



СУПРАВЕНТРИКУЛАРНА ТАХИКАРДИЈА (СВТ)

ПРИМЕНАТА НА ПСИХОАНАЛИЗАТА ВО СУДСКАТА ПРАКСА

ДЕРМАТОЗИ ВО ГРАДИТЕТОТ

**ХОЛИСТИЧКИ ПРИСТАП ВО ПОРОДУВАЊЕТО –
ЕДНА ПОИНАКВА ПРИКАЗНА ЗА ПОРОДУВАЊЕТО**



Драги читатели,

И овој број нè затекна во услови на пандемија, во страв од болест, затворени во својата микросредина, без нашите пријатели и убавото дружење.

Здравствените работници се повеќекратно изложени на стрес: за здравјето на пациентите, за зачувување на своето здравје, и чување на здравјето на своите најблиски.

Стресот на работното место не исчезнува со доаѓањето дома. Кога времињата се тешки, нормално е децата и другите членови на семејството да покажуваат силни реакции како на пример чувство на страв, нервоза или збунетост, нарушување на сонот, физички реакции и страв од непознатото. Продолжениот стрес може да доведе до проблеми со менталното здравје и долгорочни последици врз функционирањето и одбранбениот капацитет како на децата, така и на родителите и другите членови на семејството. Ние треба да се справиме прво со нашиот стрес, а потоа да го ублажиме стресот кај нашите најблиски. Децата и без да кажат нешто, знаеме дека чувствуваат дека не е исто како порано, нешто се случува...

Секој реагира различно. Некои родители може веднаш да создадат нова домашна рутина во новите околности, некои може да се мачат балансирајќи ги работните и домашните обврски. Некои деца може да чувствуваат длабока тага или лутина, други може да се повлечат или да се однесуваат како ништо да не се случува.

Новите услови на живеење под маски, со несекојдневно ригорозно одржување на хигиена, исхрана што го јакне имунитетот, зголемен внес на суплементи, се само дел од мерките што ги внесуваме во нашето живеење дома и активностите на работното место.

Соочувањето со реалноста на КОВИД 19, социјалното дистанцирање и самоизолацијата може да претставуваат вистинска мака. За родителите, најдобар начин да им помогнат на своите деца е најпрвин да се погрижат за себеси. Грижата за себе во овие времиња не значи себичност, бидејќи им овозможува на родителите да бидат покрај своите деца како стабилни, смирени родители. Ако внимаваат на себе, родителите ќе можат и подобро да ги разберат и да ги утешат децата, помагајќи им да се опуштат и да го задржат вниманието.

Едно нешто што нè поврзува сите е тоа што сите минуваме низ оваа криза заедно и правиме сè за да се прилагодиме на новата реалност. Фокусот и посветеноста врз менталното здравје и благосостојбата на децата, родителите и постарите членови на нашето семејство се исто толку важни колку што се и мерките на претпазливост против вирусот. Сите сме заедно во ова.

Затоа, на сите Ви посакувам здравје, како физичко така и ментално. Ви посакувам успешно да се справите со стресот кој трае долго време. Ви посакувам трпение да излезете од сето ова послни, и набрзо да се вратиме во старата нормалност.

*Искрено до Вас,
Проф д-р Елизабета Зисовска*

medicus

Информативен гласник на
ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО - ШТИП
ГОДИНА 11 БРОЈ 31

Март 2021 година

e-mail: marinasuma@yahoo.com

Издавач: ЈЗУ Клиничка болница - Штип

Уредник: м-р Марина Шуманска

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

Редакција: прим. д-р Стојче Василева,

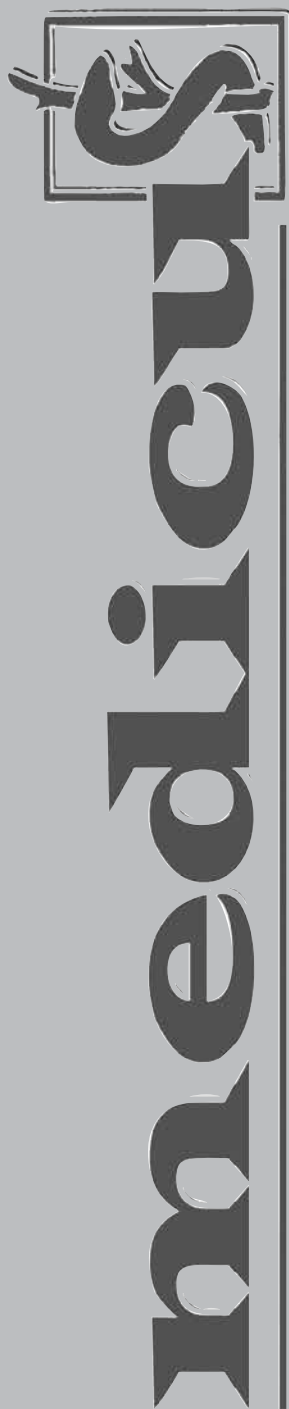
прим. д-р сци. Билјана Лазарова, доц. д-р сци. Гордана Камчева, прим. д-р Марина Гацова,
д-р сци. Наталија Дечовски, дипл. правник Мирче Панев, м-р Марина Шуманска, м-р Лидија Миленкоска,
м-р Павлина Николовска, д-р сци. Невенка Величкова

Печати: Печатница „2-ри Август“ - Штип

Тираж: 300 примероци

СОДРЖИНА

ИНТЕРВЈУ со д-р Сашко Николов	4
Вангелица Гаврилова ПРИМЕНАТА НА ПСИХОАНАЛИЗАТА ВО СУДСКАТА ПРАКСА	8
Александар Серафимов СУПРАВЕНТРИКУЛАРНА ТАХИКАРДИЈА (СВТ)	10
Благица Лазарова, Слободан Рогач ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА БЕТЕСДА СИСТЕМОТ ЗА ТИРОИДНИ ЦИТОПАТОЛОШКИ ИЗВЕШТАИ (ПРВ ДЕЛ)	12
Пане Андов, Ленче Николовска ЗАСТАПЕНОСТ И РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА ФРАКТУРИ НА КЛАВИКУЛА ВО ДЕТСКА ВОЗРАСТ.....	14
Лидија Петровска, Мартина Ѓорѓиевска Камчева, Јулијана Максимовиќ Милева ДЕРМАТОЗИ ВО ГРАДИТЕТОТ	15
Виолета Ефтимова ХОЛИСТИЧКИ ПРИСТАП ВО ПОРОДУВАЊЕТО – ЕДНА ПОИНАКВА ПРИКАЗНА ЗА ПОРОДУВАЊЕТО	17
Љупка Лазарева, Александар Стојановски АНТИКОАГУЛАНТНА ТЕРАПИЈА ВО БРЕМЕНОСТ ПРВ ДЕЛ	18
Кировска Ивона, Величкова Невенка ВАЖНОСТА НА КВАЛИТАТИВНИТЕ И КВАНТИТАТИВНИТЕ БИОЛОШКИ МЕТОДИ ЗА ЕВАЛУАЦИЈА И СКРИНИНГ НА МИКОТОКСИНИ	20
Ертан Јигиз, Ленче Николовска ЕФИКАСНОСТ НА ТРАДИЦИОНАЛНАТА КИНЕСКА МЕДИЦИНА ПРИ ЛЕКУВАЊЕ НА ХУМЕРОСКАПУЛАРЕН ПЕРИАРТРИТ	22
Анѓела Адраманова, Невенка Величкова ОПШТИ И СПЕЦИФИЧНИ ЛАБОРАТОРИСКИ ТЕСТОВИ ЗА ДИЈАГНОСТИЦИРАЊЕ НА НАСЛЕДНИ КОАГУЛОПАТИИ (ХЕМОФИЛИЈА И VON WILLEBRAND-ова БОЛЕСТ)	24
Орде Кантарџиоски, Ленче Николовска ТРЕТМАН НА МУСКУЛНО-СКЕЛЕТНА БОЛКА	26
Наташа Лонгурова, Катерина Златановска ПРОФЕСИОНАЛНИ ЗАБОЛУВАЊА КАЈ СТОМАТОЛОЗИТЕ	28
Катерина Златановска, Наташа Лонгурова ФЛЕКСИБИЛНИ ПРОТЕЗИ КАКО АЛТЕРНАТИВНО РЕШЕНИЕ ПРИ ПАРЦИЈАЛНА БЕЗЗАБНОСТ	30



Д-р Сашко Николов

ИНТЕРВЈУ

Д-р Сашко Николов интервентен кардиолог и градоначалник на Општина Штип. Како изгледа тој спој во ова време на пандемија од Ковид – 19 ?

Кога се прогласи пандемија на светско ниво во март месец минатата година беа донесени мерки од страна на Министерството за здравство со кои на Кардиолошкото одделение прво беа стопирани скоро сите прегледи, освен итните. Во исто време со стопирањето на редовните прегледи се зголеми бројот на акутните инфаркти, така да за нас, вработените на ова одделение, немаше пауза и ние моравме да се соочиме со ситуацијата и да се научиме брзо да реагираме и да се справуваме со истата. Уште од први март набавивме заштитни маски, визири, ракавици скафандери. Вработените при сите интервенции и прегледите на пациентите имаа целосна заштитна опрема. Лично сум задоволен што во овие дванаесет месеци откако трае пандемијата само двајца вработени од нашето одделение беа заразени, што е многу мала бројка во однос на секојдневната комуникација со заболените пациенти. Кога дојдоа локалните избори и ја презедов работата како градоначалник ми беше многу едноставно да ги применим истите мерки што веќе ги направивме на Кардиолошкото одделение и покрај тоа што овде во општината веќе беа поставени некои протоколи како да се функционира во услови на пандемија. Иако рабо-



тата во Собранието е сосема друга дијагонала во однос на медицинската, сепак менаџирањето скоро секаде е исто, се се сведува на добро планирање, добро организирање и успешно спроведување на планираното. И во општината има квалитетен кадар – луѓе во кои можам да имам доверба, поточно сигурен сум дека тоа што сме го зацртале и испланирале заеднички успешно ќе биде реализирано. Со веќе поставените мерки се увиде експидитивноста на услугите на јавните комунални претпријатија како

и подобрување на активностите на административните работници во скоро сите сектори во општината. Во тој контекст отворивме една канцеларија за увид на клиенти каде што секој граѓанин кој ќе влезе во Собранието се евидентира во посебна книга за секторот од кој има потреба и по обавувањето на работата го запишува својот коментар за извршената услуга. Во исто време отворивме и канцеларија за увид на работното време и секојдневните задолженија на вработените. На тој начин и јас како градоначалник



Дел од персоналот на Одделение за Кардиологија

сум информиран за целокупното функционирање на администрацијата и задоволството, односно незадоволството на граѓаните од нејзината ефективност. Со овие промени го зголемивме и квалитетот на работата во самата општина. Искуството што го добив како координатор на интернистичките гранки последните години во Болницата ми овозможи полесно да ја превземам и одговорноста и работата како градоначалник на општината.

Сепак докторската работа е првата љубов. Интернист сте од 2012 година, од 2014 започнавте со првите поставени коронарографии и стентови. Денес Одделението за кардиологија брои повеќе од дваесет илјади интервенции и прегледи. Како беше развојот на оваа дејност?

Се вратив во Штип 2014 година како веќе едуциран кадар после работата во приватната здравствена установа Филип Втори, денес Жан Митрев Клиники. Мојата цел како интернист беше да го развијам кардиолошкото одделение во

штипската болница. Кога дојдов во Болницата затекнав во мушам завиткан ангиограф во една просторија, карабина каде што уште се гледаа и циглите. Просторијата беше недоизградена. Ништо друго немаше, ниту материјали ниту стентови. Во разговор со тогашниот директор, истиот ми кажа дека наредните три-четири години ќе помагам и ќе работам на Интерното одделение, а потоа ќе видиме како и дали ќе се развива кардиологијата. Веднаш интервенирав кај луѓето кои ме поддржуваа и за мое чудо за десет дена се набавија сите материјали, стентови, жици, катетри, балони. Сета опрема што беше потребна за коронарографија. Во договорот што беше постигнат со Министерството за здравство за отворање на оддел за ангиографија, исто така стоееше дека е потребно да се едуцираме шест месеци на Клиниката за кардиологија кај професорот д-р Сашко Кедев и тоа беше условот за да започнеме да работиме интервентна кардиологија. Во меѓувреме Министерството за здравство

склучи договор и со Кардиолошкиот институт на Дедине со цел доаѓање на доктори за обучување. Прв супервизор ни беше д-р Желимир Антониќ. Со него започнавме некаде средината на јули 2014 година и во рок од месец дена направивме триесет и пет интервенции - акутни инфаркти и селективни стентирања. Тој ни даде сила, храброст и мотивација. Беше наш супервизор четири до пет пати по месец дена во текот на девет месеци. Нормално тој ги виде нашите претходни знаења и можности и имаше доверба во нас. Пред да започнеме јас веќе ја имав обавено едукацијата во 2009 година во тогашната болница Филип Втори каде што се едуцирав од врвни професионалци како што се д-р Иван Милев, д-р Шпенд Идризи, д-р Жан Зимбаков кој дојде подоцна и од кој научив најмногу за теоријата на интервентната кардиологија. Ми недостасуваше само пракса. Во тој период се менуваа неколку доктори од Србија. Тие не научија на повеќе стилови, типови на работа за на крај да дојдеме до ситуација да ние сами си одредиме наш сопствен начин на работа. Прв пат тоа се случи при една посета на струмичката болница кога бев повикан за итна интервенција. Во тоа време и во струмичката болница беше започнато со поставување на ангиографската специјалност како оддел за работа. Имаше обучен персонал од медицинските сестри, но ние докторите од нашата болница одевме за извршување на интервенции. Првиот мој самостоен пациент беше еден новинар кој беше во шокова состојба и на него се наложи да му направам тромбواسпирација (механичко вадење на тромбот од коронарната артерија) при што му беа поставени неколку стентови. Пациентот пред годи-



На доделувањето на Признание од
Регионален центар на новинари - Исток

на и пол дојде на контрола овде во Болницата и беше во одлична кондиција. Му беше направена коронарографија и стентовите беа во добра форма, без никакво стеснување или промени. После тој период на обуки и едукации започнавме самостојно да функционираме без супервизија, а во јануари 2019 година заедно со д-р Марјан Јовев со полагањето на супсупспецијалситичкиот испит по интервентна кардиологија се комплетиравме како стручен тим на веќе формираното Одделение по кардиологија. Моментално имаме солидна екипа од седум доктори и тоа д-р Марјан Јовев, д-р Славица Јорданова, д-р Марјан Саздов, д-р Благој Василевски, д-р Радојка Трајковска, д-р Александар Серафимов, четири сестри, инструментарки во Ангиографскиот оддел: Марика Костова, одговорна медицинска сестра, Нада Андонова, Валентина Темова, Слободанка Јованова; медицинските сестри: Весна Ѓорѓева, Даниела Тасева, Даница Давчева, Бојана Кордумова, Сибел Омерова, Зехра Мандак, Марија Дафкова; болничарите: Коце Костов, Ангел Цветанов, Лидија Кирова, Рамизе Пајазит, Кире Смилански како и

хигиеничарите: Драга Митровска и Зелиха Омерова. Ние сме едно големо семејство каде што буквално се грижиме еден за друг и иако сум градоначалник постојано сме во комуникација. Многу пати го решаваме проблемот и преку видео врска, а доколку има итен случај и колегите имаат потреба од моја помош, за кратко време пристигнувам во Болницата и можам да интервенирам. Во моментот на Кардиолошко-то одделение се изработуваат некаде околу 115 коронарографии и 35 до 45 стентирања месечно и тоа не само на срце туку и на вратни артерии - каротиди, артерии на раце и нозе. Во декември минатата година Клиниката за кардиологија во Скопје организираше Конгрес за интервентна кардиологија на кој присуствувавме доктори кои стентираме долни екстремитети и тоа доктори од Кардиолошкиот завод во Охрид, од Клиника за кардиологија, Болницата Осми септември, доктори професори од Бугарија и можам да кажам дека штипската интервентна кардиологија по квалитет е меѓу првите во Македонија. Во однос на некои посложени интервенции сме и лидери во државата што лич-

но ги сметам за голем успех. Тоа ми овозможи присуство како предавач на Конгреси во Белград, Софија, но и одлична соработка со колегите од Кардиоваскуларниот центар во Белград, Болницата на Дедиње во Белград, Болниците Токуда и Сити хоспитал во Софија, со Клиничките центри во Загреб, Нови сад, Ниш, Славонски брод, Сараево што е еден доказ дека поставивме добри стандарди и пример за тоа како треба да се третираат кардиоваскуларните пациенти.

Работевте во Скопје и во неколку болници во странство. Која е разликата на работата во нашата болница и останатите?

Работев пет години во Болницата Филип Втори кај нашиот сограѓанин и идол на многу млади луѓе, д-р Жан Митрев. Пет шест месеци работев на Клиниката за кардиологија во Скопје, сум бил на едукација во болница во Сиднеј Австралија,



Со д-р Желимир Антониќ, од Болницата Дедиње во Р. Србија



Од доделувањето на Осмо Ноемвриското признание на Општина Штип на Одделот за Ангиографија за 2017 г.

