

medicus



ИНФОРМАТИВЕН ГЛАСНИК НА ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО - ШТИП, БРОЈ 27, 2018





Почитувани читатели,

Како и секоја година, така и оваа, со гордост го прославуваме Светскиот ден на здравјето, празникот на сите здравствени работници, 7-ми април. И оваа година овој ден е посветен на сите кои работиме за здравјето, и на сите на кои им треба помош за зачувување или подобрување на здравјето. Здравјето е човеково право, и сите имаат право на квалитетна здравствена заштита. Според Светската здравствена организација, здравје не значи само отсуство на болест, туку и состојба на физичка, психичка и ментална рамнотежа која обезбедува на секого можност за економски продуктивен живот. За таа цел, многу земји во светот обезбедуваат универзална здравствена заштита за да им обезбедат на луѓето здравствено осигурување. Република Македонија е една од земјите кои се грижат за своите граѓани да имаат достапна, адекватна и еднакво квалитетна здравствена заштита независно од разликите во социјалниот и економскиот статус. Посебен акцент е ставен на вулнерабилните групи кои имаат потреба од мултидисциплинарни здравствени услуги. Универзална здравствена заштита не значи само лекување, туку и превенција, промоција, рехабилитација и палијативна грижа. За ова е потребен добар ефикасен здравствен систем кој обезбедува квалитетни здравствени услуги, но бара искусни здравствени работници, медицинска технологија, лекови. Затоа, универзалната здравствена заштита е критична компонента за редуција на сиромаштијата, и клучен елемент за да се намалат социјалните разлики. За да може една земја да постигне ваков вид на здравствена заштита, повеќе фактори мораат да бидат задоволени: рана детекција на отстапувањата уште пред да настапи болест; обезбедување на капацитети за лекување на болестите; помош за пациентите за рехабилитација; достапност на сите важни, есенциелни лекови; искусни и мотивирани здравствени работници. Најважна порака за сите нас, како здравствени работници и како единки во заедницата: да се посветиме на превенцијата од болестите; да го чуваме нашето здравје и редовно да го контролираме; да ги почитуваме принципите на здравите животни навики; на време да побараме медицинска помош; да им помогнеме на сите на кои им треба помош. На крајот, нека ни е честит 7-ми април, денот на здравјето, и да зборуваме повеќе за здравјето, а помалку за болестите и лекувањето на истите.

Со почит,
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 Влатко Захаријев, д-р Александар Поп Димитров, д-р Александар Стојановски, д-р Влатко Филипов, Игор Јакимовски, д-р Марија Караџозова, д-р Кирил Ушинов, д-р Озрен Спасков, Верица Костадинова, Влатко Голомеов, Александар Стојановски

Вработени со непрекинат стаж од 20 години:

Даниел Митев, Денис Коровиќ, Билјана Рогожарска

Вработени со непрекинат стаж од 30 години:

Димче Павлов, Д-р Зоран Шишков, Даница Давчева, Валентина Јованова, Македонска Зикова, Драганчо Крстев, Невенка Горгиевска, д-р Роза Арсова, Славица Ивановска, Милка Ангелова, Десанка Јакимова, Роза Стојанова, Маре Везенкова, Марјанчо Андев

Вработени со непрекинат стаж од 40 години:

прим.д-р Стаменка Јанкулова, Олгица Роглева, Катица Здравкова, Васка Миленковиќ, Дивна Филова, Снежана Николова, Наџе Спасов

Пензионирани работници:

Богдан Андов, Борка Костова, Вера Ристова, Олгица Роглева, Ленче Коцева, прим.д-р Ванчо Стојанов, Мирјана Арсова, Александар Гацов, Киро Здравев, Нада Митиќ

Од 01.12.2017. прим. д-р Билјана Ефтимова

се здоби со научна титула доктор на науки, од областа клиничка медицина - анестезиологија со реанимација.

Нови специјалисти по радиодијагностика во Клиничка болница Штип се:

Габриела Димова од 01.11.2017. и **Гордана Захаријева** од 01.02.2018.

СОДРЖИНА:

ИНТЕРВЈУ СО Д-Р ВЛАДИМИР МИЛОШЕВ, Државен секретар при Министерство за здравство на Република Македонија	4
ДАНИНГ - КРУГЕРОВ ЕФЕКТ Д-р Верица Стојменова , спец. психијатар	6
КАРЦИНОМ НА ДОЈКА Д-р Александра Стојановски	8
ДЕТЕКЦИЈА И ЗАСТАПЕНОСТ НА ИНФЕКЦИИ СО HELICOBACTER PYLORI ВО АДОЛЕСЦЕНТНА ВОЗРАСТ Тања Панева, проф д-р Даниела Јаничевиќ-Ивановска	10
НЕВРОРЕХАБИЛИТАЦИСКИ СТРАТЕГИИ КАЈ ПАЦИЕНТИ СО МУЛТИПЛА СКЛЕРОЗА Марија Трајкова, Доц. д-р Данче Василева	12
СТИГМА И ПРЕДРАСУДИ ЗА ЛИЦА СО ПСИХИЈАТРИСКИ РАСТРОЈСТВА д-р Роза Арсова спец. психијатар, д-р Славица И. Перунковска спец. психијатар	14
„ЗДРАВЈЕ ЗА СИТЕ – ЗДРАВЈЕ НАСЕКАДЕ„	16
ПРОУЧУВАЊЕ НА ЕФЕКТОТ НА КИНЕЗИТЕРАПИЈАТА КОМБИНИРАНА СО ПЕЛЛОИДОТЕРАПИЈА КАЈ ВОЗРАСНИ ЛУЃЕ СО БИЛАТЕРАЛНА ГОНАРТРОЗА Жасмина Колева	18
ЗАСТАПЕНОСТ НА ПАЦИЕНТИ СО АРТРОЗА НА КОЛКОТ (COXARTHROSIS) ВО ПЕРИОДОТ 2015/2016 ГОДИНА НА ТЕРИТОРИЈАТА НА ОПШТИНА КОЧАНИ Кирил Панов, Доц. Д-р Тоше Крстев	20
КИНЕЗИТЕРАПИЈА КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ФРАКТУРА НА ЛАКОТЕН ЗГЛОБ Доц. д-р Ленче Николовска, Викторија Костова	22
ОСТЕОПОРОЗА Доц. д-р Ленче Николовска, Кристина Горѓиоска	24
Причини за болка после стоматолошки интервенции Доц,др Наташа Лонгурова Доц,др Катерина Златановска Проф,др Ивона Ковачевска	26
Влијанието на плунката врз ретенцијата на тоталните протези д-р Верица Тонева, д-р Кочовски Дарк, д-р Александра Тонева, проф. д-р Ивона Ковачевска	28
ПРОГРЕСИВНА АБРАЗИЈА - ТЕРАПИЈА СО ПРОТЕТИКА д-р Катерина Спасовска – специјалист по протетика, д-р Данило Крстевски - специјалист по протетик, д-р Дубравка Ангелиќ – стоматолог , Дарио Крстевски – апсолвент	30

ИНТЕРВЈУ со Д-р Владимир Милошев

Државен секретар при Министерство за здравство на
Република Македонија

Медикус: На сајтот на Министерството за здравство стои **Транспарентност, достоинственост, одлучност** - Како лично вие ги доживеавте овие слогани кога станавте државен секретар во Министерството за здравство и успеавте ли за овој краток период истите да се почитуваат во вашето работно

По повеќе од еднодецениски молк, затвореност на институциите, тешко е за кратко време да го смените размислувањето на луѓето, соработниците. На прв поглед сите без изненадени кога се обидував да им воочам дека ако бидеме потранспарентни, ќе биде само во наша корист. Но како одминува времето, мислам дека сме на добар пат. Едноставно е, залудно ќе биде се што работиме, ако никој не знае за тоа. Особено зошто работиме во насока на подобрување на целокупниот здравствен систем. Ако пациентите не дознаат за реформите кои ги правиме исклучиво во нивен интерес, ќе биде речиси исто како да не сме ги имплементирале. Истото се однесува и на достоинственоста. Мораме на граѓаните да им покажеме и да им докажеме дека нештата се менуваат. Во исто време, гарантираме дека не се двоумиме дали одредена одлука е правилна или не. Тоа не значи дека брзаме. Секоја одлука, реформа ја правиме многу внимателно. Бидејќи и најмала грешка, може да биде по цена на животите на пациентите. Но во такви тешки моменти неопходно е да бидеме одлучни. Мора да ја

оправдаме довербата која ни ја даде граѓаните.

Медикус: Долги години работевте во Болницата во Штип. Ги знаете условите за работа, како во поглед на простор така и во поглед на недостаток од персонал. Од државата младиот медицински кадар ни заминува во странство на работа. Има ли Министерството за здравство стратегија како да ги задржи?

Министерство за здравство го започна процесот на едукација. Интензивно се работи на доаѓање на стручњаци од странство кои ќе ги обучуваат нашите лекари.



Едукацијата ќе биде еден процес кој на подолг рок ќе значи подигнување на квалитетот на знаење генерално на сите лекари и ќе содржи и соодветни тре-

нинзи и во странство преку кои нивото на експертиза, посебно на младите лекари ќе биде надградено. Ветените петпроценти зголемување на платите на нашите доктори е исто така заложба на Министерството за здравство заедно со Фондот за здравствено осигурување и Владата на РМ. Преку оваа заложба ќе работиме и на зголемување на хонорарите за дежурства и подобрување на самиот здравствен систем во пружање на услуги со што сум цврсто убеден дека ќе допринесеме за задржување на медицинскиот кадар во државата.

Медикус: Изградбата на Новата болница во Штип е во тек. Дали постои некој одреден датум за нејзино завршување, односно кога првите пациенти ќе влезат во нови простории - Нешто што е веќе крајно неопходно за здравството во овој регион

Изградбата на нова клиничка болница во Штип е еден од капиталните инфраструктурни проекти на Министерството за здравство, со кој жителите на Југоисточниот регион ќе добијат нов медицински центар изграден според врвни стандарди. Изградбата на новата клиничка болница се реализира во две фази, при што градежните работи од првата фаза (која опфаќа околу 2/3 од проектот) се очекува да завршат во втората половина на годинава. Со тоа, пациентите во Штип ќе добијат комплетно нови болнички одделенија, стационар, нови амбуланти, како и комплетно нов Ургентен центар. По завршување

на првата фаза, пациентите ќе бидат преместени во новиот објект, по што ќе отпочне и втората фаза од проектот.

Медикус: *Започнавте повеќе проекти во Министерството, можете ли да ни наветете некои кои се од посебна важност и кои сметате дека треба брзо да се реализираат, со цел подобрување на работата во сите Болници.*

Од посебна важност е одлуката за локацијата за изградба на нов универзитетски клинички центар – Скопје во Бардовци, надвор од сегашната поставеност на клинички центар. Важноста и посветеноста за изградба на овој капитален објект, е врвен приоритет на ова Министерство, каде што планирано е да бидат сместени и Медицинскиот факултет, соодветен истражувачки центар и кампус за студенти по медицина.

Вотекееизградбатанатриголемиинфраструктурни проекти, а тоа се: изградба на нова Клиничка болница во Штип, комплетна реконструкција на Општата болница во Струмица и комплетна реконструкција на Специјалната болница за ортопедија и трауматологија Св.Еразмо во Охрид, со што значително ќе се подигне квалитетот на здравствени услуги во овие региони.

Во завршна фаза се и градежните работи за изградба на бункер за акцелератор во ГОБ 8 Септември, а веќе е во тек инсталација на акцелераторот во Клиничка болница Битола.

Исто така, еден од клучните приоритети на Министерството за здравство е надградување на електронскиот систем, кој сега постои во форма на МојТермин како систем за закажување термини. Целта е да се формира интегриран здравствен систем во кој ќе имаме реален увид во потрошувачката и на вистинските потреби на установите за лекови, медицински материјали и сл. Во однос на подигнување на нивото на лекувањето во болниците, овозможивме и бесплатно болничко лекување на ранливите категории граѓани, кои се корисници на социјална помош.

Медикус: *За крај едно лично прашање. Ви недостасува ли работата со пациентите? Како сега ја доживувате административната работа и кој е бенефитот, што осознавте од овој начин на професионална дејност.*

Последолгогодишна работа како максисилофацијален хирург, можам слободно да кажам дека пациентите и хирургијата многу ми недостасуваат. Иако според законските можности можам да работам 15 часа во струката, специфичноста и карактерот на функцијата државен секретар која ја извршувам во Министерството за здравство, не ми дозволуваат да бидам отсутен, макар еден ден во неделата. Но, тоа е. Одговорно ја извршувам оваа функција и давам се од себе да ја вратиме довербата во здравствениот систем и да обезбедиме сигурност на медицинскиот персонал и пациентите.



