ACIBADEM | SISTINA

Plus

ВАШИОТ БЕСПЛАТЕН ПРИМЕРОК

БРОЈ 30

TAVI
ЗАМЕНА НА СРЦЕВИОТ ЗАЛИСТОК БЕЗ РЕЗ

ЕНДОСКОПСКИ ТРЕТМАН НА БЕЛОДРОБНИ ТУМОРИ

АНЕМИЈА ПОРАДИ ДЕФИЦИТ НА ЖЕЛЕЗО

ЗОШТО СРЦЕТО МИ ЧУКА ЗАБРЗАНО?

ИНХАЛАТОРНА ТЕРАПИЈА КАЈ ДЕЦА

РИЗИК ОД ПРЕКУМЕРНА ИЗЛОЖЕНОСТ НА СОНЦЕ

Brief Summary of Acibadem Sistina Plus in English is available inside

БЕЗ ЧУВСТВО НА НАДУЕНОСТ!

СЕКОЈ ДЕН!

ЗА ПОДОБРО ЗДРАВЈЕ

benefit.com.mk
#benefitzdravje

Сведоци сме на брзината со која медицинските трендови се менуваат и докажуваат зошто медицината е наука која бара постојано истражување и надградување. Поставувајќи го пациентот како приоритет, медицинските институции работат на изнаоѓање **нови технологии и решенија** кои ќе донесат позитивни резултати во третманот и на најтешките болести.-

Како едно од поновите достигнувања во кардиохирургијата е **минимално инвазивниот третман** на голем број срцеви нарушувања. Во овој Acibadem Sistina Plus ви ја претставувам револуционерната **TAVI процедура** со која се врши замена на срцевиот залисток без рез. По голем број изведени процедури во референти кардиохируршки центри, подготвен сум со мојот тим за првпат да ја изведеме и во Република Македонија, тука во „Ацибадем Систина“.

Со гордост ви најавувам силен подем и на **реконструктивната хирургија на залистоци** со што главниот бенефит на пациентите е краток болнички престој, мала траума и здраво срце. Среќен сум што нашата болница беше организатор и домаќин на еден од главните настани кои ја одбележаа не само сегашноста, туку и **иднината на трансплантацијата во Македонија.** Како кардиохирург кој во 2017 година го вградив првото вештачко срце во регионот, ми претставува чест што сум дел од болница која во трансплантацијата гледа предизвик, но и реалност.

Поддршката на експертите од Здравствената групација „Ацибадем“, нивното искуство и експертиза се уште една потврда дека пациентите на „Ацибадем Систина“ ќе можат во иднина да ги користат **бенефитите на регенеративната медицина и трансплантацијата како ефикасни решенија,** пред сè во кардиохирургијата.

Со почит,

Проф. д-р Александар Николиќ

Шеф на Оддел за кардиохирургија

Plus
ACIBADEM | SISTINA

Главен извршен директор на Клиничка болница „Ацибадем Систина“: Јордан Камчев
Директор на маркетинг и корпоративни комуникации: д-р Јана Марин
Главен и одговорен уредник: Данка Пецаноска
Медицински уредник: Прим. д-р Љупчо Стојковски
Уредник на дизајн: Дарко Дојчиновски
Технички дизајн: Анета Илиевска, Марјан Крстев

Издавач: „ОК Идеа“ за потребите на Клиничка болница „Ацибадем Систина“
Подготовка: Маркетинг агенција „ОК Идеа“
Извршен директор: Сашо Нефовски
Адреса: ул. „Скупи“ 3А
Контакт: +389 2 3099 640

Маркетинг и реклама: Николина Делова
Email: plus@acibademsistina.mk
Контакт: +389 2 3099 552
Печати: Печатница СЕРАФИМОВСКИ ДОО Скопје

стр. 46

ПРОФ. Д-Р АЛЕКСАНДАР НИКОЛИЌ

Дипломирал во 1990 година на Медицинскиот факултет во Нови Сад, Србија. Магистрирал во 2000 година на Медицинскиот факултет во Белград, Србија, а во 2005 година станал доктор на медицински науки на истиот факултет.

стр. 34

ПРОФ. Д-Р ВЛАДИМИР ДИМОВ

Дипломирал во 1981 година на Медицинскиот факултет на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје. Специјализација по општа хирургија завршил во 1988, супспецијализација по дигестивна хирургија завршил во 1991, а докторирал во 1997 на истиот факултет.

Д-Р БОРИСЛАВ ИЛИЕВ

Дипломирал во 1993 година на Медицинскиот факултет во Скопје. Специјализација по ортопедија завршил во 2001 година на истиот факултет.

стр. 12

Д-Р СЛОБОДАН ЛАЗАРЕВСКИ

Дипломирал во 1984 година на Медицинскиот факултет на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје. Специјализација по гинекологија и акушерство завршил во 1992 година на истиот факултет.

стр. 14

стр. 20

Д-Р ВИОЛЕТА ФИЛИПЧЕ ДИРЈАНСКА

Дипломирала во 1979 година на Медицински факултет на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје. Специјализација по медицинска биологија завршила во 1985 на истиот факултет.

стр. 26

Д-Р ЉУЉЗИМ АГАИ

Дипломирал во 1987 година на Медицинскиот факултет во Приштина. Во 1996 година специјализира неврохирургија на Медицинскиот факултет на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје.

М-Р Д-Р ДАНИЕЛА ПРОЈЕВСКА

Дипломирала во 1990 година на Медицинскиот факултет на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје. Специјализација по интерна медицина завршила во 1997 година, а во 2001 година магистрирала. Супспецијализација по кардиологија завршила во 2008 на истиот факултет.

стр. 74

Д-Р ЛИЛЈАНА МУРАТОВСКА

Дипломирала во 1994 година на Медицинскиот факултет во Скопје. Специјализација по нуклеарна медицина завршила во 2004 година на истиот факултет.

стр. 14

40° C НА СОНЦЕ
15 GB ПОД СЕНКА
НАЈДОБРАТА ПРИПЕЈД ПОНУДА
Ова лето, најбрзиот интернет нека биде вашиот најдобар пријател!
Одберете нова припејд СИМ картичка од Телеком и уживајте во долгите топли денови со дури 15 GB вклучен интернет и неограничени разговори кон сите домашни мрежи.
Дознајте повеќе на telekom.mk, на 122 или во најблиската Телеком продавница.
СПОДЕЛИ ДОЖИВУВАЊА
Понудата е достапна со секоја нова припејд СИМ картичка со вредност од 1,199 денари, која вклучува интернет и бесплатни разговори кон сите домашни мрежи достапни за користење 30 дена од моментот на активирање на картичката.

стр. 28

Д-Р МИТКО ИВАНОВСКИ

Дипломирал во 1991 година на Медицинскиот факултет во Скопје. Специјализација по гинекологија и акушерство завршил во 1998 година, а во 2001 година магистрира на истиот факултет. Во 2010 година докторирал во областа на здравствениот менаџмент. Во 2014 година докторира на Медицинскиот факултет во Скопје. Од 2015 година е професор на Европскиот универзитет, Скопје.

стр. 24

М-Р Д-Р ДИМИТАР ТРАЈКОВ

Дипломирал во 1997 година на Медицинскиот факултет на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје. Специјализација по интерна медицина завршил во 2004 година, во 2007 година магистрирал, а во 2013 година завршил супспецијализација по гастроентерохепатологија на истиот факултет.

ПРИМ. Д-Р ДУШКО ФИДАНОВСКИ

Дипломирал во 1985 година на Медицински факултет во Скопје. Специјализација по педијатрија завршил во 1994 година, а докторат одбранил во 2006 година на истиот факултет.

стр. 28

Д-Р ТАЊА ЈОВАНОВА

Дипломирала во 1993 година на Медицинскиот факултет на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје. Специјализација по педијатрија завршила во 2002 година на истиот факултет.

стр. 18

стр. 32

Д-Р ДРАГАН СМИЛЕВСКИ

Дипломирал во 1995 година на Медицинскиот факултет во Скопје. Специјализација по хирургија завршил 2001 година на истиот факултет.

стр. 38

Д-Р ДАНИЕЛА ЈОВАНОВА

Дипломирала во 1990 година на Медицинскиот факултет на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје. Специјализација по гинекологија и акушерство завршила во 1996 година на истиот факултет.

Д-Р СТАНКА ТАНЧЕВА КРСТЕВСКА

Дипломирала во 2000 година на Медицинскиот факултет во Скопје. Специјализација по педијатрија завршила на истиот факултет во 2007 година.

стр. 42

Д-Р ЈАСМИНКА ЈОШЕВА

Дипломирала во 1997 година на Медицинскиот факултет во Скопје. Специјализација по радиологија завршила во 2002 година на истиот факултет.

стр. 50

СО ЛЕСНО!

КРЕДИТ ЗА ПОРОДУВАЊЕ ВО ACIBADEM | SISTINA

- плаќање до 48 месечни рати
- без трошоци за предвремена отплата
- без жиранти
- едноставно аплицирање

СТОПАНСКА БАНКА
а.д. Битола

www.stbbt.mk

стр. 54

М-Р Д-Р ИВАН ТРАЈКОВ

Дипломирал во 1994 година на Медицинскиот факултет на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје. Специјализација по интерна медицина завршил во 2000 година, а во 2004 година магистрирал на истиот факултет. Супспецијализација по кардиологија завршил во 2007 година.

стр. 58

Д-Р ИЛИЈА МОСТРОВ

Дипломирал во 1986 година на Медицинскиот факултет во Скопје. Специјализација по општа хирургија завршил во 1997 година на истиот факултет. Супспецијализација по пластична и реконструктивна хирургија завршил во 2001 година.

Д-Р ДРАШКО ДИМЕСКИ

Дипломирал во 1979 година на Медицински факултет во Скопје. Специјализација по педијатрија завршил во 1990 година на истиот факултет. Супспецијализација по педијатриска кардиологија и постдипломски студии по фетална кардиологија завршил во 1996 година на Академијата за високи медицински науки во Бергамо во склоп на Медицинскиот факултет во Пиза, Италија.

стр. 60

Д-Р МИРОСЛАВ ТЕМЕЛКОВСКИ

Дипломирал 1980 година на Медицинскиот факултет во Скопје. Специјализација по гинекологија и акушерство завршил во 1987 година на истиот факултет.

стр. 76

стр. 72

Д-Р ОЛИВЕР ЈОВКОВСКИ

Дипломирал во 1997 година на Медицинскиот факултет во Скопје. Специјализација по интерна медицина завршил во 2003 година, а супспецијализација по пулмологија и алергологија завршил во 2010 година.

стр. 14

ПРОФ. Д-Р ЧЕДОМИР ДИМИТРОВСКИ

Дипломирал во 1973 година на Медицинскиот факултет на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје. Специјализација по интерна медицина завршил во 1980 година, а магистрирал во 1988 година на истиот факултет. Докторирал во 1990 година. Во 1995 година студирал андрологија на Универзитетската болница Еразмус (Erasmus University Hospital) во Холандија.

Д-Р ФРОСИНА АДАМОВСКА

Дипломирала на Медицинскиот факултет во 2003 година во Скопје. Во 2012 година станала специјалист по општа хирургија на истиот факултет.

стр. 36

Д-Р ДАНИЕЛ ЈАКИМОСКИ

Дипломирал во 2004 година на Медицинскиот факултет во Скопје. Специјализација по општа хирургија завршил во 2014 година на истиот факултет.

стр. 62

АУДИОБМ
СЛУШНИ АПАРАТИ
www.audiobm.mk

bernafon

ZERENA

DECS™

СО НАЈСОВРШЕНИОТ ПРЕМИУМ
СЛУШЕН АПАРАТ ДО НАЈПРИРОДЕН ЗВУК

bernafon
Your hearing · Our passion

Made for
iPod iPhone iPad

Имаме договор со ФЗОМ

Закажете БЕСПЛАТНА аудиометрија
и проба на слушен апарат на: 02/3179-388

СОДРЖИНА

28 ПО 10 ГОДИНИ БОРБА ЗА ПОТОМСТВО, ДЕНЕС ЖИВЕЕМЕ ЗА СОФИЈА

14

54

34 АБДОМИНАЛНА ХИРУРГИЈА БЕЗ РЕЗ

64 „АЏИБАДЕМ СИСТИНА“ ПОДГОТВЕНА ДА БИДЕ ИДНИНАТА НА ТРАНСПЛАНТАЦИЈАТА ВО МАКЕДОНИЈА

3 Едиторијал

4 Соработници

10 Содржина

12 Хируршки третман на повторувачка нестабилност на рамениот зглоб

14 Не можете да забремените? – Проверете ја тироидната жлезда!

18 Инхалаторна терапија – давајте ја само по препорака на лекар

20 Сидеропенична анемија – анемија поради дефицит на железо

24 ERCP - златен стандард во дијагноза и третман на болести на жолчното кесе, жолчните патишта и панкреасот

26 Повреди на глава кај деца

28 По 10 години борба за потомство, денес живееме за Софија

32 Прецизна дијагноза и третман на тумори на дојка во почетна фаза

34 Абдоминална хирургија без рез

36 Чир на желудник и двнаесетпалечното црево

38 Преекламсија - зошто е важно да ја откриете на време!

42 Како полесно да се изборите со цревните инфекции

46 TAVI - замена на срцевиот залисток без рез

48 Краниофацијални деформитети – реконструктивна ортогнатна хирургија

50 Магнетна резонанца на фетус - безбедна метода за откривање аномалии кај плодот

54 Зошто срцето ми чука забрзано?

58 Прекумерна изложеност на сонце – ризик за канцер на кожа?

60 Фетална ехокардиографија - скрининг за најрано откривање срцеви мани кај фетусот

62 Имобилизација и транспорт кај најчести трауми

64 Вести

72 Ендоскопски третман на белодробни тумори

74 HISPA центар

76 Ендометриоза

Brief summary in English 81

HiPP

За највредното во животот.

HiPP Јуниор млеко:

Со витамин Д За силни коски.

HiPP 3 JUNIOR COMBIOTIC® млеко:

За здрав раст на децата им се потребни важни хранливи материи: Витамин Д, природни млечно кисели култури, калциум, јод, железо и диететски влакна. HiPP 3 JUNIOR COMBIOTIC® млекото ги обезбедува овие основни градбени блокови за раст и содржи неопходни хранливи материи кои се соодветни за возраста и во количини кои му се потребни на детето.

За ова гарантирам со моето име. Stefan Rijs

www.facebook.com/HiPP.Macedonia

hipp.mk

ХИРУРШКИ ТРЕТМАН
НА ПОВТОРУВАЧКА НЕСТАБИЛНОСТ НА РАМЕНИОТ ЗГЛОБ

Повторуваната луксација (исчанчување) на рамениот зглоб е честа повреда, настанува како последица на траума и најчесто анатомски дефицит (недоразвиеност или дефект од повторувачки повреди) на одредени структури на рамениот зглоб. Во најголем процент случаи се работи за предна луксација на рамениот зглоб.

Д-р Борислав Илиев, хирург ортопед, вели дека важен дел за поставување на дијагнозата се податоците кои ги дава повредениот пациент. Најчесто станува збор за траума (во најголем број случаи спортска), пад и многу ретко повреда која во нормални околности не доведува до изместување на рамениот зглоб.

СИЛНА БОЛКА ВО РАМОТО

И покрај тоа што повредата е честа, клиничката слика е драматична, повредениот се жали на силна болка, неможност за изведување на какво било движење во рамениот зглоб. Се препознава по положбата на раката која обично пациентот принудно ја држи прилепена за градниот кош, како и присуство на видлив деформитет во форма на еполета во предел на изместеното рамо.

КАКО СЕ ДИЈАГНОСТИЦИРА?

Дијагнозата се поставува врз основа на податоците за начинот на настанување на повредата, клиничкиот преглед се разбира колку дозволува пациентот поради присуството на болката и контролната РТГ-снимка, која секогаш се прави во два правци.

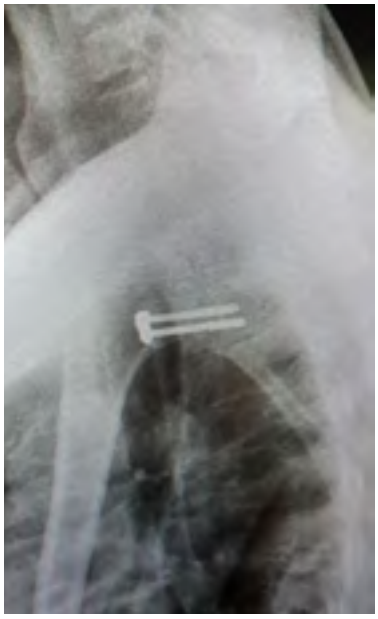
ТРЕТМАН

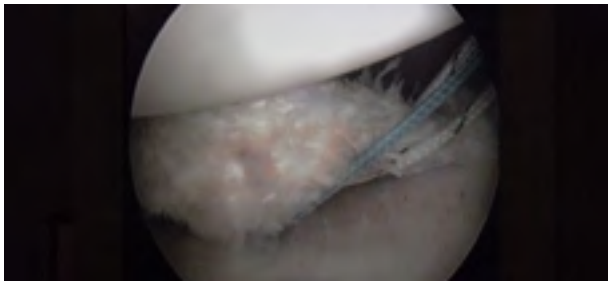
Важна е брза репозиција на изместеното рамо поради опасноста од развој на невроваскуларни повреди. Истата најчесто се изведува во краткотрајна анестезија по која се поставува имобилизација (мителa).