во Берлин на Герхаузен институтот за периферии каде што го запознав д-р Ралф Ланхоф, првиот човек за стентирање на долни екстремитети таму, мој личен пријател и од кого имав исто поддршка и во кампањата за градоначалник. Сум работел во Салзбург, Белград, во Софија, Солун. Бев гостин повеќе пати да следам операции во болницата Систина и можам да кажам дека разликата во работењето на болниците е најмногу во финансиските средства кои тие болници ги поседуваат. Штипската болница е една од посиромашните во регионот и ние работиме со помал буџет и автоматски со тоа ни се ограничени можностите. Но и покрај тоа ви гарантирам дека кај нас квалитетот на извршената работа и времето за чекање на пациентот од самото доаѓање во Болницата до операција, Door to baloon time, термин што го воведовме со започнувањето на работата на Ангиографскиот оддел, не е повеќе од петнаесет минути. Тоа време е најкратко во штипската

болница и се должи најверојатно на тоа што сме мал град и имаме можност брзо да реагираме, доколку има потреба.. Исто така организирани сме и со околните здравствени центри од Кочани, Радовиш, Берово, Пехчево, така што докторите кога ќе се посомневаат во инфарктна состојба, ни испраќаат снимка од пациентот и ние веќе знаеме и сме подготвени за извршување на интервенцијата. Овој квалитет во брзина освен во приватните болници го нема во друга државна болница во регионот.

Кои се плановите како градоначалник во врска со соработката со Болницата во Штип.

Моментално главен проект заедно со Болницата и Министерството за здравство е довршувањето на Модуларната болница во кругот на Клиничка болница –Штип, за евентуална потреба на повеќе пациенти заболени од Ковид -19. Општината иако нема обврска во извршувањето на овие активно-

сти сепак помогна во некои градежни работи и изведување на водовод и канализација на местото. Остануваат уште некои помали средувања за да проектот биде целосно завршен. Во однос на мојата ангажираност во Болницата, секоја сабота и недела сум присутен на Ангиографскиот оддел и редовно изработуваме некаде од 4 до 6 интервенции. Последниот викенд направивме сложена интервенција со таканаречена DK crush техника, и си поставив рекорд во изработувањето, што значи ако требаше интервенцијата да се направи за еден или два часа ние ја направивме за триесет и пет минути што е моја лична сатисфакција и мотив уште повеќе да работам за пациентите и за граѓаните каде и да сум, односно без разлика дали сум лекар или градоначалник тоа е моја должност пред се да бидам човек да им помагам на луѓето.

Изработила
м-р Марина Шуманска

Вангелица Гаврилова, лиценциран судски вештак

ПРИМЕНАТА НА ПСИХОАНАЛИЗАТА ВО СУДСКАТА ПРАКСА



Во современиот начин на егзистенција, психоанализата, освен во медицината, зазема огромно место и во судската пракса, преку давањето одредени видувања на психичките процеси. Таа во своите објаснувања за однесувањето кај луѓето стои спротивно од бихевиорализмот. Според неа голем дел од човековиот психички живот се одвива надвор од свеста, односно во доменот на несвесното. Во делот на несвесното се одвиваат психички активности во кои свеста учествува сосема малку или пак воопшто не.

Во областа на несвесното се задржуваат активности што имаат динамички квалитети, кои иако се непристапни и забравени, влијаат свесно врз психичкиот живот. Бидејќи тие несвесни доживувања немаат нагонска сила, тежнеат да се префрлат во свеста на човекот. Свеста преку одбранбените механизми кои ја вршат цензурата, не им дозволува да навлезат во неа. Ваквите активности, освен што имаат значење за развојот на човековото однесување, свој придонес имаат и за објаснувањето на некои судски постапки.

Врз основа на психоаналитичкото толкување одредени лица под притисок на несвесното

чувство на вина кое што постоело уште од детството, правеле злодела за да се намали чувството на вина. Ова потекнува од Едиповиот комплекс, односно од потиснатата омраза спрема таткото која постои уште во раното детство каде што на нагоните за убиство кои што станале несвесни, им одговара несвесното чувство на вина. На тој начин кај човекот е создадена несвесна потреба за казна која може да се забележи кај малите деца. Тие во повеќето случаи не се плашат од казната, туку од тоа дали ќе бидат откриени за малите недела кои што ги направиле и за кои мораат да признаат пред родителите. Клучно е тоа што стравот од казната е претворен во страв од признавањето. Евидентни се многу примери на страв од признавањето кои што завршуваат со самоубиство.



Еден таков пример е самоубиството на учениците поради слабиот успех кој го постигнале во училиштето, а не сакаат да го признаат пред родителите.

Доколку лицето извршува кривично дело поради невротична природа, поради растоварување, а тоа е случај со оние кривични дела за кои постои забрана, тогаш казната само ќе ја зголеми потребата за извршување на нови кривични дела. Тоа доаѓа оттаму што личноста може да смета дека со казнувањето ги расчистила дотогашните односи со општеството. Во тие услови психоанализата смета дека чинителот на злоделата треба да се лечи, а не да се казнува. Ова не мора секогаш да биде така, што претставува и една од слабостите во психоанализата. Постојат сериозни видови на злодела кои и покрај невротичната природа на чинителот, доколку се тешки, сепак, не смеат да останат несанкционирани.

Психоанализата придонесува и за расветлување на некои психолошки активности во врска со некои признавања кои се обично со политички мотиви. Познато е дека некои храбри и непоколебливи лица признаваат работи кои што не ги направиле за да поднесат жртва, за да добијат признание од средината и љубов од личноста што ја сакаат.

Честопати ситуацијата со клептоманијата, како и други видови кражби, кај лица со симболика на потсвесните идеали и мотиви кои не се поврзани т.е. условени од економските тенденции и последици, туку од психолошките, донесените пресуди не вродуваат со плод со мисла на нивно сузбивање затоа што причините за таквото однесување се длабоко скриени во судирите во потсвеста на личноста. Тие се настанати

како резултат на отфрлената и неостварена желба за љубов, неостварен мотив, пример за мајчинство, а сето тоа е поврзано со комплекс на инфериорност и негова компензација. Оттаму, овие лица по пат на психоаналитичка терапија треба да се лечат, а не да се казнуваат.

Кај малолетните деликвенти кои што се резултат на судирањата т.е. на дезорганизирањето на егото и суперегото, како резултат на последиците од негативната социјализација во развојниот период и разните потсвесни мотиви, не ќе можат да се постигнат позитивни резултати за поправање на нивното однесување преку судските мерки. И на овие личности треба да им се овозможат соодветни установи во кои работат стручни лица за вршење на психоаналитички испитувања, со цел тие свесно и објективно да ги сфатат причините кои што довеле да се однесуваат деликветно. На тој начин доживувањата кои воделе во деликветно однесување не ќе бидат повеќе потсвесни, туку свесни, со кои лицето ќе може да оперира и да ги коригира т.е. да заземе реален став спрема нив.

Психоанализата дава добри резултати и кај лицата кои свесно ги извршиле злоделата, знаејќи ја нивната последица, а на испитувањето даваат изјава дека не биле свесни за последиците. Тие тоа го прават со цел да се здобијат со олеснителна околност односно да го прикажат делото дека е извршено од несакање. Подложувајќи ги на психоанализа ваквите деликвенти, понекогаш се докажува дека не треба да им се верува на нивните искази т.е. преку психоанализата се потврдува објективноста на злоделото. Спротивно на овие докази, преку психоанализата се потврдува и тоа дека некое лице злоделото го има извршено од несакање т.е. ненамерно. Тоа се лица кои што не се во состојба

во моментот, или подоцна да ги сфатат последиците од таквите злодела.

Концептот на одговорноста претставува главен фокус на напнатоста помеѓу психоанализата и законот. Во поголем број случаи правната традиција тврди дека повеќето луѓе имаат одредена мерка за слободен избор. Од друга страна, психоанализата го смета човековиот психолошки апарат како систем кој е целосно определен и без единствен јаз од психолошки и биолошки предизвикувачки фактори, додека концептот на слободна волја е илузија „израз на нарцисиоидната желба па дури и на постулат на моралитите што го прави супер-егото да доминира во психичкото однесување“. Аналогно на ова, потребна е соработка помеѓу адвокатот и аналитичарот иако можеби има несогласување околу одмаздата и слободната волја. Тие треба да согледаат дека поединците кај кои се манифестира висок степен на учество на егото да бидат од-

говорни за нивните дела, но и изборот што го направиле. Додека пак, лицата со нарушено ментално здравје, невротичари, како и психотични лица, несоодветно е да се третираат на ист начин. Кај вакви лица честопати е потребен и адекватен психолошко медицински третман.

Референци:

Гаврилова, В., (2011) Основи на психоанализата, Меѓународен центар за славјанска просвета, Свети Николе, Р. Македонија
Kapoor, R., Williams, A., (2012) An Unwelcome Guest: The Unconscious Mind in the Courtroom *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Vol. 40, Issue 4
Rupertuz Honorato, M. (2017). Freud for all: Psychoanalysis and mass culture in Chile, 1920-1950. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 24 (Suppl. 1), 121-141. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702017000400009>



Александар Серафимов,
Оддел за коронарни болести, ангиографија и ангиологија, ЈЗУ Клиничка Болница - Штип

СУПРАВЕНТРИКУЛАРНА ТАХИКАРДИЈА (СВТ)

Терминот суправентрикуларна тахикардија, кој често се користи како синоним за Атриовентрикуларна нодална re-entry тахикардија (AVNRT) може да се користи за да означи тахидисритмии, кои потекнуваат над нивото на Хис-овиот сноп.

Различните видови на суправентрикуларна тахикардија (СВТ) потекнуваат или пропагираат



од предкоморите или атриовентрикуларниот јазол и вообичаено продуцираат тахикардии со тесен комплекс (narrow complex tachycardia), освен ако не е присутно аберантно спроведување (аберантна кондукција) на електричниот импулс. Пароксизмална суправентрикуларна тахикардија (pSVT) означува суправентрикуларна тахикардијасо ненадеен почеток и прекин – карактеристично се забележува кај тахикардии со “повторен влез” (re-entry), кои го вклучуваат АВ јазолот, напр. Атриовентрикуларна нодална re-entry тахикардија (AVNRT) или атриовентрикуларна re-entry тахикардија (AVRT).

Класификација:

Суправентрикуларната тахикардија може да се класифицираат врз база на место на потекло (атриум или АВ јазол) и регуларност (регуларна или ирегуларна)

Класификација врз база на ширина на QRS комплексот не е од помош, бидејќи истиот се влијае од присуството на претходен блок на гранка (bundle branch block), аберантна кондукција која е поврзана со фреквенцијата или присуство на акцесорен пат на кондукција.

Класификација на СВТ врз база на место на потекло и регуларност

Регуларна, атријална
Синус тахикардија
Атријална тахикардија
Атријален флатер
Синус нодална “re-entry” тахикардија (SNRT – синус нодална тахикардија со повратно коло на кондукција на електричен импулс) – најретко форма
Ирегуларна, атријална
Атријална фибрилација
Атријален флатер со варијабилен блок
Мултифокална атријална тахикардија (MAT)
Регуларна, атриовентрикуларна
AVRT
AVNRT
Забрзан АВ (јункционален) ритам (Automatic junctional tachycardia)

СИНУС ТАХИКАРДИЈА (СТ)

Синус тахикардија претставува синус ритам со срцева фреквенција од >100 уд/мин во покој кај возрасни или над нормални вредности за возрастта кај деца.

Нормални вредности на срцева фреквенција кај деца

Новородено 110-150уд/мин

2 години 85-125 уд/мин

4 години 75-115 уд/мин

6 години и над 6 год. 60-100 уд/мин

Причини

Нефармаколошки

Физички напор

Болка, анксиозност

Хипоксија

Сепса

Треска

Белодробна емболија

Хипертироидизам

Фармаколошки

Бета агонисти – адреналин, изопреналин, салбу-



СФ-150уд/мин, Р бранот е “скриен” во претходниот R забец

тамол, добутамин

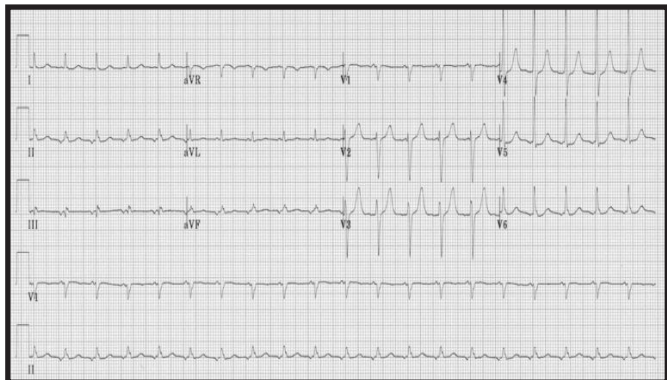
Симпатикомиметици – амфетамини, кокаин, метилфенидат

Антимускарини – антихистамини, трициклични антидепресанти, карбамазепини, атропин

Други: кофеин, теофилин, марихуана

АТРИЈАЛНА ТАХИКАРДИЈА

Атријална тахикардија е вид на суправентрикуларна тахикардија, која потекнува од атриумот, но

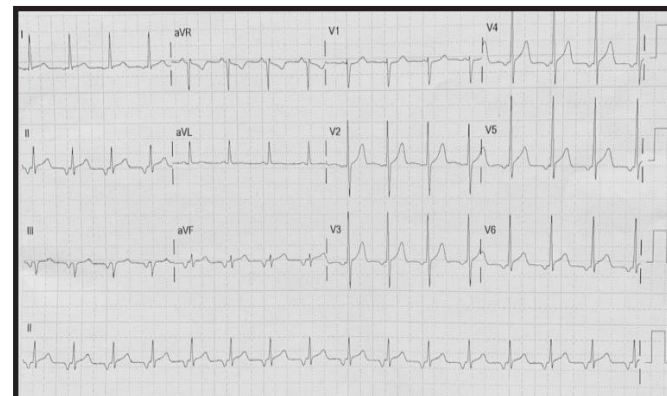


Тахикардија со “тесен” QRS комплекс и фреквенција од 120уд/мин. На секој QRS комплекс му претходи абнормален P бран – позитивен во V1, инвертиран во инфериорни одводи II, III и aVF.

надвор од синусовиот јазол. Атријалниот флатер (atrial flutter) и мултифокална атријална тахикардија (MAT) се специфични видови на атријална тахикардија. Синоними: Пароксизмална атријална тахикардија (PAT), унифокална атријална тахикардија, ектопична атријална тахикардија.

Патофизиологија на атријална тахикардија
Обично се јавува од еден, ектопичен фокус
Механизмот на појава може да вклучува “re-entry”, тригерна активност или зголемена автономност
Може да биде пароксизмална или одржувачка, постојана

Може да биде идиопатска, но може да се причинува од дигоксидна токсичност, атријален циклотрикс, вишок на катехоламини, вродени анома-



Тахикардија со “тесен” QRS комплекс и фреквенција од околу 95уд/мин. На секој QRS комплекс му претходи абнормален P бран – бифазен во V1, инвертиран во инфериорни одводи II, III и aVF, и инвертиран во V3-V6.