Данинг - Крутеров ефект

д-р Верица Стојменова, спец. психијатар

Британскиот филозоф Бертранд Расел пред околу сто години напишал: „Една од болните нешта на нашето време е тоа што оние кои се чувствуваат сигурни, всушност се глупи, а оние кои имаат мечти и разбирања се исполнети со сомнежи и неодлучност“. Така, несвесно, но сосема прецизно, Бертранд Расел ги дал контурите на она што денес во науката е дефинирано како Данинг - Крутеров ефект. Овој релативно нов поим во психологијата, се однесува на нестручни и необучени личности кои имаат „илузија на супериорност“, рангирајќи ја и поставувајќи ја својата способност далеку над просекот, односно многу повеќе отколку што реално ја имаат.

Античкиот филозоф Сократ, пак, пред 2000 години рекол: Знам дека ништо не знам. Така, и денеска оние најобразованите, најинтелигентните, најспособните меѓу нас се подготвени да се пронајдат во овие зборови и да се поистоветат со Сократовиот став и мислење, зашто, и покрај големите достигнувања во науката и со самото тоа осознавање то и темелното разбирање на универзумот и неговите законитости, свесни се колку сепак не знаеме за светот кој нè опкружува.

Спротивно од нив, а тоа во психологијата од неодамна е и научно докажано, постојат голем број на личности кои ги преценуваат своите знаења и способности и воедно се уверени дека се компетентни за подрачјето во кое всушност се тотално и целосно лаици. Покрај тоа што не се во состојба да ја согледаат својата некомпетентност, тие не се способни ниту да ја препознаат вистинската компетентност и знаење кај другите.

Иако овој феномен на сите нас горе-доле ни е познат од блиското или далечното опкружување, речиси секојдневно среќавајќи го во училиштето, на работното место или пред малите екрани, сепак за првпат службено е дефиниран и истражен дури во 1999 година кога психолозите Давид Данинг и Јастин Крутер од Американскиот универзитет Корнел



го објавиле својот труд во списанието Journal of Personality and Social Psychology, под наслов „Невешти и несвесни: Како тешкотиите во препознавањето на сопствената неспособност водат до пренагласена самопроценка“. Оваа состојба го добила името токму според нивните имиња и сега е насекаде позната како Данинг - Крутеров ефект. Во трудот научниците изнеле тажна вистина: неспособните луѓе не знаат дека се неспособни бидејќи самата нивна неспособност ја заробува нивната можност да разберат колку се неспособни.

Личностите со Данинг - Крутеров ефект се препознаваат најчесто по тоа што во своето блиско опкружување го водат главниот збор и го наметнуваат своето мислење, без разлика за која тема станува збор, донесуваат судови и одлуки врз основа на неточни, непотполни и неважни податоци и не се подготвени да ја прифатат критиката, односно мислењето на оние кои всушност се многу покомпетентни за одредената тема.

Според стручната дефиниција Данинг - Крутеровиот ефект е: „Когнитивна склоност во која необучени личности донесуваат неадекватни одлуки и неточни заклучоци, но нивната некомпетентност ја оневозможува нивната метакогнитивна способност да ги сфатат сопствените грешки“. Необучените личности имаат „илузија на супериорност“, рангирајќи ја својата способност над просекот, многу повеќе отколку реално ја имаат. Од друга страна, високообучените се

склони да се потценуваат себе си и своите вештини патејќи од „илузија на инфериорност“. Така, имаме чудна ситуација во која помалку или воопшто некомпетентните луѓе ја рангираат и поставуваат својата способност далеку над компетентните. Оваа ситуација на сите ни звучи по малку познато и иако делува парадоксално, според мислењето на Данинг и Крутер, самата компетентност може да ја ослабне самовербата, а некомпетентноста да ја зголеми.

Занимливо е дека Давид Данинг, социјален психолог, во 1996 година ги следел написите во весниците и случувањата по повод серијата на грабежи на банки, чиј што виновник набргу бил фатен. Осомничениот Артур Меквилер бил толку многу самоуверен и сигурен дека неговиот план е идеален што не превзел никакви основни мерки на претпазливост како би го сокрил сопствениот идентитет. Имено, тој на лицето ставал сок од лимон и бил целосно уверен дека истото служи како невидливо мастило. Данинг бил запишан од неговиот тотален недостаток на самокритичност и тоа го поттикнало да почне да се занимава со овој феномен.

„Мојата специјалност во социјалната психологија е изучување на начинот на кој луѓето донесуваат одлуки, кои понекогаш се од животна важност за нив“ - вели Данинг. „Се заинтересирав за судовите кои ги имаат за самите себе, зашто повеќето тежнеат, било во секојдневниот живот, било во текот на истражувањето, да искажат мислења кои едноставно не се, ниту можат да бидат вистинити. Тоа ме фасцинираше. Открив дека тие не само што зборуваат исклучително позитивно за себе и за своите способности, туку и навистина длабоко веруваат во тоа. Тоа е и суштината на оваа опсервација: ако сте инкомпетентни вие не можете да знаете дека сте инкомпетентни. Вештините кои ви се потребни за да го дадете правиот одговор се истите оние вештини кои ви се потребни да процените дали некој одговор е оној вистинскиот“.

Во склоп на своето истражување Данинг и Кругер тестирале студенти кои лошо ја познавале граматиката. „Ние верувавме дека тие треба да знаат дека се лоши во таа област и бевме крајно изненадени кога сфативме дека тие искрено мислат дека се добри познавачи на граматиката“. Хипотезата е тестирана и во низа експерименти на Корнел Универзитетот, кои имале за цел да ја одредат самопроценката на студентите во вештините на логичкото резонирање, граматиката и хуморот. Учесниците во овој експеримент значително го прецениле сопствениот учинок на тестот, како и своето место во однос на другите студенти.

Оние кои според резултатите на тестирањето биле на дното на листата, односно во најниската четвртина, сметале дека се подобри од барем 60% од своите вршници.

„Кога луѓето се некомпетентни во стратегиите кои ги усвојуваат при постигнувањето на успех и задоволство - тврди Данинг - тие имаат двоен товар: не само што донесуваат неправилни заклучоци и прават несреќни избори, туку и нивната некомпетентност им ја одзема способноста да бидат свесни за таа состојба. Наместо тоа, тие се препуштени на погрешната импресија дека целата нивна постапка е исправна и како што треба“.

Данинг - Кругеровата хипотеза е втемелена врз основа на следниве премиси:

- Некомпетентните индивидуи го преценуваат своето ниво на вештина;
- Некомпетентните индивидуи не знаат да ја препознаат вештината кај некој друг;
- Некомпетентните индивидуи не успеваат да ја забележат екстремноста на својата неадекватност;
- Доколку можат да бидат истренирани да го подобрат своето ниво на вештина, овие индивидуи можат да го препознаат и признаат својот претходен недостаток на вештина.



Пригушување на ефектот

Студијата на Данинг - Кругеровиот ефект е фокусирана пред сè на американското социјално миље. Слични студии кои се спроведени и работени на европските универзитети покажуваат забележливо „пригушување на ефектот“, додека пак истражувањата меѓу азиските народи откриваат дека нешто сосема спротивно од Данинг - Кругеровиот ефект влијае на личната самопроценка и мотивација за напредок. Следејќи ги Данинг - Кругеровата, како и други слични студии, станува јасно дека поголемиот дел од Американците, речиси секогаш или барем понекогаш имаат тенденција да ја зголемуваат својата споствена вредност, сметајќи дека на тој начин подобро и побргу ќе напредуваат. Овој феномен, во азиската и во други слични култури, се јавува како „превртена слика“. Жителите од источна Азија тежнеат кон потценување на своите способности со цел лично да се подобрат, но и да напредуваат и да ги придобијат луѓето од нивното непосредно опкружување.

Комплексот на повисока вредност и илузијата на супериорност создаваат негативна селекција која самата по себе е се поприматлива бидејќи не изискува интелигенција и труд за стекнување на вештини и знаења, како ни поседување на критичко мислење, односно размислување воопшто. За жал, и покрај тоа што феноменот на негативна селекција станува вистинска епидемија во Западниот свет, сепак не постојат никакви долгорочни третмани или решенија за оваа дијагноза. Слично како и кај лимбичното пореметување, Данинг-Кругеровиот ефект бива дури и поттикнуван во самото општество како посакувана особина. Со оглед на тоа дека станува збор за општествена норма и воспитна метода каде и самите родители го поттикнуваат своето дете да размислува како тоа е подобро од другите, па го присилуваат да се школува вон неговите сопствени желби и таленти, доаѓаме до заклучокот дека понекогаш самите деца прераснуваат во негативно селектирани „предатори“ за градење кариера, сонувачи на т.н. „американски сон“ и иматели на други фикции и предрасуди, типични за современото корпоративно општество.

Данинг за Pacific Standard напишал: „Занимливо е дека во многу случаи, неспособноста не ги остава луѓето дезориентирани, збунети или внимателни. Наместо тоа, неспособните се често благословени со непримерна самодоверба која во нив одржува нешто што ним им се чини како знаење“.

Всушност Данинг-Кругеровиот ефект не поштедил ниту еден ум: сите тоа го правиме, а за тоа да не сме свесни. Колку и да мислиме дека сме исполнети со знаења за бројни подрачја, секогаш постојат области за кои немаме информации, но мислиме дека знаеме многу. Данинг има неколку зборови на утеха: „Со текот на годините станав сигурен за еден сеопфатен факт на неукиот ум. Не би требало за него да мислиме дека е неинформиран. Подобро би се рекло дека овој ум е погрешно информиран“. Тоа значи дека некој ум не е просто празен, туку е преполн со погрешни информации. Со оглед на тоа дека тоа се единствените информации кои ги има поединецот, тој на нив се ослоува како дека се тие важни и доверливи. Данинг советува дека треба да бидеме претпазливи, односно дека треба постојано да се преиспитуваме дали сме во право или не. Никој не треба лесно да претпоставува дека нешто знае и умее. Секој од нас треба да биде критичен кон секоја информација која доаѓа до нас.

Интересни факти кои ја објаснуваат распространетоста на Данинг - Кругеровиот ефект

94% од професорите на факултет ја рангираат својата работа далеку над останатите колеги;
96% од пациентите, кои во болниците се лечат од карцином, тврдат дека се наоѓаат во подобра здравствена состојба отколку останатите заболени од оваа иста болест;
93% од моторцистите се уверени дека се посигурни на патиштата од повеќето просечни возачи;
90% од студентите се гледаат себе си како далеку поинтелигентни од останатите студенти.

Користена литература:

<https://nypost.com/2010/05/23/why-losers-have-delusions-of-grandeur/>
<https://psmag.com/social-justice/confident-idiot-92793> и др.

КАРЦИНОМ НА ДОЈКА

д-р Александар Стојановски

- Втор дел

Терапија

Основни терапевски модалитети кај карциномот на дојката се: 1) хирургија, 2) радиотерапија, 3) хемотерапија, 4) хормонотерапија, 5) имунотерапија и 6) целна терапија.

Хируршки Третман

1. Радикални хируршки зафати се: а) суперрадикална мастектомија по Urban, б) радикална мастектомија по Halsted, в) модифицирана радикална мастектомија по Patay, г) модифицирана радикална мастектомија – Madden, д) проста мастектомија (mastectomy simplex). Модифицирана радикална мастектомија по Madden се работи така што се отстранува целата дојка во комплет со аксиларните лимфни јазли, а се поштедува m.pectoralis мајор или пак обата пекторални мускула. Има подобри естетско-функционални резултати во однос на останатите но не

дава предност во преживувањето.

2. Поштедни козервативни операции се работат кај предоперативно потврдени негативни аксиларни лимфни јазли, тумори до 5см во дијаметар, тумори кои не инфилтрираат кожа и тумори кои бавно растат. Видови: а) парцијална мастектомија при која се отстранува туморот и широка околина од здравото околно тиково, но настанува видлив деформитет на дојката, б) квадрантектонија со аксиларна дисекција – преставува локален радикален третман при кој се отстранува туморот и целиот квадрант каде што тој се наоѓал (најмалку 3 см во околното здраво ткиво), в) лумпектомија со аксиларна дисекција – локален третман со кој се отстранува туморот со околното ткиво во дојката (1-2 см во околното здраво ткиво) и г) туморектомија со аксиларна дисекција – локален третман со кој се от-

странува само туморот.