Важноста од брзата репозиција и правилно поставената имобилизација, како и времетраењето на носење на истата ја потврдува познатиот шведски ортопед Ховелиус, кој докажал дека правилно поставената имобилизација по некрвава репозиција на изместено рамо и носењето на истата за период од 4 недели во отсуство на анатомски дефект на рамото дава излекување во преку 90 % од случаите.

„Обично тука настанува грешка во лекувањето кога поради некомпетентноста на лекарот или несериозноста и несработката на пациентот времетраењето на имобилизацијата е скратено на период од една до две недели, што е краток период за зараснување на меките ткива околу рамениот зглоб и поради што за краток период настанува повторна луксација или релуксација, ново изместување на рамото што обично ја третираме оперативно“, вели д-р Илиев.

Хируршкиот третман се состои во правилна предоперативна проценка на случаите која подразбира добро земена анамнеза од пациентот, ортопедски преглед кој се состои во повеќе дијагностички тестови, магнетна резонанца на рамото најчесто со контраст и користење на одредени резултати врз основа на кои се одредува типот на соодветниот оперативен зафат.





„Го користиме т. н. ISIS score (instability severity index score), промовиран од францускатa школа за хирургија на рамо врз основа на кој се донесува одлука за тоа каков тип оперативен третман ќе се спроведе кај пациентот. ISIS score се состои од анализа на возраста на пациентот (над и под 20-годишна возраст), тип на спортот со кој се занимава пациентот (over head high energy sport), евентуално присутна назначена лабавост на сите зглобови (laxitas), присуство на Hill – Sachs лезија на главата на хумерусот и постоење на коскен губиток на гленоидот (bony Bancart lesion)“, објаснува д-р Илиев.

Оперативниот третман се состои во артроскопска стабилизација на предниот лабрум, тоа е анатомски дел од капсулата која го обвиткува рамото во предел на чашката (гленоид) со помош на таканаречени ресорптивни сидра или во мини отворена процедура за предна стабилизација на рамото по методата на Латарјет. Постоперативната имобилизација и физикалната терапија зависат од типот на оперативниот зафат. Препорачано време на постоперативна имобилизација е од 4 до 6 недели. Просечното време на комплетно заздравување по интервенцијата изнесува 4 – 6 месеци.

НЕ МОЖЕТЕ ДА ЗАБРЕМЕНИТЕ?

ПРОВЕРЕТЕ ЈА ТИРОИДНАТА ЖЛЕЗДА

Голема студија на 120.000 бремени жени покажала дека 15,5% имале намалена функција на тироидната жлезда, а 5,5% имале зголемена функција, а овие состојби воделе до инфертилност. Неправилната работа на тироидната жлезда предизвикува низа симптоми кои ако не се откријат навремено може да доведат до сериозни компликации.

Кога брачен пар ќе се соочи со неможност за забременување на жената, во неопходниот процес кој следи секако спаѓа откривање на потенцијалните причини кои влијаат на проблемите со плодноста. Неплодност или стерилитет може да предизвикаат бројни фактори. Во голем број случаи, најголеми „виновници" за стерилитет се хормоналните нарушувања кај жената, било да е тоа неправилното лачење на естрогеном или синдромот на полицистични јајчници, како и несоодветна функција на тироидната жлезда.

Оваа жлезда со изглед на пеперутка сместена на предната страна на вратот е одговорна за лачење хормони кои го регулираат метаболизмот. Нивното оптимално ниво влијае на функцијата на кардиоваскуларниот, респираторниот и нервниот систем, на системот на органите за варење, но има и големо значење за правилно функционирање на репродуктивниот ситем т. е. на половите хормони. Токму поради ова влијание, проблемите со функцијата на тироидната жлезда може да претставуваат една од потенцијалните причини за стерилитет. Поради тоа неможноста за забременување е еден од сигналите за посета на лекар и за проверка на функцијата на тироидната жлезда.

ВРСКАТА МЕЃУ СТЕРИЛИТЕТОТ И НЕПРАВИЛНАТА ФУНКЦИЈА НА ТИРОИДНАТА ЖЛЕЗДА

Д-р Лилјана Муратовска, специјалист по нуклеарна медицина, објаснува дека во тироидната жлезда се создаваат два важни хормони, тријодотиронин (Т3) и тироксин (Т4). Нивната работа ја регулира трет хормон кој се лачи во хипофизата во мозокот и се вика тиреостимулирачни хормон (ТСХ). Во нормални состојби лачењето на хормоните е добро регулирано, а проблеми се јавуваат кога жлездата создава помалку или повеќе тироидни хормони. На тој начин се нарушува нејзиното функционирање, односно настануваат нарушувања како хипотироидизам и хипертироидизам, а согласно на тоа доаѓа до забавување или до забрзување на метаболизмот.

Ненавремено дијагностицирани и нелекувани нарушувања на тироидната жлезда може да имаат негативни последици на плодноста и кај мажите и кај жените. За нормално функционирање на тестисите и јајчниците, неопходно е и правилно функционирање на тироидната жлезда. „Се проценува дека неправилностите во функцијата на тироидната жлезда се едни од најчестите ендокринолошки нарушувања, а податоците покажуваат дека жените заболуваат дури за 5 до 10 пати почесто од мажите“, вели проф. д-р Чедомир Димитровски, ендокринолог.

НЕРЕДОВНИ ЦИКЛУСИ И НАРУШЕНА ОВУЛАЦИЈА

Кога тироидната жлезда лачи помалку хормони настанува состојбата на хипотироидизам. Симптоми кои ја следат се губиток на апетит, а зголемување на телесната тежина, замор, поспаност, безволност, депресија, болки во мускулите, сува кожа и коса, тврда столица, отоци по телото. Освен ова, кај жените предизвикува и нерегуларни менструални циклуси (слаби менструални крвавења и понекогаш дури изостанок на циклусот, или, пак, појава на обилни менструални крвавења). Дури и ако менструалните циклуси се регуларни, постои можност за нарушување на фертилноста поради нарушена овулација. Она што е карактеристично кај хипотиреозата е често зголемено ниво на пролактин, хормонот кој стимулира создавање мајчино млеко. Исто така може да се јават и неправилности во лутеинската фаза од менструалниот циклус, т. е. во периодот кој трае од овулацијата до почетокот на менструацијата. Оваа фаза нормално трае од **12 до 16 дена** во тек на која доаѓа до зголемување на нивото на естроген и прогестерон. Но кај жените со хипотиреоза оваа фаза трае пократко од **10 дена**, што директно ја нарушува овулацијата и на тој начин негативно влијае на плодноста. Доколку дојде до забременување, може да се појават компликации и зголемен ризик од загуба на плодот.

„Тоа настанува бидејќи во тек на бременоста се забрзува метаболизмот, а тироидната жлезда со намалена функција не може да ги следи метаболните промени, поради што доаѓа до потенцијални проблеми со бременоста. Освен тоа, хипотиреозата може да предизвика и долгорочни проблеми со тироидната жлезда на мајката, а бидејќи тироидните хормони се важни за развојот на нервниот систем кај бебето, потребно е нивно редовно контролирање во тек на бременоста и навремено реагирање во случај на нивно нарушување“, вели д-р Муратовска.

Кај зголеменото лачење тироидни хормони или кај хипертироидизмот покрај симптомите како неправилна и забрзана срцева работа, треперење, замор и изнемоштеност, дијареа, зголемена нервоза и промени во расположението, често настануваат и пореметувања во овулацијата. Тие се манифестираат како нередовен, најчесто продолжен менструален циклус, што води до неможност за забременување. Ако, пак, се реализира бременост, се јавува зголемен ризик од спонтан абортус.

Ако подолго од 6 месеци до 1 година безуспешно се обидувате да забремените, проверете го нивото на хормоните на тироидната жлезда кај вас и вашиот партнер.

ПРОБЛЕМИ И КАЈ МАЖИТЕ

Тироидните нарушувања, иако поретко, се јавуваат и кај мажите и може да бидат причина за машка неплодност. Влијаат на намалено либидо, на потенцијата, на еректилна дисфункција и нарушена морфологија на сперматозоидите. Се јавуваат речиси истите симптоми како кај жените. Хипертиреозата кај мажите се манифестира и со нарушување на нивото на тестостерон и на естроген, а како последица на тоа се јавува гинекомастија, т. е. зголемување на дојките. Кај хипотиреозата може да дојде до снижување на нивото на тестостерон, а зголемување на нивото на пролактин, што влијае на намалување на сексуалната желба и потенцијата кај мажите.

ДИЈАГНОЗА И ТЕРАПИЈА

Една од причините зошто е важно редовно контролирање на функцијата на тироидната жлезда е тоа што зависно од сериозноста на хормоналниот дисбаланс, симптомите може да бидат благи и самото нарушување на функцијата на тироидната жлезда може да остане неоткриено со години. Дури и благи форми на тироидни болести може да бидат причина за неможност за забременување.

Поставување соодветна дијагноза е со добар клинички преглед, проверка на нивото на ТСХ, Т3 (или ФТ3) и Т4 (или ФТ4) хормоните во крвта и ултразвучен преглед на вратот. Во зависност од дијагнозата се одредува и соодветна терапија. За забременување е важно да се одреди и нивото на антитироидни антитела (аТПО и аТГ) бидејќи е докажано дека спонтани абортуси се јавуваат двапати почесто кај жени кои ги имаат овие антитела. Тироидните антитела од крвта на мајката поминуваат низ постелката и може да влијаат негативно на плодот и да доведат до негово губење. Поради ова мерење на нивото на тироидните хормони и тироидните антитела треба да бидат во пакетот на тестови за неплодност.

Ако кај жена која сака да забремени има нарушена функција на тироидната жлезда, бременоста мора да се планира во период кога болеста е добро регулирана бидејќи ембрионот за формирање на своите органи и системи користи исклучиво тироидни хормони од мајката.

Прв сигнал за тревога е нарушување на менструалниот циклус и сите жени кои имаат вакви проблеми треба на време да бидат тестирани за функцијата на тироидната жлезда. Ризични групи се идни мајки кои веќе имале спонтани абортуси, имаат зголемено ниво на шеќер во крвта или имаат фамилијарна предиспозиција за тироидни болести.

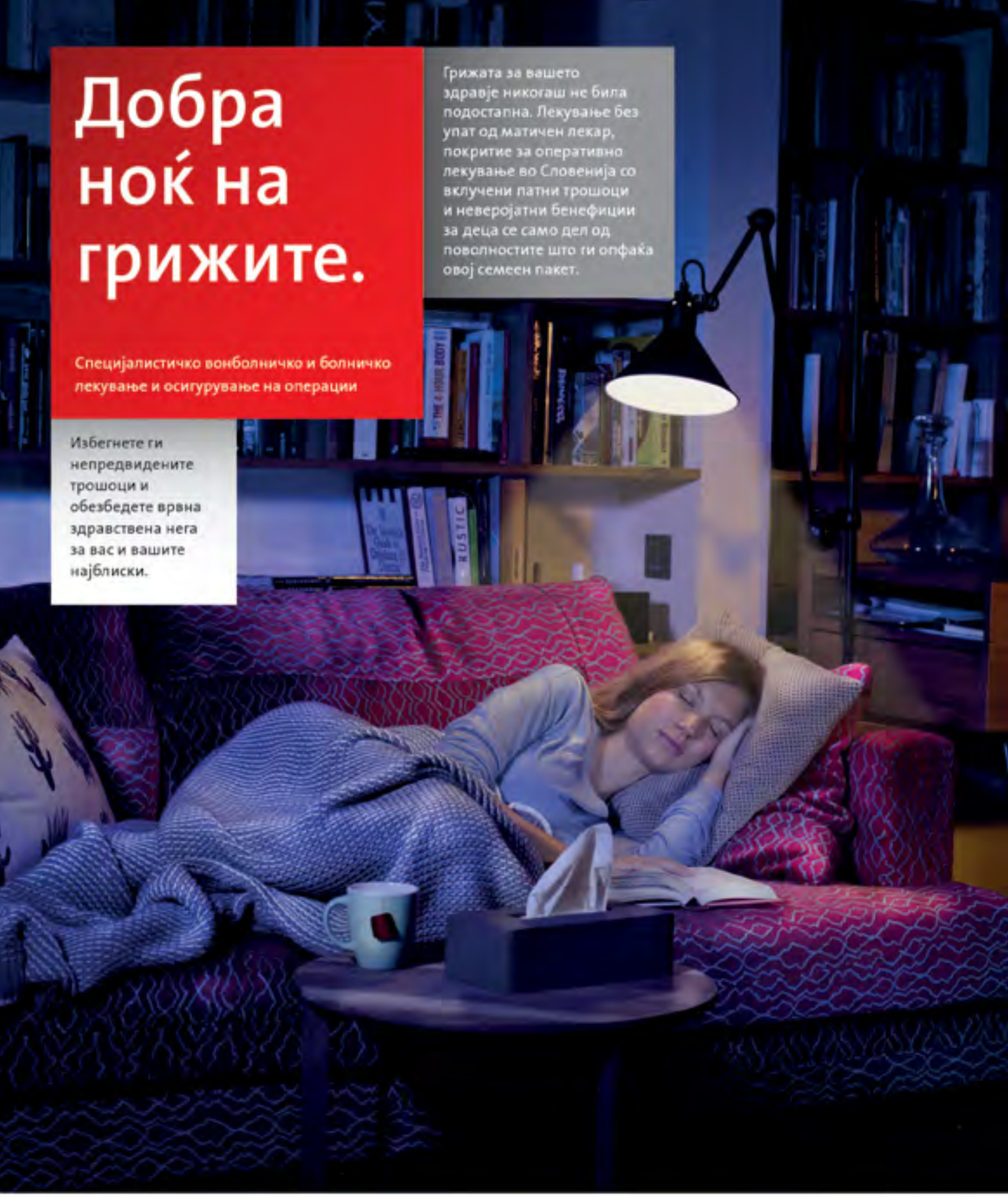
„Кај голем број парови кои се обратиле за помош поради неможност за постигнување бременост како една од причините за стерилитет била неправилната функција на тироидната жлезда кај еден од партнерите“, вели д-р Слободан Лазаревски, шеф на Центарот за ИВФ во „Ацибадем Систина“

Добра ноќ на грижите.

Специјалистичко вонболничко и болничко лекување и осигурување на операции

Грижата за вашето здравје никогаш не била подостапна. Лекување без упат од матичен лекар, покритие за оперативно лекување во Словенија со вклучени патни трошоци и неверојатни бенефициии за деца се само дел од поволностите што ги опфаќа овој семеен пакет.

Избегнете ги непредвидените трошоци и обезбедете врвна здравствена нега за вас и вашите најблиски.



Сè ќе биде во ред.

triglav

triglav.eu
triglav.mk

ИНХАЛАТОРНА ТЕРАПИЈА

- ДАВАЈТЕ ЈА САМО ПО ПРЕПОРАКА НА ЛЕКАР -

Најчеста дилема кај родителите на деца со опструктивен бронхит е дали лекот што е потребен за проширување на дишните патишта е поефикасен и побезбеден во форма на сируп или како инхалација?

Д-р Тања Јованова, педијатар пулмоалерголог, вели дека најдобар, најбезбеден и најефикасен начин на примена на бронходилататорите е инхалаторниот пат. По тој пат лекот доаѓа директно до местото каде што треба да дејствува, ефектот настанува веднаш и истиот се добива со многу пониска доза на лек во споредба со истиот лек во форма на сируп.

КОИ СЕ ГЛАВНИ ПРИЧИНИТЕЛИ НА РЕСПИРАТОРНИ ПРОБЛЕМИ КАЈ ДЕЦАТА?

Респираторните инфекции се најчести инфекции воопшто кај популацијата, секако многу почести во детската возраст, што е во тесна врска со незрелоста на имунолошкиот систем. Почести причинители се вирусите за разлика од бактериите. Има голем број различни типови вируси – предизвикувачи на инфекции на респираторниот систем, вирусните инфекции многу брзо се пренесуваат преку воздушен пат, при близок контакт на здраво со болно лице или при допир со истото. Можностите за превенција на вирусните инфекции се тешки и неадекватни, а за лекување ограничени, со оглед на тоа дека антибиотската терапија останува неефикасна.

