на пациенти е и физичката активност. Физички активните лица имаат помал ризик од мозочен удар и смрт во споредба со лицата кои се со ниско ниво на физичка активност. Оваа зависност се должи на позитивниот ефект со кој физичката активност влијае врз телесната тежина, артеријалниот притисок, холестеролот во крвта и гликозниот толеранс.

Со технолошкиот напредок на медицината и кинезитерапијата се воведуваат нови пристапи на стимулирање на процесите на регенерација, невралната пластичност и реорганизација. Современите невровизуелни технологии овозможуваат мониторинг на неврофизиолошките промени, ширејќи ги познавањата за факторите кои влијаат на процесите на рековалесценција [Титянова Е, 2007].

Кинезитерапијата е од суштинско значење за физичката, функционалната и психосоцијалната рековалесценција и квалитет на живот по мозочен удар [Lloyd-Jones D, 2010; Titianova E, 2008]. Специфичните дефицити (моторни, сензорни и говорни) во голем степен се возобновуваат од третиот до шестиот месец по инцидентот. Резулта-

тите се најдобри, ако неврорехабилитацијата започне во првите 24 часа од мозочниот удар [Stroke Unit Trialists' Collaboration, 2002; Goldstein L, et al, 2011], а степенот на возобновување корелира со зголемена интензивност на оптоварвањето [Димитрова А, 2007]. Секојдневните рехабилитациски третмани имаат подобар ефект во споредба со истиот број третмани, спроведени за подолг временски период [Zhu L, 2010]. Со невровизуелните и неврофизиолошки методи (функционална јадреномагнетна резонанца и транскраниалната магнетна стимулација) се утврдуваат промени во кортикалната моторна зона како одговор на физичките вежби. Поновите концепции нудат интензивна терапија со моторни задачи, сврзани со повеќе функционални вештини. Како прогностички знак се прифаќа степенот на повреда на кортикоспиналниот пат [Титянова Е, 2007]. Се користат различни помошни средства – одалки, ортези и др. Важна улога имаат и блиските на пациентот, кои се учат како да асистираат и помагаат во секојдневните активности и социјалната реинтеграција на пациентот.

Поради комплексноста и динамичноста на доказите од научните проучувања од целиот свет, потребно е терапевтите да се обучуваат во различни аспекти на неврорехабилитацијата после мозочен удар, базирани на докази, како што е во Холандија од 2008год. Тие вклучуваат теми како што се: (1) како да се земат клинички решенија; (2) како да се мери резултатот и клиничката промена; (3) како да се определи индивидуалната прогноза за исходот на нивото на активности; и (4) како да се избере најдобрата интервенција.



Познати се некои кинезитерапевтски пристапи за лекување на пациенти во постинсултни сосотојби. Со Constraint induced movement therapy (СИМТ) или функционално-ориентирано третирање со ограничување на движењата на незафатената рака (со завој) се исполнува конкретна задача, во контекст на животната средина, така што во почетокот може да е асистирано, но крајната цел е да се постигне самостојно извршување. Не е можно да се примени кај секој пациент. Зависи од степенот на возобновување и моторниот дефицит (услов е да има барем 10° екстензија во рачниот зглоб, а во прстите - движење до анатомска положба) [Sibers A, et al, 2010]. Проприоцептивно нервно-мускулно олеснување (PNF) е развиено од д-р Herman Kabat и Maggy Knott. Се определуваат синергични, дијагонално-спирални модели на движење, кои се компоненти од нормалните физиолошки движења. Подоцна Vos додава практикување на различни активности како што се: свртување, лежење со потпора на лакти, коленска потпора, стоење, одење и т.н. Овој метод е тесно сврзан со многу важни стратегии за моторна обука. Ефективно се користи повеќе за третирање на пациенти со нервно-мускулни и мускулноскелетни дефицити. Neurodevelopmental treatment (NDT) или невrorазвојна терапија е основана од д-р Карел и Берта Бобат – во 1940, 1950 г. Тие ги определуваат основните проблеми кај пациентите со нарушување на централниот моторен неврон како абнормен мускулен тонус и абнормни постурални рефлексии. Современиот NDT метод е во согласност со новите теории за моторна контрола. Се акцентира на постуралната контрола и основно се користат клучни точки за постигнување на активна контрола. Се користат и сензорни стимулации (олеснување, инхибиција, тактилна стимулација) [Brock K, 2011]. Огледална терапија се користи како дополнителна терапија и го подобрува функционалното возобновување на раката [Thieme H, et al, 2013]. И покрај тоа не постои јасен консензус за неговата ефективност. Функционална електростимулација, нервно-мускулна стимулација и биофидбек се користи за подобрување на соматосензориката и специфичните функционални движења на пр. одење. Нервно-

