

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 популацијата 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 стимулирале 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 немоќноста, 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 урамноежен 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 дојолнителна физикална терапија, која иако е ефикасна, така е сејак помалку 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.

Помага при закрепнување од:

- Психичка замореност
- Губење на меморија
- Депресија
- Редовни главоболки
- Несоница

TIACID
Алфа-липоевна киселина

30 филм таблети 300 mg

Индикации

- Инсулинска резистенција
- Дијабетична невропатија
- Кардиомиопатија
- Ретинопатија

SMART
Piracetam

Индикации:

- постаноксичен миоклонус
- дислексија кај деца
- алкохолна психоза

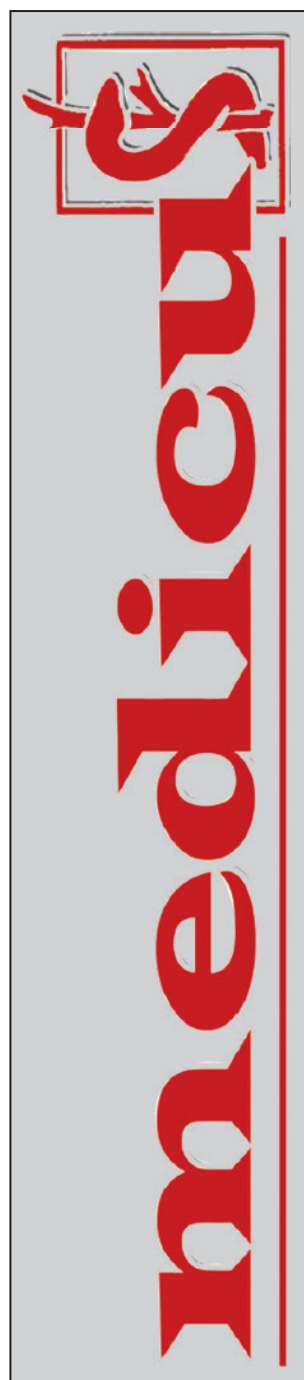
Бидејќи се грижиме !



ПОДДРЖАНО ОД



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
СПЕЦИЈАЛЕН ПРИЛОГ: ФИЗИКАЛНА МЕДИЦИНА,	
КИНЕЗИТЕРАПИЈА И РЕХАБИЛИТАЦИЈА	
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

РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА ПАЦИЕНТИ СО ТУМОРИ НА ГЛАВА И ВРАТ

*Асс. д-р Владимир Милошев
Проф. д-р Ленче Милошева
Факултет за медицински науки,
Универзитет „Гоце Делчев“, Штип
Клиничка болница, Штип*



1. Вовед

Во зависност од хистолошкиот тип, преку 95% од малигните тумори на глава и врат ги сочинуваат планоцелуларните карциноми на горниот дел на респираторниот и дигестивниот систем.

Кога зборуваме за тумори на глава и врат, во главно се мисли на планоцелуларен карцином (рсс). Од вкупниот процент на малигни тумори, 5% се малигни тумори на усната шуплина и се вбројуваат помеѓу десетте најчести тумори. Просечна возраст на заболелите е 55 год, а односот на машки/женски е 7:3 (Gavilan, Herranz, DeSanto, & Gavilan, 2001).

Главни етиолошки фактори се пушењето и алкохолот, лоши социјални услови и HPV инфекцијата. Најчеста локализација на интраоралните карциноми е подот на усната шуплина, вентралната страна на јазикот, ретромоларната регија и гингивата на долната вилица. Во орофаринкс најчеста локализација е тонзиларната и ретромоларната регија. Почетниот карцином во усна шуплина или орофаринкс изгледа како плитка улцерација, а покасно доаѓа до инфилтрација која може да се палпира.

Малигните тумори во усната шуплина и орофаринкс првенствено се лекуваат хируршки, во комбинација со радио и хемотерапија. Со интраорална ексцизија се отстранува примарниот тумор. Опсегот на

ресекција зависи од големината на туморот, а може да вклучи и маргинална ресекција на долната вилица. Петгодишното преживување после хируршки третман на интраорален карцином е над 80%.