Радиотерапија

Се спроведува со линеарен акцелератор по оперативен третман: 1) по направена радикална мастектомија

– по I и II стад.(T1/N0) не се спроведува

– по II и III стад.(T2+/N2+) : се користат електрони со висока енергија (8-10 MeV).

Фракционирана ирадијација - дневни сеанси од по 200 cGy дневно, до постигнување на тотална туморска доза од 50Gy (вкупно 25 зрачни сеанси во тек на 5 недели (од понеделник до петок со пауза за време на викендите)). По потреба се зрачат и аксиларните лимфни јазли (позитивен наод на над 3 сентиметра). Сигнификантна разлика: кај пациентки кај кои е спроведена постоперативна радиотерапија, се јавиле рецидиви само во 5-7 %, за разлика од 20-30% кај пациентки кои биле третирани



само со мастектомија .

2) По спроведената поштедна операција:

се користи линеарен акцелератор со фотони со висока Е (8 MeV), со техника со две тангенцијални хомогени коси полиња (под агол). Се врши фракционирана ирадијација, со дневна доза од 200 cGy и вкупна туморска доза од 50 Gy (вкупно 25 зрачни сеанси во тек на 5 недели (од понеделник до петок со пауза за време на викендите)). По постигање на дозата од 50 Gy , зрачењето иде во континуитет но со поограничено поле концентрирано на централниот дел од туморот при што се додава дополнителна „boost“ доза од 10 – 20 Gy со примена на фотони или електрони (10-12-14 MeV) или со интерстицијална терапија со радиоактивен иридиум (Ir 192). Така се постига доза од 60 до 70 Gy која обезбедува добра локална контрола на карциномот – I и II стадиум имаат рецидиви во 2.2% и 7.0% од случаите респективно.

Системската терапија

Подразбира примена на хемотерапија, хормонотерапија, имунотерапија и целна (таргет) терапија.

1) Адјувантна системска хемотерапија

Битен елемент за евалуација на влијанието на адјувантната терапија е проценката на апсолутниот ризик од појава на рецидив кај поедини случаи. Развиени се неколку прогностички формулации, засновани примарно врз големината на туморот, хистолошкиот градус и зафатеноста на лимфните јазли. Истата воглавно е кај постоперативни пациентки. Вкупното десет годишно преживување, со хистолошки наод на **негативни** лимфни јазли, за пациентки под 50-годишна возраст е 72%, а од 50-70 г. е 65%, додека кај пациентките со **позитивни** лимфни јазли изнесува 42,4% и 46,3% за гореспоменатите старосни групи соодветно. Адјувантна

хемотерапија се применува кај жени во postmenopausis кои имаат позитивни аксиларни лимфни јазли и негативни хормонски рецептори HER(-) како и кај жени во premenopausis со позитивни аксиларни лимфни јазли, додека кај жени во postmenopausis кои имаат позитивни аксиларни лимфни јазли и позитивни хормонски рецептори HER(+) се користи хормонска терапија (tamoxifen во тек на 3 години). Пациентки под 70 годишна возраст со карцином во ран 0/I стадиум се препорачува да бидат ставени на адјувантна хемотерапија. Дел од бенефитните ефекти на оваа хемотерапија можат да се регулираат со ендокрина терапија (оваријална супресија со или без тамоксифен) која се применува обично кај пременопаузални пациентки кои се над 35 годишна возраст и се со среден до висок ризик за ER+ тумори. Таа е бенефицијална како и самата хемотерапија со циклофосфамид, methotrexate и 5-флуороурацил (CMF) а во некои случаи да покаже и поголем ефект. Одредени студии забележале дека со инклузија на CMF хемотерапијата кон Тамоксифен'от е корисно за пациентки во premenopausis со зафатени помалку од 4 аксиларни лимфни јазли. Сепак овие информации се недоволно испитани иако од друга страна не може во целост да се исклучи бенефитот и потребни се понатамошни студии. Жените со ER+ тумори под 35-годишна возраст коишто се на хемотерапија треба да се размисли да се стават и на дополнителна ендокрина терапија поради повисоките стапки на преживување.

2) **Неоадјувантната хемотерапија**
Се користи предоперативно со намера да се намали туморската маса и да ја претвори во операбилна . Вообичаено се спроведува со 3 до 4 циклуси на хемотерапија по кои следи оперативниот третман

Повторна појава (рекурентност)

- нема правило за рекурентност, но статистиката вели дека ако се јави, обично е во рок од 2 до 5 години и процентот е 3% во I стадиум или 11% во II стадиум. Зависи од полно фактори: тип на карцином, локализација, големина и терапијата, возраст и паритет на пациентката, HER рецептори и др., и е или локално (на место од лузна) регионално или оддалечени MS. Кога има присутни MC во локалните лимфни јазли шансите за локална рекурентност во рок од 5 години се 23% БЕЗ радиотерапија на претходната мастектомија односно 6% СО радиотерапија. Притоа шансите за билатерален карцином се 1-2.5% додека шансите за појавување на другата дојка се околу 5% и тоа во просек по 8 години.

5-годишно преживување

0 стадиум - 100 % ; I стадиум - 98 % ; II стадиум - 88 % ; III стадиум - 52 % ; IV стадиум - 16 %

Follow up (следење)

Се однесува за пациентки кои завршиле со примарниот третман и се во ремисија, како и за пациентките со активен развој на болеста, т.е. пациентки со локално напредната и/или MC . Пациентките се следат на секои 3 месеци во првите 3 години, а потоа на секои 6 месеци во наредните 2 години и потоа еднаш годишно.

Референци

DiSaia - Clinical Gynecologic Oncology, 8th edition, publ. 2012 (chapter 14)

Berek and Hacker's - Gynecologic Oncology, 5th edition ,publ. 2010 (chapter 16)

Проф. д-р Снежана Смичкоска, Специјална онкологија, рак на дојка и бели дробови, март 2015

Breast Cancer - prognosis, treatment, and prevention, edit. Jorge R. Pasqualini , publ.2007

Atlas of Mammography, edit. Ellen Shaw de Paredes MD, FACR , 3rd edit., publ.2007

ДЕТЕКЦИЈА И ЗАСТАПЕНОСТ НА ИНФЕКЦИИ СО *HELICOBACTER PYLORI* ВО АДОЛЕСЦЕНТНА ВОЗРАСТ

Тања Панева, проф д-р Даниела Јаничевиќ-Ивановска

Пред откривањето на *Helicobacter pylori*, како причина за појавата на улцери во желудникот и дуоденумот се сметал хиперакритетот во желудникот, како и психолошките фактори. Тие биле третирани со лекови кои ја неутрализираат желудечната киселина (антациди) или пак ја блокираат нејзината продукција (блокери на стомачна киселина). Сè до откривањето на оваа бактерија, во медицината постоело убедување дека човечкиот желудник е стерилен поради јачината на киселината во него која оневозможува бактериите да опстојат подолг временски период.

Helicobacter pylori, претходно наречена *Campylobacter pylori*, ја откриле австралиските научници Barry Marshall и Robin Warren во 1982 година, за чие откритие добиле Нобелова награда во 2005 година. Во понатамошните истражувања најзаслужен е британскиот научник Stewart Goodwin, која ја поврзал оваа бактерија со појавата на хроничен гастритис и желудечен чир. Бактеријата е откриена многу поодамна, некаде во 1886 во седиментите од гастрични лаважи кај луѓето, и изолираната бактерија била со спирална форма. Дури дваесет години подоцна, во медицинската литература е прикажана бактерија во структурата на париеталните жлездени клетки. Во 1987 година во Копенхаген е оформена Европска група за истражувања на хеликобактерот, меѓународна интердисциплинарна група на истражувачи насочени кон проучување на оваа бактерија и состојбите поврзани со неа, така што се постигнал голем напредок во нејзиното изолирање и лекување.

Helicobacter pylori е грам-негативен спирален организам способен да ја колонизира гастричната мукоза со што претставува предиспонирачки фактор за гастрит, но се смета дека е поврзан и со развојот на желудечниот

карцином, желудечниот и дуоденалниот улкус, еден вид на лимфом, како и со некои екстрагастрични манифестации. Го колонизира мукозниот слој од антрумот на желудникот, може да се најде и во дванаесетпалечното црево во областите на метаплазија, но и во многу други делови на телото. Заштитена е од желудечната киселина со помош на мукозен слој кој ги врзува бикарбонатите и со амонијакот произведен од сопствената уреаза.

Колонизацијата со *H. pylori* е многу честа, и нејзината преваленца варира во различни земји, но највисока е во земјите во развој (80-90% од населението), како што се Азија и Африка, а е многу пониска во развиените земји во Западна Европа и Северна Америка (20-30% од населението). Главниот ризик фактор за оваа инфекција е нискиот социоекономски статус во детството. Инфекцијата најчесто се стекнува во детството и иако самиот механизам на пренос не е познат во целост, најверојатно се работи за орално-фекален или орално-орален пренос(1). Според најновите сознанија, инциденцата на инфекцијата кај младите генерации опаѓа, па се претпоставува дека во иднина и вкупната преваленца сè повеќе ќе се намалува.

Проблемот со колонизацијата е усложнет со фактот што *H. pylori* не е присутна само во желудникот, туку и во многу други органи, како што е на пример билијарниот тракт. Најновите истражувања покажуваат дека инфекцијата со оваа бактерија може да предизвика воспаление со низок интензитет во мозокот и на тој начин да биде поврзана и со многу невродегенеративни болести(2). Оттука, произлегува и големата важност на раното дијагностицирање и лекување на инфекцијата со *H. pylori*. Но она што е карактеристично е дека иако оваа бактерија се поврзува со желудечните проблеми,

70-80% од популацијата која има колонизација нема симптоми поврзани со оваа инфекција, што игра голема улога во изборот на терапија. Ерадикацијата на *H. pylori* е важна за лекување на болестите предизвикани од оваа бактерија и за превенција на појава на рецидив на основната болест.

Инфекцијата може да се дијагностицира со неинвазивни и со инвазивни методи. Од инвазивните, тоа се брз тест со уреаза, хистолошки и култура, додека пак неинвазивните се серолошки (ELISA) во серум, во столица и во издишан воздух. Сеуште нема дијагностичка метода која би била „златен стандард“ во идентификацијата на *H. pylori*. (Слика 1)



Материјал и методи: овој труд е дел од една поширока студија за изолација и дијагноза на присуството на *H. pylori* и за оваа цел изолирана е една кохорта на специфична популација, адолесценти. Оваа возрасна популација беше селектирана од причина што општо земено се смета дека во оваа возраст доминира здравјето, енергијата, и има најмала преваленца на болести воопшто. Од друга страна, растот и развојот се завршени, со што влијанието на надворешните фактори е сведено на минимум, а отпорноста е максимално постигната. Ова е период кој го премостува детството со адултниот период.

Податоците се земени од Приватни здравствени установи, поконкретно од евиденцијата кај избрани лекари во три ординации по општа медицина во Скопје. Критериуми за селекција беа: возраст од 10-19 години, како што е

дефинирана адолесценцијата по Светската здравствена организација(3). Обработени се податоци за последната година. Идентификацијата на *H. pylori* е вршена во Клинички центар Скопје (во Клиничка лабораторија, Институт за јавно здравје, Институтот за микробиологија или на Институтот за патолошка анатомија, зависно од материјалот кој се испраќал). Пациентите се поделени по пол, дисагрегирани по возрасни групи на рана адолесцентна возраст (10-14 години) и преадултна адолесцентна возраст (15-19 години). Сите пациенти побарале помош од лекар поради гастроинтестинални проблеми, и после рутинските направени анализи, индицирано и испиту-

вање на присуство на *H. pylori*.

Резултати: во испитуваната група на адолесценти кои се јавиле кај избраниот лекар заради гастроинтестинални проблеми каде е барано присуство на *H. pylori* беа вклучени 96 пациенти. Кај сите нив првично е испратена крв за серолошко тестирање (крв од пациентот) и позитивен наод за *H. pylori* е најден кај 13 (13,5%) од пациентите.

Кај 73/96 пациенти е испратена и столица за детекција на антиген на *H. pylori*. Од нив, кај 26 адолесценти е изолиран антиген на *H. pylori* (35,6%). Ова потврдува дека идентификацијата на антиген во столица е многу по-сензитивен метод.