лии

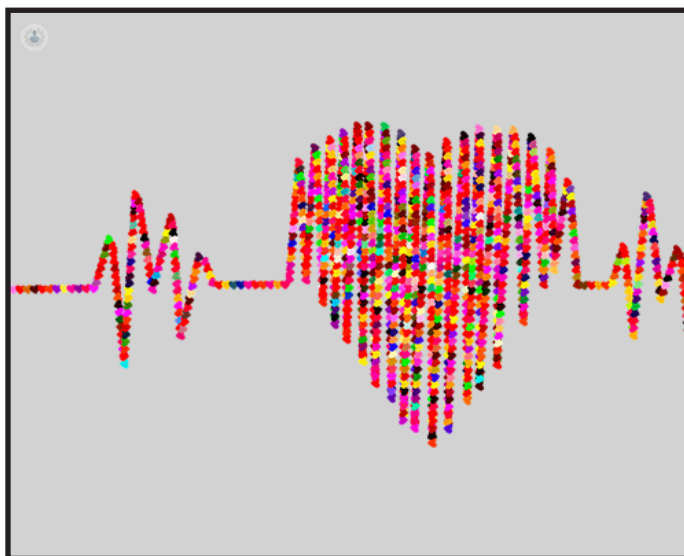
Атријална тахикардија со постојан карактер ретко се забележува клинички и може да прогресира до тахикардија-индуцирана кардиомиопатија
ЕКГ карактеристики на атријална тахикардија
Атријална фреквенција >100 уд/мин

Морфологијата на P бранот е абнормална, споредена со P бран во синус ритам, поради ектопично потекло

Обично постои абнормална оска на P бранот (напр. инверзија на P бран во инфериорни одводи II, III и aVF)

Барем 3 последователни идентични ектопични P бранови

QRS комплексите обично имаат нормална морфологија, освен ако не постои преегзистирачки блок на гранка, акцесорен пат или аберантна кондук-



ција поврзана со фреквенција

Изоелектрична линија (за разлика од атријален флатер)

Може да биде присутен AV блок – поради физиолошки одговор на брзата атријална фреквенција, освен во случај на дигоксидна токсичност, каде постои супресија на AV јазолот поради ваготоничните ефекти на дигоксидна, што резултира со бавна коморна фреквенција (PAT со блок)

Литература:

1. Jazayeri MR, Massumi A, Mihalick MJ, Hall RJ. Sinus node reentry: case report and review of electrocardiographic and electrophysiologic features. *Tex Heart Inst J.* 1985 Sep;12(3):249-52 [PMC341864]
2. Fox DJ, Tischenko A, Krahn AD, Skanes AC, Gula LJ, Yee RK, Klein GJ. Supraventricular tachycardia: diagnosis and management. *Mayo Clin Proc.* 2008 Dec;83(12):1400-11. PMID: 19046562
3. Poutiainen AM et al. Prevalence and natural course of ectopic atrial tachycardia. *Eur Heart J.* 1999 May;20(9):694-700. PMID: 10208790
4. Zipes, DP, Libby P, Bonow R., et al, Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 2018

Благица Лазарова, Слободан Рогач

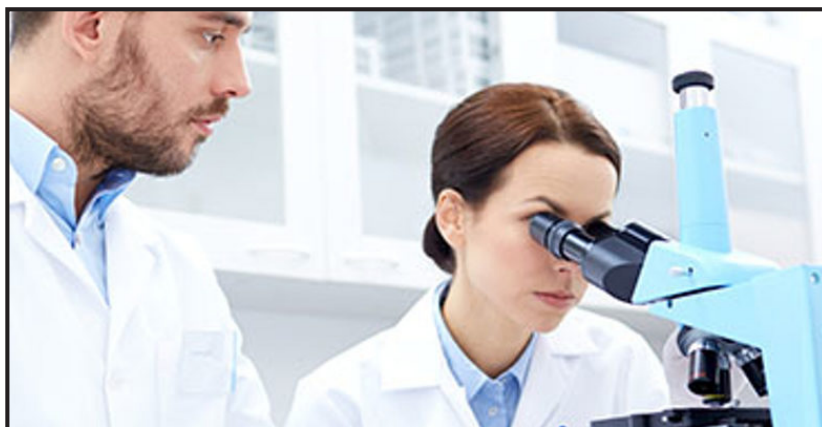
РЕ Патолошка анатомија со судска медицина ЈЗУ Клиничка Болница - Штип

ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА БЕТЕСДА СИСТЕМОТ ЗА ТИРОИДНИ ЦИТОПАТОЛОШКИ ИЗВЕШТАИ (ПРВ ДЕЛ)

Солитарните тироидни јазли клинички се дефинирани како: локализирано тироидно зголемување, со навидум нормален изглед на остатокот од тироидното ткиво. Преваленцијата на тироидните јазли се движи од 4% до 10% кај општата возрастна популација и од 0,2% до 1,2% кај децата. Поголемиот дел од клинички дијагностицираните тироидни јазли се ненеопластични; околу 5% - 30% се малигни и бараат хируршка интервенција. Главната цел при испитувањето на овие јазли е да се идентификуваат јазлите со малигни потенцијал. На клиничарите им се достапни бројни дијагностички тестови за евалуацијата на ваквите промени како што се на пример ултразвук, тироиден нуклеарен скен и тенкоиглената аспирациона цитологија (FNAC). Дијагностички тест кој претставува златен стандард за евалуацијата на тироидните јазли е тенкоиглената аспирациона цитологија (FNAC), а резултатите од останатите тестови би требало да се интерпретираат во конјункција со цитолошкиот наод од тенкоиглената аспирациона цитологија. FNAC е едноставна, релативно економична, лесно повторувана и брза за изведување постапка во одделот за амбулантски услуги со одлична прифатливост од страна на пациентот. Важен фактор за задоволителен тест претставува репрезентативен примерок од јазолот, и искусен цитолог за интерпретација на наодите. Често се користи како почетен скрининг-тест за дијагностицирање на тироидните јазли. Сепак, FNAC не е без ограничувања, точноста е помала кај сомнителната цитологија и кај фоликуларните неоплазми. Основната цел на FNAC е да ги идентификува јазлите кои бараат хируршки третман и оние бенигни јазли кои може клинички да се следат и да се намали вкупната стапка на тироидектомија кај пациенти со бенигни заболувања. Од 2007 година, патолозите и клиничарите широко ја усвоија шестстепената дијагностичка шема "The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology (TBSRTC)". Употребата на стандардни категории на дијагностицирање има значителна клиничка корист во однос на стратификација на ризикот за малигнитет и ја подобрува комуникацијата помеѓу патолозите и клиничарите.

Препорачани дијагностички категории по Бетесда системот за цитопатолошки извештаи на тироидна жлезда се:

- Недијагностички или незадоволителен
- Бенигно
- Атипича со неодредено значење или Фоликуларна лезија со неодредено значење
- Фоликуларна неоплазма или суспектно за фоликуларна неоплазма
- да се специфицира ако е Hürthle cell тип



- Суспектно за малигнитет
- Малигно

Недијагностички или незадоволителен

Примерокот се смета за недијагностички или незадоволителен ако не ги исполнува критериумите за адекватност. Примерокот се смета за адекватен ако содржи минимум шест групи со по најмалку десет клетки по група (се препорачува по стакло) на јасно видливи фоликуларни клетки. Исклучоци од ова правило се солидни јазли со цитолошка атипича, солидни јазли со инфламација и колоидни јазли. Оваа категорија ги опфаќа следните сценарија при цитолошката анализа:

1. Наод на помалку од шест групи по десет на добро сочувани, добро обоени фоликуларни клетки.
2. Лошо спремени, лошо обоени или нејасни фоликуларни клетки
3. Цистична течност, со или без хистиоцити, и помалку од шест групи со по десет бенигни фоликуларни клетки.

Менаџирање:

Тироидните јазли со иницијална прва класификациона група треба да бидат ре-аспирирани, но не порано од тримесечен интервал кој се препорачува за да се избегне лажно позитивна интерпретација која се должи на реактивни/репаративни промени. За повторената водена од ултразвук аспирација, се преферира итно и на лице место утврдување на адекватноста на примерокот, особено за солидни јазли. Повторената аспирација се покажала дијагностичка во околу 60% од случаевите. Повеќето јазли во оваа категорија се покажало дека се бенигни. После два недијагностички/незадоволителни последователни примероци, треба да се размислува за поагресивно клиничко следење со ултразвук или хируршки третман, во зависност од клиничките наоди. Бидејќи ризикот за малигнитет во цистичните лезии е мал, реаспирацијата на повеќето цистичните нодули со иницијален недијагностички/незадоволителен примерок треба да се повтори само ако ултразвучниот наод е сомнителен.

Бенигно

Бенигните резултати се субкласифицирани во бенигни фоликуларни јазли, тироидитиси, и други помалку чести ентитети. Нодуларната струма е најчесто семплирана промена, и лимфоцитниот (Хашимото-ов) тироидитис е најчестата форма меѓу тироидитисите.

Бенигни фоликуларен јазол

Бенигниот фоликуларен јазол е најчестиот ентитет во тироидната цитопатологија и опфаќа група на бенигни лезии со слични цитолошки карактеристики кои хистолошки се класифицирани како нодуларна хиперплазија во нодуларна струма, хиперпластичен (аденоматоиден јазол), колоидни јазли, јазли во Грејвс – ова болест, и невообичени подкатегории на фоликуларни аденоми со преобладајќо макрофоликуларна или нормофоликуларна архитектура. Да се направи цитолошка разлика помеѓу овие хистолошки ентитети не е секогаш можно, но тоа и нема големо значење бидејќи сите тие се бенигни и може да се третираат на ист конзервативен начин. Бенигните фоликуларни јазли се карактеризираат со варијабилна количина на колоид, бенигни фоликуларни клетки, Хиртел-ови клетки и макрофаги.

Лимфоцитен тироидитис

Лимфоцитен тироидитис опфаќа различни состојби помеѓу кои хроничен лимфоцитен (Хашимот-ов) тироидитис, субакутен лимфоцитен (постпартум и тивок) тироидитис, и фокален лимфоцитен (тивок) тироидитис. Лимфоцитни инфилтрати може да бидат асоцирани и со Грејвс-ова болест, нодуларна струма и IgG4- асоциран тироидитис.

Најчест меѓу нив е хроничниот лимфоцитен (Хашимот-ов) тироидитис, кој типично се јавува кај жени во средна возраст, но и кај адолесценти и деца.

Терминот “лимфоцитен тироидитис” се однесува на цитолошки примерок сочинет од многу полиморфни лимфоидни клетки асоцирани со бенигни тироидни фоликуларни клетки и/или Хиртел-ови (онкоцитни) клетки.

Менаџирање:

Ризикот од канцер за цитолошки бенигни јазли е тешко да се пресмета затоа што само мал број на јазли со бенигна цитологија (помалку од 10%) подлежат на операција. Сигурна лажно негативна стапка може да се пресмета само ако сите пациенти бидат оперирани без оглед на нивниот цитолошки наод, но тоа не е ниту практично ниту изводливо. Повеќето објавени студии потврдуваат дека бенигната тенкоиглена аспирациона цитологија е асоцирана со многу ниска стапка на лажно негативни резултати, од 0 до 3%. Водичите за менаџирањето на тироидните јазли на Американската Тироидна Асоцијација (АТА) од 2015 год. строго препорачуваат дека непосредна дијагностичка постапка или третман не се потребни. Со оглед на многу нискиот ризик за малигнитет асоциран со бенигната цитологија, АТА препорачува дека следењето треба да биде детерминирано со степенување на ризикот врз основа на ултразвучниот наод:

Јазлите со високо суспектен ултразвучен наод: да се повтори ултразвукот и тенкоиглената аспирациона цитологија водена под ехо во рок од 12 месеци;

Јазлите со низок до средно суспектен ултразвучен наод: да се повтори ултразвукот на 12-24 месеци. Ако постои доказ за раст или развој на нови суспектни сонографски карактеристики, тенкоиглената аспирациона цитологија може да се повтори или да се продолжи со обсервацијата со повторена тенкоиглена аспирација, со повторување на тенкоиглената аспирација во случај на континуиран раст;

Јазлите со ниско суспектен ултразвучен наод: влијанието на преживувањето на ултразвучниот наод е

ограничено. Ако се повтори ултразвукот, тоа би требало да се направи >24 месеци.

Ако јазолот поминал и втора тенкоиглена аспирациона цитологија со втор бенигни наод, ултразвучни контроли за овој јазол не се веќе индицирани.

Очигледно е од неодамна објавената литература водичите за менаџмент на АТА дека повторена тенкоиглена аспирациона цитологија и операција се однесува само на селектирана подгрупа на тироидни јазли со бенигна цитологија, вклучително и оние кои се големи, симптоматски, имаат влошување на клиничките и сонографските карактеристики, вклучително и значаен сонографски раст на јазолот (20% зголемување во најмалку две димензии со минимално зголемување од 2 мм или зголемување на волуменот за повеќе од 50%) или развој на сонографски абнормалност како на пример иррегуларни маргини, микрокалцификации, интранодуларна хиперваскуларност, и хиперехогеност во солидни зони.

Атипича со неодредено значење или Фоликуларна лезија со неодредено значење

Дијагностичката категорија “Атипича со неодредено значење или Фоликуларна лезија со неодредено значење” е резервирана за примероци кои содржат клетки (фоликуларни, лимфоидни или др.) со архитектурална и/или нуклеарна атипича која не е суфициентна да се класифицира како суспектна за фоликуларна неоплазма, суспектна за малигнитет, или малигна. Од друга страна атипичата мора да биде по забележлива одколку што може со сигурност да се препише со сигурност на бенигни промени. Фактор кој придонесува за неодреденоста е често не секогаш, компромитиран примерок, т.е. примерок кој е оскудно целуларен или покриен со крв или крвни коагулуми. Терминот Фоликуларна лезија со неодредено значење е еднакво прифатен за повеќето случаи во кои атипичата е од фоликуларно потекло. Генерално клиничкиот пристап на јазол со ваков наод е повторена биопсија по одреден временски интервал, иако при специфични клинички околности други опции за третман може да се посоодветни.

Менаџирање:

При иницијална дијагноза атипича со неодредено значење потребна е клиничка корелација и, во повеќето случаи повторена аспирација по соодветен временски интервал. Повторената тенкоиглена аспирациона биопсија вообичаено овозможува дефинитивна интерпретација, само во околу 20-25% од јазлите повторно се дијагностицираат во оваа група. Ризикот за малигнитет во оваа група е тешко да се утврди бидејќи само дел од случаевите се следени со хируршки третман. Оние кои се ресецирани претставуваат селектирана популација на пациенти со повторуван резултат на атипича со неодредено значење или пациенти со влошени клинички или сонографски карактеристики. Во оваа селектирана популација, во 20-25% од пациентите со атипича со неодредено значење се докажал канцер после операција, но ова е без сомнение преценување на сите јазли во оваа категорија. Екстраполирачки за сите јазли со атипича со неодредено значење (вклучително и оние со негативен follow up кај кои не изведен хируршки третман), ризикот за малигнитет е веројатно близок до 5-15%.

Референци

Ali SZ, Cibas ES. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. New York, NY: Springer; 2010.
Ali SZ, Cibas ES. The Bethesda system for reporting thyroid cytopathology; definitions, criteria, and explanatory notes. 2nd ed. Cham: Springer International Publishing AG; 2018. и други .

Пане Андов, Ленче Николовска

Факултет за Медицински науки, Универзитет „Гоце Делчев“ - Штип

ЗАСТАПЕНОСТ И РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА ФРАКТУРИ НА КЛАВИКУЛА ВО ДЕТСКА ВОЗРАСТ

Според податоците на Светската здравствена организација, фрактуриите на коските во детска возраст имаат постојан пораст така што, стапката на пораст кај фрактуриите изнесува 36,1/1000 деца. Фрактуриите претставуваат 10% до 25% од сите педијатриски повреди и се почести кај момчињата отколку кај девојчињата. Со зголемување на возраста повредите се зголемуваат и кај двете групи. На фрактури од спортски и слободни активности кај децата отпаѓаат 36%, на фрактури од малтретирање и тепање - 3,5%, на сообраќајни несреќи 1,4%. Фрактуриите кај децата претставуваат значаен епидемиолошки проблем во светски размери. Враќањето на повредените деца во нормалниот живот и потполното функционално оспособување во што пократок период, како и фактот дека се работи за млада популација, го прави ова истражување сосема оправдано.

Вовед: Биохемиските и физиолошките разлики на скелетот на детето од скелетот на возрасните, доведуваат до различни механизми на повреди, различни модели на фрактури, лекување и третман. Местото, зачестеноста и природата на повредите се менуваат со возраста на децата и со степенот на зрелоста на скелетот, односно секоја старосна група од детството до адолесценцијата имаат свои типични модели на фрактури кои треба да се предвидат. Најчесто се застапени фрактуриите на горните екстремитети. Фрактуриите на надлактицата претставуваат половина од сите фрактури кај децата. Релативно честа појава се исто така фрактуриите на рачниот зглоб и дланката и фрактуриите на надлактицата и лакотот. Фрактурата на клучната коска (клавикула) е многу честа појава и претставува помеѓу 2 и 5% од сите фрактури. Се среќава кај бебиња (обично при раѓање), деца и тинејџери (бидејќи клучната коска не го завршува својот развој до адолесцентна возраст). Може да настане при спортување (поради ризиците од удар или паѓање), или за време на многу видови несреќи и падови. Најчест механизам на настанување на фрактурата е пад на испружена рака или директно на рамото. Клинички знаци и симптоми: болка над клучната коска, деформација на клучната коска, оток и модринки околу рамото (кои со текот на времето, може да се прошират надолу по градите и пазувите, немож-



ност за подигнување на раката од страна, вкочанетост и пецкање по должина на раката. Поради тенко поткожно ткиво, дислокацијата на фрагментите е лесно видлива. За разлика од возрасните лица, фрактуриите во детскиот период можат да предизвикаат нарушување во растот и развојот и долготрајни анатомски, функционални и естетски последици, кои пак од своја страна се проследени со бројни психолошки и емоционални проблеми. Превенцијата на детските трауми е многу значајна бидејќи, повредите доведуваат до инвалидност кај голем број деца на возраст од 2-15 години. Бројни студии покажале дека добро дизајнираните и ефикасно имплементирани превентивни мерки имаат ефект врз намалувањето на повредите и нејзините последици. Тие не се непредвидливи, често се поврзани со карактерот, опкружувањето и развојот на детето. Повредите кај децата се индикатори за ефикасноста на здравствената заштита на децата. Развојот на општеството може да се мери според постигнатите ефектите од превземаните мерки за заштита на децата. Многу фрактури кај децата можат да се спречат преку превентивни програми (користење на заштитна опрема при спортување, избор на места каде децата ќе играат без опасност од паѓање и повреди, предупредувања за лизгав терен, превенција на патолошки фрактури, правилно лекување на скршеницијата.

Целта на истражувањето е да се одреди застапеноста на фрактури на клавикула во детската возраст во општина Кавадарци во периодот 2019-2020 година и ефикасноста на предложените методи за нивна рехабилитација.

Методи на истражување: Истражувањето е спроведено во Одделот за физикална терапија и рехабилитација во ЈЗУ Општа Болница – Кавадарци. Во програмата за рехабилитација се вклучени пациенти - деца со здобиени фрактури. Во сите три периоди на рехабилитација (период на имобилизација, период после вадење на имобилизација и период на потполно функционално оспособување на повредениот сегмент), се вклучени соодветни средства и методи за физикална терапија и кинезитераписки комплекси.