Блок дисекција на врат вклучува ексцизија на примарниот тумор интраорално и лимфаденектомија на вратот. Индицирана е кај сите болни со карцином на усна шуплина и клинички евидентни метастази во вратот, но и кај сите поголеми тумори кои не можат со сигурност да се отстранат по интраорален пат.

Постоперативно зрачење се спроведува кај болни со поголеми тумори и метастази во врат. Се започнува по 6 недели од операцијата.

Хемотерапија може да се користи како адјувантна, неадјувантна и комплементарна хемотерапија.

2. Рехабилитација

Рехабилитацијата е процес со кој, на пациентот му се овозможува постигнување на максимум физичка, психичка, духовна, социјална, професионална, рекреативна и едукативна оспособеност во однос на физиолошкото или анатомското оштетување, ограничување на околината и животни планови.

Лекувањето и рехабилитацијата на болните со карцином на усната шуплина е специфична бидејќи оваа регија е комплексна, со разни меѓу односи на структури и функции. Усната шуплина не е голем простор, но е исклучително важна за говор, жвакање и голтање, па поради тоа анатомските дефекти после хируршки третман оставаат функционален инвалидитет. Нагрдувањето на лицето и потешкотиите со говорот и исхраната се најизразени проблеми. Земајќи го во предвид постоперативниот квалитет на животот на болниот, карциномот на усната шуплина е еден од најтрауматичните видови на карциноми.

За хирургот квалитетот на животот на болниот е подеднакво важен како и излекувањето на болниот. Процентот на живи пациенти после спроведената терапија е показател за успешноста на лекувањето на туморите, но квалитетот на животот на оперираните пациенти е показател за успешноста на реконструкцијата (Mehana & Morton, 2006). Од начинот на затворањето на дефектот во голема мерка зависи постоперативниот функционален дефицит.

На одделението за максилофацијална хирургија во Клиничка болница, Штип хируршката терапија е основна терапија на сите интраорални карциноми кај кои не постои контраиндикација за операција. За реконструкција се применуваат локални, регионални и слободни резени. Доста ретко, во одредени локализации и големи интраорални карциноми се применува секундарно зараснување со поставување на привремена протеза (обтуратор).

Цел на реконструкцијата на дефектите на лицето, вилиците и устата е рехабилитација на говорот и исхраната. Крајна цел е подобрување на квалитетот на животот и ресоцијализација на тие луѓе во семејството и работната средина.



Дефектите на лицето, вилиците и устата може да бидат вродени и стекнати. Стекнатите дефекти се посттравматски или постоперативни при отстранување на тумори. Онколошките дефекти на долната вилица се последица на ресекција на туморот и околните ткива. Протетската рехабилитација започнува после дефинитивното зараснување на раната, т.е една година после операцијата или завршувањето на зрачењето. Онколошките дефекти на горната вилица можат да бидат интраорални, екстраорални и комбинирани. Постоперативни дефекти на непцето после ресекција на максилата се пропратени со влегување на храна и течност во носот, назален говор. Поради тоа потребно е изработка на палатинална плоча-обтуратор. Тоа е имедиантна протетска рехабилитација чија цел е непречена перорална исхрана и говор. Зараснувањето на ресекционата рана е динамичен и долготраен процес во тек на кој постојано се врши репарирање на постоечкиот обтуратор или се изработува нов, согласно промените на ресекционата шуплина. Тоа е привремена протетска рехабилитација со обтуратор, но без реконструкција на забалото. Дури една година после оперативниот зафат и завршувањето на зрачењето, се смета дека ресекционата рана е потполно зарасната и ја има конечната форма и големина, се пристапува кон дефинитивна протетска рехабилитација со ресекциона протеза. Основна цел е обезбедување на исхрана и говор, оптимална реконструкција на меѓувеличните односи и подобрување на изгледот на пациентот. Епитеза или образна протеза е направа со која се врши реконструкција на обликот на лицето и орбитата. Се изработува од акрилат или еластичен силиконски материјал. Фиксацијата на епитезата екстарорално се врши со наочари, а интраорално со ресекционата протеза.

Ирадијацијата на главата и вратот предизвикува бројни орални компликации кои се пропорционални на дозата на зрачење, фракционирањето на дозата и изворот на зрачење, но зависат и од озраченото поле, претходната хируршка терапија и индивидуалниот статус на усната шуплина. Акутни потешкотии се најчесто губење на вкусот, воспаление и иритација на слузокожата, бактериски и гливични инфекции и промена на густината на плунката.