ЗОШТО СЕ ЈАВУВА СВИРЕЖ ВО ГРАДИТЕ КАЈ НЕКОИ ДЕЦА СО РЕСПИРАТОРНА ИНФЕКЦИЈА?

Свирежот во градите значи присуство на опструкција, односно пречка во нормалниот проток на воздух низ дишните патишта. Настанува поради стегање на мускулатурата на дишните патишта, оток на лигавицата и присуство на секрет во луменот на дишните патишта. Кај малите деца свирежот во градите често се повторува и при следни вирусни инфекции. Оваа склоност за повторување на свирежот во гради е во тесна врска со анатомијата и физиологијата на респираторниот систем. Истата е минлива и најчесто исчезнува со растот на детето. Тоа се деца со транзиторен облик на повторувачки опструктивен бронхит поврзан со вирусни инфекции.

ПО ШТО СЕ РАЗЛИКУВА ВАКВИОТ СВИРЕЖ ВО ГРАДИ ОД АСТМАТА?

Иако симптомите кај децата со опструктивен бронхит и астма се многу слични, не значи дека сите деца со повторувачки бронхит имаат астма.

Астма е хронично воспаление или хронична инфламација на дишното стебло со хиперсензитивност и хиперреактивност на бронхиите. Основна разлика меѓу двете групи на деца е склоноста кон алергија кај децата со астматско заболување, бидејќи 80% од децата имаат алергиска или атописка астма.

Основен ризик-фактор е генетскиот фактор затоа што болеста се јавува кај деца со генетска предиспозиција за појава на алергија под влијание на фактори од околината (вирусни инфекции, аерозагадувачи, чад од цигари, физички напор, ладен воздух, стресни состојби, хормонални нарушувања и многу други).

Функционалните испитувања што ја потврдуваат астмата не можат да се реализираат пред петтата година од животот. Уште потешко се прави разлика кај деца во првите три години бидејќи клиничката манифестација на астматското заболување најчесто почнува по вирусна инфекција. Затоа за децата со повторувачки опструктивен бронхит најважни се честите контроли кај матичниот лекар со цел навреме да се препознае развојот на некое алергиско заболување (астматско заболување).

КАКВИ ЛЕКОВИ СЕ КОРИСТАТ ПО ИНХАЛАТОРЕН ПАТ?

Кај децата со респираторни проблеми, по инхалаторен пат се користат два типа лекови: бронходилататори – лекови за ширење на дишните патишта, за да се олесни дишењето и антиинфламаторни лекови – тописки кортикостероиди, за намалување на степенот на воспалителен процес на лигавицата на дишното стебло со цел да се отстранат или ублажат симптомите на болеста, а со тоа да му се обезбеди квалитетен живот на детето.

КОЈ Е НАЈГОЛЕМИОТ ПРОБЛЕМ СО ИНХАЛАТОРНАТА ТЕРАПИЈА КАЈ ДЕЦАТА, ЗНААТ ЛИ ТИЕ ДА ГО ВДИШАТ ЛЕКОТ?

Правилното вдишување на лековите е проблем во детската возраст. За малите деца со кои немаме соработка лекот е во форма на течност, кој со помош на електричен уред – небулизатор се распрскува во аеросол и потоа се вдишува преку маска.

Поголемите деца со кои имаме соработка користат инхалатори со дозирани дози на аеросол или со сув прашок под притисок, популарно познати како пумпици. Пумпицата не се става директно во уста, затоа што во тој случај лекот останува во горниот дел од дишното стебло. За правилен пластман на лекот се користат додатоци (спејсери), практично во цевката се задржува лекот и со неколку вдишувања може целиот лек да биде пласиран во долниот дел од дишното стебло.

Посериозни несакани ефекти можат да бидат предизвикани поради предозирање на лекот, при појава на алергија на лекот или инфекции – најчесто поради лоша хигиена на инхалаторите. Лекувањето се спроведува со минимални дози на лекови со кои се постигнува добар ефект и се отстрануваат симптомите на болеста. Всушност, стравот од инхалаторната терапија е непотребен, негативните ефекти се минорни во споредба со ефектите што ги имаат лековите врз контролата на болеста.

Потребни се редовни контроли каде што се прави мониторинг на болеста, се одредува/коригира дозата на лекот, се проверува исправноста на техниката на апликација на лекот, се следи кривата на раст на детето и се дава психолошка поддршка на родителите и на детето.

ДАЛИ ИМА НЕГАТИВНИ ЕФЕКТИ ЛОКАЛНАТА ИНХАЛАТОРНА ТЕРАПИЈА?

Инхалаторните лекови дејствуваат локално и истите се безбедни. Ретко кај некои деца може да се јави забрзано работење на срцето и тремор на рацете при инхалација на вентолин, симптоми кои поминуваат по неколку минути или по неколку инхалирани дози на лекот.

Антихолинергиците како што е атровентот, во ретки случаи даваат сувост на устата, сува кашлица и иритација на очите, а инхалаторните кортикостероиди засипнат глас и кандидијаза. Затоа по инхалација со локален кортикостероид потребно е да се направи плакнење на устата за да се отстранат остатоците од лекот од усната празнина.

СИДЕРОПЕНИЧНА

АНЕМИЈА

АНЕМИЈА ПОРАДИ ДЕФИЦИТ НА ЖЕЛЕЗО

Анемија или слабокрвност е намалување на масата на црвените крвни клетки и е најчесто нарушување на крвта. Улогата на еритроцитите е транспорт на кислородот од белите дробови до ткивата, а јаглеродниот диоксид од ткивата до белите дробови. Тоа се постигнува со помош на хемоглобинот (Hb), тетрамерен протеин.

Д-р Виолета Филипче Дирјанска, шеф на Дијагностички лаборатории, вели дека анемијата не е болест туку состојба со која се манифестираат поголем број заболувања. Податокот дека слабокрвноста е последица на недостиг на железо во организмот треба да биде аларм за пациентот дека треба да преземе мерки за сопственото здравје

Анемијата поради кусок на железото е многу честа во човечката популација, особено кај жените во репродуктивниот период. Некои показатели велат дека 1/5 па дури и 1/3 од здравите жени во репродуктивниот период имаат намалено количество железо, додека 10% имаат анемија предизвикана од дефицит на железото. Вкупно гледано, анемијата е двојно почеста кај жените. Секоја нормална бременост ѝ одзема на мајката 500 мг железо. Кај жените во генеративниот период најчеста причина за сидеропенична анемија се обемни менструални крвавења, додека кај мажите и жените во постменопауза причина за сидеропенијата е крвавење од дигестивниот систем.

Некои показатели велат дека 1/5 па дури и 1/3 од здравите жени во репродуктивниот период имаат намалено количество железо, додека 10% имаат анемија предизвикана од дефицит на железото.

Анемијата е синдром што следи одредена болест и бара прецизно откривање на причинителот. Лекувањето само на симптомите може да доведе до поголеми компликации. Кога пациентите ќе слушнат од лекарот дека се анемични, многу не обрнуваат внимание на ова мислејќи дека не е ништо сериозно. Меѓутоа, анемијата секогаш насочува на нешто, а особено ако е упорна и трае подолго време, вели д-р Лилјана Хаџи Пецова, хематолог во „Аџибадем Систина“

ТРИ ФАЗИ НА НАМАЛУВАЊЕ НА ЖЕЛЕЗОТО

Молекулата на железото е составен дел на хемоглобинот (еритроцитот) и намаленото количество на расположливото железо доведува до смалено создавање на хемоглобинот, а со тоа и до нарушено создавање на еритроцитите. Постојат три степена на намалување на железото (сидеропенија) во организмот:

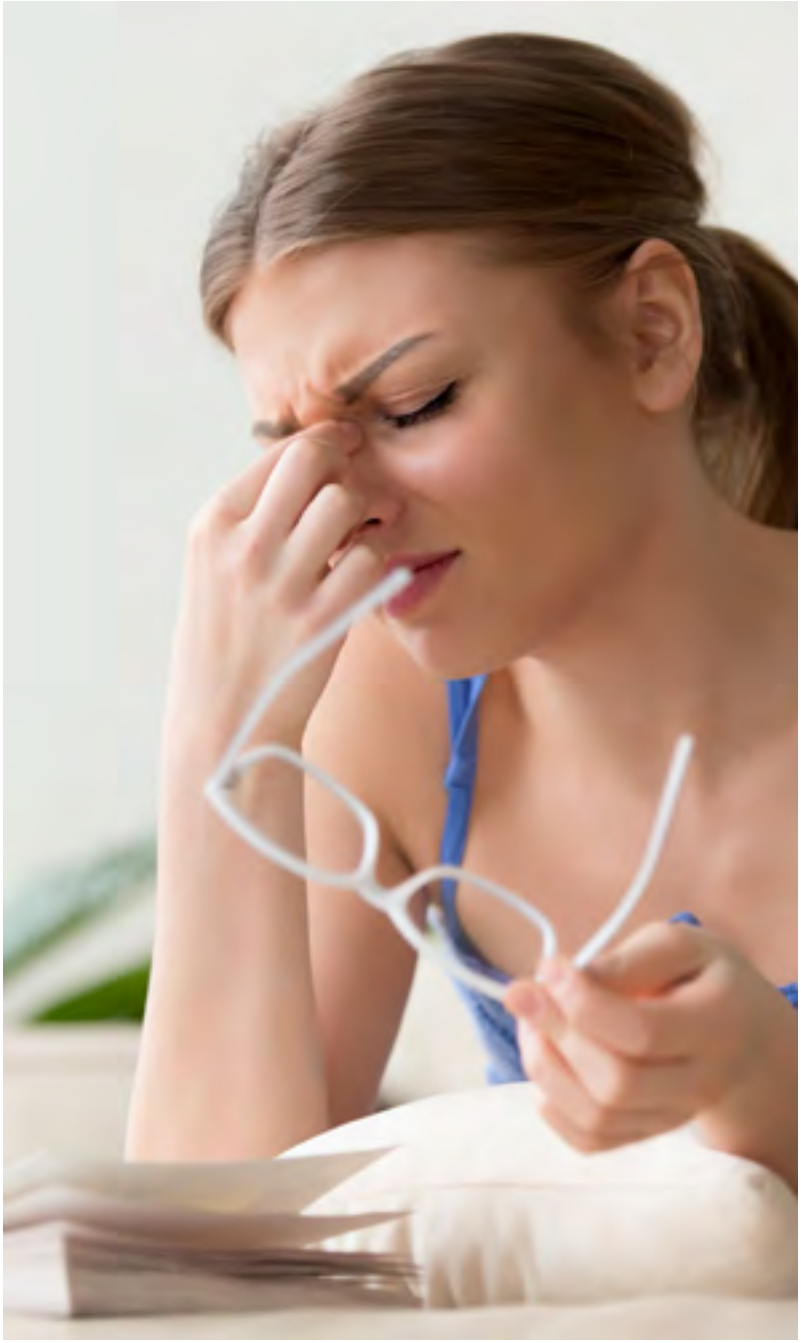
- **прва фаза** е латентна сидеропенија во која резервите на железо во организмот се намалени (лабораториски тоа се забележува со намалена вредност на феритинот), но сè уште нема намалување на серумското железо, а со тоа сè уште не е дојдено до анемија;
- **втора фаза** е сидеропенија каде се намалени резервите на железото, намалено е серумското железо, но и понатаму не е манифестна анемија;
- во **третата фаза** доаѓа до намалување на вкупниот хемоглобин, т.е. до сидеропенична анемија.

КОЈА Е ПРИЧИНАТА ЗА НАМАЛУВАЊЕ НА ЖЕЛЕЗОТО

До намалено количество на вкупното железо во организмот се случува при: хронично крвавење, недоволен внес на железото со храна, особено кај доенчиња и деца, при нарушување на апсорпцијата на железото од дигестивниот систем и при зголемен распад на еритроцитите (хемолиза) како последица од други заболувања.

Железото од храната се апсорбира во почетниот дел на тенкото црево, дуоденумот. Разни заболувања кои ја

зафаќаат слузницата на тој дел од цревото влијаат на намалено прифаќање на железото и причинуваат сидеропенична анемија. Исто така, оперативни зафати со кои се отстранува или заобиколува дуоденумот предизвикуваат намалена апсорпција на железото, како што е субтотална гастеректомија. Намален внес на железото со исхрана како причина за сидеропенија е чест кај доенчиња и деца. Нивните потреби поради растот се поголеми, а млекото претставува слаб извор на железото. Често важен фактор е и постоење инфекција со паразити и крвавење од гастроинтестиналниот тракт.



СИМПТОМИ НА АНЕМИЈА

Клиничката слика на анемијата ги вклучува следните симптоми: слабост, засилен замор, отежната концентрација, бледа кожа и слузници, вртоглавица, зуење во ушите. Често се јавува главоболка и иритабилино однесување. Ако анемијата е потешка се вклучуваат компензаторни механизми на кардиоваскуларниот систем, поради потреба на кислород во организмот, срцето чука забрзано, особено при напор. Специфични знаци за сидеропеничната анемија се и појавата на промена на ноктите во смисла на губиток на конвекситетот на ноктите, потоа може да се јави потреба за консумирање супстанци кои не се храна (земја, хартија, трева, коса), но тоа не е специфично исклучиво за сидеропенијата. Исто така се јавува чувство на немирни нозе.

КАКО СЕ ДИЈАГНОСТИЦИРА

За дијагноза на сидеропеничната анемија потребно е внимателно да се зема анамнеза и да се направат соодветни лабораториски испитувања. Крвната слика покажува намален број на еритроцитите, намален MCV (среден волумен на еритроцитите), додека вкупниот број на ретикулоцитите е нормален или намален. За сидеропеничната анемија карактеристичен наод е ниско серумско железо, зголемена вредност на трансферин (TIBC), како и трансферинските рецептори. Најдобар индикатор за резерва на железото во организмот е концентрацијата на феритинот. Доколку таа е помал од 10 mikrog/l, со сигурност станува збор за сидеропенична анемија.

ТРЕТМАН

За лекување на анемијата е потребно терапија од 2 до 4 месеца, а бидејќи е потребно да се пополнат резервите во организмот, терапијата е корисно да се продолжи најмалку 6 месеци по нормализирањето на крвната слика. Вообичаена дневна доза е 150 до 200 мг. Се препорачува таблетите на железо да се земаат еден час пред јадење, истовремено со витамин Ц. За поуспешно совладување на анемијата неопходна е и разновидната исхрана од животинско и растително потекло. Битен е и престој на планина, бидејќи планинскиот воздух и надморската височина влијаат на релативно брзо покачување на бројот на црвените крвни клетки, кои придонесуваат до побрзо заздравување на организмот.

Diners Club INTERNATIONAL

ACIBADEM SISTINA

КАРТИЧКА ЗА ЗДРАВ ЖИВОТЕН СТИЛ

Diners Club Македонија и Acibadem Sistina се секогаш во чекор со Вашите потреби, ставајќи го Вашето здравје и здравјето на Вашите најблиски на прво место. Затоа ја создадовме Diners Club Acibadem Sistina картичката со која добивате многу поволности и можности за плаќање по привилегирани цени и на рати.

5% попуст и плаќање до 12 рати на здравствените услуги на сите 39 оддели во болницата Ацибадем Систина.

Систина офталмологија: 5% попуст и плаќање до 12 рати
Аптека Дона фарм: 5% попуст на суплементи и козметика
Оптика Диоптра: 5 % попуст и 6 рати
Сушико: 20% попуст
Juicy&Co: 15 % попуст
Synergy Fitness & Spa центар: 10 % попуст

**** Без членарина за првата година од членството***

Аплицирајте веднаш и искористете ги поволностите за добро здравје и квалитетен живот кои Ви ги нуди Diners Club Acibadem Sistina картичката.

За повеќе информации погледнете на **www.diners.com.mk** или јавете се во нашиот контакт центар: **15 155**

СОЗДАДЕНИ ЕДЕН ЗА ДРУГ

ERCP

Златен стандард во дијагноза и третман на болести на жолчното кесе, жолчните патишта и панкреасот

На Одделот за гастроенетрохепатологија во Клиничката болница „Ацибадем Систина“ ERCP се изведува со последна генерација на ендоскопска технологија. Покрај стандардните амбулантски прегледи и интервенции, тимот гастроентерохепатолози е достапен 24 часа за итни состојби – стопирање на крвавење, лигација, склерозација, отстранување туѓо тело, балон дилатација и стенози.