Резултати: За следење на постигнатите резултати се бидат направени испитувања на функционалната состојба - пред, за време и по завршување на рехабилитацијата. Задолжителни испитувања се: рендгенграфија, мерење на обем на движење, мануелно мускулно тестирање и различни функционални тестови во зависност од локацијата на фрактурата. За одредување на застапеноста на фрактуриите кај децата во периодот од 2020/2021 година, користена е медицинската документација од архивата на Хуруршка амбуланта, Хируршко одделение и одделението за Гинекологија и акушерство, при ЈЗУ Општа Болница - Кавадарци. Добиените податоци се обработе-

Година	Единица	Машки пол	Женски пол	Вкупно
2019	Хуруршка амбуланта	11	7	18
2020	Хуруршка амбуланта	8	5	13
2019	Гинекологија (новороденчиња)	3	/	3
2020	Гинекологија (новороденчиња)	2	1	3
2019	Хируршко одделение	2	2	4
2020	Хируршко одделение	1	1	2

Табела 1. Застапеност на фрактури на клавикула во детската возраст во општина Кавадарци во периодот 2019-2020 година.

ни и е направена класификација на малите пациенти според: пол, возраст, локализација на фрактурата (медијален, среден или латерален дел на клавикула), времетраењето и начинот на лекување. Направен е табеларен и графички приказ на добиените податоци од истражувањето.

Заклучок: При фрактура на некоја коска, со својата биолошко - заштитна реакција, организмот се стреми да го имобилизира повре-

дениот сегмент, преку спазам на соседната мускулатура. Поради долгата имобилизација, настануваат хипотрофија и слабост на мускулите, промени во самата коска, во вид на намалување на минералната содржина и на потпорната функција на коската и неспособност да се совлада тежината на телесниот сегмент. За побрзо и поефективно отстранување на последиците од фрактурите на коските и за нивно побрзо зараснување, се налага

концепцијата за функционално лекување на фрактурите со комбинација на неопходната имобилизација и рано, насочено и дозирано функционално тренирање на засегнатиот сегмент.

Користена литература:

Николовска, Л., Крстев, Т., Василева, Д., Страторска, Т., (2014) Практикум по клиничка кинезитерапија. ISBN 978-608-244-131-3.
 Toogood P, Horst P, Samagh S, Feeley BT. Clavicle fractures: a review of the literature & update on treatment. Phys Sportsmed. 2011;39(3):142-150.
 Sears B. How to properly wear a sling on your shoulder. May 3, 2015. Available at: <http://physicaltherapy.about.com/od/devicesandorthotics/qt/Properly-Wear-ASling.htm>. Accessed July 15, 2015
 Khan LA, Bradnock TJ, Scott C, Robinson CM. Fractures of the clavicle. J Bone Joint Surg Am 2009 Feb; 91(2):447-60. PubMed
 Kim W, McKee MD. Management of acute clavicle fractures. Orthop Clin North Am 2008 Oct;39(4):491-505, vii. PubMed.
 Post M. Current concepts in the treatment of fractures of the clavicle. Clinic Orthop 1989;245:89-101

Лидија Петровска, Мартина Ѓорѓиевска Камчева, Јулијана Максимовиќ Милева
 РЕ Кожни болести, ЈЗУ Клиничка Болница - Штип

ДЕРМАТОЗИ ВО ГРАДИТЕТОТ

Кожните промени во бременоста можат да бидат физиолошки (хормонални), промени кај пре-егзистирачки кожни болести или може да дојде до појава на нови дерматози специфични за бременоста. Специфичните дерматози за бременост претставуваат разнолика група на интензивно пруритични дерматози кои се јавуваат само во пуерперална состојба. Повеќето кожни ерупции се повлекуваат постпартално и неопходен е само симптоматски третман.

Во овие кожни промени се вклучуваат: атопичната ерупција во бременоста, полиморфната ерупција во бременоста, гестацискиот пемфигоид и интрахепатичната холестаза во бременоста. Тие се бенигни и минуваат после породувањето, сепак некои од нив носат ризик за фетусот и неопходен е антенатален надзор.

Бременоста се карактеризира со многу физиолошки и кожни промени, кои можат да бидат: пигментни, промени на косата, ноктите, жлездите, структурни, васкуларни промени, како и промени на мукозите. Кај кожните промени јадежот како симптом кои го реферираат трудниците може да ја има следната поделба: јадеж без исип, јадеж со исип поврзан со бременоста, јадеж со исип неповрзан со бременоста (коинцидентни болести) кои се јавува кај 21% од пациентките. Третманот на дерматозите во гравидитетот е најчесто симптоматски, се користи емолиентна терапија и по индикација локална кортикостероидна или парентерална кортикостероидна и антихистаминска терапија.

Класификација

Физиолошките кожни промени кои се доста присутни кај бремените жени ги вклучуваат: дифузна и селективна хиперпигментација (генитално, аксиларно и свежи лузни),

секундарни ареоли, linea nigra, melasma, потемнување на ефелиди и пигментни невуси, хирзутизам, зајакнување на косата на скалпот, постпартален телоген ефлувиум, постпартална андрогенетска алопеција, субунгвална хиперкератоза, дистална онихолиза, трансверзални бразди, кршливост, забрзан раст, зголемена екрина функција, зголемена тироидна активност со последователен релативен јоден дефицит, striae gravidarum.

Атопична ерупција во бременоста

Синоним: Пруриго во рана бременост

Под акронимот се вклучени неколку ентитети: Егзем во бременоста, Пруриго во бременоста и Пруритичен фоликулит.

Егзем во бременоста: Трудниците имаат висока преваленца на атопичен егзем кој за прв пат во животот се јавува во бременоста. Причината за зголемената инциденца на атопичен дерматит во бременоста се смета дека се должи на промени во имунолошкиот систем. Имено, во бременоста доминира хуморалниот имунитет и зголемена е продукцијата на Т-хелпер 2 цитокини (IL-4 и IL-10). За таа сметка, а со цел да се спречи отфрлање на плодот, настанува и намалување на клеточно медиранит имунитет и намалување на Т-хелпер 1 цитокините (IL-12 и INF-гама). Клинички, болеста се карактеризира со пруритична ерупција во флексорните регии, лице, дланки, стапала, предилекциона локализација за пациенти со лична и/или фамилијарна предиспозиција за атопија. Обично се афектирани прворотки и промените почнуваат да се јавуваат рано во бременоста, во прв или втор триместар.

Пруриго во бременост: Се карактеризира со пруритични, често екскорирани папули и нодули на екстензорни-



те површини од рацете и нозете, а можно е инволвирање и на абдоменот. Може да се јави во било кој триместар од бременоста. Постои асоцираност со атопија, не се опишани компликации кај мајката и фетусот.

Пруритичен фоликулит: Спротивно од називот, јадежот не е главна карактеристика, па може да настане диференцијално дијагностичка забуна со акни или микробијален фоликулит. се јавува во втор (II) или трет (III) со акнеформна ерупција во вид на фоликуларни папули (3-5мм) и пустули, најчесто на трупот, но може и генерализирано. Системски симптоми: нема. Култури од земен брис со негативен наод. Компликации не се опишани ни кај мајката, ни кај плодот.

Полиморфна ерупција во бременоста

Синоними: Токсичен исип во бременост; Токсичен еритем во бременост; Пруриго во доцна бременост; (Пруритични уртикариелни папули и плаки во бременост)

Инциденцата на полиморфната ерупција во бременост е 1/200-1/300. Најчесто се јавува во третиот триместар или веднаш по породувањето. Се јавува кај прворотки и асоцирана е со зголемена телесна тежина кај мајката. Етиолошки е најасна, но се смета дека растегањето на кожата со последователно оштетување на сврзното ткиво игра улога во патогенезата. Полиморфната ерупција во бременоста е исклучително пруритична дерматоза. најчесто трет (III), или веднаш по породувањето. Ерупцијата е „полиморфна“, се состои од еритематозни папули и уртикариелни плаки (може и везикули) на абдомен, горни и долни екстремитети и глутеално. Започнува во абдоминалниот стрии, а го поштедува умбиликалниот регион. Дерматозата нема системски симптоми. Лезиите се повлекуваат во периодот околу терминот за породување или рано постпартално. Компликации-нема.

Гестациски пемфигоид - Herpes gestationis

Гестацискиот пемфигоид е ретко автоимунно заболување кое се јавува кај отприлика 1/50000 бремености. Обично се јавува во вториот триместар од бременоста, но може да се јави било кога помеѓу деветата недела до 6-дена постпартално. Има тенденција за повлекување но и повторно јавување секоја следна бременост. Етиолошки се сврзува со хормони, но може да е сврзана и со хориокарцином и моларна бременост. Се смета дека болеста е тригерирана од плацентарен антиген кој вкрстено реагира со кожните антигени. Гестацискиот пемфигоид е интензивно пруритична дерматоза која се карактеризира со пруритични папули, уртикариелни плаки и везикулобулозни лезии кои иницијално имаат периумбиликален распоред, а потоа се шират по долните екстремитети и на крај го зафаќаат целото тело. Везикулите имаат карактеристичен распоред во форма на розета, врз еритемо-едематозни плаки. Кај 20% од пациентите може да биде позитивен знакот на Nikolsky (псевдо Николски), како кај БП. Кај мал број на новороденчиња од мајки со гестациски пемфигоид може да се јават слични кожни лезии кои минуваат 2-3 недели по раѓање (неонатален гестациски

пемфигоид). Кај мајката можат да се јават секундарни инфекции, а може да се случи и предвремено породување. Кај пациентките без булозни промени, дијагнозата се поставува со биопсија и со имунопатологија. Оттука важноста на антенаталната грижа. Кај афектираните пациентки слични кожни промени може да се јават и подоцна, не сврзано со бременост, а тригерирано од орални контрацептиви и менструален циклус. Третманот кај потешките облици на болеста е со перорални кортикостероиди, додека полесните се третираат само со локален третман со кортикостероидни масти и антисептици.

Интрахепатична холестаза на бременоста - Pruritus gravidarum

Pruritus gravidarum класично е асоциран со чешање, без кожни лезии и се јавува во првиот триместар од бременоста, додека холестазата на бременоста се јавува во третиот триместар и се карактеризира со пруритус со или без жолтица, отсуство на примарни кожни лезии и лабораториски маркери за холестаза. Кај потешките случаи се зголемени вредностите на жолчните киселини, серумската алкална фосфатаза, SGOT и билирубинот. Јадежот обично е локализиран на дланките, но може да биде генерализиран, најизразен ноќе и ако е пролонгиран обично се видливи линеарни ексориации. Состојбата обично е сврзана со поголем ризик од предвремено породување, заматена околуплодова вода, како и интраутерина смрт на плодот поради аноксија предизвикана од нарушената елиминација на токсичните билијарни киселини. Трудниците со пролонгирана интрахепатична холестаза можат да имаат дефициенција на витамин К и коагулопатија. Урсоеоксироличната киселина е единствениот третман кој помага да се редуцира јадежот кај мајката и ризикот по фетусот. Во многу земји не е одобрена за третман на интрахепатичната холестаза. Други терапевтски опции не треба да се земаат предвид бидејќи не го намалуваат феталниот ризик.

Третман

Во третманот на дерматозите во гравидитетот се користи следната терапија: лубриканси со емолиенси (уреа до 10%) или полидоканол, ниско-до средно-потентни локални кортикостероиди, системски антихистаминици (chlorpheniramine, diphenhydramine), системски кортикостероиди (краток курс), УВБ сончање, антибиотици за секундарни бактериски инфекции (пеницилини, цефалоспорици и макролиди). АЕБ и ПЕБ се бенигни дерматози без ризик по фетусот, кои обично се повлекуваат рано постпартално. Пруритичниот фоликулит добро реагира на бензоил пероксид и УВБ фототерапија. Кај PG и ICP, неопходен е постојан мониторинг, поради феталниот ризик кој го носат и бараат специфичен третман.

Референци

1. Wolff K, Johnson RA: Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology, Sixth Ed, McGraw-Hill, 2009
2. Millington GWM and Graham-Brown RAC: The dermatoses of pregnancy, In: Rook's Textbook of Dermatology, Edited by: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, Eight Edition, Wiley-Blackwell, 2010; Ch. 8, pp 198-206, 6. Ambros-Rudolph CM: The specific dermatoses of pregnancy, In: Braun-Falco's Dermatology, Third Edition, Edited by: Burgdorf WHC, Plevig G, Wolff HH, Loudthaler M, Springer Medizin Verlag, 2009; Ch 77, pp 1160-1169,
3. Ambros-Rudolph CM, Mullegger RR, Vaughan-Jones SA et al: The specific dermatoses of pregnancy revised and reclassified: results of a retrospective two-center study on 505 pregnant patients. J Am Acad Dermatol 2006; 54: 395-404. и други.

Виолета Ефтимова, РЕ Гинекологија и акушерство ЈЗУ Клиничка болница – Штип

ХОЛИСТИЧКИ ПРИСТАП ВО ПОРОДУВАЊЕТО – ЕДНА ПОИНАКВА ПРИКАЗНА ЗА ПОРОДУВАЊЕТО

„Од сите природни способности кои жената ги има, најубава е таа што може да биде мајка.,

Lin Yutang.



Бременоста е посебен период во животот на жената во кој таа создавајќи нов живот поминува низ бројни физиолошки и психички промени. Во овој период потребна е поддршката од нејзините најблиски и следењето, контролата и изведувањето на породувањето од страна на лекарите гинеколози, акушерките и останатиот медицински персонал во болниците.

Порано во медицината првенствено внимание се обрнувало на физичкото здравје на породилките, но современата медицина во последните години посебно се посветува на таканаречениот холистички начин на третирање и лекување, што значи - пристап како на едно цело - тело, ум и психа, а не поделено лекување на физичко и психичко здравје. Трите компоненти (телото, умот и психата) се тесно поврзани и заедно делуваат како едно цело. Ако постои нерамнотежа само на една компонента таа се одразува на другите две. Од овде е и објаснувањето на самиот збор “холистички” кој доаѓа од грчкиот збор HOSLOS, и значи едно цело.

Користењето на холистичкиот пристап во процесот на породувањето е важен. Во центарот на вниманието е жената и нејзиното семејство на што треба да се фокусираат сите понатамошни третмани. Добро е бремената жена породувањето да го доживее како позитивно искуство, исполнето со емоции и љубов, да се сеќава на нешто убаво - посебно кое го доживеала во животот. Исто така многу е важно како бремената жена ќе ја запознаеме со процесот на породувањето. Потребно е таа да биде информирана за текот на породувањето, со цел да биде психофизички подготвена за целиот чин.

Како лекари акушери следејќи го холистичкиот пристап бремената жена треба да ја информираме и запознаеме со основните прашања и дилеми за кои таа се прашува во текот на бременоста и породувањето.

А тоа се најчесто следните прашање:

- Што се случува со тело на жената кога се породува?
- Кои медицински интервенции се прават во болница?
- Кои се процедурите кои се прават со бебето откако ќе се роди?

Како приближува денот на породувањето, посебно е важно кај жената да се поттикне верувањето во себе и сопствената моќ со цел да се овозможи природно и помалку болно породување. Најчесто жените прашуваат дали ќе ги боли? Таа болка е различна од секоја друга болка и кога си убеден дека е поднеслива, веднаш е полесно и помалку болно. Најважно е бремената жена да знае дека болката не е постојана, има паузи и не боли цело време. Има период на контракција и период на одмор. Женското тело феноменално го прави тоа. Контракциите се како бранови. Доаѓаат и си одат. Тоа што се доживува како болка трае 30-40-60 сек. и поминува како ништо да не било. Следи пауза кога телото се одмора. Паузите се подолги од контракциите. Време за дишење, голтка вода, насмевки, мотивација. Пак контракција, пак пауза и така се до самиот крај. Постојат повеќе верувања и факти дека женското тело е посебно создадено - дизајнирано за бременост и породување

Кога ќе се јават првите знаци на породувањето и се оствари првиот контакт со медицинскиот персонал кој ќе го води породувањето, потребен е краток разговор и подготовка за текот на настаните. Така бремената жена ја стекнува и довербата на тимот кој ќе ја породува. Таа, сите фази на породувањето, со помош на лекарот и акушерката ги доживува свесно и во целост. Активната фаза на породувањето се спроведува во топла, пријатна атмосфера за родилката, полна со разбирање и стручно советување во потребен момент. Многу е важно покрај следењето на параметрите кај мајката и плодот со помош на достапната технологија, да се следи и говорот на телото и раположението кај родилката. Дозволно е станување од породилниот бокс и за олеснување, правење на лесни вежби со вртење на колковите и воедно користење на гравитацијата како помош при прогрес на дилатацијата на цервиксот. Во крајната фаза на породувањето од особена помош е вербалната мотивација од акушерката и лекарот, како и инструкциите за дишење и напнување и сосем спокојно и природно породување.

Првото видување на тукушто породеното бебе мајките најмногу го паметат како емотивен момент. Новороденото се става на стомакот на мајката, „кожа на кожа,“ - контакт што претставува прв допир на мајката со бебето и почеток за нивно емоционално поврзување и прифаќање. Послетоаследува рутинската медицинска процедура - папчната врвца одложено ја клемуваме и се чека контракција за експулзија на постелка, без брзање. Со тоа се завршува актот на породувањето и по формалното пополнување на документите бебето и мајката се оставаат во прегратка да си уживаат во запознавањето.

