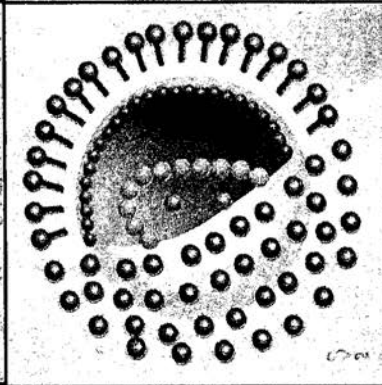
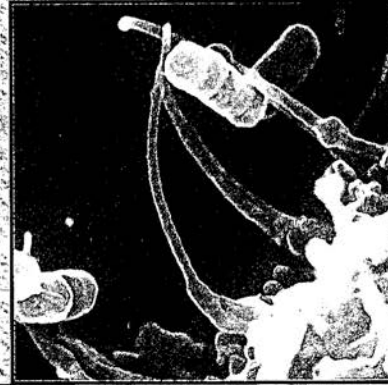
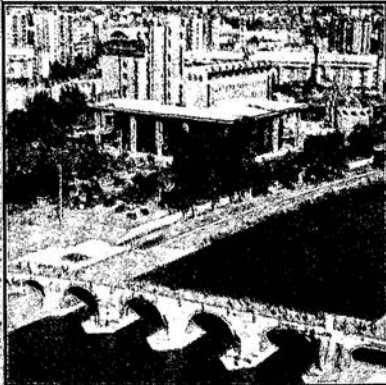




МАКЕДОНСКО ЛЕКАРСКО ДРУШТВО  
ЗДРУЖЕНИЕ НА ИНФЕКТОЛОЗИТЕ НА МАКЕДОНИЈА

MACEDONIAN MEDICAL ASSOCIATION  
MACEDONIAN INFECTIOUS DISEASES SOCIETY

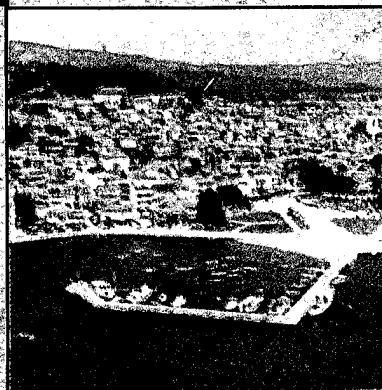


II КОНГРЕС  
НА ИНФЕКТОЛОЗИТЕ  
НА МАКЕДОНИЈА  
СО МЕГУНАРОДНО УЧЕСТВО



II<sup>nd</sup> MACEDONIAN CONGRESS  
OF INFECTIOUS DISEASES  
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

**ЗБОРНИК НА РЕЗИМЕА  
ABSTRACTS**



20-24.05.2003  
Охрид, Р. Македонија  
Ohrid, R. Macedonia

**ОРГАНИЗАЦИОНЕН ОДБОР**

*Претседател*  
Љубомир Ивановски

*Главен секретар*  
Магдалена Гашева

*Членови*  
Димитар Димитриев  
Виолета Груневска  
Боро Шаин  
Данчо Балаловски  
Неџми Села  
Нехат Хиса

*Блаџајник*  
Цветанка Евтимовска

**ORGANIZING COMMITTEE**

*President*  
Ivanovski Ljubomir

*Secretary General*  
Gaseva Magdalena

*Members*  
Dimitriev Dimitar  
Grunevska Violeta  
Sain Boro  
Balalovski Danco  
Sela Nedzmi  
Hisa Nehat

*Treasures*  
Evtimovska Cvetanka

**ЛОКАЛЕН  
ОРГАНИЗАЦИОНЕН ОДБОР**

Иван Пендов  
Стојан Николовски  
Алексова Светлана  
Лидија Љаткова

**LOCAL  
ORGANIZING COMMITTEE**

Pendov Ivan  
Nikolovski Stojan  
Aleksova Svetlana  
Ljatkova Lidija

**НАУЧЕН ОДБОР**

*Претседател*  
Климент Каровски

*Членови*  
Звонко Миленковиќ  
Љиљана Кртова  
Ирена Кондова  
Снежана Стојковска  
Миле Босилковски  
Весна Семенакова Цветковска  
Јулијана Ивановска