Само кај 9 пациенти во склоп на

гастроскопија е направена биопсија на желудечна слузница и 7 од нив имаа позитивен наод на хистолошки преглед на биоптичен материјал. Истите овие пациенти имаа позитивен антиген за *H. pylori* и во столица, но 6/7 имаа негативен серолошки наод. Како дефинитивен број на пациенти со позитивен наод за *H. pylori* се сметаат тие 26 пациенти кои имаа позитивен наод во столица, поради тоа што биопсија на слузницата е агресивна метода и не се спроведува кај сите пациенти каде анамнестички се поставува сомнение за *H. pylori*.

Дистрибуцијата според полот не покажа сигнификантна разлика (машки:женски = 14:12).

Резултатите се претставени во една заедничка табела (Табела 1)
Табела 1. Позитивни наоди за *H. pylori* според метода на идентификација

	серолошки		во столица		биоптичен материјал	
	машки	женски	машки	женски	машки	женски
	6	7	14	12	4	3
вкупно	13/96		26/73		7/9	

Според возрасните групи, 11/26 позитивни наоди беа кај младите адолесценти, додека кај 15/26 беше идентификуван причинителот во преадултната група (Слика 2)

Слика 2. Дистрибуција според возраст



Дискусија: резултатите во оваа ограничена студија покажаа дека најсензитивен метод за идентификација на *H. pylori* претставува идентификација на причинителот во биоптичен материјал, што е во согласност со цитираната литература(4). Ограничувањето на оваа метода е во нејзината инвазивност и потешкотиите за изведување кај млада адолесцентна популација. Идентификација на антигенот во столица сеуште претставува најсоодветен тест за идентификација на причинителот кај симптоматски пациенти.

Особено кај деца е олеснето добивање на материјал (5).

Со оглед на силната поврзаност на *H. pylori* со последователна појава на желудечен карцином, колонизацијата претставува јавноздравствен проблем и треба соодветно и лонгитудинално следење на децата со позитивен наод на овој причинител, особено во семејствата каде што има позитивна анамнеза за истата состојба. Факторите на домаќинот важни за развој на болеста се однесуваат на генетската приемчивост (или отпорност) или на стекнатите влијанија, кои можат да стимулираат одбрана кај домаќинот против срединските карциногени како што е *H. pylori*. Врската помеѓу генетската конституција на домаќинот и бактериските вирулентни фактори има една од клучните улоги за развојот на карциномот, особено кај инфекциите со посебни позитивни соеви на причинителот. И на крај, срединските фактори, особено диетата и пушењето, играат важна улога во патогенезата на гастричниот карцином во комбинација со присуство на *H.*

pylori. Диетата богата со сложени јаглехидрати, сол, кисела или чадена храна, сушена риба и масло за јадење се поврзува со зголемен ризик, додека диетата богата со свежо овошје и зеленчук е поврзана со низок ризик за гастричен карцином. Пушењето исто така претставува важен фактор за развојот на гастричниот карцином, што е докажано во поголем број на студии.

Воедно, корисно е да се предложат поопсежни истражувања во оваа област, како би се помогнало во прецизирањето на сензитивноста и специфичноста на сите достапни тестови во сигурната идентификација на *H. pylori* во биолошки материјали. Тоа ќе овозможи и донесување на соодветни програми за редукција на преваленцата на колонизација со *H. pylori* во општата популација.

Користена литература

1. Kivi M, Tindberg Y. (2006). *Helicobacter pylori* occurrence and transmission: a family affair? Scand J Infect Dis.38(6-7):407-17.
2. Kumar P, Clark M., Clinical medicine. 8th ed. (2012). Saunderson elsevier

НЕВРОРЕХАБИЛИТАЦИСКИ СТРАТЕГИИ КАЈ ПАЦИЕНТИ СО МУЛТИПЛА СКЛЕРОЗА

Марија Трајкова, Доц. д-р Данче Василева

Мултипла склероза (МС) има комплексна симптоматологија, што го отежнува дијагностицирањето и ја прави тешка за лекување. Важен концепт за успешно лекување на пациенти со МС е неврорехабилитацијата што се комбинира заедно со медикаментозниот третман. Најчесто до дијагноза се доаѓа после исклучување на други невролошки заболувања. Во прилог на имуномодулаторните лекови кои ја опфаќаат основата на заболувањето, постојат и симптоматски лекови со кои може да се третираат симптомите од заболувањето, како што се попречености во одењето, мобилноста, атаксија, сфинктерни нарушу-

вања, замор, депресија и болка. Постои потреба од дизајнирана и насочена програма за да му овозможи на секој пациент со попречености и нарушувања да ги одржува или повторно ги стекне вештините за секојдневните активности (Kesselring et al, 2010).

Клучни компоненти во неврорехабилитацијата се адаптацијата и подобрување на невропластичноста т.е капацитетот на мозокот да оствари нови нервни врски после лезионо оштетување (повреда) и контролата за изгубените функции да биде преземена од други зони во мозокот. Невропластичноста вклучува функционални адаптации кои

се случуваат на различни нивоа. На клеточно ниво промените вклучуваат аксонално 'ртење (зголемена арборизација на невроните), промени на синаптичката стабилност и реорганизација на синапсите (Lubenova & Titianova, 2015; Henze, 2005; Dobkin, 2004; Flachenecker, 2015; Kolb & Muhammad, 2014; Lipp & Tomassini, 2015)

Неразделен дел е и правилната исхрана, психичката стабилност и физичката активност што би придонеле за подобар одговор кон заболувањето и подобри резултати од лекувањето.

За пациентите со МС е многу важно да добијат мултидисци-



плинарен третман од координиран тим. Ова овозможува сите аспекти од заболувањето, вклучувајќи ги и проблемите со мобилноста, одењето, сфинктерните нарушувања, заморот и депресијата да бидат еднакво третирани. Исто така е важно тимот во планот за рехабилитација да ги следи и да ги имплементира најновите трендови во неврорехабилитационската пракса и да почитува стандарди кои се признати на интернационално ниво.

Неврорехабилитационски стратегии кај МС

Стратегиите за неврорехабилитација кај МС вклучуваат повеќе пристапи. Заедно со соодветните имуномодулаторни лекови многу е важно паралелно да се започне со рехабилитационо-терапевтски програми: сензитивно-моторни терапии (сензорна стимулација и електростимулација), терапија за одење (подвижна лента), когнитивни вежби (вежби за меморија и внимание), терапија за говор, јадење и голтање.

1. Вклученост на пациентот

Во целиот неврорехабилитационски процес важно е пациентот да биде активно вклучен, да вложи труд и да има верба, во спротивно рехабилитацијата нема да има голем успех. На пациентот му се предлага програма која ќе му овозможи поставување на цели, пристапи за полесно остварување на тие цели и програма која ќе стави акцент на градење и одржување на самоверба, се со цел да се зголеми квалитетот на животот. Овие програми треба да водат сметка и за сите прашања и грижи кои ќе ги има па-

циентот, односно важно е да се забележи и фидбекот од страна на пациентот.

2. Физичка активност

Физичката активност е важна компонента на неврорехабилитацијата и придонесува за физички напредок кај пациентите со МС. Физичката активност помага да се обезбедат и зачуваат функционалните резерви кои се потребни за да се намали ризикот од функционалните попречувања при релапсите.

3. Одење-чекорење

Во склоп со физикалните вежби, вежбите за чекорење/одење се важни за да се подобри мобилноста кај пациентите со МС. Терапијата за чекорење го намалува физичкото оптоварување за време на одењето, ги зајакнува мускулите на нозете, го подобрува држењето на телото и ги подобрува централните адаптивните процеси.

4. Болка

Третманот на болка е суштинска стратегија во неврорехабилитацијата кај МС. Како немедикаментозни средства влијанието на криотерапијата, мобилизацијата на меките ткива, масажата, вежбите за враќање на опсегот на движење, вежби за флексорна стабилизација и проприоцептивно-невромускулни олеснување е позитивно и корисно во третманот на цервикална болка кај МС.

5. Мултидисциплинарен пристап

Да се применат наведените стратегии и да се рехабилитира лице со МС бара мултидисциплинарен тим кој ќе се фокусира на

пациентот и на неговото згрижување, земајќи ја во предвид неговата историја. Овој тим треба да вклучи невролог обучен во неврорехабилитацијата, и други терапевти, како што се: логопеди, психолози, медицински сестри, ортопедски техничари, физиотерапевти и претставници на социјалните служби. Сите треба да комуницираат и да работат на координиран начин, опфаќајќи ја целокупната грижа за пациентот. Овде треба да се вклучат и потребите и целите дефинирани од пациентот. Поставувањето на заедничките цели треба да се изврши на интердисциплинарно ниво и пристапот треба да биде јасен, специфичен, значаен, реален и мерлив (Khan et al, 2007).

Неврорехабилитацијата во услови на појава на когнитивни и говорни нарушувања, дисфагија и други компликации е отежната и секогаш за нејзино успешно спроведување е потребно да се бара оптимален баланс помеѓу клиничката рековалесценција, времетраењето на лекувањето и финансиските трошоци за болните.

Литература:

1. Lubenova, D., Titianova E. (2015). Neurorehabilitation. In: Textbook on nervous diseases - General Neurology. Under the editing Titianova E. University Publishing House „St. Kliment Ohridski“, Sofia, 249-259.
2. Kesselring, J., Comi, G., Thompson, A. (2010) Multiple sclerosis – recovery of function and neurorehabilitation, Cambridge: Cambridge University Press. и др.

СТИГМА И ПРЕДРАСУДИ ЗА ЛИЦА СО ПСИХИЈАТРИСКИ РАСТРОЈСТВА

д-р Роза Арсова спец. психијатар, д-р Славица И. Перунковска спец. психијатар

„Нема здравје без ментално здравје.

За граѓаните менталното здравје претставува ресурс со кој што можат да го реализираат својот интелектуален и емоционален потенцијал и да ја согледаат својата улога во општеството. За општествата, доброто ментално здравје на граѓаните придонесува за просперитет, солидарност и социјална правда...,



Поимот стигма потекнува од грчкиот збор „stigmata“, кој подразбира - знак или белег. Во време на античка Грција со белег на кожата се обележувале робовите или прекршителите на законот со цел да бидат препознаени од другите луѓе. Обично, белегот се втиснувал со помош на метален печат на образот. Во средниот век, криминалците се обележувале со белег на ушната школка. Уште од античко време, па се до 19-тиот век, менталните заболувања се припишувале на влијание на натрприродните сили или на опседнатост со демони. Сепак, најдрастични и досега невидени застрашувачки постаки, довела стигматизацијата на лицата со ментални заболувања, за време

на Втората светска војна, кога националсоцијалистите извршиле „еутаназија“, т.е. масовни убиства на околу 200 000 лица кои се наоѓале на лекување во т.н. Санаториуми, а 300 000 лица биле насилно стерилизирани за да се спречи пренесувањето на менталните заболувања.

Кај менталните растројства, покрај симптомите и директните последици од болеста за самиот болен, за членовите на неговото семејство, за пријателите и за целото општество, се јавува уште еден дополнителен проблем што ја отежнува ситуацијата, а тоа е стигмата што ги следи менталните болести. Rutz наведува дека во моментот околу 400 милиони луѓе во светот страдаат од ментални

проблеми и болести, Статистички гледано, секој четврти европеец еднаш во животот заболува од ментална болест. Според овие податоци, 15% до 20% од сите возрасни во моментот имаат ментални проблеми.

Стигмата и дискриминацијата влијаат на тоа луѓето да молчат за својата болест. Тие често и ја одложуваат потребата од лекарска помош. Избегнуваат да се придржуваат кон препорачаниот режим на лекување, како и да ја споделуваат својата загриженост со семејството, пријателите, колегите, лекарите, најчесто поради страв од осуда. Еден од приоритетите на психијатријата денес во светот е и борбата против стигмата која ги придружува менталните

растројства, што пак истовремено охрабрува за нивно поголемо прифаќање и разбирање.



За негативната перцепција на „душевно болните лица“, експертите за ментално здравје, често дел од вината ја препишуваат на филмската индустрија и медиуми, кои служејќи се со негативни и сензационалистички прикажувања, неретко ги потврдуваат стереотипите за насилство и опасност од душевно болните лица, кои секако не се втемелени на докази.