Референци:

The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. European Perinatal health Report. Euro – peristat project, 2013 (<http://www.europeristat.com/imafes/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>, accessed 12 december 2017).

Managing complications in pregnancy and childbirth > a guide for midwives and doctors, second edition. Geneva > World health organization, 2017. и други

Љупка Лазарева, Александар Стојановски
Факултет за Медицински науки, Универзитет „Гоце Делчев“ - Штип
РЕ Гинекологија и акушерство, ЈЗУ Клиничка болница - Штип

АНТИКОАГУЛАНТНА ТЕРАПИЈА ВО БРЕМЕНОСТ (ПРВ ДЕЛ)

Рекурентните спонтани абортуси се поврзани со наследна нарушувања на коагулацијата на крвта кои можат да интерферираат со плацентната циркулација. Рекурентните абортуси можат да бидат и необјаснети, без позната причина. Антикоагулантни лекови, како што се аспирин или нискомолекуларен хепарин, можат да им помогнат на жени-тесорекурентни спонтани абортуси каде основен проблем е пореметувањето во коагулацијата на крвта. До 15% од сите клинички утврдени бремености завршуваат со спонтан абортус (спонтан абортус пред 20 гестациска недела). Околу 5% од жените доживуваат два или повеќе спонтани абортуси (рекурентни спонтани абортуси РСА), додека три или повеќе спонтани абортуси во првиот триместар од бременоста може да афектираат 1% до 2% од жените на репродуктивна возраст.

Дефиницијата за РСА останува предмет на дебата. Светската здравствена организација (СЗО) го дефинира спонтаниот абортус како спонтано губење на клинички утврдена бременост што се јавува пред полни 20 гестациски недели (СЗО 2009 година). Честопати РСА се дефинира како три или повеќе последователни спонтани абортуси. Според неодамнешните упатства на Европското здружение за човечка репродукција и ембриологија (ESHRE), РСА се дефинира како три или повеќе последователни спонтани абортуси кои се случуваат пред 20 гестациска недела. Широката дефиниција за РА е два или повеќе спонтани абортуси кои не мора да бидат последователни.

Тромбофилијата како причина за рекурентни абортуси

Неколку фактори може да бидат вклучени во етиологијата на РСА. Жените кои доживуваат РСА може да имаат основна медицинска состојба, како што е статусот на носител на структурна хромозомска аномалија, антифосфолипиден синдром или други нарушувања на коагулацијата на крвта, генерално, наречени тромбофилија или аномалија од типот септум на матката.

Тромбофилијата е разновидна група на нарушувања на коагулацијата поврзани со предиспозиција за тромбоза и со тоа зголемен ризик



за тромботични настани како што се длабока венска тромбоза и белодробна емболија. Овие хиперкоагулабилни состојби можат да бидат наследни како мутација на факторот Лајден (што резултира со намален капацитет за инактивирање на активиран фактор V од системот на протеини C, недостаток на физиолошки антикоагуланси како протеини Ц, протеинот С, антиротромбин и протромбин генетска мутација (што резултира со зголемена концентрација на протромбин во плазмата) или зголемено ниво на фактор VIII - ас или стекнато, како на пример синдром на антифосфолипидни антитела. Во овој последен синдром, предиспозицијата за тромбоза се стекнува заради присуство на антифосфолипидни антитела.

Се поголем број на докази имплицираат дека тромбофилијата е основа на многу неповолни акушерски настани (како што е интраутерино ограничување на растот, (рекурентен) спонтан абортус, тешка прееклампсија и абрупција на плацентата, а постојат и разумни докази кои сугерираат дека некои случаи на РСА се поврзани со тромбоза на плацентарните крвни садови и инфаркт. Прво, микротромбите се вообичаен наод во плацентарната васкулатура на жени со РСА. Второ, плацентарната тромбоза и инфаркт се опишани во асоцијација со одредени тромбофилни дефекти (Дизон

1997; Раи 1996), но може да бидат вклучени и други патофизиолошки механизми освен тромбозата, бидејќи неповолни исходи од бременоста може да се појават кај жени со тромбофилија во отсуство на плацентарна тромбоза. Трето, тромбофилните дефекти се значително почести кај жените со вакви компликации во бременоста.

Синдром на антифосфолипидни антитела е стекната тромбофилија и е поврзана со васкуларна тромбоза и со компликации во бременост (вклучително и рекурентни абортуси и предвремено породување). Овие неповолни исходи од бременоста може да бидат резултат на инфарктиите на плацентата и тромботични промени во децидуалните мали крвни садови. Употребата на антиротромботични агенси хепарин (нефракциониран хепарин или нискомолекуларен хепарин (LMWH)) и аспирин се проучува кај жени со антифосфолипиден синдром. Двата агенса имаат анти-коагулантни својства, но дејствуваат на поинаков начин: хепаринот го зголемува ефектот на природниот антикоагулантен антиротромбин; додека аспиринот ја инхибира агрегацијата на тромбоцитите. Испитувањата укажуваат на тоа дека хепаринот и аспиринот употребени заедно се ефикасни и безбедни во намалувањето на стапката на спонтан абортус кај жени со антифосфолипиден синдром со значително подобар исход

на бременоста отколку употребата само на аспирин (стапка на раѓање на жив плод од 71%- 80% наспроти 42% - 44%, соодветно).

Примена на антикоагуланси во бременоста

Употребата на антикоагуланси во бременоста треба внимателно да се процени во однос на ефикасноста и безбедноста, бидејќи може да носи ризици за мајката и фетусот. Дериватите на кумарин се антикоагулантни лекови кои најчесто се користат во случај на тромбоза, но ја преминуваат плацентата и можат да предизвикаат тератогени ефекти. За разлика од дериватите на кумарин, ниту UFH (нефракциониран хепарин) ниту LMWH (нискомолекуларен хепарин) не ја преминуваат плацентата и затоа немаат потенцијал да предизвикаат крварење на фетусот и тератогеност. Ризиците кај мајките поврзани со администрација на хепарин се невообичаени, но потенцијално сериозни и вклучуваат крварење, тромбцитопенија предизвикана од хепарин и остепенија предизвикана од хепарин со фрактури. Покрај тоа, администрацијата на хепарин може да предизвика болка и мали модринки на местата за инјектирање. Постојат акумулирани докази дека LMWH е барем исто толку ефикасен и безбеден како и UFH со потенцијални предности за време на бременоста, бидејќи тие многу помалку предизвикуваат тромбцитопенија предизвикана од хепарин, можат да се администрираат еднаш дневно и се поврзани со помал ризик од остепороза предизвикана од хепарин. Врз основа на сегашните докази, аспирирот (помалку од 150 мг / ден) за време на вториот и третиот триместар се чини дека е безбеден, додека безбедноста на повисоки дози на аспирин во текот на првиот триместар останува неизвесна.

Терапија со ниска доза аспирин е еден од антикоагулантните третмани што се користат за време на бременоста. Антикоагулантните агенси можат да бидат корисни за неколку нарушувања, како што се рекурентен спонтан абортус, прекампија, ограничување на раст на фетусот и неплодност. Сепак, не е јасно дали антикоагулантната терапија може да ја зголеми стапката на живородено во сите овие случаи. Неодамнешните податоци сугерираат дека терапијата со комбинирана доза на аспирин и хепарин е ефикасна во спречувањето на рекурентна загуба на бременост кај жени со антифосфолипиден синдром. Тромбогени заболу-

вања, на пример, недостаток на протеин Ц, недостаток на протеин С, недостаток на фактор XII и хиперхомоцистеменија, може да предизвикаат губење на бременоста. Иако 70% од повторните загуби на бременоста се необјаснети, антикоагулантната терапија е ефикасна за одржување на бременоста без синдром на антифосфолипиден антитела. **Заклучуваме дека терапијата со комбинирана доза на аспирин и хепарин може да биде корисна за необјаснети случаи на повторна загуба на бременост без синдром на антифосфолипидни антитела.**

Аспирирот долго време се користи како аналгетик, антиинфламаторен и антипиретичен агенс. Неодамна, додадени се апликации за васкуларни и анти-тромбоцитни ефекти. Аспирин во ниска доза е антиагрегантен агенс кој неповратно ја инхибира тромбоцитната цикло-оксигеназа и со тоа се намалува производството на тромбоксан А2. Бидејќи вториот е моќен тромбоцитен агрегатор и вазоконстриктор, ефектот е антиромботичен (антиагрегантен). Аспирирот исто така е широко користен во обидите за лекување на бремени жени со повторливи спонтани абортуси поврзани со антифосфолипидни антитела, стекнат тромбофилен дефект и други автоимунни состојби.

Иако има многу извештаи дека антикоагулантната терапија е ефикасна во спречувањето на нарушувања на бременоста кај жени со антифосфолипиден синдром, околу 50-70% од повторуваните загуби во бременоста се необјаснети.

Антифосфолипидни антитела и нивна поврзаност со рекурентна загуба на бременоста

Антифосфолипидните антитела се признати како најчестиот стекнат фактор на ризик за рекурентна тромбоза и како причина за рекурентна загуба на бременоста.

Критериумите за класификација на антифосфолипидниот синдром неодамна беа редифинирани според меѓународниот консензус и се потврдени: Клинички критериуми: васкуларна тромбоза, компликации од бременоста; и лабораториски критериуми: антикардиолипински антитела, лупус антикоагулантни антитела. Дефинираната дијагноза на антифосфолипиден синдром бара присуство на барем еден од клиничките критериуми и барем еден од лабораториските критериуми во два наврати, на растојание во период од најмалку 12 недели. Околу 15% од жените со историја на повторливи спонтани

абортуси имаат упорно позитивни резултати за антифосфолипидни антитела. Кога се присутни антифосфолипидни антитела, бременостите може да биде комплицирани со тромбоза, прекампија или ниска родилна тежина. Овие жени имаат висока стапка на загуба на фетусот кога не се дава специфичен третман за време на бременоста.

Голем број на извештаи посочуваат дека повеќето загуби на бременост со антифосфолипиден синдром се јавуваат во подоцнежните фази на бременоста. **Нискомолекуларните хепарини се ширококористени во превенција и третман на длабока венска тромбоза за време на бременоста и имаат голем број на предности во однос на нефракциониран хепарин: тие се побioresположливи и имаат подолг полуживот и поретко се јавува тромбцитопенија предизвикана од хепарин. Главната предност, сепак, е што не постои преклопување помеѓу антикоагулантни и антиромботични ефекти. Нема крварење со хепарин и ниска молекуларна тежина, така што дури и царски рез може безбедно да се направи, а воедно е потребен мал мониторинг за следење на крварењето.**

Со оглед на широката клиничка разновидност на популацијата со синдром на антифосфолипидни антитела, се чини нелогично сите жени да се третираат на ист начин. Така, за пациентки со историја на тромботични настани или загуба на бременост и покрај терапијата со аспирин, употребата на хепарин е јасно индицирана врз основа на досегашните докази. Како и да е, хепаринот не може да се препорача кај сите жени со антифосфолипиден синдром и историја на претходни повторливи спонтани абортуси или губење на фетусот. На ист начин, аспирирот сам може да биде недоволен за голем број пациентки, дури и во отсуство на тромботични настани.

Користена литература:

Ginsberg J.S., Kowalchuck G., Hirsh J., Brill-Edwards P., Burrows R. Heparin therapy during pregnancy: risk to the fetus and mother. Arch Int Med. 1989; 149: 2233-2236
Litin SC, Gastineau DA. Current concepts in anticoagulant therapy. Mayo Clin Proc 1995; 70:266.
Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, et al. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy:

Кировска Ивона, Величкова Невенка

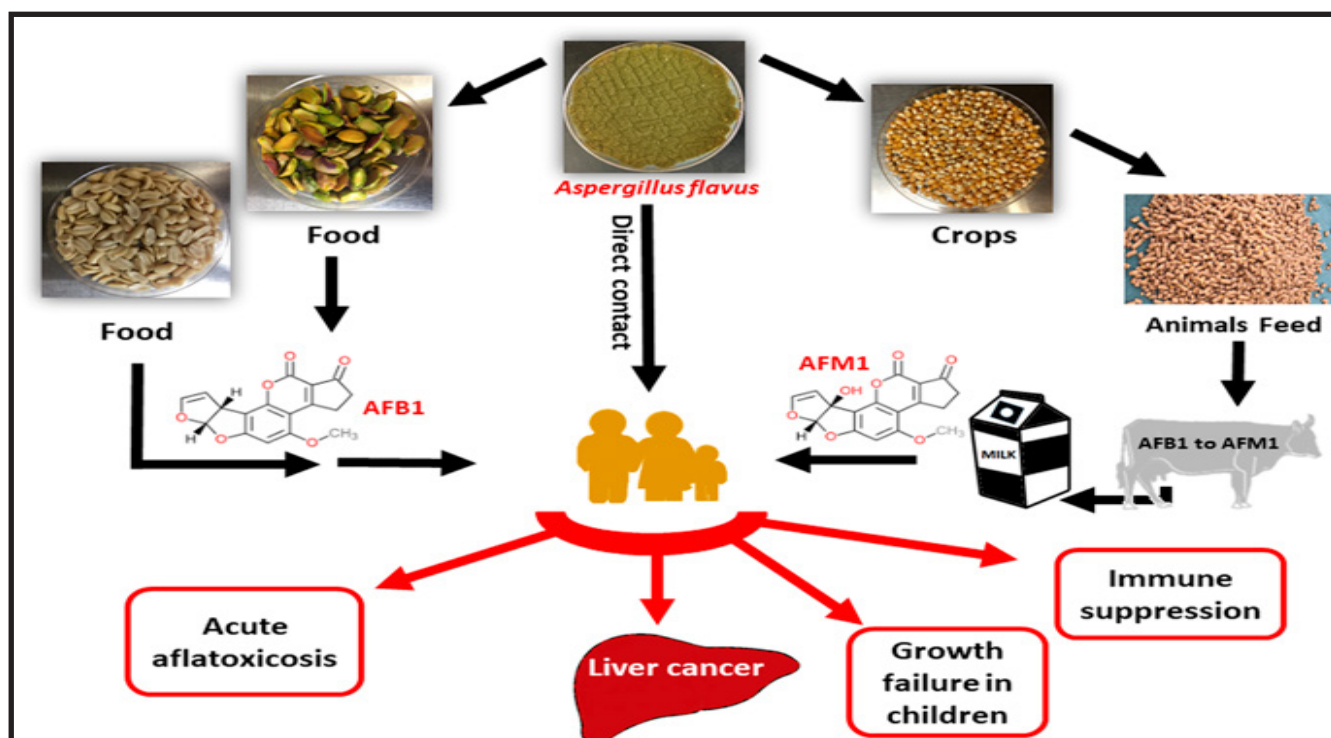
ЈЗУ Општа болница- Охрид

Факултет за медицински науки, Универзитет "Гоце Делчев" - Штип

ВАЖНОСТА НА КВАЛИТАТИВНИТЕ И КВАНТИТАТИВНИТЕ БИОЛОШКИ МЕТОДИ ЗА ЕВАЛУАЦИЈА И СКРИНИНГ НА МИКОТОКСИНИ

Микотоксините се високотоксични контаминанти кои можат да бидат присутни во храна со животинско или растително потекло. Нивното име доаѓа од грч. „mykes“, што значи габа и лат. „toxicum“ што значи отров. Постојат 400 различни видови на микотоксини кои меѓусебно се разликуваат по видот на габата што ги синтетизира, хемиската структура како и механизмот на дејствување и степенот на токсичност. Најчести продукти и суровини кои можат да бидат контаминирани со микотоксини се: зрна од житни култури (р'ж, пченица, пченка, јачмен, ориз), маслодајни култури (кикиритки, соја, сончоглед), јаткасто овошје (ораси, лешници, бадеми), суво овошје (смокви, грозје), пиво, вино, зачини, какао и особено млеко и млечни производи (Weidenborner, 2008; Scudamore, 2004; 2005; 2008). Микотоксините се секундарни продукти од метаболизмот на различни видови габи кои растат и се развиваат на супстрат од животинско или растително потекло. Најчести и најтоксични микотоксини се афлатоксините, кои што можат да бидат произведени од неколку видови на габи: *Aspergillus flavus*, *Aspergillus parasiticus* или

Aspergillus nomius. Афлатоксините се потврдени канцерогени материи и истите припаѓаат на првата група канцерогени агенци според класификацијата на IARC (International Agency for Research on cancer - Меѓународна Агенција за истражување на канцерот). Афлатоксините, како и другите микотоксини покажуваат хепатотоксично, имunosупресивно, тератогено и мутагено дејство. Најчесто поволни услови за раст и развој на овие габи, а со тоа и зголемена концентрација на микотоксини се: високата температура и влажност особено при транспорт и чување на земјоделски култури или неадекватна хигиена или чување на прехранбени производи од растително или животинско потекло. Заболувањата кои се предизвикани од микотоксини се нарекуваат микотоксикози, од афлатоксини, афлатоксикози, соодветно. Истите можат да бидат акутни или хронични. Првичните знаци на труење со микотоксини сезголемена температура, гастроинтестинални тегоби и пад на имунитетот (Слика 1). Имајќи го во предвид нивното хепатотоксично



Слика 1

<https://www.x-mol.com/paper/893964>

и имуносупресивнодејство многу често кај пациенти со интоксикација со микотоксинисе јавува жолтица, хепатоспленомегалија и силна абдоминална болка.