мускулна електростимулација се користи за зголемување на силата или опсегот на движење. Постојат ограничени докази за позитивното дејство од функционалната електростимулација. Но, има значајни докази за влијанието на невромускулната стимулација при сублуксација во рамо и зголемувањето на пасивната надворешна ротација. Моторичка програма за реедукација и возобновување на базата на моторната контрола е ефективен метод, кој вклучува конкретна кинезитерапија со извршување на специфични, функционални задачи. Во основата е поставена концепцијата за невропластичност, а исто и тоа што процесот на учење е конкретен. Кај него не се исклучува можноста за аси-



стирани движења, но пациентот би требало активно да учествува во откривањето на решението на задачата, вклучувајќи го методот на проби и грешки. Надеж се дава на тријадата - невротрансплантација на матични клетки, користење на невротрофични фактори и специјализирана програма за невrorехабилитација со користење на нов технолошки трансфер и биороботи [Continuum, 2011]. Роботизираниот тренинг (примената на репетитивни моторни задачи) [Sivan M, et al, 2011] и користењето на виртуелна реалност [Saposnik G, Levin M; 2011] се нови пристапи, чии проучувања продолжуваат и може да покажат врвни резултати за развојот на ревалесценцијата кај пациенти со мозочен удар. Акупунктурата иако како метод е релативно безбеден, доказите за ефективностa после мозочен удар се сеуште неубедливи, главно поради лошиот методолошки квалитет и мали примероци. Во објавени систематски прегледи и мета-анализи со цел

да се утврди дали и кога акупунктурата е ефективен третман се забележува дека може да биде ефикасна за лекување на постинсултните невролошки дефицити и дисфункции, како што е дисфагијата, но не е јасно дали акупунктурата може да помогне да се спречи постинсултна смрт или инвалидитет, или да ги подобри други аспекти од постинсултното возобновување, како што е моторната дисфункција [Zhang JH, et al, 2014]. За во иднината се потребни високо-квалитетни, рандомизирани контролирани испитувања со долгорочни следења и економски анализи [Zhao L, et al, 2012]. Со интегрираниот пристап кинезитерапевтот треба да е во состојба да вклучи соодветни методи или средства во однос на поставените цели и очекуваните резултати. Најдобро е да се започне од возобновување и подобрување на функционалните вештини и моторното учење, затоа што во процесот на ревалесценција, можностите и потребите на пациентот се менуваат и разновидноста од проблеми не дава можност на еден самостоен пристап да е ефективен кај сите пациенти [Любенова Д, 2011].

Независно од тоа што реално целосно морфолошко возобновување по мозочен удар може никогаш да не се постигне, можноста за функционално моторно возобновување со стимулирање на мозочната пластичност благодарение на продолжителна, специфично ориентирана и интензивна невrorехабилитација, дава мал оптимизам во случаите на инвалидност. Резултатите од целосната функционална ревалесценција и лекувањето зависат од пациентот, правилната медицинска терапија и диетичниот режим.