Стигматизацијата на лица со дијагноза на ментално растројство веќе подолг период, интернацио-

нално е препознаена како многу штетна за овие лица и за нивните пријатели, членови на семејството и вработените во службите на ментално здравје. Светската психијатриска организација во 1996. започна програма за борба со стигмата и дискриминацијата ширум светот, означена како „Шизофренија-отворена врата“, со цел на подигнување на свеста и знаењето за природата на шизофренијата и можностите за лекување, подобрување на јавниот став кон оние кои што имаат шизофренија и кон нивните семејства, како и во генерирање на активности во превенција и елиминација на стигмата и дискриминацијата.

На Министерската конференција на СЗО одржана во јануари 2005. во Хелсинки, министрите за здравство од европските земји, потпишаа Хелсиншка деклара-

ција и усвоија Акционен план за ментално здравје, каде што борбата против дискриминацијата, стигмата и нееднаквоста, се идентифицирани како приоритет во следната деценија.

Мора да се нагласи и фактот дека, медиумите се многу значајни во формирањето на ставови кон менталното здравје, менталните растројства и луѓето кои од нив патат. Медиумите можат да имаат голема улога во промоција на прифаќањето и вреднувањето на различностите во општеството и во охрабрувањето на таква социјална клима која што поддржува социјална вклученост и ментално здравје за сите луѓе.

Penn, Kohlmaier I Corrigan во 2000. направиле една студија за инетрперсоналните, комуникациски условени фактори кои предизвикуваат стигма. Во оваа студија биле вклучени 39 болни



од шизофренија. Пациентите се снимани со видеокамера како играат одредени улоги, комуникациски ситуации, кои пак ги оценуваат двајца искусни научни соработници од Клиниката, во врска со факторите како што се општите социјални способности, течноста на вербалното изразување, елементите на невербална комуникација, како контакт со погледот, а освен тоа и симптомите на болеста, атрактивноста и „необичноста“. Под „необичност“, овде се подразбира колку „туѓо“, изгледаат набљудуваните лица ако се оценуваат со скала од 1 до 5: од „воопшто не изгледаат туѓо“, до „многу туѓо“. Овие варијабли се ставени во сооднос со

посакуваната социјална дистанца со набљудувачите лаици, кои исто така се вклучени во оваа студија. Само варијаблата „необичност“, укажува на сигнификантна биваријантна врска со социјалната дистанца. „Необичноста“, укажува на препознатливи биваријантни корелации со висок степен на анергија и нарушувања во процесот на мислење, помало учество и активност и помалку хармонични изрази во комуникациската ситуација, слаб контакт со погледот, слаб афективен израз и воопшто слаби социјални способности.

Како заклучок, на општеството му претстои задача и можност-за средбата со лицата со ментални растројства (како „туѓинци“) - да

создаде мошта за токлување, која ќе му ја одземе туѓоста и ќе го претвори во поинаков човек што може да биде прифатен.

Литература:

-Rutz W. Stigma und Ausgrenzung aus europäischer perspective und die Destigmatisierungs-Programme der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2005

- Penn D, L., Kohlmaier J. R., Corrigan P.W. Interpersonal factors contributing to the stigma of schizophrenia: social skills, perceived attractiveness, and symptoms 2000

- Зелена книга: Унапредување на менталното здравје на населението: Кон стратегија за ментално здравје на Европската Унија.

„ЗДРАВЈЕ ЗА СИТЕ – ЗДРАВЈЕ НАСЕКАДЕ,,

(Порака од Светската здравствена организација по повод Денот на здравјето

7-ми Април 2018)

Светската здравствена организација е заснована на принципот дека сите луѓе треба да бидат способни да го остварат своето право на здравје на највисоко можно ниво. Затоа водечката визија повеќе од седум децении е „Здравје за сите – Здравје насекаде“. Тоа е, исто така, поттик за Светската здравствена организација за поддршка на земјите во придвижување и покриеност на Универзалната здравствена заштита.

Искуството покажува, секогаш и повторно, дека Универзалната здравствена покриеност се постигнува само кога политичката волја е силна.

Оваа година на прославување на 70-та годишнина, СЗО ги повику-

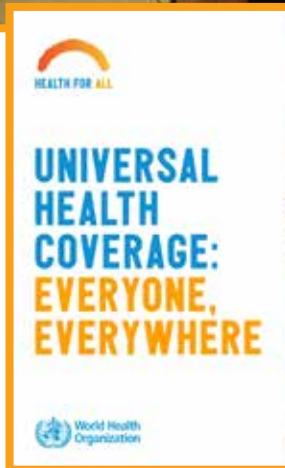
ва светските лидери да ги исполнат ветувањата што ги дадоа кога се согласија со целите за одржлив развој во 2015 година и да се посветат на конкретни чекори за унапредување на здравјето на сите луѓе. Ова значи обезбедување дека секој, насекаде може да пристапи до суштински квалитетни здравствени услуги без да се соочи со финансиски тешкотии.

Организацијата ќе одржува и понатаму фокус од висок профил на Универзалната здравствена покриеност, преку серија настани низ цела 2018 година, почнувајќи од Светскиот ден на здравјето на 7 април со глобални и локални разговори за начините за постигну-

вање на здравје за сите.

Зошто Универзалната здравствена покриеност и заштита е важна?

Земјите што инвестираат во Универзалната здравствена покриеност прават солидна инвестиција во нивниот човечки капитал. Во последниве децении, целите за одржлив развој се појави како клучна стратегија за постигнување напредок кон други здравствени и пошироки развојни цели. Пристапот до есенцијална квалитетна нега и финансиска заштита не само што го подобрува здравјето на луѓето и очекуваното траење на животот, туку ги штити земјите од епидемии, ја намалува сиромаштијата и ризикот



Одбележување на Денот на здравјето - 7-ми Април 2018

од глад, создава работни места, предизвикува економски раст и ја зголемува родовата еднаквост.

Што може да направат активностите на Светскиот ден на здравјето?

Некои земји веќе постигнаа значителен напредок кон општото здравствено покривање. Но, половина од светското население сè уште не е во можност да ги добие здравствените услуги што им се потребни. Доколку земјите треба да ги постигнат целите за значителен здравствен развој, тогаш една милијарда луѓе до 2023 година ќе имаат корист за одржливиот развој од нив.

Светскиот ден на здравјето ќе биде во центарот на вниманието за потребата за Светската здравствена заштита и покриеност - и предностите што може таа да ги донесе. СЗО и нејзините партнери ќе ги споделат чекорите што треба да се преземат, низ серија на настани и разговори што се одржуваат на повеќе нивоа да стигнат до саканата цел.

Како што нагласи генералниот директор на СЗО **„Никој не треба да се донесе во состојба да избира помеѓу смртта и финансиските тешкотии. Никој не треба да избира помеѓу купување лекови и купување на храна „**

Во текот на 2018 година, имаме за цел да ги инспирираме, мотивираме и насочуваме заинтересираните страни на светската здравствена заштита да ги преземат обврските кон истата:

Инспирирај ја! - истакнатата моќ на креаторите на здравствените политики да го трансформира здравјето на нивната нација, преку обликување на предизвикот како возбудлив и амбициозен и поканувајќи ги да бидат дел од промената.

Мотивирај ја! - да се споделат примери за тоа како земјите веќе напредуваат кон светската здравствена заштита со цел да се поттикнат и другите да најдат свој сопствен пат.

Води ја (Управувај)! - да се обезбедат алатки за структуриран политички дијалог за тоа како да се унапреди светската здравствена заштита дома или да се поддржат таквите напори во други земји (на пример, проширување на покриеноста на услугите, подобрување на квалитетот на услугите, намалување на плаќањата од џебот на пациентот).

Со кампањата „Здравје за сите!“ – „Здравствена заштита за сите!“ Светската здравствена организација треба да осигура дека сите луѓе можат да добијат квалитетни здравствени услуги, каде и кога им се потребни, без да имаат финансиски тешкотии. Никој не треба да избере меѓу добро здравје и други животни потреби. Светската здравствена заштита е клучот за здравјето и добросостојбата на луѓето и нациите.

Таа заштита е изводлива. Некои земји постигнаа голем напредок. Нивниот предизвик е да се одржи здравствената заштита, за да се исполнат очекувањата на луѓето. Сите земји ќе пристапуваат на различни начини: нема една големина која одговара на сите. Но, секоја земја може да направи нешто за да ја унапреди.

Правењето на здравствени услуги да бидат навистина универзални, бара промените да бидат од правец на дизајнирање на здравствени системи насочени кон болести и институции кон здравствени услуги дизајнирани околу и за луѓето.

Секој може да земе учество на патот кон универзалната здравствена покриеност, преку учество во разговори за истата.

Премногу луѓе во моментот во светот се без здравствена заштита..

„Универзално“ во универзалната здравствена заштита значи „за сите“, без дискриминација, не оставајќи никого зад себе. Секој насекаде има право да има корист од здравствените услуги што им се потребни, без да падне во сиромаштија кога ги користи нив.

Еве неколку факти и бројки за состојбата на универзалната здравствена покриеност. денес: Најмалку половина од луѓето во светот во моментот не можат да добијат основни здравствени услуги.

Речиси 100 милиони луѓе се втурнати во екстремна сиромаштија, принудени да преживеат само за 1.90 долари или помалку на ден, бидејќи мора да плаќаат за здравствени услуги од своите џебови.

Над 800 милиони луѓе (речиси 12 проценти од светската популација) трошат најмалку 10 проценти од буџети за своите домаќинства, за здравствени трошоци за себе, за болно дете или за член на семејството. Тие се соочуваат со т.н. „катастрофални расходи“

Вклучувањето на катастрофални трошоци во здравствена заштита е глобален проблем. Во побогатите земји во Европа, Латинска Америка и делови од Азија, кои имаат постигнато висок степен на пристап до здравствени услуги, зголемен број луѓе трошат најмалку 10 проценти од буџетите на нивните домаќинства за здравствените трошоци од своите џебови.

Што е универзална здравствена покриеност!

Тоа е дека сите луѓе и заедници ги добиваат здравствените услуги што им се потребни без да страдаат од финансиски потешкотии. Дека му се овозможува на секој поединец пристап до услугите кои се однесуваат на најважните причини за настанување на болеста и смртта и гарантира дека квалитетот на тие услуги е доволно добар за да се подобри здравјето на луѓето кои ги примаат тие услуги. Затоа како здравствени работници поддржувајќи ги целите на СЗО да се вклучиме сите заедно кон оваа кампања.

Да пружиме - ЗДРАВЈЕ ЗА СИТЕ!

(текстот го превела и обработила м-р Билјана Лазарова)

ПРОУЧУВАЊЕ НА ЕФЕКТОТ НА КИНЕЗИТЕРАПИЈАТА КОМБИНИРАНА СО ПЕЛОИДОТЕРАПИЈА КАЈ ВОЗРАСНИ ЛУЃЕ СО БИЛАТЕРАЛНА ГОНАРТРОЗА

Жасмина Колева

Остеоартрозата е најчестиот тип дегенеративно заболување на зглобовите што се карактеризира со абене на зглобната рскавица. Заболувањето опфаќа почесто пациенти од средна и старечка возраст (Токмаков, 1999). Остеоартрозата ги засегнува претежно зглобовите, отежнати со тежината на телото и 33% од остеоартрозите на глобално ниво се на колената (Хаџистаматов, 1972). Локализацијата зависи од полот (Џончев, 1967) – кај мажите се засегнуваат претежно колковите, а кај жените – колената. Во 2005 г., експерти забележуваат дека над 27 млн. души во САД страдаат од остеоартроза - 60% од нив се жени. Во 70% од случаите, дегенеративните промени ги засегнуваат двете колена, макар и во нееднаков степен (Холевич, 1975). Ненавременото лекување на заболувањето може да доведе до оперативна интервенција или инвалидизација на пациентот (Dobson, 2011). Во проучувањето се разгледува влијанието на при-

родните физикални фактори, особено на пелоидо- и термотерапијата како дел од процедурата по кинезитерапија, применети кај пациенти со билатерална гонартроза.

Материјал и методи

Во проучувањето зедоа учество 30 пациента со билатерална гонартроза со времетраење од 5 до 16 години. Контингентот од пациенти, на возраст од 60 до 74 години, што спаѓаат во границите на возрастни луѓе е разделен на две групи: контролна група (8 жени и 6 маже) и експериментална група (11 жени и 5 маже). Двете групи беа подложени на идентични функционални тестови во почетокот и крајот на терапевтскиот курс – анамнеза, преглед, сантиметрија, оток, гониометрија, мануелно-мускулен тест, визуелно-аналогна скала за болка (Попов, 2012), тест изкачување на скалила и тест – клекнување (Dandy, 2009). Терапевтскиот курс на пациентите е со времетраење од 7 дена – ед-

наш на ден. Контролната група исполнува специјализиран, кинезитерапевтски комплекс (Димитрова, 2006), додека експерименталната група го исполнува истиот комплекс, но на крајот на процедурата се применува пелоидотерапија, комбинирано со термотерапија. Пелоидотерапијата се исполнува после механичко загревање на зглобовите со локална масажа, после што се премачкува со кал и се покриваат со фолија врз која што се поставуваат термосолите.