Степенот на интоксикација во организмот најмногу зависи од количината на внесената храна контаминирана со микотоксини, од староста на организмот, полот, здравствената состојба на организмот како и неговиот имунитет (IARC, 2002; 2012). Некои истражувања потврдуваат дека степенот на осетливост на афлатоксините се зголемува во зависност од нивото на тестостерон, со тоа машките организми се потврдиле како поосетливи на дејството на афлатоксините. Литературните прегледи и истражувања укажуваат на тоа дека токсичното дејство на микотоксинитеможат да бидат изложенисите возрастни групи но, најчеста вулнерабилнагрупа се децата од најмала возраст (приисхрана со млеко контаминирано со микотоксини) (Williams i sag., 2004; Erkekoglu и sor., 2008). Имајќи го во предвид докажано токсично и канцерогено дејство на микотоксините од една страна и заклучоците кои произлегуваат од најновите истражувања од друга страна, се наметнува потребата од постојано мониторирање и евалуација на микотоксините во храната посебно во житни култури и млечни производи, со единствена цел превенција од микотоксикози.

Кога станува збор за современа аналитика на афлатоксини (AFB1, AFG1, AFB2 i AFB2) најголема примена во современата аналитика има течната хроматографија со високи можности (eng. "highperformance (pressure) liquidchromatography", HPLC) со флуоресцентен детектор (eng. "fluorescencedetector", FLD) како и имуноензимските методи (eng. "enzymelinkedimmunosorbentassay", ELISA) и комбинираната течна хроматографија со масена спектрометрија (eng. "liquidchromatography-massspectrometry", LC-MS/MS). Покрај овие современи биолошки методи за детекција и евалуација на микотоксини, долго време применувана метода била и тенкослојната хроматографија (eng. "thinlayerchromatography", TLC), која поради високите ограничувачки вредности на лимит на квантификација и неможноста за повторување на истата е потполно занемарена (Lini sor., 1998). Според литературните податоци, ELISA е најзастапена метода за одредување на афлатоксин (AFM1) во млеко и млечни производи како и HPLC-FLD и LC-MS/MS метода-

та (Shephardi sor., 2012; Shephard и sor., 2013). Имајќи во предвид дека се работи за детекција и квантификација на многу ниски вредности на микотоксини, методите за нивна квалификација и квантификацијасе исклучително сензитивни. Изборот на методите и аналитичките процедури за нивна квалификација и квантификација, се дефинира од целта и потребата за анализа. Стабилноста на микотоксинитекон различни конзерванси кои се користат во процесот на подготовка и пакување на храната, дополнително влијае како на степенот на нивна токсичност така и на процесот на евалуација и нивен скрининг (CouncilforAgriculturalScienceandTechnology, CAST, 2003). Светската здравствена организација и Организацијата на ОН за храна (eng. "FoodandAgricultureOrganization of theUnitedStates", FAO)укажуваат дека секој внес на афлатоксин поголем од 1 ng/kg телесна маса претставува ризик за појава на канцер. Во Р.Северна Македонија според Правилникот за општите барања за безбедност на храната, максимално дозволеното ниво на афлатоксин AM1 во млекото треба да изнесува 0,05 µg/kg. Во последните неколку години тенденција и тренд на научните достигнувања е да развијат осетливи, точни, едноставни и брзи методи кои ќе овозможат точна и навремена евалуација на најмала концентрација на микотоксини, со единствена цел правилен и постојан биомониторинг и здрава хумана популација(KraljCigićiProsen, 2009).

Референци:

CouncilforAgriculturalScienceandTechnology (CAST). (2003). In: Mycotoxins: RisksinPlant, Animal, andHumanSystems.

CouncilforAgriculturalScienceandTechnology (CAST). (2003). In: Mycotoxins: RisksinPlant, Animal, andHumanSystems. *Occurrence of MycotoxinsinFoodandFeed*(pp. 36-47). Ames, Iowa, USA.

CouncilforAgriculturalScienceandTechnology (CAST). (2003). In: Mycotoxins: RisksinPlant, Animal, andHumanSystems. *ManagementandDetection of mycotoxins*(pp. 86-103). Ames, Iowa, USA. и други

Ертан Јигиз, Ленче Николовска,
Факултет за Медицински науки, Универзитет „Гоце Делчев“ - Штип

ЕФИКАСНОСТ НА ТРАДИЦИОНАЛНАТА КИНЕСКА МЕДИЦИНА ПРИ ЛЕКУВАЊЕ НА ХУМЕРОСКАПУЛАРЕН ПЕРИАРТРИТ

Според традиционалната кинеска медицина, болката во рамото најчесто се должи на периартритис на рамото или повреда на меките ткива, поради инвазија на ветер и студ или засегање на енергетските меридијани или тетивите, кои го попречуваат преминувањето на енергијата Чи (Qi) и крвта и резултираат во болка. За терапевтски цели, Синдромот на смрзнато рамо треба да се разликува од другите повреди кои предизвикуваат вкочанетост и болка во рамото, како што е руптура на ротаторската манжетна. Локализацијата и степенот на повредата се одредува со примена на Функционални тестови или доколку е потребно, рендгенграфија или скенирање.

Многу често смрзнатото рамо поминува само од себе, постепено и без интервенција, но потребни се неколку месеци. Болката при движење на рамото се ублажува со употреба на обични анти-инфламаторни лекови, а кај тешки случаи, краткотрајно може да се користат стероиди. Примената на вежби за истегнување и вежби за зголемување на опсегот на движење во рамото, може значително да го забрза процесот на лекување. Методите на традиционална кинеска медицина, особено акупунктурата, се покажале како многу ефикасни во справувањето со синдромот на смрзнато рамо.

Целта на истражувањето е да се одреди ефикасноста на методите на ТКМ при лекување на пациентите со Хумероскапуларенпериартрит.

МЕТОДИ НА ИСТРАЖУВАЊЕ:

За да се одреди ефективностa на различните методи за традиционална кинеска медицина за намалување на болката и моторниот дефицит кај пациентите со Синдром на смрзнато рамо, користена ја „Кохран базата на



податоци за систематски прегледи“ (CochraneDatabase of SystematicReviews).

Применета е стратегијата за пребарување, препорачана од Кохран Групацијата за нарушувања на движењето (CochraneMovementDisordersGroup), за да пронајдеме релевантни статии за прегледот, користејќи изрази за пребарување, синоними и филтри за регрутирање на клинички испитувања.

РЕЗУЛТАТИ:

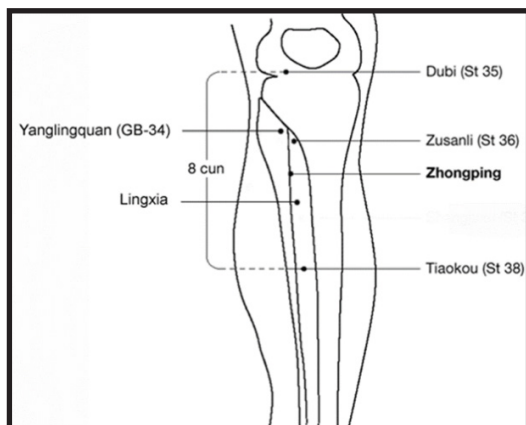
Направен е систематски преглед на голем број контролирани испитувања за да се утврди ефективностa на различните ТКМ методи и интервенции за третман на смрзнато рамо. Добиени се копии на целосни статии и клинички испитувања и истите се класифицирани според видот на интервенцијата:

Еден од најраните кинески извештаи за третман на смрзнато рамо со акупунктура во дистални точки е објавен во 1991 година (1), кој што е заснован на едноставен метод на лекување. Авторот на статијата, ZhangMaohai, се фокусира на една акупунктурна точка, Yanglingquan (GB-34), дистална точкаместена на ногата, која според него е многу поефикасна од акупунктура на повеќе точки. Точката е третирана само од една

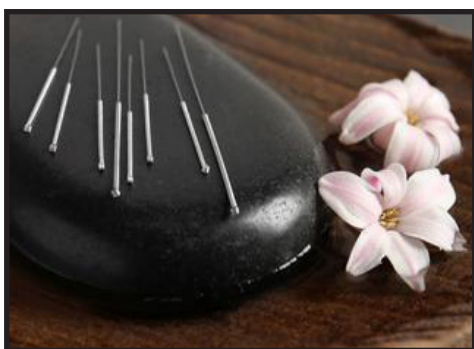
страна, т.е. од истатата страна на засегнатото рамо. Во ретки случаи кога третманот не дава резултат, се прави акупунктура на точката Yanglingquan (GB-34), на ногата од спротивната страна на засегнатото рамо.

Техниката се состои во длабока инсерција на иглата (2,0-2,5 cm), проследена со ротирање и потиснување за да се добие реакција на енергијата Qi; Техниката на редукција се применува кај сите пациенти. Иглата се маневрира на секои 3-5 минути за да се одржи стимулацијата на енергијата Qi. Во меѓувреме, на пациентот му се препорачува да го движи рамениот зглоб. Вкупното време на задржување на иглата изнесува околу 30 минути. Еден курс на лекување трае пет дена и содржи по една акупунктурна сесија секој ден. По спроведувањето на два курса на лекување (со пауза од еден или два дена помеѓу курсевите), фреквенцијата на третманите се намалува на секој втор ден се додека не се постигнат задоволителни резултати. Во случај на акутна болка во рамото, се применува електростимулација на акупунктурните игли (со периодични бранови и силен интензитет)(3). Како резултат на оваа терапија, 64% или 110 од 172 третирани пациенти биле излекувани, а сите останати (со исклучок на 8 пациенти) покажуваат одреден степен на подобрување.

Сличен метод е опишан одFengZhengen(4), со инсерција во дополнителната точка Lingxia на истата страна до засегнатото рамо, лоцирана 2 сантиметри под точката Yanglingquan (GB-34). Точката Sanjian (LI-3) е третирана на раката од спротивната страна на засегнатото рамо. Третманот се прави еднаш дневно во период од 10 дена, проследено со пауза од 2 дена, а потоа се прават уште



10 сесии. На крајот од лекувањето, од вкупно 210 третирани пациенти, кај 158 случаи е постигнато потполно лекување, 40 пациенти е постигнато одредено подобрување, додека кај 12 случаи не се забележани никакви ефекти од лекувањето. Според авторот, изборот на точката Lingxia, наместо точката Yanglingquan (GB-34), се заснова на фактот дека на ова место нашол обележана чувствителна точка која, кога ќе се притисне, ја олеснува болката во рамото. К.О. Sun и неговите колеги во Хонг Конг (5) ја избираат точката Zhongping за третман на смрзнато рамо. Zhongping е дополнителна точка (extrapoint), лоцирана 1 цун под точката Zusanli (ST-36). Се применува длабока инсерција на иглата (2,5 цуни) и стимулација за добивање на De-Qi, проследено со дополнителна стимулација на секои 5-6 минути. Времетраење на задржување на иглата изнесува 20 минути. Третманите се прават двапати неделно, во период од шест недели. Студијата вклучува 22 пациенти во контролна група, (се применуваат само вежби за движење на рамото) и 13 пациенти во експерименталната група (вежби + акупунктура). По завршување на третманот, и кај двете групи се



забележува подобрување, со значителна предност кај пациентите од експерименталната група.

Jorge Vas и Emilio Perea-Millaги споредуваат ефектите од акупунктура во точката Tiaokou (ST-38) за намалување на болката во рамото (6). Успешната примена на Tiaokou (ST-38) кај смрзнато рамо е спомената во една публикација од германски акупунктуристи (7).

Локалните точки избрани за лекување на смрзнатото рамо најчесто се локализирани на меридијанот на тенкото црево, особено од (SI-9) преку (SI-12), кои поминуваат низ областа на рамото. Клучна точка е Bingfeng (SI-12) во зоната на припојување на капсулата на рамото. Точката Bingfeng (т.н. ловец на ветрот) може да се открие со кревање на раката, при што се создава вдлабнување на местото каде е лоцирана точката (8). Се користи за ублажување на болка во рамото придружена со потешкотии при подигање на раката, како што се случува со смрзнатото рамо.

ДИСКУСИЈА:

Како што може да се забележи, ТКМ методите што се користат за третман на смрзнато рамо вклучуваат терапија со акупунктура, електроакупунктура и моксибустија, со изборни различни акупунктурни точки.

Постојат две главни стратегии на акупунктурен третман: вклучувањена локални или дистални точки.

Многу од избраните локални точки сенаоѓаат на рамото, некои други точки се локализирани на засегнатиот меридијан (главно меридијаните на тенкото црево и дебелото црево), подолжина нарацете. Освен локални се користат и дистални точки (акупунктурни точки под коленото).

Акупунктурни точки кои што најчестосе избираат:

Локални точки: Jianyu (LI-15), Bianaо (LI-14) и Quchi (LI-11) на меридијанот на дебелото црево и Jianzhen (SI-9), Bingfeng (SI-12) и Houxi (SI-3) на меридијанот на тен-

кото црево.

Најчесто користени дистални точки се: Yanglingquan (GB-34) и Tiaokou (ST-38), плус неколку дополнителни акупунктурни точки помеѓу и на двестрани од набројаните точки.

Вонеко ислучаи, се применува контралатерален третман. Во други случаи се третираат и локални и дистални точки на засегнатата страна. Многу поретко се користат и локални и дистални точки истовремено.

ЗАКЛУЧОК: Од прегледот на бројните клинички испитувања, може да се заклучи дека, за лекување на лицата со Хумероскапуларен периартрит најчесто се применува конзервативен третман кој вклучува физикална терапија и кинезитерапија, а во последно време за третман на оваа состојба се поатраktivни стануваат методите на традиционалната кинеска медицина, при што посебен акцент е ставен на акупунктурата.

Резултатите од истражувањата за ефектите на традиционална кинеска медицина покажуваат дека кај пациентите лекувани само со конзервативен третман се постигната додека кај пациентите кај кои се применуваат методи на ТКМ се забележува многу поголема ефикасност од лекувањето. Со додавање на акупунктура, електроакупунктура и моксибустија е постигнато драстично намалување на болката и зголемување на обемот на движење во раменскиот зглоб.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

Zhang Maohai, Treatment of per iom arthritis with acupuncture at yanglingquan (GB-34), Journal of Traditional Chinese Medicine; 11(1): 9-10.

Lü Jingshan, The clinical application of yanglingquan (GB-34) point, Journal of Traditional Chinese Medicine; 13(3): 179-181.

Liu G and Wang S, Needling at contralateral yanglingquan in treatment of shoulder peri arthritis: report of 115 cases, International Journal of Clinical Acupuncture; (4): 297-300. и други.

Ангела Адраманова, Невенка Величкова

Центар за трансфузиона медицина - Штип, Факултет за медицински науки, Универзитет "Гоце Делчев" - Штип

ОПШТИ И СПЕЦИФИЧНИ ЛАБОРАТОРИСКИ ТЕСТОВИ ЗА ДИЈАГНОСТИЦИРАЊЕ НА НАСЛЕДНИ КОАГУЛОПАТИИ

(ХЕМОФИЛИЈА И VON WILLEBRAND-ова БОЛЕСТ)

Промените и нарушувањата кои се поврзани со процесот на коагулација на крвта се познати под името коагулопатии. Како резултат на недостатокот или абнормалноста на еден од протеините кои се важни за процесот на коагулација (коагулациони фактори), крвта не е во можност соодветно да коагулира. Во зависност од промените или дефектите во некои од коагулационите фактори (како и причините за нивно настанување), коагулопатиите можат да бидат наследни и стекнати.

Хемофилија

Кај Хемофилија А постои дефицит на факторот VIII и истата е со застапеност од 1 на 4,000-10,000 машки деца додека кај Хемофилија Б (Christmas-ова болест) постои дефицит на фактор IX која афектира 1 на 20,000 машки деца. Начинот на наследување на хемофилијата кај афектираните фамилии е X-врзано рецесивно. Жените-носителите на ген за хемофилија имајќи две копии на X хромозомот (XX) се клинички неафектирани, но со подеднаква можност за пренесување на болниот ген на потомството при секоја бременост, а ризикот за афектирано дете е различен во однос на полот на детето. Мажите кои имаат хемофиличен ген на X хромозомот, поради постојење само на една копија од X хромозомот (XY), се афектирани. Бидејќи таткото го пренесува неговиот Y хромозом на синовите а X хромозомот на ќерките, кога таткото има хемофилија, ниту едно од неговите деца нема да има хемофилија. Дијагнозата на оваа болест се поставува уште во рана возраст. Бидејќи станува збор за

наследно заболување може да се дијагностицира и пренатално со биопсија на хорион ресички до 12 г.н. или со амниоцентеза после 16 недела и екстракција на DNK од фетални клетки. PCR техниката овозможува 99.9% прецизност. Постнатална дијагноза на хемофилија А се заснова на детекција на факторот VIII кај суспектното новороденче. Дијагнозата на хемофилија Б е многу потешка бидејќи новороденото има пониско ниво на коагулациска активност на факторот IX.