ERCP (ендоскопска ретроградна холангиопанкреатографија) претставува неоперативна инвазивна ендоскопска процедура која се користи за дијагноза и третман на заболувања на жолчното кесе, жолчните патишта и панкреасот (билиарно-панкреатичниот систем). Д-р Димитар Трајков, гастроентерохепатолог, вели дека во последната деценија ERCP примарно се користи во терапевтски цели, а сè поретко како дијагностичка метода. Покрај развојот на многу нови неинвазивни методи MRCP – магнетна резонанца, EUS – ендоскопски ултразвук, ERCP останува златен стандард како во дијагностичките така и во терапевтските процедури на билиарниот и панкреатичниот канален систем.

КАКО СЕ ИЗВЕДУВА?

За време на ERCP, гастроентерологот специјализиран во областа на ендоскопски интервентни процедури користи специјален апарат – ендоскоп (дуоденоскоп) со кој преку устата на пациентот, преку желудникот и тенкото црево, со специјални додатоци и алатки навлегува во жолчниот и панкреатичниот канален систем. Во оваа метода како составен дел од процедурата се користи и рендген апарат (флуороскопија). Пациентот во текот на процедурата е во кратка интравенска анестезија.

ИНДИКАЦИИ ЗА ERCP

- Жолтило предизвикано од затнување на жолчниот вод
- Камења во жолчниот вод
- Стеснувања на жолчниот канал предизвикано од бенигни или малигни процеси
- Компликации на жолчниот вод од претходни оперативни процедури
- Хронично воспаление на панкреасот

ERCP ВО ТЕРАПЕВТСКИ ЦЕЛИ

Покрај дијагностика, оваа метода е доста ефикасна во третман на голем број состојби и со негова примена се изведува:

- Ендоскопска сфинктеротомија (сечење и проширување на почетниот дел на жолчниот канал со специјален нож – сфинктеротом)
- Отстранување камења од жолчниот вод
- Поставување стент во жолчниот канал за премостување на стеснувања во каналниот систем
- Проширување (дилатација) на стеснувања на жолчниот вод
- Поретки други индикации (папилектомии, биопсија на жолчниот вод, отстранување ехинококови цисти...)

КОМПЛИКАЦИИ

ERCP е инвазивна процедура кај која постои можност за појава на компликации, кои најчесто се од лесен тип - реактивно воспаление на панкреасот (5% од пациентите). Поретко има потешки облици на панкреатитис, за кои е потребен интензивен хоспитален третман (под 1%)

Поретки компликации се:

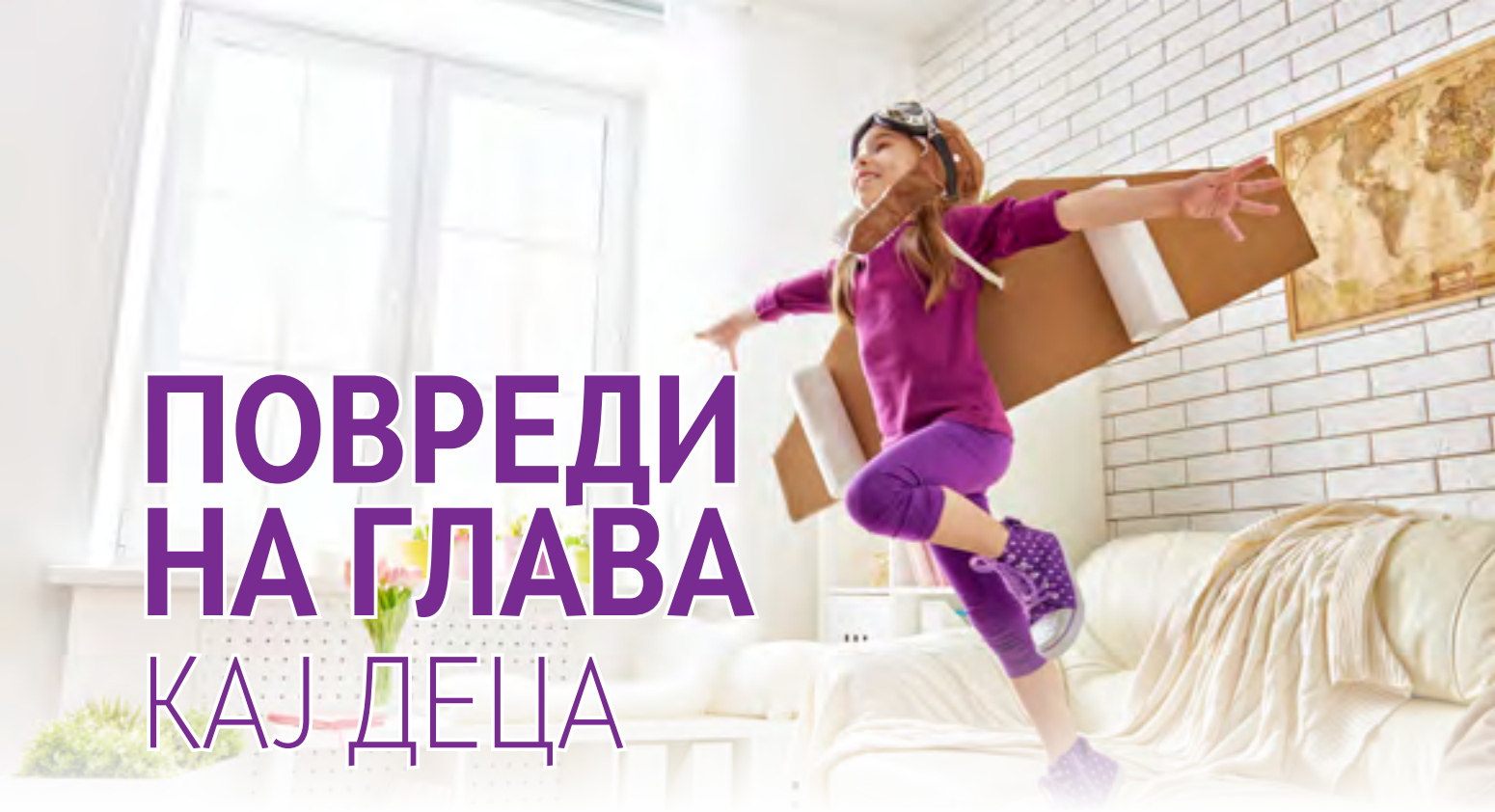
- Перфорација на тенко црево
- Крвавење
- Алергиска реакција на контрастот користен во процедурата
- Кардиопулмонални компликации, воспаление на жолчниот вод – холангитис

МАТКА
ИЗЛОЖБЕН ЦЕНТАР

НАУЧИ НЕШТО НОВО!

matka.com.mk

EVN



ПОВРЕДИ НА ГЛАВА КАЈ ДЕЦА

Децата се често изложени на повреди на главата поради разиграност и нивниот темперамент. Повредите се случуваат при играње, одење, трчање. Обично настануваат во домашни услови, можат да се удрат на делови од мебелот, да паднат на под и сл. Сосема е разбирливо дека тоа се случува почесто во раната детска возраст. Тоа е дел од растењето и на тој начин детето стекнува искуство. Поголемите деца од друга страна се почесто изложени на спортските повреди.

Д-р Љуљзим Агаи, неврохирург, вели дека при повреда на главата кај децата посебно внимание треба да се посвети кај пациентите кои имаат некое заболување (епилепсија, нарушување на згрутчувањето на крвта). Обично родителите на овие деца се запознаени со потенцијалните опасности.

НАДВОРЕШНИ И ВНАТРЕШНИ ПОВРЕДИ

Надворешните повреди се далеку почести на детска возраст. Тие се резултат на повреда на кожата на поглавината. Иако изгледаат вознемирувачки (крвавење, оток на местото на ударот), за среќа обично поминуваат без последици.

НА ШТО ТРЕБА ДА СЕ ВНИМАВА?

Поглавината е богата со крвни садови, поради што и мала исеченица може да резултира со обилно крвавење. Доколку крвавењето не престанува спонтано, треба да се врши притисок со рака (по можност преку стерилна газа или чисто марамче) на местото на крвавењето. На тој начин обично истото престанува, по што треба да се побара лекарска помош. Доколку се појави оток на местото на ударот, се препорачува локална апликација на мраз (20 минути на секои три до четири часа), но не директно на кожа, туку преку некоја ткаенина, крпа или сл. Отокот обично се повлекува за неколку дена или една недела.

Внатрешните повреди на главата се сериозни телесни повреди кои треба да се лекуваат во неврохируршка установа. Тука спаѓаат скршениците на черепот, внатрешните крвавења и повредите на мозокот.

КОГА ДА ПОБАРАТЕ ЛЕКАРСКА ПОМОШ?

Доколку детето имало загуба на свеста, ако не престанува со плачење, повраќа неколку пати, не се буди лесно, не може да оди или одењето е нарушено, при појава на грчеви (епилептични напади), во тие случаи веднаш треба да се побара лекарска помош.

Доколку повредата е посериозна, треба да се внимава во текот на следниве 24 часа: пробајте да го разбудите вашето дете неколкупати во текот на ноќта за да ги проверете реакциите – дали се буди нормално, дали дише правилно, каква му е бојата на кожата. Родителот најдобро си го знае своето дете и ако забележи нешто невообичаено, се препорачува консултација со лекар.

Лекарот треба да ја процени сериозноста на повредата и во зависност од тоа се преземаат и евентуалните понатамошни дијагностички постапки.

ДАЛИ СЕ ПОТРЕБНИ ДОПОЛНИТЕЛНИ ИСПИТУВАЊА?

Радиолошките иследувања кај децата се прават ако постои сомнение за внатрешна повреда на главата. Кај полесните повреди на главата не се прават рутински снимања, бидејќи децата се по-осетливи на зрачење за разлика од возрасните. Податоците што лекарот ги добива од родителите и прегледот на детето го одредуваат текот на понатамошното лекување.

ДАЛИ МОЖЕ ДА ПРЕВЕНИРАМЕ НЕКОИ ПОВРЕДИ НА ГЛАВАТА КАЈ ДЕЦАТА?

Секако, при возење велосипед, треба да се носи заштитен шлем, при возење детето треба да се осигура со заштитен појас. Дома треба да се внимава на делови од мебелот кои можат да бидат потенцијално опасни (пожелно е детето да си игра во безбедна, заштитена средина). По повреда на глава со потрес на мозокот (состојба со кратко губење на свеста), извесно време се препорачува одморање од контактните спортови.

ПО 10 ГОДИНИ БОРБА ЗА ПОТОМСТВО,

ДЕНЕС ЖИВЕЕМЕ ЗА СОФИЈА

По долги 10 години поминати низ болничките ходници, лекување стерилитет и три загубени бебиња, денес Јулија и Петар се горди родители на Софија. Нивната приказна сведочи дека упорноста, посветеноста и вербата во лекарскиот тим резултираат со успех.

ИДИОПАТСКИ СТЕРИЛИТЕТ

Пред огромната желба за мајчинство уште од самиот почеток се појавила првата пречка, дијагнозата стерилитет, и тоа без никаква медицинска основана причина. „Докторите рекоа дека се работи за идиопатски стерилитет - неплодност без никаква причина. Со мојот сопруг ги направивме сите можни испитувања, и сите беа сосема во ред. Немаше причина да не забременам, но едноставно не се случи, а веќе помина долго време. Нè загрижуваше тоа што подолго време не можев да забременам, но по неколку години конечно се случи и тоа, позитивен тест за бременост. Но, тука не застанаа проблемите“, вели Јулија.

ПРЕКИН НА БРЕМЕНОСТА ВО 20. НЕДЕЛА

Во 20. недела од бременоста, поради скратено грло на матката, било потребно да се направи итен серклаж. Интервенцијата била направена на државната Клиника за гинекологија, но, за жал, не резултирала со успех. По само неколку дена, на Јулија ѝ пукнал воденикот и бременоста завршила.

„Бев бремена со близнаци, бременост што долго ја очекувавме и која ни го промени животот. За жал, ги загубивме двете бебиња, но со мојот сопруг бевме решени да продолжиме да се бориме за она што го заслужува секој пар, бебенце во својата прегратка“.

Со мојот сопруг ги направивме сите можни испитувања, и сите беа сосема во ред. Немаше причина да не забременам, но едноставно не се случи, а веќе помина долго време.

УШТЕ ЕДНА БРЕМЕНОСТ СО ТАЖЕН КРАЈ

„Дека чудата се случуваат беше доволен доказ тоа што по само неколку месеци повторно останав природно бремена. Нова бременост, нова среќа, но и нов страв. Дали ќе биде сè како што треба, се плашев повторно да не го изгубам и ова бебе. Бев претпазлива, се грижев за себе премногу уште од првиот ден кога дознав дека сум бремена. Но, се случи повторно она од кое најмногу се плашев. Во 12. недела од бременоста бебето ја изгуби срцевата акција. Со киретажата пропадна и втората шанса да станам мајка“, раскажува Јулија.

ТРЕТАТА БРЕМЕНОСТ ПОВТОРНО СЕ КОМПЛИЦИРА ВО 20. НЕДЕЛА

По 4 месеци повторно останав бремена природно. Но, уште од старт почна со извесни проблеми бидејќи незнаејќи дека сум бремена пиев високи дози антибиотици поради ешерихија коли. Бев во „Ацибадем Систина“ кај д-р Гордана Петровска, која направи ултразвук и ми рече да не се грижам, дека сè уште е рано, во првиот месец сè уште не е почната органогенезата така што нема да има проблем. И навистина беше така.

Бременоста беше во најдобар ред сè до таа кобна 20. недела кога повторно се јави истиот проблем поради кој ги загубив и близнаците. Грлото ми беше повторно скратено, и докторот ми кажа дека е потребен итен серклаж. Си реков, зарем повторно ќе минувам низ истото. Бев премногу исплашена и не знаев што да правам, само бев сигурна дека нема повторно да одам на Клиника за гинекологија. Така почна мојата потрага по доктор кој ќе го спаси моето бебе. **И можам да кажам дека го најдов најдобриот!**

Д-Р МИТКО ИВАНОВСКИ Е МОЈОТ ХЕРОЈ

Бидејќи имав долга историја на критични бремености, постојано на интернет барав жени како мене, кои на блоговите ги споделуваат своите искуства. Таму ги прочитав позитивните коментари за д-р Ивановски, дека има решавано тешки случаи како мојот. Ми беше јасно дека ми треба добар, стручен доктор кој ќе биде нашиот херој. Ми го дадоа бројот од д-р Ивановски и веднаш го побарав. За среќа, докторот веднаш го добив, и откако му ја раскажав мојата состојба побара веднаш да дојдеме. Мислам дека патот Делчево – Скопје беше пресуден да се влоши уште повеќе мојата состојба, па кога стигнавме во „Аџибадем Систина“ имав родилни болки и бев целосно отворена со пролабиран водењак во вагината.

Д-р Митко Ивановски разговараше отворено со мене и со мојот сопруг, ни ги кажа сите опции и сите ризици кои за жал постојат, но вети дека ќе даде сè од себе оваа бременост да заврши со среќен крај. Зборуваше со толкава доза професионалност, човечност и доверба што веднаш се почувствував сигурна и знаев дека овој доктор ќе го направи и невозможното.

12 НЕДЕЛИ НЕ СТАНАВ ОД КРЕВЕТ

Серклажот за среќа беше успешен, сега на потег беа мојата упорност и жртва. Строго лежење, беше препораката од д-р Ивановски. Тоа го сфатив во буквална смисла на зборот. Исплашена од патот Скопје – Делчево и поради оддалеченоста, се одлучивме да земеме стан во Скопје и да бидам блиску до „Аџибадем Систина“ и д-р Ивановски. 12 недели буквално не станав од мојот кревет, само за во тоалет, но и тоа гледав да биде што побрзо. Мојот сопруг зеде неплатен одмор и остана со мене цел период и ми помагаше. Бев упор-

на и знаев длабоко во себе дека мора да излезе добро. Голема поддршка за цело ова време добивав и од д-р Митко Ивановски, кој со својата позитивна енергија и смиреност ми даваше сила. Со него, знаев дека нема место за паника.

ВО 32. НЕДЕЛА МИ ПУКНА ВОДЕНИКОТ

По 12 издржани недели, дојде денот кога Софија дојде на свет. Ми пукна воденикот и веднаш отидовме во болница. Бидејќи бебето беше мало, докторот планираше да се породам природно, но состојбата не дозволуваше, бебето почна да станува тахикардично и сепак сè заврши со царски рез.

ЈА ВИДОВ МОЈАТА СОФИЈА

Бебе со 1. 800 грама, мало и кревко... Си реков тоа е мојата Софија, мојот херој кој издржа за да бидеме конечно заедно. На нашата среќа ѝ немаше крај. По раѓањето, бидејќи се роди предвреме, беше сместена на Одделот за неонатална интензивна нега во рацете на д-р Душко Фидановски, уште еден врвен професионалец кој целосно беше посветен на нашиот случај. По 4 дена јас си заминав од болницата, повторно тука,

во Скопје, а Софија остана уште 3 недели и потоа сите заедно со среќа и радост во срцето заминавме во нашето Делчево.