Резултати

За обработка на добиените резултати се користи статистички метод на варијациона анализа. За интерпретација на примерокот користевме t-критериум на Стјудент, што ни покажува статистичка точност на резултатите. Се набљудува намалување на обемот преку коленото и кај двете групи, т.е. намалување на отоките и на двете колена, при што повидливи се резултатите кај експерименталната група. На-

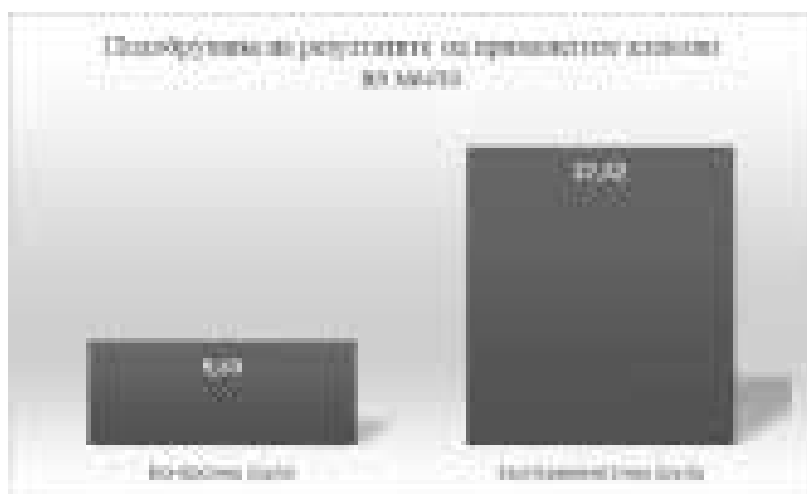


Табела 1. Споредба помеѓу почетните и крајни резултати за болка од визуелно–аналогната скала кај експерименталната група

	Почетни средни вредности	Крајни средни вредности	Разлика	S1	S2	t
Десно К	6.75	4.75	2	2.69	2.51	2.16
Лево К	6.18	4.62	1.56	2.61	2.12	1.85

Табела 1. Споредба помеѓу почетните и крајни резултати за болка од визуелно–аналогната скала кај експерименталната група

	Почетни резултати	Крајни резултати	Разлика	S1	S2	t
Десно К	4.35	3.71	0.64	1.9	1.68	0.94
Лево К	4.28	3.78	0.5	1.54	1.52	0.86



сл. 1 Разлика меѓу почетните и крајни резултати на двете групи со тест-клек

малувањето на обемот кај експерименталната група е средно 2 см. Разликата помеѓу почетните и крајни резултати кај контролната група е значајно помала. Позитивни резултати се набљудуваат и кај контролната група, која што го исполнуваше специјализираниот кинезитерапевтски комплекс од вежби. Разликата од почетните и крајни резултати за субјективно чувство за болка помеѓу двете колена е мала.

Дискусија

На базата на добиените резултати од применетите испитувања и нивна споредба, кај двете групи се набљудуваат позитивни резултати, благодарение на спроведената кинезитерапија во продолжение на 7 дена. Повидливи резултати се наблюдаваат кај експерименталната група, кај која е применета пелоидотерапија со

термотерапија. Комбинирањето на пелоидотерапија и кинезитерапија води до комплексно возобновување на засегнатиот дел. Лековитата кал има голем топлински капацитет, мала топлоспроводливост, што покажува дека со добар термален стимул, високата температура може да се задржи долго (Крџева, 1985). Високата температура (околу 40°) е неопходна за ширење на крвните садове и олеснувањето на размената на хемиските елементи на калта со кожата (Dutton, 2012). Преку кожата можат да се пенетрираат супстанции, исто така и да се одделат – јони (Дикова, 2002).

Благодарение на кинезитерапевтската програма се подобри тонусот на мускулатурата, се подобри еластичноста на мускулот и се олесни моторната активност на болните.

Изводите, што ги правиме од направеното проучување е дека кинезитерапијата е незаменлив дел од лекувањето на гонартроза и комбинирана со пелоидо- и термотерапијата со термосоли дава значајно подобри резултати.

Литература

1. Дикова, Р. (2002) Физикална терапија. Обща и специјална част, София.
2. Димитрова, Е. (2006) Ръководство за упражнения по функционална диагностика на опорно – двигателниот апарат, София.
3. Крџева, Д. (1985) Калолечение, София.
4. Попов, Н. (2012) Функционално изследвање и анализ в мускулно – скелетната физиотерапија, София
5. Попов, Н. (2006) Кинезиологија и патокинезиологија на опорно – двигателниот апарат, София.

ЗАСТАПЕНОСТ НА ПАЦИЕНТИ СО АРТРОЗА НА КОЛКОТ (COXARTHROSIS) ВО ПЕРИОДОТ 2015/2016 ГОДИНА НА ТЕРИТОРИЈАТА НА ОПШТИНА КОЧАНИ

Кирил Панов, Доц. Д-р Тоше Крстев



Дегенеративните болести на зглобовите спаѓаат меѓу најчестите ревматски болести кај луѓето. Типични симптоми на заболувањето се: влошување на болката со замор, вкочанетост на зглобот по долга неактивност и делумно губење на зглобната подвижност.

Според современата медицина, артрозата се развива кога има механичко несоодветствување меѓу оптоварувањето во зглобот и способноста на хијалината 'рскавица да го поднесе натоварувањето. Со напредување на болеста тегобите може да станат постојани. Кај напредните случаи на коксартроза може да се јави ноќна болка која го буди пациентот или му пречи во спиењето. Рано наутро по спиење и особено по подолг период на неактивност (долго седење, возење автомобил) се јавува краткотрајна вкочанетост, крутост и болка при движење во артروزно променетите зглобови, која обично трае неколку минути, но може да трае и подолго – најмногу до 20 минути.

Цел на истражувањето

Анализа на податоците за застапеност на артрозата на колкот во периодот на 2015/2016 година на територијата на Општина Кочани преку подато-

ци добиени од Службата за физикална терапија во ЈЗУ „Општа болница“ – Кочани и препорака за примена на физикални процедури и кинезитерапија

Методи на истражувачката работа

Како метод на истражувачката работа се користи анализа на податоците за застапеност на артрозата на колкот (coxarthrosis) во периодот 2015/2016 на територијата на Општина Кочани, добиени од Службата за физикална терапија во ЈЗУ „Општа болница“ – Кочани.

Резултати и дискусија

Добиените резултати ни го покажуваат бројот за застапеност на лицата со артроза на колкот во периодот од 2015 до 2016 година (Таб. 1).

Година	2015	2016
Број на пациенти	26	23

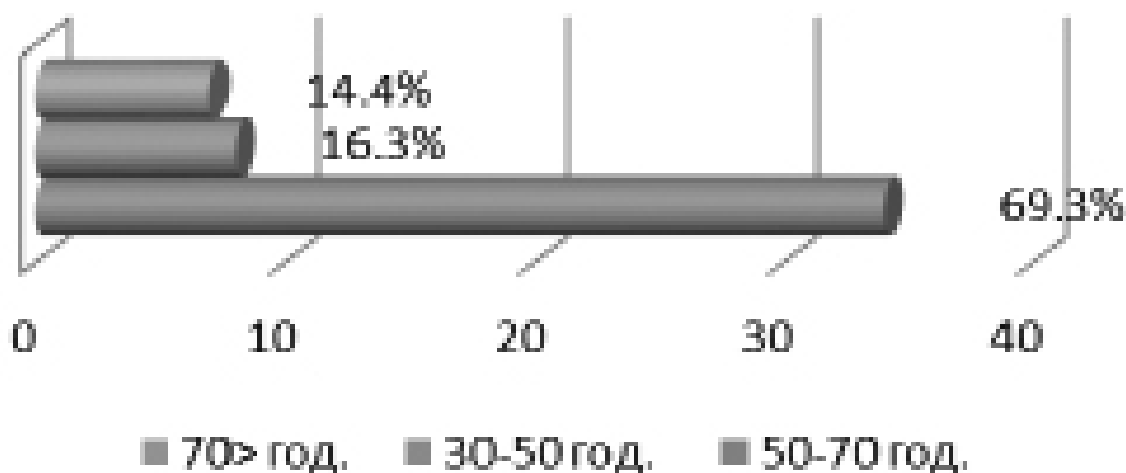
Табела 1. Застапеност на коксартрозата во периодот од 2015 до 2016 година

Табела 1. Застапеност на коксартрозата во периодот од 2015 до 2016 година

Пол	Машки	Женски
Број на пациенти	13	36
Процент	26,5%	73,5%

Просечната возраст на пациентите со коксартроза од женскиот пол изнесува 58,5 години, а кај машкиот пол 60,8 години што укажува на незначителна разлика (Граф. 1).

Пациенти според возраст



Графикон 1. Графички приказ на застапеноста на коксартрозата според возраст

Бројот на пациенти со билатерална зафатеност на зглобот на колкот изнесува 11 пациенти или 22,5%, додека поголемиот дел се со унилатерална зафатеност на зглобот на колкот, односно 38 пациенти или 77,5% (Таб. 3).

	Унилатерална зафатеност на колкот	Билатерална зафатеност на колкот
Број на пациенти / процент	38 / 77.5 %	11 / 22.5 %

Табела 3. Застапеност на коксартрозата според зафатеноста на колковите

Заклучок:

Анализата на овие промени има основно значење за планирањето и реализирањето на правилна кинезитерапевтска програма насочена кон профилактика и возобновување на функцијата на зглобот и долниот екстремитет во целина.

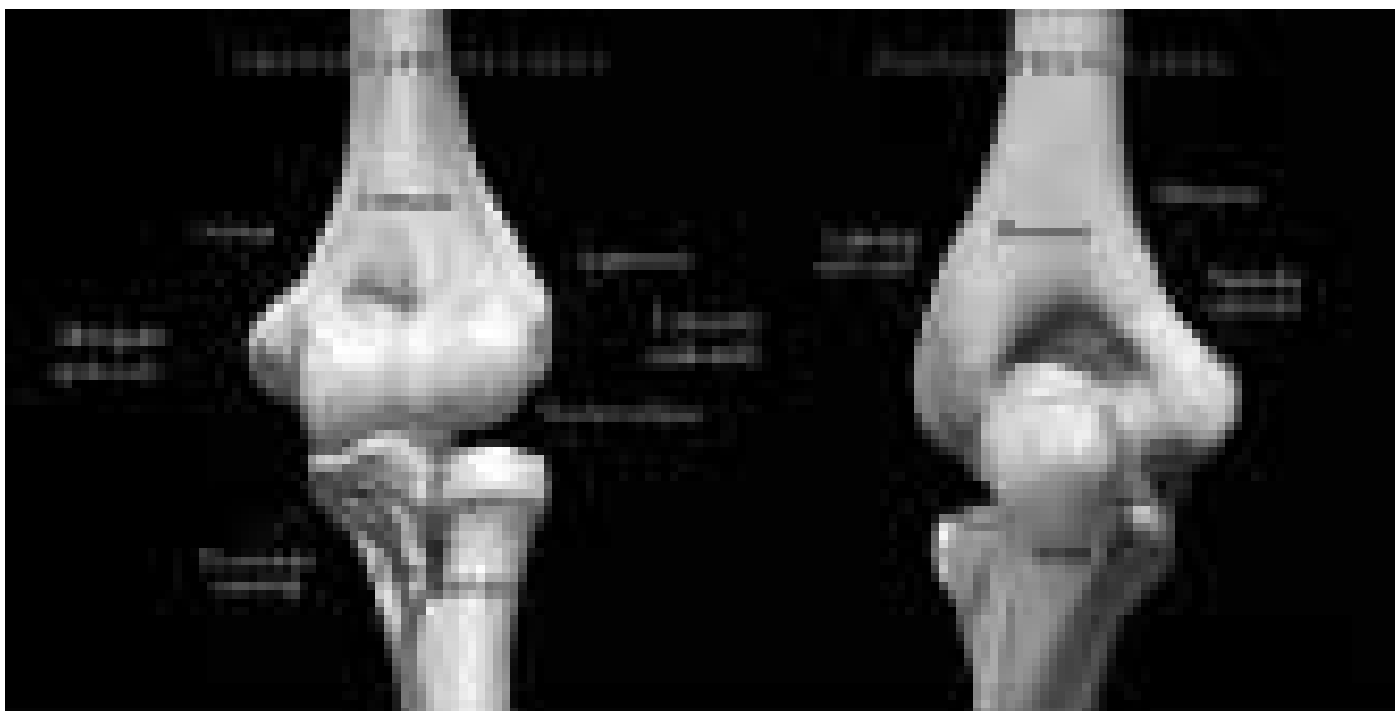
Литература:

1. Аница, К, Надежда, Ѓ, Добрила, Т, (2005). Анатомија на човекот, Osteологија.
2. Шуков Ј, (2001) Основи на кинезитерапија, Скопје
3. Николовска, Л., Василева, Д., Крстев, Т., Страторска, Т. (2016) Клиничка кинезитерапија, Штип

КИНЕЗИТЕРАПИЈА КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ФРАКТУРА НА ЛАКОТЕН ЗГЛОБ

Доц. д-р Ленче Николовска, Викторија Костова

Лакотниот зглоб е комплексен моторен сегмент на горниот екстремитет, сврзувајќи ги трите долги коски - os humeri, os radii и os ulnae. Во рамките на еден затворен систем се формираат три моторни сегменти. Основната кинематичка улога на лактот е создавањето на можноста за промена на релативната должина на горниот екстремитет и височината на екстремитетот во просторот.