и број на тромбоцити продолжено АРТТ.

Причината за патолошкиот наод на АРТТ се открива понатамусо тестирање на индивидуални фактори на коагулација, во случај на сомневање за една од хемофилиите, факторот VIII за хемофилија А или факторот IX за хемофилија Б. АРТТ е тест за коагулација што ја мери ефективноста на внатрешната патека на згрутчување на крвта и може да се користи за откривање на недостатоци и абнормалности кај факторите XII, XI, IX,



Слика 1. Анализатор за рутински и специфични коагулациони тестови

Лабораториски техники и дијагностика

За поставување на дијагнозата најпрво се користат неколку коагулациони параметри: протромбинско време (PT), активно парцијално тромбoplastинско време (APTT), време на крварење и број на тромбоцити. Добиените резултати кај хемофилијата потврдуваат нормално PT, време на крварење

VIII и прекаликреин. Примерокот за АРТТ е плазма сиромашна со тромбоцити добиена со центрифугирање од примерокот - полна крв складирана во цевка со антикоагуланс (3,8% Na-цитрат). Еднаква количина плазма и АРТТ реагентот се мешаат и се инкубираат и се додава калциум хлорид што доведува до формирање на тромб. Време од активирање на системот



за згрутчување до формирање на тромб претставува АРТТ, се мери во секунди и референтниот интервал е 28-37 секунди. Во случај на продолжено АРТТ се прави тест на мешање со нормална плазма, за да се утврди дали станува збор за недостаток на фактор или присуство на инхибитор. Се мери и активност на факторот фон Вилебранд за да се исклучи болеста на Винбранд кај пациенти со намалена активност на факторот VIII. Активноста на факторот IX се мери со модифициран метод на мерење на АРТТ. Активноста за утврдување, се базира на својството што високо разредената плазма на пациенти ја корегира плазматската АРТТ што е недостаток на факторот IX, односно има активност помала од 1%. Примерокот за плазма на пациентот е разреден со пуфер 1: 9 и измешан со плазма со дефицит на фактор IX. Времето потребно АРТТ за формирање на тромб тогаш зависи само од активноста факторот IX во примерокот, бидејќи дефицитната плазма ги содржи сите други фактори на коагулација во вишок. Од претходно направена крива на калибрација, што претставува сооднос на времето на коагулација во секунди и активноста на факторот IX во стан-

дardните разредувања во плазма-та, се определува активност на факторот IX (%) во примерокот.

von WILLEBRAND-ова болест

Фон Вилебрандовата болесте состојба на продолжено или обилно крвавење предизвикано од намалена концентрација (тип 1), структурна абнормалност (тип 2) или недостаток (тип 3) на Von Willebrand-овиот фактор (vWF), важна компонента во процесот на коагулација кој се наоѓа во плазмата, тромбоцити, мегакариоцитите и ендотелни клетки. Тип 1 и тип 2 се наследуваат автосомно доминантно, а тип 3 се наследува автосомно рецесивно. Заболувањето се јавува еднакво кај мажите и кај жените (за разлика од хемофилијата). Инциденцата е околу 2/10.000. Повеќе од 90 проценти од случаите имаат лесна форма (тип 1). Скрининг тестовите за коагулација покажуваат уреден број на тромбоцити, уреден ИНР (интернационален нормализиран однос-помеѓу протромбинското време на пациентот и нормален (контролен) примерок) продолжено време на крварење и понекогаш, малку пролонгиран РТТ. Сепак, стимулите кои го зголемуваат нивото на VWF може да предизвика-

ат лажно-негативни наоди во благи форми на Фон Вилебрандовата болест, затоа анализите за скрининг треба да се повторат.

Тип 1. Нивото на антиген на VWF, функцијата на VWF и фактор VIII е подеднакво намалено, (15-60% од нормалното), а степенот на намалување ја одредува сериозноста на коагулопатијата. Сепак, нивото на антиген на VWF може да се намали до 40% од нормалното, кај здрави лица од крвна група 0.

Тип 2. Во овој тип, кој има неколку подтипови, VWF е нефункционален. Симптомите се потешки од првиот тип.

Тип 3. Е ретко автосомно рецесивно наследно заболување, при што постоењето на VWF не може да се докаже во хомозигот, а изразен е дефицит на фактор VIII. Таквите пациенти имаат сериозен, комбиниран дефект на адхезија на тромбоцити и згрутчување на крвта.

References :

Bosnakovski, D. (2018): Molekularna biologija so genetika, UGD, Stip
Gale AJ. Current Understanding of Hemostasis. Toxiol Pathol. 2011;39(1):273-280.): letocnabiologija, UGD, Stip и други.

Орде Кантарџиоски, Ленче Николовска,
Факултет за Медицински науки, Универзитет „Гоце Делчев“ - Штип

ТРЕТМАН НА МУСКУЛНО-СКЕЛЕТНА БОЛКА

Стресот, неправилното држење на телото или прекумерната физичка активност се најчестите причини за појава на мускулно - скелетна болка. Бидејќи целото тело е покриено со мускулно ткиво, нема човек кој не

на мускулно-скелетна болка. Методи на ТКМ кои што се применуваат при третманот на мускулно – скелетна болка се: акупунктура, акупресура, капинг терапија, гуаша терапија и моксибустија.

биде локализирана во една област, или широко распространета. Болката во долниот дел на грбот е најчестиот вид на болка во мускулно-скелетниот систем.

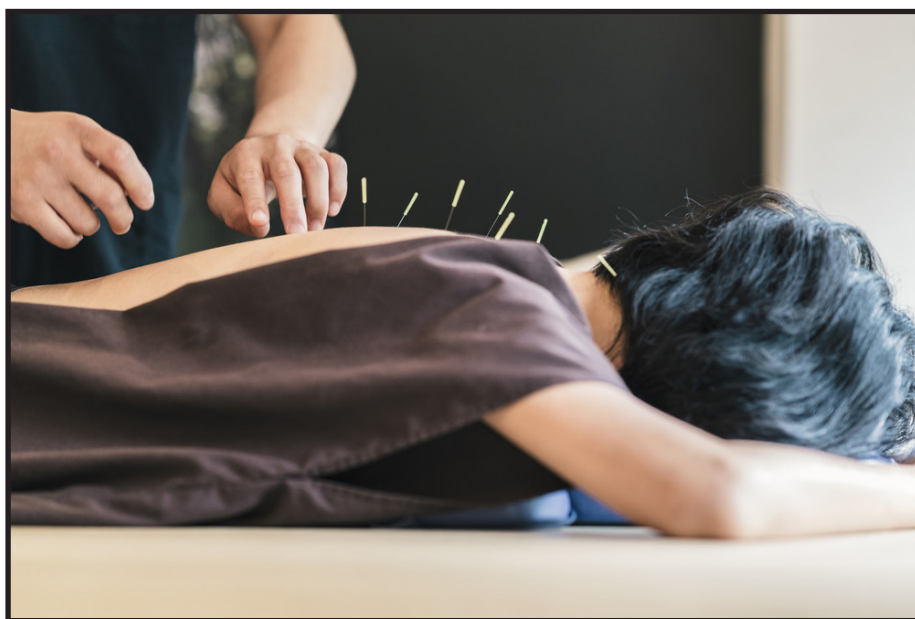
Симптомите на мускулно-скелетни нарушувања вклучуваат болка, слабост, вкочанетост, крцкање на зглобовите и намален опсег на движење. Воспалението може да предизвика болка, оток, топлина, чувствителност, нарушена функција, а понекогаш и црвенило на површината на кожата.

Програмата за рехабилитација на мускулно-скелетниот систем е дизајнирана да ги задоволи индивидуалните потреби на секој пациент, во зависност од специфичниот проблем или болест. Активното вклучување на пациентот и семејството е од витално значење за успехот на програмата.

Третманот на мускулно – скелетна болка вклучува:

- Физикална или окупациона (работна) терапија.
- Примена на топлина или студ.
- Намалување на обемот на работа и зголемување на одморот.
- Намалување на стресот преку релаксациони и биофидбек техники.
- Вежби за зајакнување и истегнување на мускулите.
- Инјекции со анти - инфламаторни лекови во или околу болните места.
- Акупунктура или акупресура

Во последно време, за третман на мускулно-скелетни нарушувања на екстремитетите, пациентите се почесто избираат третман со Акупунктура. Теоретски, акупунктурата го постигнува својот ефект со стимулирање на акупунктурни точки (по должина на енергетските меридијани или вон енергетските меридијани), со или без пене-



почувствувал болка и непријатност во некој дел од мускулите. Оваа состојба може да е изолирана, во само една регија или мускулна група, и генерализирана, кога болката се јавува во мускулатурата по целото тело.

При третманот на мускулно-скелетните болки, освен конзервативен третман со физикална терапија и кинезитерапија се применуваат и различни мануални методи и кинезитераписките техники, како што се: Мекоткивна мобилизација (манипулативна масажа, мобилизирачка Мускулно-енергетските техники (постизометрична релаксација), масажа), Нервно-мускулни техники, Миофасцијалните техники, детекција и обработканатригерни точки, Dry needling и др.

Во последно време научните истражувања покажуваат голема ефикасност на Традиционалната Кинеска медицина при третманот

Цел на истражувањето е да се процени ефикасноста и безбедноста на терапијата со акупунктура кај различни мускулно-скелетни нарушувања.

Вовед: Мускулно-скелетните нарушувања се многу честа и вообичаена појава и претставуваат значителен товар на општеството и здравствениот систем.

Мускулно-скелетна рехабилитација е програма под надзор на лекар наменета за лица со нарушувања или повреда на мускулите, тетивите, лигаментите, зглобовите или коските. Програмите за рехабилитација во мускулно-скелетниот систем честопати можат да ја подобрат функционалноста и способноста на пациентот, да ги намали симптомите и да ја подобри неговата благосостојба. Мускулно-скелетната болка може да

трација на кожата. Предложените механизми на дејствување сугерираат дека стимулирањето на акупунктурните точки го зголемува нивото на ендоморфинот-1, бета ендорфин, енцефалин и серотонин во плазмата и мозочното ткиво и предизвикува аналгезија, седација и закрепнување во моторните функции.

Третманите со акупунктура се спроведуваат според теоријата за ТКМ. Дозирањето на акупунктура во студиите е различно (број на третмани, времетраење, број на акупунктурни точки, димензии на акупунктурните игли). Времетраењето на третманот варира од 3 до 8 недели. Бројот на сесии во еден третман се движи од 8 до 36. Бројот на сесии неделно варира од 1 до 7. Задржувањето на иглата за време на една сесија трае од 20 до 30 минути;

За одредување на ефикасноста на акупунктурниот третман се следат следните параметри:

(1) Самопроценка на закрепнување (Пријавено на скалата на Ликерт [Likertscale]).

(2) Функционално опоравување (Опсег на движење измерено со гониометар; Функционалност измерена со прашалник за здравствениот статус (HealthStatusQuestionnaire); самостојно враќање на своите активности, работа или училиште).

(3) Интензитет на болка (мерено со визуелната аналогна скала [VAS] или нумеричка скала за оценување [NRS]),

(4) Квалитет на живот поврзан со здравјето (Измерен со прашалникот MedicalOutcomesStudy 36-Item Short-FormHealthSurvey [SF-36]).

(5) Несакани настани(Процентите со употреба на инструменти со документирана валидност и сигурност за сериозни повреди (фрактури, дислокации, исчашување).

Резултати и Дискусија: Од прегледот на обемната литература поврзана со проценка на ефикасноста и безбедноста на Традиционалната кинеска медицина (особено акупунктурата) при лекување на мускулно – скелетни нарушувања, резултатите од истражувањата при-

кажани во објавените студии ни сугерираат дека:

(1) Третманот со акупунктура е поефикасен во споредба со оралните стероиди (n = 77).

(2) Акупунктурата при третман на Синдромот на карпален тунел (CTS), е поефикасна и супериорна во споредба со додатоките на витамин Б1 / Б6 (n = 64)

(3) Третманот со Акупунктура има многу поголема ефикасност кај Ахилова тетинопатија во споредба со примената на вежби за Ахилова тетива (n = 69).

(4) Акупунктурата dryneedling е ефикасна за третман на плантарен фасциитис (n = 84).

(5) Резултатите од 130 студии покажуваат дека Електроакупунктурата има голема ефикасност при третман кај повреди на рамото (n = 130)

(6) Истражувањето на Gaduaetal покажува дека третманот со аку-

пунктурата при мускулно-скелетни нарушувања на екстремитетите се неконзистентни. Прегледот на истражувањата им овозможува на клиничарите да донесуваат одлуки засновани на докази во врска со употребата на различни видови на акупунктура за третман на пациенти со мускулно-скелетни нарушувања на екстремитетите врз основа на најсовремената литература. На пациентите со Синдром на карпален тунел и Ахилова тендинопатија може да им препорачат третман со акупунктура и Електроакупунктура за кај пациентите со повреди на рамото.

Користена литература:

1.Jocelyn Cox, DC, Sharanya Varatharajan, BSc, MSc, Pierre Côté, DC, PhD. „Effectiveness of Acupuncture Therapy to Manage Musculoskeletal Disorders of the Extremities: A Systematic Review“ Journal of



пунктура е поефикасен во однос на конвенционалната терапија (инјекција преднизолон, триамцинолонацетонид, инјекција на лидокаин, орална администрација на таблети мелоксикам) при болки во лакот.

(7) Резултатите кај 75 студии покажуваат дека Акупунктурата не е ефикасна при третман на пателофеморалната болка (n = 75)

Заклучок: Од прегледот на резултатите може да се заклучи дека доказите за ефикасноста на аку-

Orthopaedic & Sports Physical Therapy; Published Online: May 31, 2016 Volume 46 Issue 6 Pages 409-429 <https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2016.6270>

2.Kietrys D. M. et al.. Effectiveness of Dry Needling for Upper-Quarter Myofascial Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. J Orthop Sports Phys Ther 43, 620–634, 10.2519/jospt.2013.4668 (2013). [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] и други.

Наташа Лонгурова, Катерина Златановска

Факултет за медицински науки – дентална медицина, Универзитет “Гоце Делчев” - Штип

ПРОФЕСИОНАЛНИ ЗАБОЛУВАЊА КАЈ СТОМАТОЛОЗИТЕ

Стоматологијата е една од професиите со висок ризик за појава на низа професионални заболувања и здравствени нарушувања. Поточно, стоматолошкиот персонал често пати е зафатен од нарушувања на мускулно-скелетниот систем, што вклучува промени во тетивите, мускулите и нервите на раката, зглобот, лактот, горната рака, рамото, вратот и грбот.

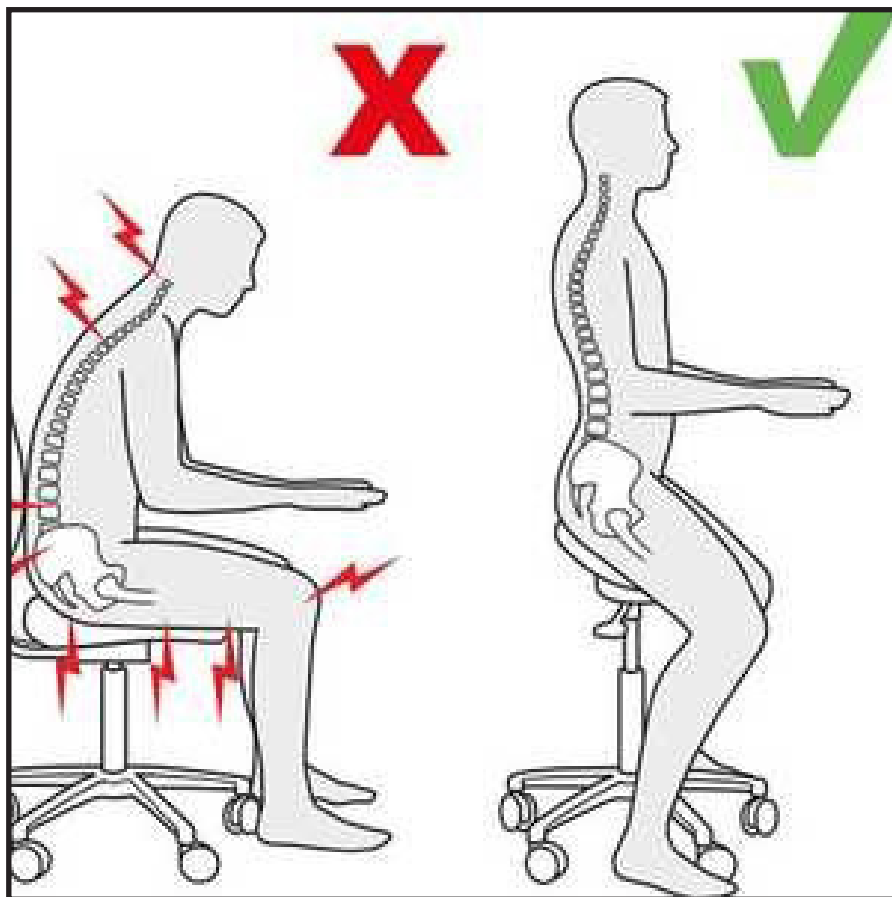
Стоматолозите работат во релативно мал простор на работа во усната шуплина во која визуелизацијата на работната површина е тешка, а нивниот опсег на движење е ограничен и тие често пати прават повторливи движења на горните екстремитети. Токму заради природата на нивната работа, мускулите на вратот и горниот дел од грбот се изложени на пролонгирани изометриски контракции што резултираат со појава на болка.