**SCIENTIFIC COMMITTEE**

*President*  
Karovski Kliment

*Members*  
Milenkovic Zvonko  
Krtova Ljiljana  
Kondova Irena  
Stojkovska Snezana  
Bosilkovski Mile  
Semenakova Cvetkovska Vesna  
Ivanovska Julijana

## СИНДРОМОТ НА КАВАСАКИ

Манинска Л., Стојковска С., Ивановска Ј., Анастасовака А., Тимова Т.

Медицински центар, Струмица, Р. Македонија,

Клиника за инфективни болести и фебрилни состојби, Клинички центар, Скопје,  
Р. Македонија.

*Вовед:* Kawasaki синдромот е акутен, фебрилен понекогаш фатален васкулитис кај малите деца и заедно со фебрис реуматика е водечка причина за стекната срцева слабост. Најчесто се јавува кај азиските деца, но во помал обем се среќава насекаде во светот, па и кај нас. Неговото клиничкото значење е заради последиците на миокардот и коронарните артерии (аневризми), кој може да се јават кај повеќе од 25% од нетретираниите пациенти.

*Цел на истражувањето:* Диференцијалната дијагноза на Kawasaki синдромот треба да биде земена во обзир кај повеќе инфективни болести во детската возраст а посебно при пролонгирана фебрилна состојба.

*Материјал и методи:* Резултатите од историјата на болеста и тоа клиничките знаци, лабораториско-биохемиски анализи, ЕКГ, ЕНО-кардиографија.

*Приказ на случај:* Две-годишно дете хоспитализирано заради неколкудневна висока температура. На прием констатирано: висока фебрилност, зголемени лимфни жлезди на вратот, болно осетливи на палпација, суви хиперемични усни, малинест јазик, хиперемични тонзили и силна вознемиреност, но без присуство на менингеални знаци. Од лабораториските анализи на прием, присутни: леукоцитоза со неутрофилија, TR - 221,000/mm<sup>3</sup>, пораст во втората а пик во трета недела до 972,000/mm<sup>3</sup> и висока седиментација до 114 mm/h.. Детето е поставено на антибиотска терапија, но без клиничко подобрување и перзистирање на фебрилитетот до 40 С и покрај антипиретичната терапија. Третиот ден по приемот се јавува тврд оток и еритем на дланките и стопалата како и појава на макулозен исип по телото, а во наредните денови и карактеристичен сув конјуктивит и интензивирање на исипот, тврдиот оток и еритемот. За цело време до поставување на дијагнозата и протокол за лекување на болеста детето беше високо фебрилно, по што уследи пад на температурата и повлекување на сите промени. Во натамошниот тек забележан и вообичаениот знак на епидермална десквамација на врвовите на прстите на рацете. Ексоногравки преглед на срце при испис без видливи промени на коронарни артериии.

*Заклучок:* Главна клиничка замка на Kawasaki синдромот е неговото непризнавање особено кај атипичните случаи, како и во оние делови од светот каде што заради неговата мала застапеност диференцијалната дијагноза не се зема во обзир. Затоа потребен е детален преглед на секое дете со висока температура и без очигледен извор на инфекција.

## ИНФЕКТИВНИ РИЗИЦИ ПОВРЗАНИ СО ТРАНСФУЗИЈА НА ЦЕЛОКУПНА КРВ, ЕРИТРОЦИТНИ КОНЦЕНТРАТИ, СВЕЖА ИЗОГРУПНА И УНИВЕРЗАЛНА ПЛАЗМА-НАШИ ИСКУСТВА

Камчев Н., Виџларова Ј., Камчева М., Икономова Л., С. Јанкуловска С.