Лакотниот комплекс обезбедува стабилност и ригидност на горниот екстремитет при извршување, како на енергични, така и на прецизни движења. Движењата на подлактицата во приксимален и дистален радиоулнарен дел означуваат максимално ефективни биомеханички положби на раката за извршување на определена дејност.

Од кинезиолошка гледна точка се разликува и среден радиоулнарен моторен сегмент што се состои од дијафизните делови на радиусот и улната и е сврзан со меѓукоскената мембрана. Овој моторен сегмент многу често може да биде оштетен при траума на лактот и е причина за развивање на проно-супинаторен моторен дефицит.

Цели на кинезитерапијата

- ▷ Обновување на нормалната артокинематика, надминување на контрактури и зголемување на обемот на движење во лактот
- ▷ Обновување на мускулната функција

Основните задачи на кинезитерапијата се:

Доколку програмата за вежби не се врши динамично и адекватно, може да дојде до развој на сраснувања што придонесуваат за развој на болка и ги ограничуваат движењата. Исто така премногу интензивното оптоварување може да доведе до повторно враќање на воспалителната реакција, постојана болка и зголемен мускулен тонус.

- ▷ Надминување на зголемениот мускулен тонус и недозволување на појава на мускулен спазам
- ▷ Обновување на аксесорната подвижност во моторните сегменти на лактот
- ▷ Спречување на постоперативните сраснувања и повторна појава на цикатрикси
- ▷ Спречување на појава на контрактури
- ▷ Обновување и воспоставување на мускулните функции
- ▷ Специјален тренинг за активна компензација на валгусната нестабилност во лактот при уништување на главата на радиусот



Основниот акцент во овој период е возобновувањето на зглобната кинематика. За успешно постигнување се користи посебна методика - мобилизиран стречинг. Применувањето на ова средство е од клучно значење за ефективното функционално возобновување и постигнување на оптимален ефект од спроведеното оперативно лекување.

Примена на Кинезитерапијата при лекување на фрактура на лактот

► Имобилизациски период

Во овој период кинезитерапијата се спроведува во услови на апсолутна или релативна имобилизација на лактот и подлактицата. Основна цел е профилакса на неактивните и развивањето на мускулната и зглобна дисфункција во слободните делови од имобилизацијата. За таа цел пациентот треба да врши активни движења во полн обем за незафатените делови на екстремитетот, како и за здравиот екстремитет, неколку пати во текот на денот.

► Непосреден постимобилизациски период

Овој период започнува после симнувањето на имобилизацијата и продолжува околу една седмица. Во овој период е важно:

1. Надминувањето на посттравматскиот оток и болка и подобрување на трофиката во засегнатиот лакт.
2. Надминување на рефлекторниот болен мускулен гард и обновување на контролата врз мускулната активност.
3. Обновување на функцијата во рамото и дланката на засегнатиот екстремитет.

► Ран постимобилизациски период

Во овој период е потребно да се внимава особено кај деформации при коскено сраснување, кое може да доведе до ограничување на соодветното движење. Во никој случај не треба да бидат правени опити за

зголемување на такво движење и пациентот треба да биде насочен за консултации со лекар.

► Доцен имобилизациски период

Оваа фаза започнува четири-пет седмици после симнувањето на имобилизацијата и продолжува до максимално функционално обновување на движењата на пациентот. Задачите во овој период се:

1. Максимално зголемување на активниот обем на движење во лактот.
2. Обновување на мускулната сила.
3. Интегрирање на повредениот лакт во активните движења на целиот горен екстремитет.

Заклучок

Повредите на лактот се почести, поради многубројните активности на човекот во секојдневието, па со тоа и медицинските лица се среќаваат секојдневно во текот на својата работа. Со современите техники и методи, како на хирурзите, така и на стручниот тим на физиотерапевти и кинезитерапевти лекувањето на компликациите кои се јавуваат после фрактура на лактот во многу случаи имаме успешно враќање на функционалноста на зглобот, со што пациентот може да се врати на своите претходни секојдневни активности без потешкотии.

Литература:

1. Попов, Н., Димитрова, Е. (2007) Кинезитерапија при ортопедични заболувања и трауми на горниот крайник, НСА-Прес, Софија.
2. <http://www.motus-melior.hr/prijelom-lakta/>
3. <http://www.sport-pokret.com/trening/povrede/289-povrede-lakta>
4. <http://www.stetoskop.info/Povrede-lakta-Teniski-lakat-uganuce-iscasenje-3548-s13-content.htm>

ОСТЕОПОРОЗА

Доц. д-р Ленче Николовска, Кристина Горѓиоска

Остеопорозата е системско скелетно заболување што се карактеризира со намалена коскена маса и нарушување на коскената микроархитектура и зголемување на склоноста кон фрактури и деформитети.

Класификација на остеопорозата според етиологија

Примарна остеопороза може да биде:

- *Постменопаузална* се јавува кај жени после менопаузата најчесто 10-15 години. Манифестацијата на болеста е најчесто на долгите коски.
- *Сенилна* е карактеристична за жени и мажи над 70 години и најчесто се манифестира со фрактури на колк и 'рбетниот столб. Два важни фактори кои се поврзани со старосната гра-

ница се смалена активност на остеобластите и смалена апсорпција на калциум.

Секундарна остеопороза

Секундарната остеопороза е поврзана со некои болести (хронична бубрежна инсуфициенција, системски заболувања, ендокринолошки заболувања), хирушки зафати, долга имобилизација или лекови (кортикостероиди, антидепресиви, антациди).

Ризик фактори за појава на остеопорозата се:

- *Пол* - појавата на остеопороза е поголема кај жените во однос на мажите. Жените имаат помалку коскено ткиво и го губат побрзо од мажите, пред се поради хормонските промени што се случуваат во менопаузата.
- *Возраст* - со самото стареење

се зголемува ризикот од остеопороза, коските со текот на времето стануваат се потенки и послаби.

- *Раса* - белата раса има најголем ризик.

- *Фамилијарна анамнеза* - луѓето чии родители имаат историја на фрактури, исто така можат да имаат намалена коскена маса и со тоа зголемен ризик од фрактури.

- *Структура на коските и телесната тежина* - ситни, мали коски и мала телесна тежина се сметаат за ризик фактори.

- *Податоци за менопауза и менструален циклус* - пореметен менструален циклус и рана менопауза го зголемуваат ризик факторот.

Ризик фактори на кои не може да се влијае се: пушењето, недостаток на витамин Д, консумирање





алкохол, кафе, газирани пијалаци, подолга имобилизација и др.

Симптоми и превенција

Остеопорозата се нарекува “тивка болест”, бидејќи губењето на коскената маса се случува неосетно. Луѓето најчесто не знаат дека имаат остеопороза се додека нивните коски не станат слаби и благ удар или лесен пад може да доведат до скршеници. Најчести фрактури се на ‘рбетниот столб, колкот и рачниот зглоб. Иако генетските фактори имаат голема улога дали индивидуата има ризик од остеопороза, животните навики значајно влијаат на развојот на коската. Исхраната и физичката активност се пресудни за тоа колку се здрави коските и колку телото може да ги обнови. Балансирана исхрана со калциум и витамин Д.

Цел

Целта при изработка на овој труд е да се прикаже колкава е застапеноста на пациенти со ос-

теопороза во Општа болница - Прилеп, за период од 2011-2013 година.

Матријали и методи

За изработка е на овој труд е спроведена ретроспективна анализа за застапеност на пациенти со остеопороза во Општа болница - Прилеп. Податоците се добиени од Центарот за јавно здравје – Прилеп. Истражувањето се однесува за периодот од 2011-2013 година.

Резултати

Од истражувањето се увиде дека пациенти со дијагностицирана остеопороза по возраст, најзастапена е возрасна популација од 64 до 74 години и изнесува 183 пациенти. Додека пак ова заболување е ретко кај возрасна популација од 45-54 години, регистрирани се 30 пациенти. Бројот на пациенти со остеопороза за 2011 година изнесува 123, каде 4 се мажи, а 119 се жени. Во 2012 година вкупниот број е поголем и изнесува 148,

каде 4 се мажи, а 144 се жени. Во 2013 година вкупниот број изнесува 147, каде 4 се мажи, а 143 се жени.

Дискусија и заклучок

Од истражувања можеме да видиме дека остеопорозата повеќе е застапена кај женската популација и невработеноста претставува ризик фактор кој ја зголемува остеопорозата. Во однос на полот, повеќе е доминантна кај жените, од колку кај мажите. Најмногу е застапена кај возрасна популација од 65-74 години, додека најмалку кај возрасна популација од 45-54 години. Недоволна физичка активност и невработеноста го зголемуваат ризикот од остеопороза.

Литература:

1. Рамова Попова, Е. (2008) Третман на болка во физикална медицина, Скопје, 51-55.
2. Податоци од Центар за јавно здравје - Прилеп.
3. Рамова Попова, Е. (2008) Физикална терапија со медицинска рехабилитација, Скопје, 60-72.

Причини за болка после стоматолошки интервенции

Доц.др Наташа Лонгурова Доц.др Катерина Златановска

Проф.др Ивона Ковачевска

После стоматолошките интервенции најчесто пациентите не очекуваат дека ќе имаат болка бидејќи токму поради тоа и го посетиле стоматологот и очекуваат дека истата треба да помине после третманот.

Постојат неколку причини кои можат да предизвикаат перзистентна болка на забот по стоматолошкиот третман што на крајот ќе треба интервенцијата на стоматологот да се повтори за да се реши проблемот. Во текстот што следува се презентирани причините кои најчесто се случуваат од реставративната стоматологија т.е од областа на денталната патологија.



- Неадекватна употреба на атхезивните системи; Кога површината на забот каде треба да биде аплициран материјалот за реставрација не е правилно кондициониран и сув или случајно се контаминира со плунка или крв, реставрацијата нема да биде правилно поврзана со забот. Неправилното кондиционирање на емајлот и дентинот освен што ќе предизвикаат посттерапевска болка, ќе има можност за отклучување или паѓање на самата реставрација.
- Композитните реставрации не се правилно обликувани / исполнети

Апроксималните страни на забите, помеѓу материјалот за реставрација и соседниот заб е вообичаено предилекционо место за вакви проблеми. Реставрација која доаѓа во неправилен контакт и притискање гингивата, не само што ќе предизвика забоболка, туку исто така ќе го зголеми ризикот од дополнителни кариес бидејќи областа ќе биде тешко достапна да се исчисти.

- Ефект на галванизам

Ефект на галванизам е состојба кога доаѓаат два различни метали во устата, како што е постоечката сребрена коронка и ново полнење на амалгам, создава електрично полнење кое предизвикува болка во забите слична на онаа на чувствителни заби. Обично состојбата сама по себе се решава по некое време, но ако продолжи, можно е дека една од реставрациите да мора да се замени со друг материјал.