Покрај тоа, работата во стоматолошка ординација често може да биде поврзана со зголемено ниво на бучава, употреба на уреди за производство на вибрации и зрачење, како и со психолошки стрес предизвикан и од природата на работата и од пренатрупаниот распоред.

Според статистичките податоци, најчести професионални заболувања кај стоматолозите сеследните:

- Мускуло-скелетени заболувања (29.5%)
- Кардиоваскуларни заболувања (21.2%)
- Промени во однесувањето (16.5%)
- Тумори (7.6%)
- Заболувања на нервниот систем (6.1%)

Професионалните болести најчесто се предизвикани од продолжено изложување на специфични супстанции, микроорганизми и околности за професијата и заради постојаната неповолна и здравствена штета на телото во извршу-



вањето на дневните работни задачи. Професионалните заболувања, нивниот третман и превенцијата добиваат поголемо внимание во современата медицина, со повеќекратни врски до ергономијата. Оштетувања на видот се јавуваат како резултат на тоа што интервенциите се одвиваат во „ситно“ работно поле, кое е тешко пристапно и затоа очито се изложени на силен напор и висока фреквенција на акомодација. Полимеризационото осветлување исто директно влијае на ослабнување на видот. Поради ова како последица кај стоматолозите рано се јавува потреба за носење очила за корекција на видот.

Во професионалните заболувања кои што се ризик за стоматолозите се вбројуваат за оштетувањата на слухот кои што се јавуваат како резултат на дистрибуција на звук и

вибрации од туражата на машините, аспираторот и стерилизаторот. Бучава се создава и при комуникација со пациентите, особено во лош организиран процес на работа. Кога сите овие состојби ќе ја надминат физиолошката толеранција како последица доаѓа до намалување на слухот. Од литературните податоци се смета дека оштетувањата на слухот се јавуваат најчесто од професионалните заболувања.

Од оштетувањата што го зафаќаат трбетниот стол се кифоза или сколиоза. Кифоза претставува искривување на грбот на назад (стоматолошка грпка) со набрекната и згрчена грбна мускулатура. Сколиозата кај стоматолозите дава типичен изглед со повисоко лево рамо. Промените се скоро секогаш изразени во вратниот дел на рбетот - искривен и издолжен врат на лево,

слепување на пршлените (цервикален синдром). Како придружени симптоми се јавуваат чести главоболки и миреносни болки.

Кај стоматолозите најчестата дијагноза во пределот на вратот е синдром на тензија на вратот. (eng. tension neck syndrome).

Синдром на тензичен врат се карактеризира со болка што се припишува на мускулите и нивната околна фасција. Тоа е последица на прекумерна употреба на индивидуална група мускули или се јавува како резултат на траума на мускулите стабилизатори на рамото и вратот.

Тремор на рацете се јавува како последица од истрошеност на мускулите и фасциите поради долгометражно непрекинато држење на рацете воиста положба. Кај сите состојби е многу важно рано препознавање на болката, за да се спречи напредувањето на заболувањето.

Болестите на раката и зглобот се вбројуваат во група заболувања предизвикани од кумулативни трауми (eng. Cumulative trauma disorders во понатамошниот текст CTD). Ризик фактори за развој на CTD се повторливи движења, голема сила, неправилна позиција на зглобот, директен притисок, вибрации, продолжени необични и напнати пози.

Синдром на карпален тунел е една од најчестите CTD и е најчестата дијагноза кај стоматолозите во областа на раката и зглобот, но болеста исто така може да влијае на радијалниот и улнарен нерв, тивите на зглобовите и зглобот на раката. Клиничката слика на синдромот на карпален тунел е многу разновидна и зависи од времетраењето и сериозноста компресија на нервите. Нарушувањата во чувствителноста е обично првиот симптом на синдромот на карпален тунел. Хипоестезија во областа на инервација n. medianus, особено изразена во палецот дисталните фаланги и на втората, третата и радијалната половина од четвртиот прст, можат да напредуваат за да се заврши со анестезијата со текот на времето, а опишани се и трофични, т.е. улцеративни проме-

ни на јагодиците на прстите. Понекогаш може да се појави хиперестезија во областа на инервација на нервот.

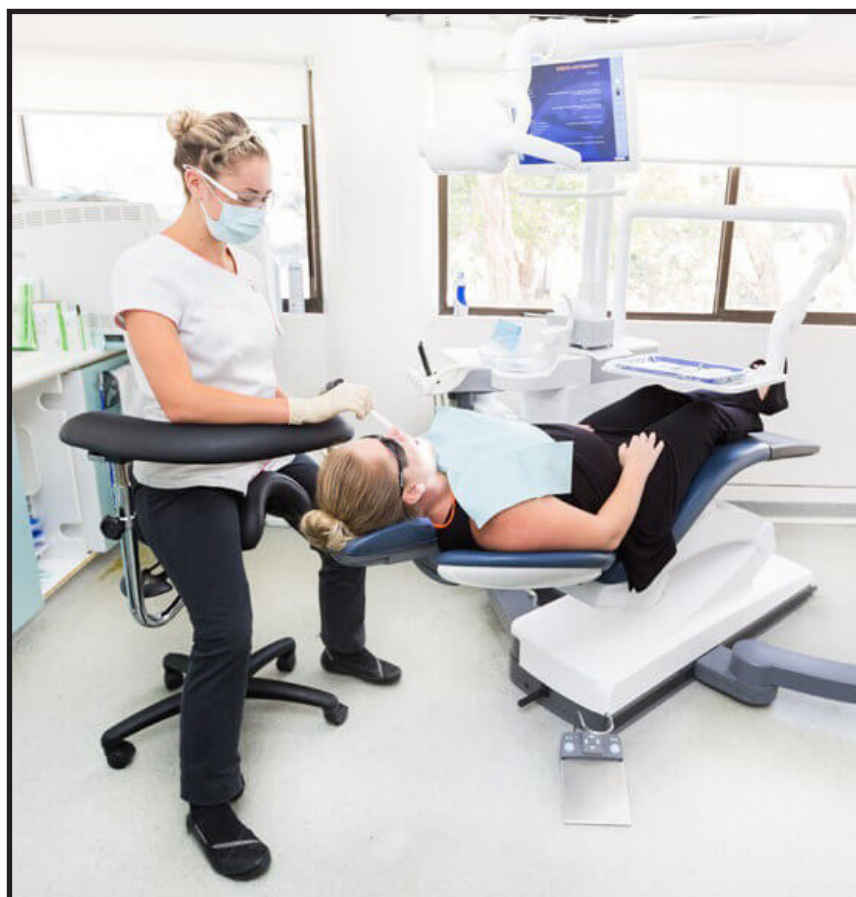
Парестезиите (пекчање, трнење, трнење, чувство на печење) честопати се испровоцирани од држењето на рачниот зглоб во максимална палмарна или дорзална флексија.

Со изложување на потенцијално штетни услови за работа, елиминирање на истите и замена на решенија што се прифатливи и од здравствен и од ергономски аспект, стоматологот може значително да го подобри нивниот професионален живот и ќе го направи поудобен. Минимизирање на ризиците по здравјето на работното место ја зголемува веројатноста за долг и успешен работен век ослободен од многу здравствени проблеми предизвикани од оваа професија. Првенцијата во овој дел би била почеста промена на положбата на работа, правилна исхрана и едукација на стоматолозите. Едукацијата треба да биде насочена кон спознавање на сите негативни последици за да бидат мотивирани

за спортување во слободно време, прошетки, закажување на пациентите на одредени интервали за да може во тие временски интервали да се направат кратки вежби за истегнување и релаксација.

Користена литература

1. Alexopoulos EC, Stathi IC, Charizani F (2004) Prevalence of musculoskeletal disorders in dentists. BMC Musculoskelet Disord
2. Al-Khatib IA, Istayeh M, Barghouty H, Akkawi B (2006) Dentists' perceptions of occupational hazards and preventive measures in East Jerusalem. East Mediterr Health
3. Rafeemanesh E, Jafari Z, Kashani F O, Rahimpour F (2013) A study on job postures and musculoskeletal illnesses in dentists. Int J Occup Med Environ Health
4. Werner RA, Hamann C, Franzblau A (2002) Prevalence of carpal tunnel syndrome and upper extremity tendinitis among dental hygienists. J Dent Hyg 76(2):



Катерина Златановска, Наташа Лонгурова

Факултет за медицински науки – денална медицина, Универзитет “Гоце Делчев” - Штип

ФЛЕКСИБИЛНИ ПРОТЕЗИ КАКО АЛТЕРНАТИВНО РЕШЕНИЕ ПРИ ПАРЦИЈАЛНА БЕЗЗАБНОСТ

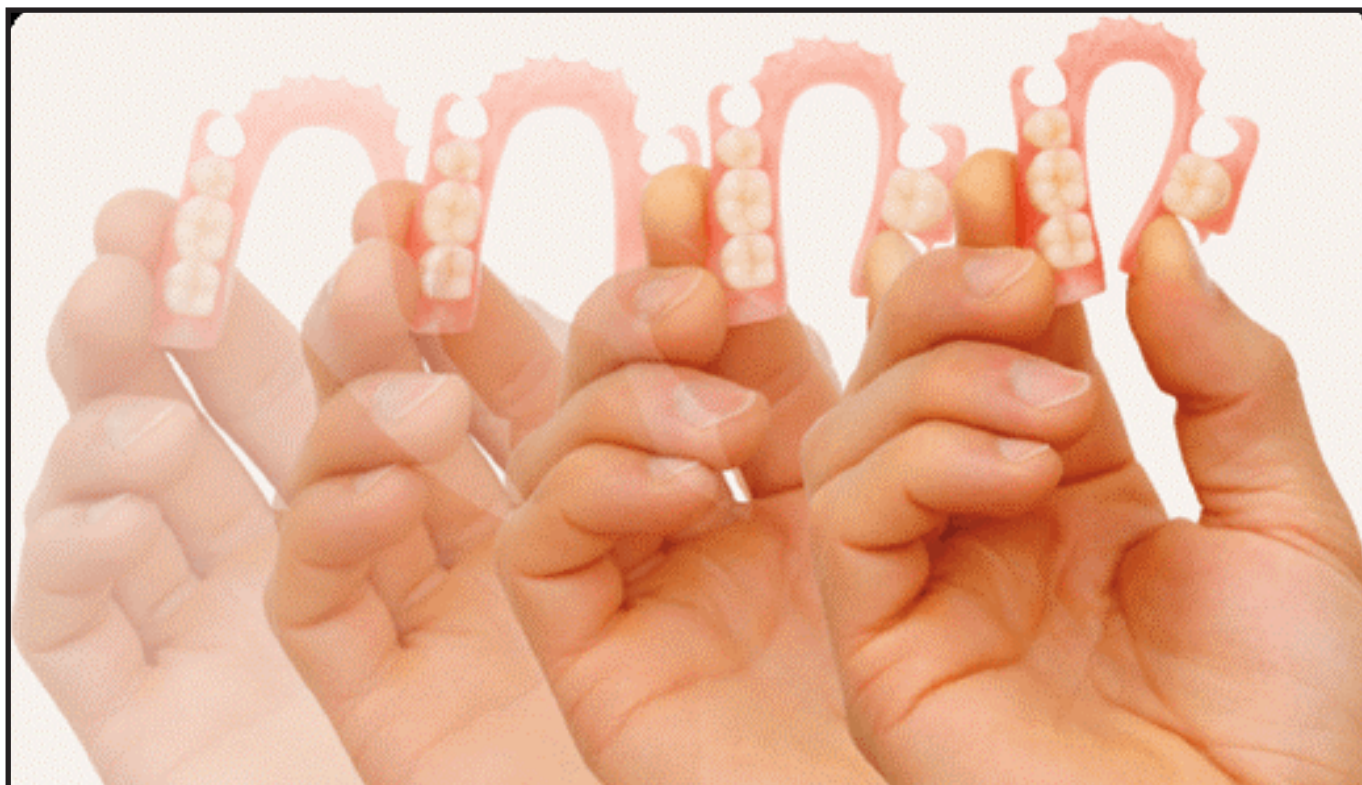
Парцијалното губење на заби може да се должи на траума, заболувања и патолошки промени на меките и на тврдите забни ткива, како и последица на некои други причини, кои освен што влијаат на самодовербата и психолошката состојба на пациентите, целосно ја нарушуваат и нивната естетика, фонетика и функционална оклузија. Во ерата на импланти и фиксна протетика, мобилните парцијални протези сè уште се третман на избор за широк спектар на парцијално беззабни пациенти. Во минатото, пациентите имале ниски очекувања за естетските и функционалните исходи на конвенционалните стоматолошки протези. Меѓутоа, во денешно време очекувањата и барањата на пациентите се зголемија, при што имаме се поголем број пациенти кои бараат стоматолошкиот третман со мобилни протези да го задоволи и естетскиот аспект. Конвенционалните акрилатни парцијални протези имаат свои предности и недостатоци. Како главни недостатоци се вбројуваат тешкотии при поставување во поткопани области, крутост на метил метакрилатот кој води кон фрактури и алергија на метил метакрилат мономер.

Иновацијата на базалниот материјал за протеза од најлон, произведена во 1950-тите го отвори патот за нов вид на протези. Флексибилните протези се одлична алтернатива на конвенционално користените протези од метил метакрилат, кои не само што обезбедуваат одлична естетика и комфор, туку и се прилагодуваат на константното движење и флексибилност кај парцијално беззабни пациенти.

Флексибилниот протезен материјал е достапен во форма на гранули во касети со различни големини. Ова се суперполиамиди кои припаѓаат на семејството најлон. Најлон е смола добиена од дикарбоксилна киселина, диамин, аминокиселина и лактами. Флексибилните протези имаат уникатни предности и придобивки во однос на традиционалната акрилатна протеза:

Ултра-лесни и тенки

Дебелината на материјалот може да варира од 0.6 mm до 1.8 mm, така што секоја флексибилна протеза е пет пати полесна од стандардната акрилатна протеза, која се изработува со широка база и дебелина од 2-3 mm.





Недеформиращки.

Класичната акрилатна протеза, доколку не се носи, подобро е да се стави во чаша вода или во влажна крпа. Причината е едноставна, ако протезата останува сува, има тенденција да ја промени својата форма. Со флексибилни протези овој ризик не постои, бидејќи тие секогаш имаат тенденција да се вратат во нивната оригинална форма. И покрај тоа, стоматолозите секогаш советуваат пациентите да ги држат своите флексибилни протези хидрирани со соодветна течност.

Како и секоја друга стоматолошка изработка, така и флексибилните протези имаат одредени недостатоци. Како главен недостаток првенствено е опишана финансиската вредност на овој вид на протетска изработка: флексибилни протези се малку поскапи во однос на традиционална стоматолошка протеза. Сепак, удобноста и естетиката си имаат своја цена. Дополнителен проблем кај флексибилните протези се јавува кога се менува обликот на лежиштето на протезата. Тешко е да се направи ребазација како кај класични тотални протези.

Доколку дојде до оштетување на протезата постојат неколку можности за нивна поправка. Во повеќето случаи техничарот мора да ги повтори постапките за изработка од почеток.

Користена литература

Anusavice KJ. (1996) 10th ed. Philadelphia: WB Saunders. Phillips' Science Of Dental Materials; p. 238.
Deepak M.V, Veena S, Gangadhar S.A, Aruna B, Geetanjali V, Suraj D.T (2016) Flexible denture - A flexible substitute for Rigid Denture. Pravara Med Rev8(1).и др.

Потенцијално нераскинлива

Најлонската основа ја прави протезата толку флексибилна, затоа може добро да апсорбира случаен пад на земјата за време на оралната хигиена во домот. Поради својата нераскинлива функција, некои брендови како Valplast нудат доживотна гаранција што важи само за флексибилен материјал. Со други зборови, протетските надоместоци (направени од смола или порцелан) не се опфатени со гаранцијата.

Аналергичен и високо биокompatибелен

Полиамидите (исто така познати како термопластични најлонски смоли) не содржат бисфенол (BPA) затоа тоа е најбиокompatибелен материјал за градење на стоматолошки смоли. Полиамидните протези се валидна алтернатива за пациентите кои страдаат од алергии на акрилатни смоли или одредени метали како што се

хром и кобалт што се користат во рамките на традиционалните парцијални протези.

Удобно чувство и одлична естетика.

Придобивка на флексибилните протези е голема удобност. Тие се прилагодуваат на постојаното движење и флексибилност во устата. Благодарение на меките материјали, тие не предизвикуваат иритација на гингивата. Бидејќи нема метални ретенциони елементи околу природните заби, тие се практично невидливи. Бојата на основниот материјал се меша со природната боја на непцата во уста.

Отпорен на дамки и мирис.

Дури и ако флексибилната делумна протеза е поотпорна на мирис и дамки (пигментацијата од кафе, чај, чад од цигари и вино) отколку традиционалните акрилатни протези, сепак треба да бидат правилно чистени и одржувани.

ЗАШТИТИ СЕ!



Да носиме
заштитна маска



Често да ги
миеме рацете



Да одржуваме
2 метра растојание