Додека сме живи ќе му бидеме благодарни на д-р Митко Ивановски, за тоа што беше тука со нас, затоа што беше и доктор и другар, професионалец и спонтан кога беше потребно. Благодарение на неговата стручност, по 10 години, секоја ноќ заспивам мирно и се будам среќно бидејќи сега имам нова причина и смисла за животот.

Со почит,
Јулија и Петар Кацарски

ПРЕЦИЗНА ДИЈАГНОЗА И ТРЕТМАН
НА ТУМОРИ НА ДОЈКА ВО ПОЧЕТНА ФАЗА

БИОПСИЈА СО МАРКИРАЊЕ ВОДЕНА ПОД УЛТРАЗВУК И МАМОГРАФИЈА

Хируршката биопсија со претходно маркирање под контрола на рендгенолошка метода претставува тимски процес. Оваа постапка претставува безбедна и прецизна метода која овозможува отстранување на бенигни туморски маси, а се користи и за прецизна дијагностика на малигна болест во претклиничка фаза, кога лекувањето е наједноставно а резултатите од лекувањето најдобри. Кај бенигните процеси е и дефинитивниот третман.

Д-р Драган Смилевски, торакален хирург, вели дека главната цел на постапката претставува отстранување на абнормално ткиво од паренхимот на дојката кое за лекарот и пациентот е неопипливо. Неговото постоење е докажано со некоја од рендгенолошките методи, како ултразвук на дојки или мамографија.

КАДЕ СЕ ПРИМЕНУВА?

Оваа постапка се применува кај бенигни туморски процеси (како на пример фиброаденомот) чии димензии се толку мали што лекарот со клинички преглед не може да ја одреди точната локализација на процесот. Во тој случај постапката има тераписка цел, комплетно отстранување на туморот, што претставува и дефинитивен третман. Втора индикација е кај мамографски видени групирани микрокалцификати кои претставуваат рендгенолошки сомнителни промени и нивната хистолошка верификација е од есенцијално значење. Во овој случај постапката има дијагностички карактер, а дефинитивниот третман ќе биде определен по добивање хистолошки резултат.

КАКО СЕ ИЗВЕДУВА?

Постапката се состои од три дела. Почетокот се одвива на Одделот за радиологија каде рендгенологот под контрола на ултразвук или мамографија пласира маркер (жица) чиј врв завршува точно каде што се наоѓа промената. Овој дел од процедурата се одвива во локална анестезија. На тој начин идентифицираната лезија станува лесно препознатлива за хирургот. Вториот дел од постапката се одвива во операциона сала и во општа анестезија. Хирургот следејќи го маркерот ја идентифицира лезијата и во целост ја отстранува. Кога станува збор за хируршка биопсија на микрокалцификати, примерокот отстранет од паренхимот на градата повторно се праќа на мамографија, додека пациентот и хируршкиот тим се сè уште во операциона сала за да се потврди точно и целосно отстранување на промената. Откако рендгенологот ќе потврди дека промената е отстранета во целост, интервенцијата се завршува. Третиот дел од постапката се одвива во

хистолошката лабораторија каде што патологот под микроскоп го врши прегледот на материјалот и хистолошки го идентифицира процесот.

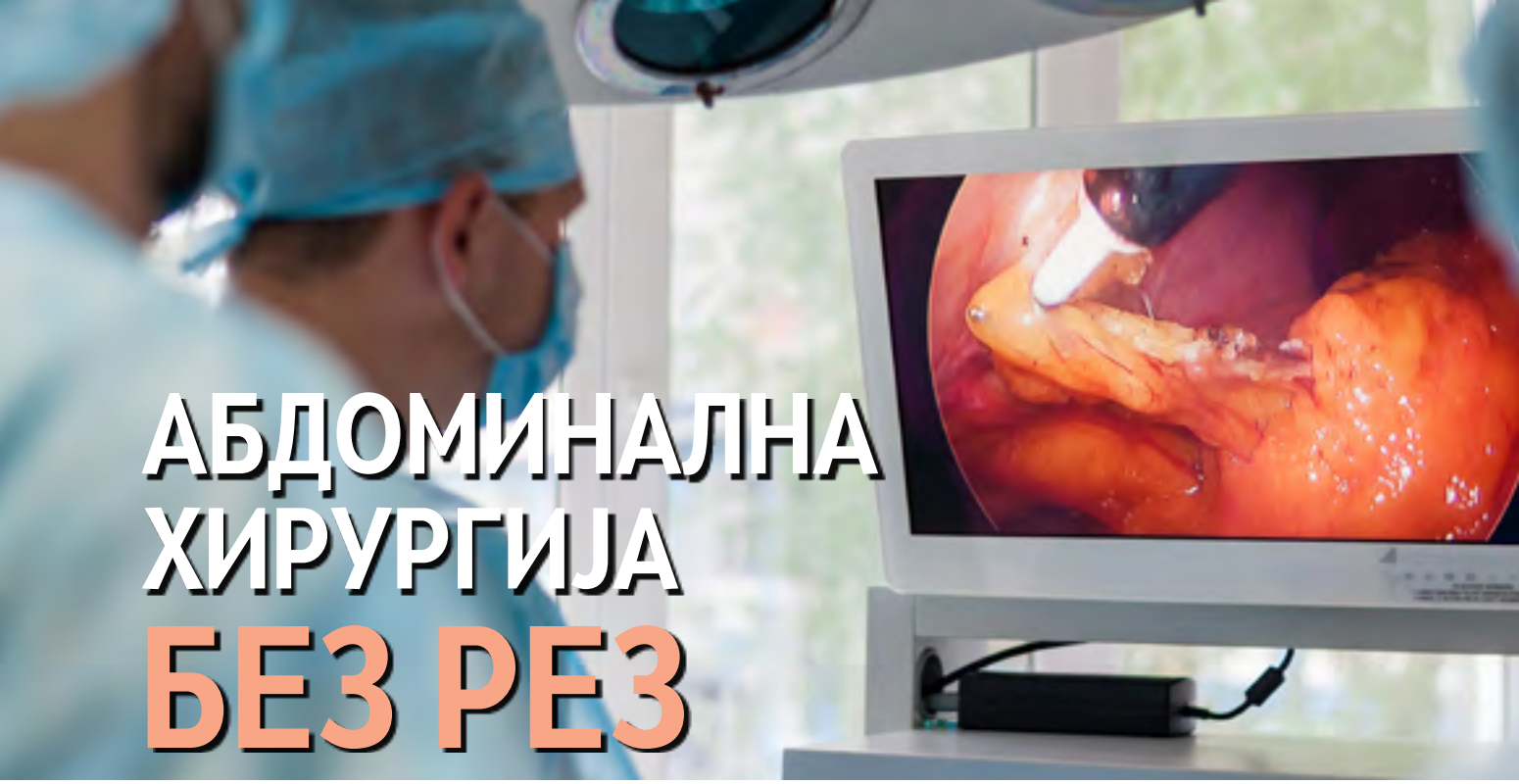
Целата процедура се одвива во еден ден. Пациентот претходно проценет и подготвен се прима во болница на денот на зафатот, а ја напушта болницата истиот ден во најголем број на случаите.

Постоперативно пациентот чувствува минимална болка која лесно се решава со аналгетик кој ќе биде препорачан од страна на лекарот. На пациентот му е дозволена умерена физичка активност во наредните две недели, но интензивна физичка активност како и рекреативна или професинонална спортска активност не е дозволена.

Кога хистолошкиот резултат ќе биде изготвен на првата постоперативна контрола на пацеинтот му се соопштува точната дијагноза и доколку за тоа има потреба, следните дијагностички или тераписки чекори.

ДАЛИ ПОСТОИ РИЗИК?

Ризиците од изведба на оваа постапка се минимални и исклучително ретко се случуваат. Лекарот ќе ве информира за сите можни ризици од постапката. Д-р Драган Смилевски вели дека ризикот од самата постапка е минимален, а бенефитот е огромен. Навременото дијагностицирање на малигните болести е од клучно значење во понатамошниот тек на лекувањето.



АБДОМИНАЛНА ХИРУРГИЈА БЕЗ РЕЗ

Брзо заздравување, скратено време на хоспитализација, помала болка и подобри резултати во споредба со класичните хируршки методи се клучните предности на лапароскопската абдоминална хирургија. Лапароскопската хирургија денес спаѓа во рутинска процедура во сите референтни хируршки центри во светот. Оваа хирургија е златен стандард во третманот на голем број абдоминални заболувања и состојби. За примената на лапароскопијата и нејзините предности разговаравме со проф. д-р Владимир Димов, кој важи за еден од пионерите на лапароскоспката абдоминална хирургија и еден од најпознатите експерти за лапароскопска хирургија во Европа.

КАКО СЕ ИЗВЕДУВА?

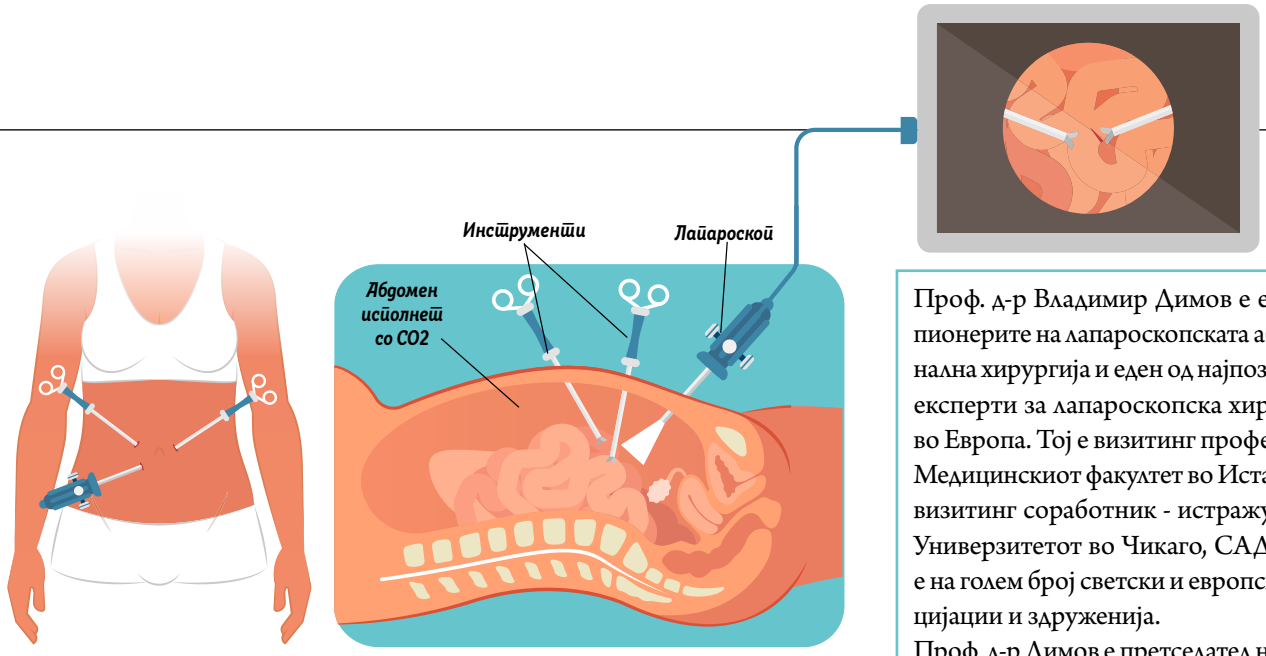
Лапароскопската хирургија се изведува низ неколку минимални отвори на абдоменот (0,5-1цм)низ кои се внесуваат инструментите потребни за изведување на интервенцијата. За непречено изведување на интервенцијата и подобра прегледност, абдоменот се исполнува со гас (CO_2). Интервенцијата е минимално инвазивна и се изведува во општа анестезија.

КАЈ КОИ СОСТОЈБИ СЕ ПРИМЕНУВА ЛАПАРОСКОПСКАТА ХИРУРГИЈА

„Денес веќе нема поделба на тоа какви интервенции се прават лапароскопски или со класична хирургија. Буквално секоја интервенција во абдоминалната хирургија може да се работи и по лапароскопски пат“, вели проф. д-р Димов.

Во денешно време лапароскопската хирургија е златен стандард за операција на жолчно ќесе, слепо црево, сите операции на дебело и тенко црево, слезина, панкреас, црн дроб, бубрези или надбубрежни жлезди, постоперативна кила, ингвиналната кила и др. Гастроезофагијалниот рефлукс, ахалазии, како и хијаталната херниј, кои се многу чести во денешно време, се решаваат единствено со лапароскопија бидејќи предностите кои ги има овој начин во споредба со класичниот се неспоредливи. Лапароскопскиот пристап се користи и кај операциите кај пациенти со метаболни нарушувања, т.н. угоени пациенти. Единствено поле кое до скоро се изведуваше со класична хирургија е трансплантацијата на органи. Но, денес голем број експлантациии, кои претходат на трансплантацијата, се работат лапароскопски.

На прво место во изведувањето на лапароскопската хирургија е безбедноста на пациентот. За таа да биде загарантирана и да имаме успешна операција, потребно е големо искуство на хирургот и целиот тим, како и беспрекорни технички услови за реализација на интервенцијата.



Проф. д-р Владимир Димов е еден од пионерите на лапароскопската абдоминална хирургија и еден од најпознатите експерти за лапароскопска хирургија во Европа. Тој е визитинг професор на Медицинскиот факултет во Истанбул и визитинг соработник - истражувач на Универзитетот во Чикаго, САД. Член е на голем број светски и европски асоцијации и здруженија.
Проф. д-р Димов е претседател на здружението „Mediteranian Task Forces for Cancer Control“, во кое членуваат сите земји на Медитеранот. Стручно усовршување од областа на лапароскопската абдоминална хирургија завршил во бројни светски центри во Германија, Австрија, САД, Италија. Од први септември 2018 г. проф. д-р Владимир Димов ќе биде дел од медицинскиот тим на „Ацибадем Систина“.

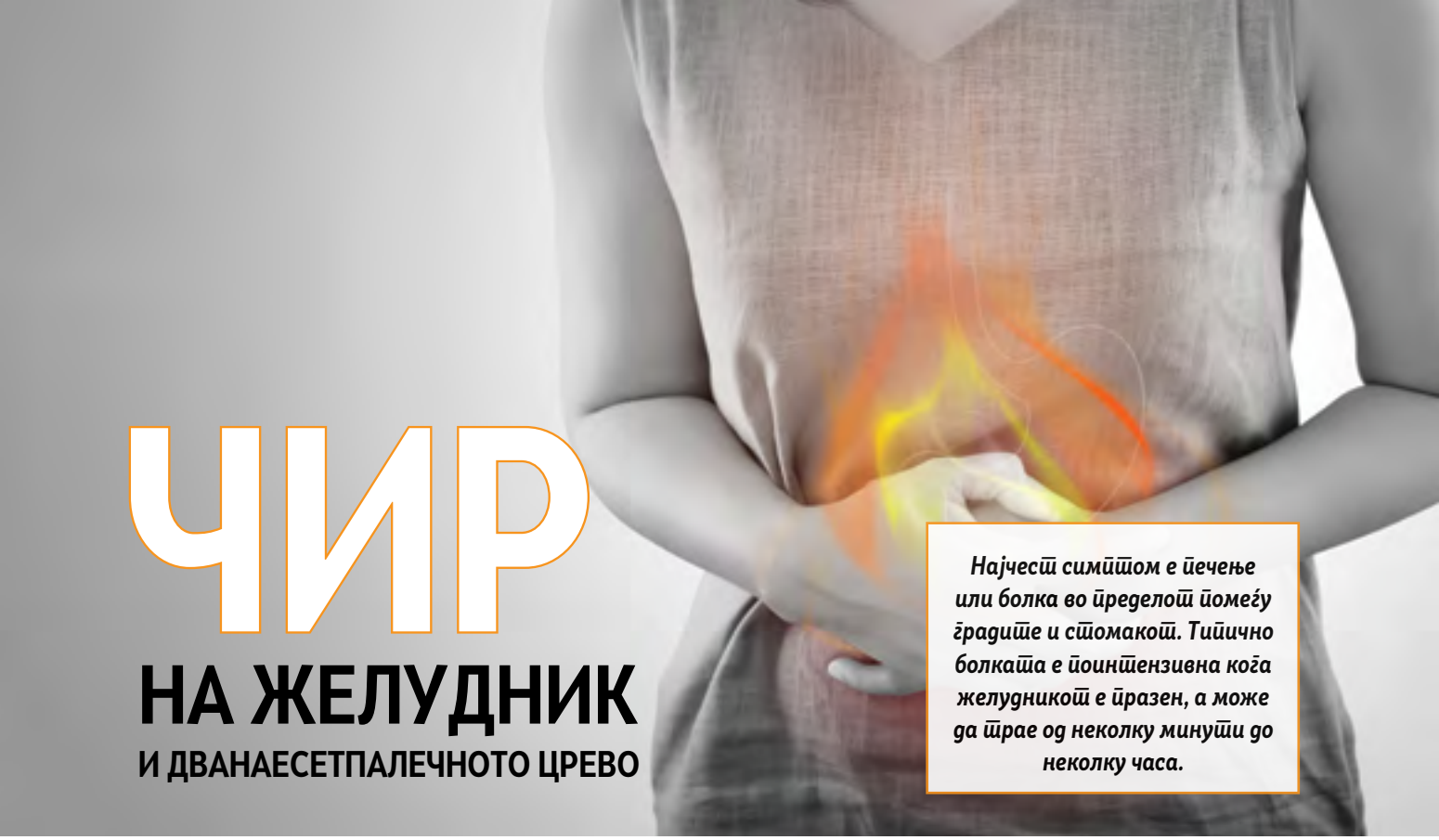
ДАЛИ ПОСТОЈАТ КОНТРАИНДИКАЦИИ

Контраиндикации за изведување на интервенцијата се најчесто од кардиолошка проблематика и тоа кај оние состојби каде што е нарушена размената на кислород и каде што има хиперкапнија – тука може да биде проблем зголемувањето на CO_2 во крвта поради употреба на овој гас за време на операцијата со кој се постигнува пнеумопериотнеум. Со други зборови, не постојат никакви причини било која состојба во абдоменот да започне по лапароскопски пат, но дали така и ќе се изведе успешно до крај, од голема мера зависи од искуството на хирургот и опремата.