- Оштетена пулпа за време на постапката на полнење

Ризикот за оштетување на пулпата е поголем, доколку кариесот е поблиску до пулпата или при работа со неадекватна употреба на насадните инструменти, со голема брзина во близина на пулпата или несоодветното ладење на вода може да предизвика температурата во внатрешноста на пулпата да се зголеми во критични нивоа.

- Инфицирана пулпа (пулпит)

Честа причина за перзистентна забоболка после стоматолошка интервенција е дека бактериите од кариесот може да стигнат до комората на пулпа и да ја инфицираат. Ова може да се случи ако стоматологот успешно не ја отстрани целосната промена на забот со што кариесот ќе продолжи да се развива во забот под реставрацијата. Болката е обично константна, особено кога јаде.

- Алергиска реакција

Ретка компликација е развој на алергиска реакција на сребрениот амалгам кој се користи во полнењето. Други чести симптоми на алергија се чешање или осип, кои може да бидат присутни заедно со забоболката по реставрацијата на забот.

Болка после ендодонтски третман

Ако болката по ендодонтскиот третман е интензивна, ова би можело да биде знак на компликации во текот на третманот а во мал процент од случаите

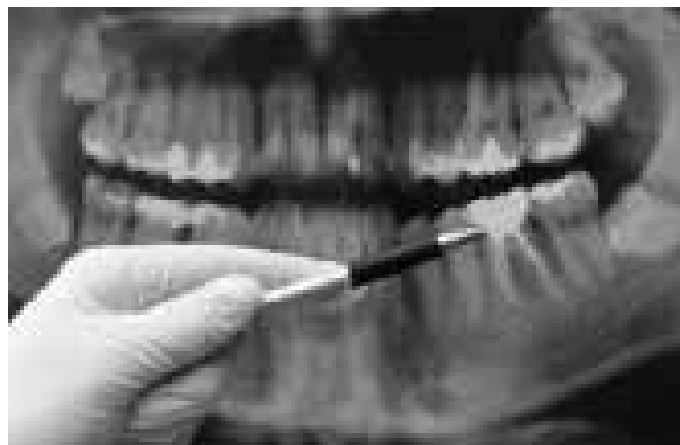


може да е потребно и екстракција на забот за да се ослободи болката во коренскиот канал. Најчестите причини за болка во каналите после коренот се:

- Иритација на пародонталните ткива. Постоечкото воспаление на пародонталните лигаменти околу коренските канали на зафатениот заб е најчестата причина за болката на забите по третманот на каналот на коренот.
- Бруксизам - Пациенти со проблеми на бруксизам може да се соочат со болки во коренските канали после терапијата со коренскиот канал.
- Инфекција - периапикален апсцес (концентрација на гној и течност на врвот на коренот).
- Коренскиот канал не е целосно исчистен, истиот е перфориран во текот на третманот и дозволуваат бактериите да поминат во периодонталните ткива.
- Недоволно наполнети коренски канали или скршен инструмент во каналот.

Најчесто болката од заб е предизвикана од проблем поврзан со забите и гингивата, но постојат и други здравствени состојби, чија што болка рефлектира и исто така може да предизвикаат симптоми на забоболка. Погрешното дијагностицирање на изворот на болка го става на ризик вашето целокупно здравје. Потценувајќи ја забоболката предизвикана од инфекција на заби со верување дека ќе помине и одложување за посета на стоматолог може да дозволи инфекцијата да се шири. Резултатот ќе биде зголемување на болката, губење на забот и потреба од

поскапи третмани.



Користена литература:

1. Ben-Gal G, Weiss EL. Trends in material choice for posterior restorations in an Israeli dental school: composite resin versus amalgam. J Dent Educ. 2011 Dec; 75 (12):1590-5
2. Grahnén H, Hansson L. The prognosis of pulp and root canal therapy: a clinical and radiographic follow-up examination. Odontol Revy 1961;12:146-65.
3. Seltzer S, Bender IB, Turkenkopf S. Factors affecting successful repair after root canal therapy. J Am Dent Assoc 1963;67:651-62.
4. Лидија Поповска, Илијана Муратовска. Клиничка кариологија и терапевтски постапки, Скопје, 2017

Влијанието на плунката врз ретенцијата на тоталните протези

д-р Верица Тонева, д-р Кочовски Дарк, д-р Александра Тонева,
проф. д-р Ивона Ковачевска



Тотална протеза претставува вештачко протетичко помагало специјално конструирано за решавање на тоталната беззубост кај пациентите. Ретенција претставува способност на протезите да се спротивстават на силите кои дејствуваат спротивно од правецот на нивното внесување и се стремат да ги дестабилизираат и изместат од своето лежиште. Ретенцијата на тоталните протези зависи од физички и физиолошки фактори како што се: атхезија, кохезија, површински напон на плунката, вентилен ефект, атмосферски притисок и обликот на алвеоларниот гребен. За да се овозможат овие услови кои обезбедуваат ретенција и стабилност на протезите во оралната празнина потребно е: точно димензионирање на рабовите на протезната база, точно налегнување на базата на тоталната протеза врз анатомските структури

кои представуваат лежиште на протезите, правилна оклузија на вештачките заби и оптимално количество на плунка. Целта на оваа студија беше да се прикаже важноста на влијанието на плунката врз ретенцијата на тоталните протези.



Оптимален проток, конзистентноста и обемот на плунка се смета за еден од главните фактори кој заедно со останатите физиолошки и физички фактори делуваат на ретенцијата и стабилноста на тоталните протези. Едно од главните својства на плунката е атхезивноста, од кое најмногу зависи ретенцијата на самата тотална протеза. Атхезијата се постигнува

преку јонски врски на плунковите гликопротеини и површинскиот епител од едната страна и базата од акрилатна смола (на тоталната протеза) од друга страна. Атхезивноста е најголема кога плунката помеѓу протезите и оралните ткива се наоѓа во тенок слој и во својот состав плунката содржи повеќе муцин (гликопротеин) кој ја прави погуста, повискозна, полеплива. Доколку плунката во својот состав содржи повеќе вода, а помалку муцин атхезивноста на плунката се намалува а со самото тоа и ретенцијата и стабилноста на протезата. Тенкиот филм на плунка исто така делува и како лубрикант и изолатор, така што ја намалува спроводливоста на топлина и го намалува триењето помеѓу протезната база и оралната лигавица.

Пристаството на плунка создава една целина помеѓу протезата и потпорните ткива и го одржува

интегритетот помеѓу оралната лигавица и протезната база, со тоа спречува навлегување на течности и храна помеѓу тоталната протеза и оралната слузокожа и ја спречува нелагодноста и непријатноста кај пациентите од носењето на тоталните протези. Плунката исто така ги олеснува мастикацијата и голтањето на храната кои кај пациентите со вештачки забни протези се отежнати а понекогаш и болни.

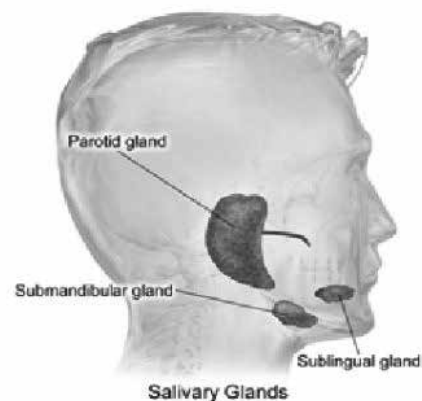


Терапијата со тотални протези најчесто се користи кај повозрасните пациенти, според одредени истражувања околу 50% од светската популација над 65 годишна возраст ја решаваат беззобоста со тотални протези. Со текот на стареењето плунката се менува по својот состав станува повискозна и погуста што е добра основа за ретенција на тотал-



Во овој период од животот се јавува хипосаливација или намален проток на плунка што влијае негативно на атхезијата на протезите. Исто така користењето на одредени лекаства како што се: антихистаминици, антихипертензивни лекови, нитроглицериди, антипаркинсон агенси, антиаритмични агенси доведуваат до намалување на количината на плунка. Според автори кои ја испитувале ретенцијата на тоталните протези, пациентите кои имаат хипосаливација или ксеростомија имале намалена ретенција на тоталните протези и исто така и недоволна стабилизација на протезите. Кај пациентите со хипосаливација се препорачува да се стимулира плунка со природни стимуланси како што се: јадење на производи кои содржат лимонска киселина, цвакање на производи кои содржат ксилитол (гуми за цвакање) како и pilocarpine пилули кои делуваат на стимулацијата на плунковите жлезди. Потешките случаи на ксеростомија се препорачува да користат вештачки лубрикатори Salinum или Luborant.

Можеме да заклучиме дека плунката има голема улога во ретенцијата на тоталните протези, пред се поради големата атхезивна моќ. Помага во создавањето на компактноста помеѓу вештачките забни протези и организмот на пациентот.



Користена литература:

1. Гугувчевски Љ, Дејановски К, Велевски Д. Клиника на тотално протезирање, Еин-Соф. Скопје, 2003
2. Chandu GS. Hombesh MN. Management of Xerostomia and Hyposalivation in Complete Denture Patients, Indian Journal of Stomatology 2011; 2(4) 263 – 266 и др.



д-р Катерина Спасовска – специјалист по протетика,

д-р Данило Крстевски - специјалист по протетик,

д-р Дубравка Ангелиќ – стоматолог, Дарио Крстевски – апсолвент

Во стоматолошката пракса агресивната абразија како хронична хоризонтална деструкција е патолошка појава. Таа со секојдневната употреба на забалото, при мастикаторна нормална, но и пара функција прогресивно ги лизира забите по целите нивни површини. Со текот на годините абразијата зема замав и ја намалува протетската висина во оклузија со абеге на забните површини. На почетокот додека е во ниво на емајлот таа е по спора но потоа кога ќе го лизира емајлот се појавуваат дентинските годови и таа станува прогресивна и побрза бидејќи отпорноста на дентинот е послаба. Намалената протетска висина во бочната регија, абразијата ја пренесува во фронталната регија и тогаш се случува појава на генерализирана прогресивна абразија на целиот забен низ во горната и долната вилица.

Почетна состојба



РЕЗУЛТАТИ:

Протетско згрижување на ваквата проблематика представува предизвик за секој терапевт специјалист но и тешка задача бидејќи уште на самиот почеток се појавуваат проблеми и препреки за реализација во смисол на намалени од абразија заби но и целосно намалена протетска рамнина. Намалените абрадирани заби во висина на клиничката коронка при препарација се хендикеп бидејќи немаат доволно материјал за оформување на забни трупчиња. Со самата препарација тие стануваат многу мали со што се губи нивната фрикција во вратот на забот, па како излезно решение се појавува потреба веднаш по нивната препарација да се изработат телескоп коронки во блок од целосна керамика. Тие ќе обезбедат силна фрикција но се и услов за постепено подигање на протетската рамнина и висина со изработка на привремени заби врз нив. Оваа борба за меѓупростор се наметнува како неопходна потреба во текот на целата терапија.





Конечен резултат:

ДИСКУСИЈА:

По извесно време со анализа на разни мерења и постигнување на објективната погодна за пациентот протетска висина се продолжува со терапијата со реализација на мостова конструкција лево и десно. Се изработуваат трајните целосно керамички заби со кои го постигнуваме ефектот на терапијата во смисол на стопирана абразија со подигната протетска висина во физиолошки погодна позиција на обата зглоба, но и моделирани заби со сите нивни карактеристични белези. Целосната терапија бара

постепено и етапно дозирано темпо на работа со временски паузи, поради прилагодување на мастигаторниот апарат со протетската конструкција и темпоромандибуларните зглобови на ново поставената протетска висина.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Lobbezoo F, Naeije M. Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally. J Oral Rehabil. 2001;28:1085-91.
2. Badel T. Temporomandibularni poremećaji i stomatološka protetika. Zagreb, Medicinska naklada; 2007. p.18-166. и др.

medicus

Информативен гласник на
ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО - ШТИП ГОДИНА 9 БРОЈ 19 2014 година

e-mail: marinasuma@yahoo.com

Издавач: ЈЗУ Клиничка болница - Штип

Уредник: м-р 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, д-р сци. Наталија Дечовска, дипл. правник Мирче Панев,
дипл. проф. Марина Шуманска, м-р Лидија Миленкоска, д-р Никола Лазовски,
м-р Павлина Николовска, д-р сци. Невенка Величкова, Доцент д-р сци. Страхил Газепов,

Прим. д-р Севда Гацова, д-р Александар Стојановски

Печати: Арт Принт Студио

Тираж: 300 примероци