РЕ трансфузиологија, Медицински центар, Штип, Р. Македонија

*Цел на истражувањето:* Да се прикажат инфективните ризици поврзани со трансфузија на крв и плазма.

*Материјал и методи:* Во работната единица Трансфузиологија во Штип секоја крвна единица задолжително се тестира за детекција и потврдување присуство на маркери за следните трансфузиски-трансмисивни болести: hepatitis тип В (HBsAg); СИДА (анти-HIV1/2); hepatitis тип С (анти-HCV); и сифилис - ТРНА. За откривање и потврдување на HBsAg, анти-HCV и анти-HIV користени се ЕЛИСА тестови од трета генерација од фирмата Organon Teknika, United Biomedical, Inc. New York-USA, а за Treponema pallidum антителиа TREPANOSTIKA™ TP - Microelisa system на Organon Teknika.

*Резултати:* Во изминатите три години дарувани се 9898 доброволни и неплатени крвни единици. Истите задолжително се серолошки тестирани за откривање присуство на

HBsAg, анти-HCV, анти-HIV и *Treponema pallidum* антигела. Кај 246 (2,46%) е откриено присуство на HBsAg, кај 130 (1,3%) е откриено присуство на анти-HCV, а присуство на анти-HIV и *Treponema pallidum* антигела не беше откриено кај ниту еден од испитаните серумски примероци. Од 1350 трансфундирани болни посттрансфузиска појава на анти-HCV докажавме кај 0,29% болни, а појава на HBsAg кај 0,32%.

**Заклучок:** Превенцијата од пренесување на трансфузиски инфективни заболувања започнува со: земање крв од лица со помал ризик-доброволни и неплатени, спроведена анкета за самоисклучување; рационална и оптималната примена на крв, воведување на ефикасни процедури за бактериолошка и вирусна инактивација. Тестирање на секоја крвна единица за детекција на трансфузиски трансмисивни заболувања со високо сензитивни и специфични тестови.

### АНАЛИЗА НА СТРУКТУРАТА НА БОЛНИ ХОСПИТАЛИЗИРАНИ НА ОДДЕЛОТ ЗА ИНТЕНЗИВНА НЕГА

Гроздановски К<sup>1</sup>, Миленковиќ З<sup>1</sup>, Стојковска-Каламарас П<sup>1</sup>, Каровски К<sup>1</sup>, Наунова Јовиновска Д<sup>1</sup>, Кирова-Урошевиќ В<sup>1</sup>, Василева-Дуѓановска М<sup>1</sup>, Костиќовска Е<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Клиника за инфективни болести и фебрилни состојби, Клинички центар, Скопје, Р. Македонија

<sup>2</sup>Медицински Центар, Прилеп, Р. Македонија.

Во шестгодишен период (1997-2002 год.) е извршена анализа на структурата на хоспитализираните болни во Одделението за интензивна нега при Клиниката за инфективни болести и фебрилни состојби, а со цел да се стекнат сознанија за фреквентноста на поедините болести, возраста и смртноста. Во анализираниот период вкупно се хоспитализирани 895 болни. Средната возраст изнесуваше 32 години, медијана 29, (распон од 4 месечна возраст до 88 годишна возраст). Педесет и шест проценти од хоспитализираните биле мажи, а 46% жени. Застапеноста на инфективните болести, заради кои е извршена хоспитализацијата е прикажана на следната табела:

Инфективна болест	Број на болни	%
Гастроентероколитис	145	16
Пневмонија	114	13
Пурулентен менингитис	104	12
Токсикоza	77	9
Енцефалитис	76	8
Сепса	45	5
Останати	298	37

Вкупниот леталитет за целиот временски период изнесуваше 16%. Застапеноста на поедините заболувања кај пациентите што завршиле со летален исход е прикажан на следната табела:

Инфективна болест	Број на болни	%
Пневмонија	23	14
Енцефалитис	23	14
Пурулентен менингитис	20	12
Токсикоza	19	12
Хепатална кома	18	11
Гастроентероколитис	10	6
Сепса	9	5
Останати	43	26