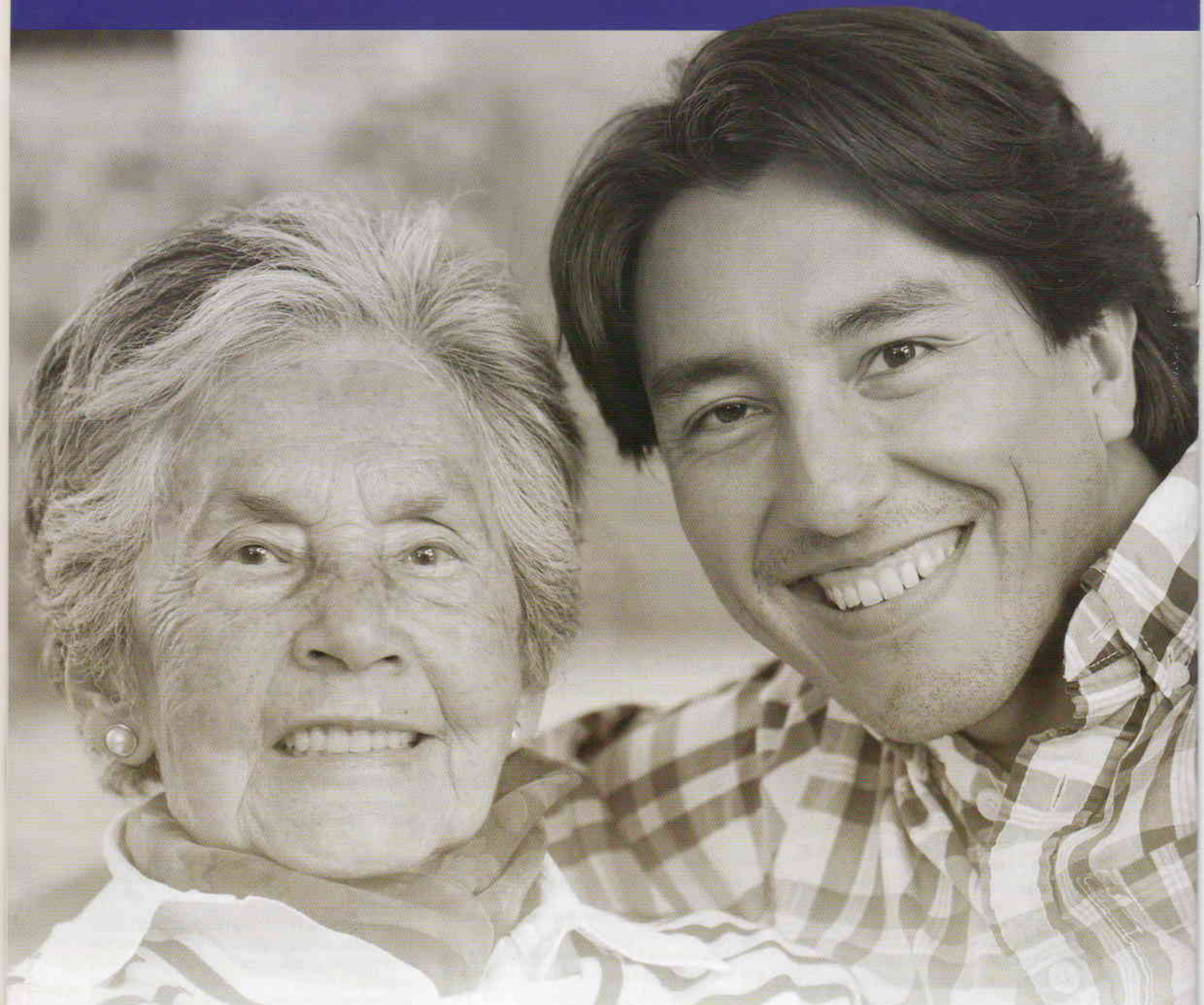
### Литература

1. Димитрова А, Любенова Д, Стефанова Д, Симеонова А. Промени в статичниот баланс след приложена кинезитерапија при болни с мозъчен инсулт във вертебро-базиларната система. Кинезитерапија, 2007; 3:50-55.
2. Любенова Д. Кинезитерапија при нервни и психични болести. Бетапринт, Софија, 2011; 160-162.
3. Титанова Е, Реорганизација на двигателниот контрол след едностранен мозъчен инсулт. Невросонографија и мозъчна хемодинамика, 2007; 3(1):42-47 и др.

Јас сум  
жена

Unë jam  
grua

I am  
woman



Дали знаеш? Многу од главните ризик фактори за мозочен удар се случуваат почесто кај жените и се специфични за нив. Препознај ги знаците на мозочен удар. Превземи акција.

A e dini se shumë nga faktorët e rrezikut për pikë në tru janë më të shpeshtë te gratë ose lidhen me gjininë femërore? Njihuni me shenjat e pikës në tru! Veproni!

Did you know? Many of the major stroke risk factors occur more frequently in women or are sex-specific to women. Know the signs of stroke. Take action.

И мене ме засега мозочниот удар.  
Pika në tru më prek mua.  
Stroke affects me.



World Stroke  
Organization



ЗДРУЖЕНИЕ НА  
НЕВРОЛОЗИ НА РМ

ZADA  
PHARMACEUTICALS