ПРЕДНОСТИ НА ЛАПАРОСКОПСКАТА ХИРУРГИЈА

Бројните предности на лапароскопската абдоминална хирургија во споредба со класичната хирургија се и главната причина зошто оваа хирургија се развива толку брзо. Никогаш во историскиот пат на развојот на медицината не се случила толку брза промена кога за само 20 години филозофијата „голем хирург-голем рез“ се заменува со минимален пристап при изведување на која било состојба во абдоменот. Денеска сите референтни центри ја применуваат лапароскопската хирургија поради многу причини, меѓу кои најглавни се:

- Оперативниот пристап е преку многу мал рез од околу 0,5 до 1 цм за разлика од значително поголемиот рез кај класичната хирургија и со самото тоа неспоредливо е помала болката по операцијата.
- Можностите за компликации и инфекции по интервенцијата се значително минимални.
- Постоперативната мобилизација на пациентите трае само неколку часа, а целокупното постоперативно заздравување и враќање на нормалните активности е во рок од неколку дена. Кај класичната хирургија сето ова може да трае и со месеци.
- Давањето лекови од типот на аналгетици и антибиотици во постоперативниот период е значително кратко и трае најмногу еден ден.
- Губењето крв е во милилитри или минимален така што давањето крв е исклучително ретко, најчесто кај анемични пациенти.
- Контактот на хирургот со органите е минимален во смисла на манипулација со органите за време на операција и тоа е и главната причина поради која пациентите заздравуваат брзо. За неколку часа по операцијата се враќа нормалната перисталтика и работата на цревата. Бројните испитувања велат дека ова е главната причина поради која имунолошкиот систем на пациентот е многу малку оштетен и поефикасен во постоперативниот период кај овие пациенти за разлика кај оперираните со класична хирургија.
- Лапароскопската хирургија се користи и во третманот на малигните заболувања и недвосмислено е докажано дека резултатите се најмалку еднакви или подобри од класичната хирургија.



ЧИР
НА ЖЕЛУДНИК
И ДВАНАЕСЕТПАЛЕЧНОТО ЦРЕВО

Најчест симптом е печење или болка во пределот помеѓу градите и стомакот. Типично болката е поинтензивна кога желудникот е празен, а може да трае од неколку минути до неколку часа.

Чирот на желудникот и дванаесетпалечното црево (дуоденум) претставува ограничено оштетување на слузницата која е во постојан контакт со желудочната киселина и ензимите. Самото оштетување може да биде со различна длабочина, почнувајќи од поплитки оштетувања наречени ерозии па се до подлабоки оштетувања кои одат до мускулните слоеви и се нарекуваат улцерации. Д-р Фросина Адамовска, дигестивен хирург, објаснува дека овие промени може да бидат поединечни или мултипни. Овие заболувања може лесно да се излекуваат, но можат да бидат и многу тешки доколку не се примени соодветен и навремен третман.

ШТО ГО ПРЕДИЗВИКУВА?

Не постојат јасни докази дали стресот, неправилната и масна исхрана се директна причина за појава на чирот. До средината на 1980-тата година главното верување за појавата на чир биле ризик-факторите - стрес, генетската предиспозиција за прекумерно лачење желудочна киселина и нездрав стил на живот (зачинета, лута и брза храна, цигарите, алкохолот, кофеинот). Во поново време, истражувањата сè повеќе чирот го поврзуваат со присуството на бактеријата Хеликобактер пилори, присутна кај 50% од луѓето. 80% од луѓето немаат никакви симптоми, а кај 20% од случаите може да се јави улкусна болест.

На второ место како причинители за улкусна болест е прекумерната употреба на лекови за намалување на болка (аспирин, диклофенак, ибупрофен и напроксен). Овие лекови мора да се применуваат под контрола и со извесна заштита. Претходно оштетената слузница (гастрит) исто така може да доведе до појава на чир.

СИМПТОМИ

Најчест симптом е печење или болка во пределот помеѓу градите и стомакот. Типично болката е поинтензивна кога желудникот е празен, а може да трае од неколку минути до неколку часа. Најчесто се јавува наутро на празен стомак, и не се смирува ниту по земање на храна, но се смирува со земање лекови. Болката се зголемува веднаш или по 1 час по земањето на храна кај чир на желудникот. Болката што ја предизвикува чирот на дуоденумот е иста и се јавува наутро на празен желудник, но се смирува или се намалува интензитетот по земање на храна. Други карактеристични симптоми се:

- **надуеност во горниот дел на стомакот**
- **подригнување**
- **мачнина**
- **киселини**
- **повраќање**
- **анемија**
- **губење на апетит и телесна тежина**

Доколку забележите црна столица, тогаш можно е да се работи за уште еден симптом на чир кој крвави.

РИЗИК ФАКТОРИ

Најчести ризик фактори се возраста (кај пациенти над 40 години), претходно оштетување на слузницата, стресни ситуации, генетски предиспозиции, инфекција со Хеликобактер пилори.

ПОСТАВУВАЊЕ ДИЈАГНОЗА

Со помош на ендоскопија или гастроскопија се прави испитување на хранопроводот, желудникот и дванаесетпалечното црево. Доколку се забележат одредени промени на кој било дел од дигестивниот тракт може и да се земе дел од ткивото за микробиолошкото и патохистолошко испитување. Присуството на Хеликобактер пилори може да се открие со брз уреаза тест. Испитувањата траат многу кратко, се изведуваат со анестезија и се од голема дијагностичка и терапевстка важност.

КОМПЛИКАЦИИ И ТРЕТМАН

Третманот на чирот подразбира примена на советите на вашиот лекар, редовно земање на препишаната терапија и редовни прегледи. Третманот зависи од состојбата на чирот, дали се развива акутно со појава на остри, силни болки и појава на компликации, или, пак, е хроничен процес што го контролирате. Во најголем дел од случаите, чирот се лекува со антибиотици и лекови кои го намалуваат лачењето на желудочна киселина. **Хирургијата** е резервирана за компликациите од улкусната болест. Компликации кои може да се појават се крвавење, кое може да предизвика анемија, потоа пенетрација (преминување на чирот во друго ткиво) или перфорација (кога чирот ќе го пробие ѕидот на органот и настанува излевање на желудочна содржина во слободната перитонеална празнина) при што пациентите честопати се во животозагрозувачка состојба. Тогаш се применува хируршка интервенција со што се врши закрпување на перфорираниот дел, а понекогаш се прави ресекција (кратење) на дел од желудникот. Кај крвавењето се прави локална хемостаза. Чирот на желудник може да премине во карцином на желудник.

ПРЕЕКЛАМПСИЈА

ЗОШТО Е ВАЖНО ДА ЈА ОТКРИЕТЕ НА ВРЕМЕ!

Преекламсијата е сериозна компликација што се јавува во текот на бременоста, најверојатно како последица на одредено нарушување во постелката и претставува сериозна закана за намалување на дотокот на крв од мајката до плодот. Д-р Даниела Јованова, гинеколог-акушер, вели дека вообичаено се јавува по 20. недела од бременоста, но не е исклучено да се појави и по 12. недела, а имало случаи и на појавување во 9. месец од бременоста. Според одредени испитувања, се појавува во 5 - 8% од вкупните бремености. Доколку оваа патолошка состојба навремено не се констатира и започне со лечење, може да претставува сериозна опасност за вас и вашето бебе, оставајќи тешки последици врз вашиот црн дроб, бубрези и други органи, а предвременото породување е најчест завршеток на бременоста. При одредени тешки состојби на еклампсија, кои се јавуваат во 1% од сите преекламсии не се исклучени ни фатални последици како врз плодот така и врз мајката.

КОЈА Е ПРИЧИНАТА ЗА ПРЕЕКЛАМПСИЈА?

И покрај многубројните истражувања, сè уште не постои конкретен одговор, а има многу претпоставки. Некои од нив се дека појавата на преекламсија е поврзана со намалување на протокот на крвта во постелката што го поттикнува ослободувањето на одредени протеини од постелката во крвта, што, пак, може да доведе до покачен крвен притисок и оштетување на крвни садови во бубрезите поради што, пак, се ослободуваат протеини во урината. Секако и самата генетика, начинот на исхрана, а и состојбата на вашиот имунолошки систем имаат значајна улога во појавата на преекламсија. Постојат одредени состојби кои го зголемуваат ризикот за нејзина појава:

- Преекламсија во поранешна бременост
- Преекламсија во вашето семејство
- Проблеми со висок крвен притисок пред бременоста или васкуларни болести
- Повеќеплодна бременост
- Дебелина пред бременост
- Гестациски дијабетис, дијабетис, бубрежни заболувања, лупус, ревматски артритис, други автоимуни заболувања

Преекламсијата најчесто се јавува кај трудници со прво дете, многу млади трудници или трудници кои имаат повеќе од 40 години. Кај трудници со висок

крвен притисок пред бременост најчесто не доаѓа до прееклампсија затоа што се претпоставува дека се под перманентен надзор и под терапија и лекарства прилагодени за бременост.

ПОСЛЕДИЦИ

Последиците од прееклампсија вклучуваат недостиг на проток на крв во постелката, а кога постелката не добива доволно крв, вашето бебе не добива доволно кислород и хранливи материи. Ова, пак, доведува до забавен раст, мала родилна тежина или предвремено породување. Прееклампсијата го зголемува и ризикот од одлепување (абрупција) на постелката од внатрешниот ѕид на матката пред породувањето, често проследени со тешки крвавења и оштетувања на постелката, што е исто така опасно за вашиот и животот на вашето бебе. Можни се и идни постпородилни кардиоваскуларни заболувања.

Еклампсија. Кога прееклампсијата не се контролира може да премине во состојба на еклампсија, која во суштина е прееклампсија плус напади слични на епилептичните. Симптомите кои укажуваат на еклампсија вклучуваат болка во горниот десен дел од абдоменот, силни главоболки, проблеми со видот и вртоглавици, промена во менталната состојба на трудницата.

КАКО ДА ЈА ПРЕПОЗНАЕТЕ?

Главен проблем е што некои од симптомите се честа и нормална појава во бременоста и е прилично тешко да се одделат и препознаат симптомите на прееклампсија.

Од очигледните симптоми би требало да обрнете повеќе внимание на покачениот крвен притисок, засилено потење на лицето, дланките и пазувите. Покрај тоа можат да се појават силни главоболки и вртоглавица, заматен вид, осетливост на светлина, забрзано покачување на телесната тежина поради задржување на течностите во организмот, прекумерно отекување на зглобовите, лицето, рацете, промена во рефлексите, болка во горниот предел на абдоменот, рамената или долниот дел на грбот, намалувањето на мокрењето или негово престанување, како и зголемена мачнина и повраќање. Доколку прееклампсијата премине во еклампсија, може да се очекуваат напади (како епилептичните) или губење свест.

КАКО СЕ ДИЈАГНОСТИЦИРА

Единствен начин за дијагностицирање на прееклампсијата засега е проверката на крвниот притисок и анализа на урина. Доколку се констатираат покачени вредности на протеини во урината, а исто така и зголемен крвен притисок, најверојатно е дека ви е дијагностицирана прееклампсија.

Прееклампсијата е состојба која бара мултидисциплинарен пристап кој вклучува нефролог, а во потешките форми невролог и анестезиолог.

ПРЕВЕНЦИЈА И ЛЕЧЕЊЕ НА ПРЕЕКЛАМПСИЈА

За жал, не постои ниту еден начин како со сигурност може да се спречи преекламсијата, но тоа што можете е да си овозможите што подобра пренатална грижа, редовна контрола, тестови и анализи и, секако, лекарски надзор. Трудниците треба да водат грижа за исхраната, да го намалат внесот на сол во организмот, да избегнуваат премасна и презачинета храна, алкохол и цигари. Се препорачува умерена физичка активност во согласност со вашата здравствена состојба.

Единствен и најдобар лек е породувањето или предвременото породување ако преекламсијата поприми потежок облик што сериозно ги загрозува животот на мајката и бебето. Доколку преекламсијата не го достигнала критичниот облик, а се јавува во период на бременост кога не е препорачливо предвремено породување, постојат чекори кои можат да се преземат со цел преекламсијата да се држи под контрола. Доколку преекламсијата е во по блага форма, советуваме мирување со лежење во кревет без претерано станување или седење, ако нема потреба.

За да се намали ризикот преекламсијата да премине во еклампсија, лекарот може да предложи земање на одредени адекватни лекарства за намалување на крвниот притисок и во одредени ситуации употреба на магнезиум сулфат (антиколвузиви) за спречување на појава на напади. При одредени сериозни индикации лекарот секако ќе предложи и хоспитализација за перманентно следење и контрола на сите параметри и состојбата на бебето до породувањето.

Најголем број од жените што имаат преекламсија успешно ја изнесуваат бременоста и раѓаат здрави бебиња без последици. Покачениот крвен притисок и другите симптоми на преекламсија обично многу бргу ги снемува по самото породување, но ризикот таа да се повтори со следната бременост останува. Тој ризик се зголемува во случај на потежок облик на преекламсија или ако таа се појавила во пораниот период од бременоста, како и со несакани завршувања на самата бременост. Затоа е многу важно за следната бременост посебно да се обрати внимание на редовна контрола и следење на крвниот притисок и нивото на протеини во урината.

Трудниците треба да водат грижа за исхраната, да го намалат внесот на сол во организмот, да избегнуваат премасна и презачинета храна, алкохол и цигари.

НОВО!

ПОДОБРЕНО ЗА ИДНИНАТА!

Иста формула- ново практично пакување

Лесно за отварање

Практичен израмнувач за дозерката

Pronutra+

Хигиенски држач за дозерка на самиот капак

Добро затварање за зачувување на свежината

Важна напомена:

Доењето е најдобро за Вашите бебиња. Доењето треба да се продолжи во по ѓлиот месец до втората година од животот на детето. Покрај доењето, продуктите кои вообичаено се користат во семејната исхрана, треба постепено да се воведат. Воведувањето на поединечни продукти во исхраната на детето над 6 месечна возраст, треба да е препорачано од здравствен работник квалификуван за грижа на здравјето на бебето и детето, а е независен од производителите на храна за бебиња и деца.

„Високите температури придонесуваат за полесно и побрзо размножување на бактериите, вирусите и цревните паразити, кои најмногу ги напаѓаат бебињата и малите дечиња со сè уште недоразвиен имунолошки систем. “

КАКО полесно да се изборите со ЦРЕВНИТЕ ИНФЕКЦИИ

- Совети за родителите -

Најчеста причина поради која родителите ги носат своите дечиња во ординациите се инфекциите. Најголем процент од нив се вирусните респираторни инфекции. Но, кога станува збор за летниот период, водечкото место го преземаат цревните вирусни инфекции.

„Високите температури придонесуваат за полесно и побрзо размножување на бактериите, вирусите и цревните паразити, кои најмногу ги напаѓаат бебињата и малите дечиња со сè уште недоразвиен имунолошки систем, но секако не се поштедени ниту возрасните. Ризикот од појава на овие цревни инфекции е уште поголем при патувања и летен годишен одмор бидејќи потешко може да се воспостават соодветни хигиенски услови“, вели д-р Станка Танчева Крстевска, педијатар.