Според Gavilan, Herranz, DeSanto, & Gavilan (2001), долготрајни проблеми се: ксеростомија, ирадиациониот кариес, тризмус и остео радионекроза.

- Губење на вкусот - започнува после 10-15 дози, а најизразен е 5-10 недели по започнувањето на зрачењето. Се повлекува по 4 месеци од почетокот на зрачењето.

- Ксеростомија (сува уста) - тоа е прв, најнелагоден и често е од траен карактер особено ако паротидните жлезди се зафатени во зрачното поле. Се јавува како резултат на ирадијационо оштетување на жлездените ацинуси на големите и мали плунковни жлезди. Усната лигавица станува сува и склона на пукање и крварење. Жвакањето, голтањето и говорот стануваат доста болни, понекогаш и невозможни, а храната заостанува и се лепи за забите. Овие промени се често ирверзибилни. Намалено е физиолошкото чистење на усната шуплина, недостасува протективното дејство на плунката и тоа резултира со постирадиационен кариес. Топикалната примена на флуориди го намалува кариесот. Се практикува и изработка на индивидуални акрилатни нагрисни шаблони за забите во кои се става Aminfluorid желе, па болниот ги држи во устата.

-Најтешка компликација на радиотерапијата е остео радионекрозата.

Последица е на оклузија, хијалинизација и облитерација на малите крвни садови која доведува до ирверзибилна девитализација на коската. Со стоматолошка санација пред почетокот на зрачењето треба да се превенира остео радионекрозата. Понекогаш потребни се сериски екстракции на забите, бидејќи слабата орална хигиена, лошиот пародонтолошки статус и механичка иритација се предиспонирачки фактор и за настанување на оваа компликација. Превенција на остео радионекрозата вклучува антибиотска терапија (penicillin или klindamicin), а заби не смеат да се екстрахираат година дена после зрачењето.

2.1. Цели на рехабилитацијата

Според Chandu, Smith, Rogers (2006), целите на рехабилитацијата можат да бидат краткорочни и долгорочни:

- Максимално можно функционирање кај болните во ремисија или излекуваните
- Супортивна рехабилитација кај болните со прогресија на болеста
- Палијативно задржување на функциите кај болни во терминален стадиум

Рехабилитациониот програм го предводи интердисциплинарен тим: максилофацијален хирург, ОРЛ, радиотерапевт, интернист, специјалист по пластична хирургија, ортодонт, клинички психолог, логопед, физијатар, физиотерапевт, социјален работник, медицинска сестра. Болниот е активен член на тимот, и со напредување на процесот на рехабилитација станува сè поодговорен за исходот на рехабилитацијата.

2.2. Видови на рехабилитационски постапки

- Физикална терапија- кинезитерапија, хидротерапија, масажни техники, електростимулација, термотерапија
- Психотерапија
- Духовна терапија
- Комплементарна супортивна терапија
- Рехабилитацијата на говорот и
- Рехабилитација на голтањето, која пак опфаќа:

- » Учење на компензаторни техники (вклучувајќи ја и положбата на главата и вратот)
- » Одредување на температурата и големината на болусот на храната
- » Примена на соодветна конзистенција на храна (од течна до кашаста)
- » Вежби за мобилност на јазик, усни и вилична мускулатура (4-5 X дневно/5-10 мин.)
- » Вежби на мимичната мускулатура

Оваа рехабилитација се спроведува постоперативно, во тек и 3 месеци после зрачењето.

3. Заклучок

Напредокот на тераписките процедури во лекувањето на малигните заболувања на главата и вратот и подобрувањето на преживувањето ја отвора сè поголемата потреба од рехабилитацијата како интегрален дел на севкупното лекување на болните со карцином на глава и врат.

Литература

- Gavilan, J., Herranz, J., DeSanto, L. & Gavilan C. (2001). Functional and selective neck dissection. Thieme, New York, Stuttgart, 23-54.
- Chandu, A., Smith, AC., Rogers, SN. Health-related quality of life in oral cancer: a review. J Oral Maxillofac Surg 2006;64:495-502.
- Mehana, H.M., & Morton, R.P. Does quality of life predict long-term survival in patients with head and neck cancer? Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2006;132:27-31.