ШТО ГИ ПРЕДИЗВИКУВА?

Најчести предизвикувачи за овие летни цревни инфекции се летните вируси. Водечкото место припаѓа на ентеровирусите, помеѓу кои клучен е т.н. рота вирус. Веднаш по него се група аденовируси кои исто така се чести предизвикувачи за цревните инфекции во текот на летото. Овие предизвикувачи најчесто имаат фекоорален пат и децата може да ги добијат преку недоволно измиено овошје или зеленчук, контаминирана вода и термички недообработена храна, преку валкани раце или со директен контакт со веќе инфицирано лице. Се пренесуваат со огромна брзина од еден на друг член во семејството или во колективни заедници. Инкубацијата трае кратко, од еден до два дена.

БОЛКИ, ПОВРАЌАЊЕ, ДИЈАРЕЈА

Цревните инфекции вообичаено започнуваат акутно и брзо, со болки во стомакот кои се остри, продорни и дифузни и значително го вознемируваат детето. Честопати се јавува нагон за повраќање или пак повраќање и течни столици со или без присуство на слуз или крв. Чест придружен симптом е и фебрилноста. Детето вообичаено е доста изнемоштено и дехидрирано поради губитокот на телесните течности и електролити (натриум, калиум...) преку повраќањето и течните столици кои се особено важни за нормално функционирање на организмот.

ВНИМАВАЈТЕ ДЕТЕТО ДА НЕ ДЕХИДРИРА

Дехидрираното дете е немоќно, сонливо, повремено нервозно, нема сила да јаде и пие и вообичаено изгледа многу исцрпено. Сето ова настанува поради воспалување на желудечно-цревната слузокожа од дејството на цревниот агенс.

Од тука и треба да се истакне огромната важност на што побрзо започнување со рехидратацијата и надоместување на изгубените течности и електролити, особено кога станува збор за цревните инфекции во детската популација. Најдобар начин е секако пероралната рехидратација, со рано започнување на поење на детето со подготвени електролитни раствори, бавно, постепено преку уста. На тој начин се активираат веќе воспалените цревни ресички, со што се забрзу-

ва и процесот на нивна рехабилитација т. е. нивно возвраќање во нормаката функција на ресорпција на храна и течности. Секако, доколку дехидрираноста на организмот на детето е од поголем степен и е невозможно рехидрирање по перорален пат, се пристапува кон интравенска рехидратација.

КАКО ДА МУ ПОМОГНЕТЕ НА ДЕТЕТО

Цревните вирози вообичаено поминуваат без компликации и најчето не е потребна лекарска помош. Доколку вашето дете има симптоми на цревна вироза, задржете го дома и започнете што побрзо, како што веќе напоменавме, перорална рехидратација, со што ќе се надополнуваат изгубените течности и електролити и ќе се спречи натамошна дехидратација. Давајте полесна храна која нема да ја надразни веќе воспалената желудечна и цревна слузница (банана, ориз, компир, печено јаболко...). Овие намирници се полесни за варање, соджат калиум и електролити кои се губат со проливите, јаглехидрати како извор на енергија и содржат пектини и други супстанции кои ја подобруваат дигестијата и апсорпцијата на течности во цревата. Треба да се избегнуваат одредени намирници (млеко, млечни и слатки продукти, како што се сладолед, сокови, колачи) кои може да ги влошат и пролонгираат течните столици.

ОДМОР И ПРОБИОТИЦИ

Потребен е одмор кај вашето дете, кое е секако исцрпено од самата инфекција, фебрилноста, како и од губитокот на течности и електролити. Одморот помага и во природната одбрана на организмот од заканувачкиот инфект. Особено важно е и раното воведување на пробиотиците, кои помагаат за побрзо совладување на болеста и позитивно дејствуваат на организмот. Ја нормализираат изгубената рамнотежа на цревната микрофлора на организмот, а со тоа помагаат во редукција на проливите и нормализирање на столиците кај инфицираното дете.

КАКО ДА СЕ ПРЕВЕНИРА ШИРЕЊЕТО НА ИНФЕКЦИЈАТА

Пред сè треба да се избегнува близок контакт со заразено лице (да не се дели храна или прибор за јадење). Често миење и дезинфекција на раце, WC-школка, кваки и други површини по секое повраќање или течна столица. Да се задржи детето дома најмалку 2-3 дена по последната епизода на повраќање или течна столица, а по можност и повеќе.

ДОЕЊЕТО – НАЈДОБРА ЗАШТИТА ОД ЛЕТНИТЕ ВИРУСИ

Тука би го истакнале значењето на доењето и мајчиното млеко кај доенчиња. Мајчиното млеко изобилува со готови антитела наспроти рота вирусот и други цревни вирози, така што претставува најдобра заштита за вашето доенче во текот на овие летни периоди кога цревните вируси му се закануваат на секој чекор на нашето дете.

КОГА ТРЕБА ДА СЕ ОБРАТИТЕ НА ПЕДИЈАТАР

Во следните ситуации се препорачува посета кај вашиот педијатар:

- Кај упорно повраќање и пролив што не се подобрува и покрај преземените мерки на перорална рехидратација.
- Доколку симптомите траат подолго од 6-7 дена без подобрување на состојбата.
- Појава на дополнителни симптоми, надвор од цревната вирусна манифестација
- Појава на примеси на крв и слуз во столицата.
- Доколку се работи за цревна инфекција кај дете со ослабен имунолошки систем т. е. имунокопромитиран организам.

Успешно зараснување на рани

Solcoseryl®

Маст 2,07 mg/g

- Мали повреди
- Изгореници од I и од II степен
- Декубитални улцери
- Трансплантација на кожа
- Предгангрена, гангрена
- Венозни улцерации
- Кожни манифестации и рани по рендген-зраци
- И други рани кои тешко заздравуваат

- Да се нанесе во тенок слој на раната, 2 пати на ден
- Третманот трае до зараснувањето на раната

Solcoseryl®

Паста за уста (2,125m/10mg)/g

За болни рани на непца и уста како што се:

- Афти
- Рани од протеза
- Воспаление на непца
- Рани после вадење на заб
- Рани после оперативни зафати
- Тешкотии при никнување на умниците
- Рани по отстранување забен камен

- 3-5 пати дневно околу 1/2cm² паста да се нанесе на мукозната рана
- Третманот трае до исчезнување на симптомите

Пред употреба внимателно да се прочита упатството!
За индикациите, ризикот од употреба и несаканите дејства на лекот консултирајте се со Вашиот лекар или фармацевт.

Mylan

Носител на одобрението за ставање во промет: Септима ДООЕЛ, ул. Христо Татарчев 11 бр. 9, Скопје, Р. Македонија

TAVI ЗАМЕНА НА СРЦЕВИОТ ЗАЛИСТОК БЕЗ РЕЗ

TAVI е една од најновите кардиохируршки интервенции со кои се заменува оштетениот аортен залисток без да се отвори градниот кош. Тоа за пациентот значи пократок болнички престој, побрзо заздравување и минимална можност за компликации. По интервенцијата, пациентите немаат потреба да пијат антикоагулантна терапија. Повеќе информации за оваа револуционерна интервенција ни кажува проф. д-р Александар Николиќ, кардиохирург и шеф на Одделот за кардиохирургија во „Аџибадем Систина“.

КАЈ КОИ ПАЦИЕНТИ СЕ ИЗВЕДУВА TAVI

Револуционерноста на оваа метода е поради бројните предности за пациентите, но главен бенефит е тоа што со TAVI сега може да се спаси животот на пациентите кои се проценети како високоризични пациенти за изведување на класичниот пристап со отворање на градниот кош поради присуство и на други придружни болести. Друга група пациенти кај кои се препорачува овој тип интервенција е кај постари пациенти, каде возраста е причина за можна компликација и смртност при изведување класична кардиохируршка операција.

КАКО СЕ ИЗВЕДУВА?

Со оваа операција се врши замена на аортниот залисток на истиот пристап како што се изведува и катетеризација на срцето. Најчесто се изведува на тој начин што катетерот се поставува преку артеријата на ногата (arteria femoralis) кој стигнува до заболениот залисток. По пат на специјален махинизам стариот оштетен залисток се потиснува и на негово место се поставува (имплантира) новиот функционален залисток. Целата интервенција се следи на монитор

со помош на рендген технологијата. Новиот залисток е направен од природен биолошки материјал кој гарантира долг живот на залистокот и непречено функционирање. Процедурата е речиси идентична како при поставување стент на местото на стеснетиот крвен сад. Целата интервенција трае помалку од еден час, додека главниот дел се завршува за околу 40 минути.

ПРЕДНОСТИ НА ИНТЕРВЕНЦИЈАТА

Класичната кардиохируршка интервенција за замена на залисток трае околу четири часа, притоа пациентот се префрла на вештачки крвоток и е во општа анестезија. Времето за заздравување по интервенцијата трае шест до осум недели. TAVI-интервенцијата може да се изведе во локална или општа анестезија, трае помалку од еден час, не се отвора градниот кош, а пациентите се отпуштаат од болница за само неколку дена, додека целосно заздравување се очекува за една до две недели. Друга предност е што оштетениот залисток се менува со нов биолошки залисток што овозможува пациентите по операцијата да немаат потреба да пијат лекови за згрутчување на крвта.

ЗАБОЛУВАЊАТА НА СРЦЕВИТЕ ЗАЛИСТОЦИ МОЖЕ ДА ДОВЕДАТ ДО ИНФАРКТ

Нормалното функционирање на залистоците овозможува крвта да тече во правилна насока, со одредена брзина и во соодветно време. Патолошките промени кои ги зафаќаат залистоците влијаат на нивната функција, при што можат да станат премногу тесни и тврди и со тоа не можат целосно да се отвораат или затвораат. Ваквата неправилна функција влијае на крвниот тек (предизвикува повраток или застој на крвта). Тој проблем може да влијае на срцевиот мускул и да доведе до срцева слабост. Задржувањето на крвта доведува до зголемување на срцето со што се оштетува неговата функција. Зголемените комори и преткомори го оневозможуваат нормалниот проток на крв, при што расте ризикот за создавање коагулуми (згрутчување на крвта). Ваквата состојба може да предизвика емболија во белите дробови или во мозокот (мозочен удар). Затоа од голема важност е навремено детектирање и третман.

Проф. д-р Александар Николиќ е шеф на Одделот за кардиохирургија во Клиничката болница „Ацибадем Систина“. Во досегашното искуство работел во реномираните кардиоцентри во регионот. Проф. д-р Николиќ има изведено над 8000 операции на отворено срце (исхемична срцева болест, валвуларна хирургија, минимално инвазивна валвуларна хирургија, хирургија на аорта и супраортни разгранувања, конгенитална срцева болест - кај возрасни). Д-р Николиќ го водеше тимот кардиохирурзи кои во 2017 год во Србија го изведоа првото вградување на вештачко срце. Пионер е и во воведувањето на минимално инвазивна хирургија на срцеви залистоци во регионот.

По завршувањето на Медицински факултет на Универзитетот во Нови Сад, Србија, кардиохирургија специјализирал на Институтот за кардиоваскуларни болести - Дедиње, Белград, Србија. Докторирал во 2005 година на Медицински факултет на Универзитетот во Белград. Од многугодишното стекнато искуство, може да се издвои работата како соработник за обука на Одделот за хирургија на срце во Кардио-торакалниот центар во Монако, Кнежевство Монако.

КРАНИО-ФАЦИЈАЛНИ ДЕФОРМИТЕТИ

РЕКОНСТРУКТИВНА ОРТОГНАТНА ХИРУРГИЈА

Реконструктивна ортогнатна хирургија е специјализирана гранка на максилофацијалната хирургија во чиј хируршки третман се диспропорциите на горната и долната вилица, брада, јаболчни и носни коски со цел да се промени нивната неусогласеност и позицијата за подобрување на функциите на орофацијалниот комплекс, правилен сооднос на горната и долната вилица со забите, нормооклузија и артикулација, правилен сооднос на меките ткива(формата на лицето) со крајна цел да се влијае на правилен изглед на лицето, правилното дишење, говор, џвакање и голтање.

Реконструкцијата на лицево-виличните деформитети или ортогнатната хирургија е во домен на работата на максилофацијалниот хирург и опфаќа широк спектар на лицеви мекотки вни и лицеви коскени абнормалности.

Комплексот на хируршки и ортодонтски процедури, во функција на третман на лицево-виличните диспропорции и дисхармонии, стана интегрален дел на хирургијата на целиот лицев скелет: горна вилица, долна вилица, брада, јаболчни и носни коски, кои диктираат промена на формата на меките ткива преку балансиран анфас и прав профил. Со тоа денес, дефинитивно, добрата естетика и хармонија на лицето е еднакво важна како и основните функции на меѓувиличните и интерденталните соодноси. Праксата во светот и кај нас покажа дека пациентите со дентофацијални диспропорции и дисхармонии не се задоволуваат само со добро постигната оклузија и артикулација на забите. Дискусиите што ги почнал Микеланцело со прашањето што е идеален лик и профил сè уште постојат. Предоперативното евалуирање и соодветното хируршко лекување на малоклузиите и придружните абнормалности на скелетните компоненти на лицето бара одлично познавање на развојот на лицето, влијанието на внатрешните и надворешните фактори, како и на генетиката. **Во предоперативната евалуација, дијагностика и подготовка се вклучени максилофацијален хирург, ортодонт и протетичар.**

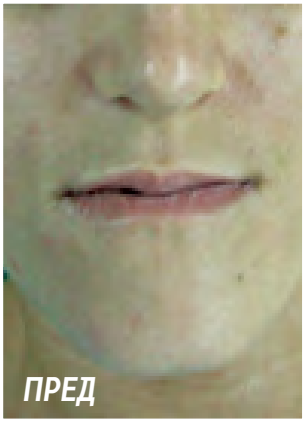
ЛИЦЕВО-ВИЛИЧНИ АНОМАЛИИ

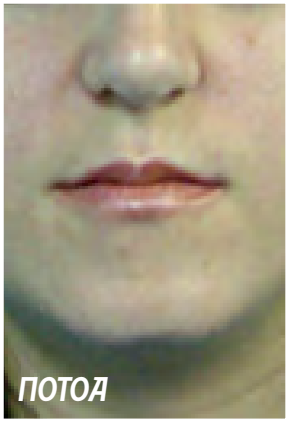
За подобро разбирање на **лицево-виличните аномалии** ќе споменеме неколку групи:

- Значајни аномалии во големините на горната и долната вилица (хиперплазија и аплазија, голема и мала горна и долна вилица, вилица со девијација на лева или десна страна и отворен загриз).
- Вродени деформитети: расцепи на усна и/или непце.
- Асиметрии на лицето во сите рамнини (по вертикала и хоризонтала).
- Вкрстен меѓувиличен сооднос на горната и долната вилица.
- Стекнати деформитети на лицето - меки и коскени структури (горна вилица, долна вилица, брада, јаболчни и носни коски).

ЕВАЛУАЦИЈА НА ЛИЦЕВО-ВИЛИЧНИТЕ ДЕФОРМИТЕТИ

Максилофацијалниот хирург и ортодонтот темелно ја испитуваат структурата на лицето, при што ќе ги земат предвид естетиката на анфасот и профилот. При евалуацијата на естетиката на анфасот треба да се одреди дали е присутна асиметрија на лицето и да се одреди општиот баланс на лицето. Евалуацијата исто така треба да вклучи процена на позицијата на челото, очите, инфраорбиталниот раб; областа околу носот; морфологија на усните; односот помеѓу усните и секачите и општите пропорционални односи на лицето во вертикална и трансверзална димензија. Евалуацијата на профилот овозможува процена на задниот дел од главата и вертикалните односи меѓу сите компоненти на лицето. Конфигурацијата на мекото ткиво на фаринксот треба исто така да се евалуира. Како стандарден дел од евалуацијата е и фотодокументирањето на состојбата на пациентот пред почетокот на третманот. Комплетниот дентален преглед треба да вклучи и оцена на формата на денталниот лак, симетријата, нивелација на забите и оклузалните аномалии во трансверзална, антеро-постериорна и вертикална димензија. Се евалуираат и мастикаторните мускули и функцијата на ТМЗ. При прегледот треба да се земат и отпечатоци и загриз заради подготовка на модели за анализа и евалуација. Важен дел од примарното оценување е компјутерската томографија (CT) со 3Д реконструкција. Евалуацијата помага при дефинирањето на природата на скелетната абнормалност. При дефинирање на природата на деформитетот и планирање на третманот, компјутерската евалуација се комбинира со клиничката процена на структурата на лицето на пациентот и оклузијата. На овој начин се овозможува евалуација на односот помеѓу скелетот на лицето и меките ткива. По внимателен клинички преглед и евалуација na дијагностичките записи, тимски се подготвува планот за хируршка терапија.





МАГНЕТНА РЕЗОНАНЦА НА ФЕТУС

БЕЗБЕДНА МЕТОДА ЗА ОТКРИВАЊЕ АНОМАЛИИ КАЈ ПЛОДОТ

Магнетната резонанца (МРИ) на фетус претставува иследување што се користи за евалуација на вродените аномалии и последователни компликации на фетусот. Снимката дава прецизен, детален приказ на фетусот, детектира суптилни аномалии, како и комплексни аномалии на плодот. Со тоа се отфрла или потврдува сомнението дадено со ултразвучниот преглед, што е важно за понатамошно менаџирање на бременоста.

Д-р Јасминка Јошева, радиолог, вели дека досегашните студии не покажале несакани ефекти или трајни последици за здравјето на мајката или плодот, ниту несакани ефекти и трајни последици за развојот на бебето.

КОГА Е ПОТРЕБНА МАГНЕНТНА РЕЗОНАНЦА НА ФЕТУС?

МРИ не се користи како скрининг-метода за евентуално постоење вродени аномалии, туку како дополнителен преглед онаму каде што ултразвучниот преглед е инсуфициентен.

ИНДИКАЦИЈАТА ЗА МР НА ФЕТУС ЈА ДАВА ГИНЕКОЛОГОТ КОЈ ЈА СЛЕДИ БРЕМЕНОСТА

„Ултразвукот е метод на избор за следење на бременоста, следење на феталниот раст и развој, следење на количината на плодова вода, должината на цервикалниот канал и следење на феталната активност, што ни дава одговор за добрата состојба и развој на фетусот. Но, во извесни случаи каде плодовата вода е во мала количина, кога мајката е угоена, во случаи над 33. гестациска недела кога е настанато окостување на

черепот, а е сомнителна аномалија или има промени на мозокот, ултразвукот е ограничен“, вели д-р Јошева. МР на фетус е индициран и кај бременост кога постои ризик, позитивна семејна оптовареност за одреден тип аномалија кој би се докажал со магнетна резонанца.

МАГНЕТНАТА РЕЗОНАНЦА НЕ ГИ „ЗРАЧИ“ БЕБЕТО И МАЈКАТА

Идните родители се загрижени за своето бебе бидејќи не знаат на кој принцип работи магнетната резонанца. „Првенствено треба да се знае дека магнетната резонанца нема радијационо зрачење како при другите рендгенски прегледи или компјутеризираната томографија. МР користи магнетно поле, радиофреквентни бранови и компјутер кој ги обработува сигналите и креира слика на вашето бебе. Предноста на магнетната резонанца е што иследува поголемо поле на преглед, дава прецизна слика со појасен приказ на меките ткива, не е зависна од положбата на фетусот и дава приказ во три рамнини.

ШТО НАЈЧЕСТО СЕ ИСЛЕДУВА СО МР?

Магнетната резонанца ни дава одличен, детален приказ и најчесто се користи за иследување вродени аномалии на:

- **Мозок** (хидроцефалус, дисгенезија на корпус калозум, аномалии на задната черепна јама, развојни аномалии на големиот мозок, васкуларни аномалии, инфракции или како скрининг-метода кога постои семејна оптовареност за евентуално постоење на одредени болести, на пример туберозна склероза).
- **‘Рбетен мозок** (дефекти на неурална туба, сакрококцигеални тератоми, агенезија на сакрум).
- **Лице и врат** (венолимфатични малформации, хемангиоми).
- **Граден кош и бели дробови** (аномалии на дишните патишта, како што се конгенитална цистична аденоидна малформација, пулмонална секвестрација, постоење на излив во белите дробови, дијафрагмални хернии).
- **Абдомен и мала карлица** (вклучително и цревните свиоци, мочниот меур и бубрезите) најчесто постоење на цистични или туморски промени во абдоменот и малата карлица, комплексни аномалии на генитоуринарниот систем).

Магнетната резонанца е неинвазивна метода и не бара посебни подготовки за изведба. Досегашните студии не покажале несакани ефекти или трајни последици за здравјето на мајката или плодот, ниту несакани ефекти и трајни последици за развојот на бебето."

ДАЛИ ПОСТОЈАТ КОНТРАИНДИКАЦИИ?

Прегледот не може да се изведе доколку имате вградено метални ортопедски протези во телото, срцеви пејсмејкери, како и поставени одредени медицински пумпи. Во последниве две децении вградените ортопедски протези најчесто се титаниумски со кои е можно изведување на прегледот, но е потребно да се има медицинска документација во која е тоа наведено. Тетоважите на кожата можно е да содржат делови од метал и е можно умерено загревање на кожата во тек на прегледот, но истото е минливо и воедно доколку е неиздржливо непријатно, прегледот може да се прекине во секој момент. Како релативна контраиндикација е и клаустрофобијата (страв од затворен простор).

МАГНЕТНА РЕЗОНАНЦА 3 ТЕСЛА

Клиничката болница „Ацибадем Систина" инвестираше во најновата генерација на магнетна резонанца 3 Tesla, која има бројни предности како за пациентот така и за нас, докторите, кои ги откриваме промените во телото. Новата генерација на магнет го зголемува квалитетот и ја зголемува резолуцијата на снимката, што ни овозможува да забележиме уште поситни структури и промени. Снимката добиена со 3 Tesla магнет овозможува подобро да се видат настанатите промени отколку што би се виделе на 1.5 Tesla. Прегледот го изведуваат искусни радиолози со долгогодишно искуство и експертиза од оваа област.

КАКО СЕ ИЗВЕДУВА?

Не е потребна посебна подготовка, освен што е препорачливо мајката да биде гладна 4-6 часа пред прегледот или на денот на преглед да биде појадувана, лесен оброк, по можност без кофеински препарати и храна богата со шеќери која може да поттикне поголема активност на бебето и да го пролонгира времето на преглед. Пред прегледот мајката може да се консултира со радиологот кој ќе ѝ ја објасни целата постапка и ќе ѝ даде одговор на сите прашања.

„Прегледот просечно трае од 30-45 минути и се изведува во лежечка положба на грб или на странично, најчесто на левата страна. Просторот каде што се изведува е во форма на тунел. Потребно е мајката да биде поставена во доволно удобна положба бидејќи треба да е во иста положба за времетраење на прегледот, без движење. Секое движење ја влошува МР-слика-

Препораките на радиолозите е прегледот да се изведе најрано во 17-18 недела на гестациска старост кога е завршена органогенезата, бидејќи претходно плодот е со мали димензии и изразено подвижен.

та, давајќи движечки артефакти. Заради истото се поставуваат перници за да ја подобрат удобноста. Се поставуваат слушалки заради заштита од бучноста на машината која ја дава активирањето на секундарните магнети со цел да не се вознемирува мајката. Студиите даваат информација дека бучавата не ја чувствува бебето бидејќи плодовата вода околу него ја редуцира за десетина пати. Доколку е потребно, со мајката може да присуствува на прегледот и придружба, но не е дозволено дете да биде придружба. Технологот го следи прегледот и може да комуницира со пациентот на кој му е даден микрофон", вели д-р Јошева.

Идеална доза

ПЕЛИСТЕРКА

свежина за ова лето!

ЗОШТО СРЦЕТО МИ ЧУКА ЗАБРЗАНО?

Нормалната срцева фреквенција во мир е помеѓу 60 и 95 удари во минута. Срцев ритам помал од 60 удари во минута е срцева брадикардија, која претставува нормален ритам кај активни или поранешни спортисти. Срцев ритам поголем од 100 удари во минута без физичка активност е срцева тахикардија која во некои случаи бара консултација со кардиолог. При физичка активност нормално е срцевиот ритам да се забрза, но постепено. Степенот на забрзување на срцевиот ритам зависи од физичката кондициска спремност на индивидуата. По физичката активност, срцевиот ритам постепено се враќа во нормални граници. Кај децата помали од 14 години, нормално е ритамот во мир да биде и поголем од 100 удари во минута.

Палпитации (срцева аритмија) се непријатни сензации на нагло, силно и брзо, регуларно или нерегуларно срцево работење. Оваа состојба пациентите најчесто ја опишуваат како „срцето ќе ми излезе од градите", „срцето ме тера да дишам длабоко" или го „чувствувам срцето во грлото или вратот".

Д-р Иван Трајков, кардиолог-електрофизиолог, вели дека најчесто во основа на палпитациите не се работи за срцево заболување, но треба да се исклучат и други фактори кои може да доведат до тоа, како што се: електролитни нарушувања (дехидратација), психогени и социјални фактори, анемичен синдром (ниско железо и хемоглобин во крвта), ендокринолошки болести (тироидна жлезда, надбубрежна жлезда), белодробни заболувања, како и одредени лекови.

ВАЖНО Е ДА ЗНАЕТЕ

Од кардиолошка гледна точка многу е битно дали аритмијата:

- Започнува и се смирува нагло или постепено.
- Дали е ритмична или аритмична.
- Колку време трае.
- Дали е придружена со симптоми.
- Дали се појавува за првпат или се повторува. Доколку се повторува, дали е постојано иста причина за појавување или нема правило.
- Дали пациентот знае за некоја досегашна срцева состојба која може да доведе со неправилна срцева работа.
- Дали пациентот има податок за аритмии или други срцеви заболувања во фамилијата.
- Дали се појавува во тек на денот или ноќта, во мир или при физичка активност, пред или по јадење.
- Дали е придружено со болка во градите, стомакот или болка на друго место.
- Бременост.
- Да се исклучи постоење инфекција или фебрилна состојба.

Д-р Иван Трајков препорачува секогаш да се побара консултација со кардиолог доколку срцебиењето е придружено со вртоглавица, конфузност, губиток на свеста, силна главоболка, потешкотии во дишењето, градна болка која се шири кон вратот, долната вилица, рамената или горниот дел од грбот, кога срцевиот ритам е побрз од 140 удари во минута и трае подолго од 30 минути без физичка активност, и кога аритмија е придружена со покачен или намален крвен притисок.

КАКО СЕ ДИЈАГНОСТИЦИРА АРИТМИЈАТА

Единствен доказ за постоење срцева аритмија е електрокардиограм за време на срцебиењето. За да се исклучи срцево заболување како причина за срцевата неправилна работа, треба да се направат првични рутински иследувања, преглед, електрокардиограм во мир (да се исклучи постоење на вродени аритмии) или 24-часовно следење на срцевиот ритам (холтер следење), ехокардиографија (да се исклучи срцева слабост). Коронарен стрес-тест, доколку аритмичната срцева работа се појавува за време на физичка активност. Доколку не се најде срцева причина на рутинските иследувања, а пациентот се жали на срцебиење кое е побрзо од 150 удари во минута, а нема електрокардиограм за време на аритмијата, се препорачува и инвазивна дијагностика, електрофизиолошка студија.

ЕЛЕКТРОФИЗИОЛОШКА СТУДИЈА

Кога пациентот има електрокардиографски запис од клиничката тахикардија и истата има знаци за постоење кружна тахикардија, кај пациентот се предложува електрофизиолошка студија со аблација. Тоа е испитување при што се добива аритмијата и во исто време се лекува. По тоа пациентот нема аритмија.

ПРЕПОРАКИ ЗА НАМАЛУВАЊЕ НА ЗАБРЗАНА СРЦЕВА РАБОТА

- Да се намали вознемиреноста, да се избегнуваат стресни ситуации.
- Да се намали консумирањето кафе, чај или други пијалаци кои содржат кофеин, теофилин или таурин кои се причина за срцебиење.
- Прекин на пушење или други продукти кои содржат никотин.
- Прекин на консумирање алкохол.
- Да се избегнуваат стимулативни лекови.
- Да се избегнуваат познати алергени (храна).
- Да се избегнуваат лекови против кашлица, настинка и бронхитис.
- Редовна физичка активност, минимум 30 минути на ден (5 дена во неделата).
- Намалување на телесна тежина.

БлокМАКС®
400 mg филм-обложени таблети Рапид
Ibuprofen lysine

ПОБРЗО ДО ЦЕЛТА СО БлокМАКС® Рапид

Една филм-обложена таблета БлокМАКС® Рапид содржи 400 mg ибупрофен (во форма на ибупрофен лизин 684 mg).

Препорачана поединечна доза е 1 таблета, до трипати дневно, по потреба.

Таблетите БлокМАКС® Рапид се употребуваат како краткотрајна симптоматска терапија на лесна до умерена болка и тоа:

- ГЛАВОБОЛКА
- ЗАБОБОЛКА
- МУСКУЛНА БОЛКА
- БОЛКА ВО ГРБОТ
- РЕВМАТСКА БОЛКА

АЛКАЛОИД СКОПЈЕ
Здравјето пред сè
www.alkaloid.com.mk

Пред употреба задолжително да се прочита упатството. За индикациите, ризикот од употребата и за несаканите дејства на лекот консултирајте се со Вашиот лекар или со фармацевт.

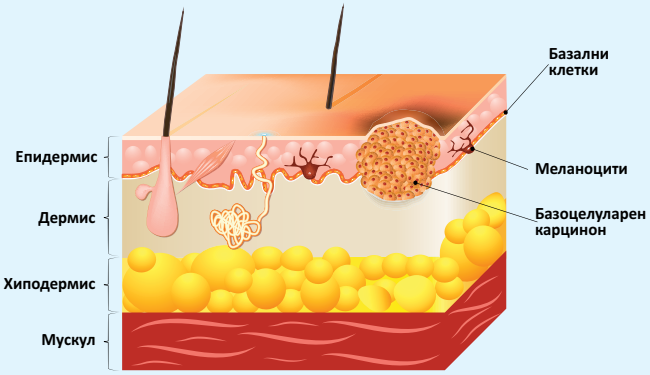
ПРЕКУМЕРНА ИЗЛОЖЕНОСТ НА СОНЦЕ

РИЗИК ЗА КАНЦЕР НА КОЖА?

Малигните тумори на кожата се на прво место по честота од сите видови малигноми кои се јавуваат кај човекот. Тие значително почесто се јавуваат на непокриените делови на телото.
Д-р Илија Мостров, пластичен хирург, вели дека во настанувањето на карциномите на кожата влијаат повеќе фактори: сончевата светлина, јонизирачкото зрачење, органските и неорганските масла, смоли и катрани, тешките метали (арсен), лузни од операции, изгореници и трауми на кожата. Исто така, важни се и преканцерозите на кожата (леукоплакија, кератоактантом, Morbus Bowen, сончевите кератози) и одредени професии во кои постои подолготрајна изложеност на дејството на хемиските или физичките агенси. Од малигните тумори на кожата најчести се базоцелуларниот карцином, планоцелуларниот карцином и малигниот меланом.

БАЗОЦЕЛУЛАРЕН КАРЦИНОМ

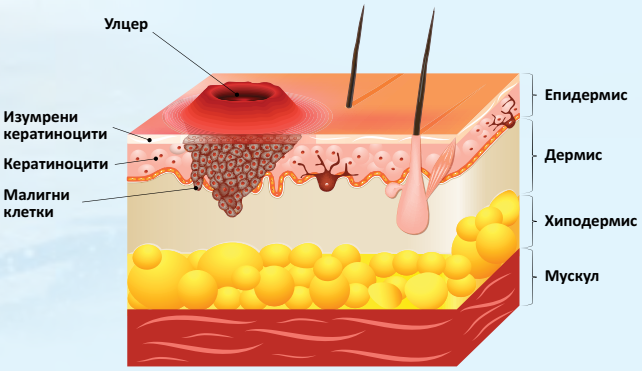
Базоцелуларниот карцином е најчест рак на кожата, но и најмалку опасен. Најчесто базоцелуларниот карцином почнува како мала, сјајна кожна промена издигната над нивото на кожата, која бавно и постепено се зголемува. По неколку месеци се појавува сјаен, бисерен раб со назначени проширени крвни садови на површината и со централна раничка. Промената често крвави и се препокрива со краста, која паѓа и повторно се создава. Вообичаено за овој хистолошки тип на кожен карцином е наизменично да се препокрива со краста и се затвора, потоа крастата паѓа, промената крвави и повторно се создава нова краста.
Се јавува почесто кај припадниците на белата раса, и тоа најчесто на видливите делови на главата и вратот.
Базоцелуларниот карцином двапати е почест кај мажите отколку кај жените и почесто се јавува во средна и постара возраст (95%), обично од 40. до 79. година од животот.
Иако базоцелуларниот кожен карцином ретко метастазира, тој може да биде исклучително локално деструктивен и да врши инвазија и деструкција на нормалните околни ткива. Ретко може да доведе до смрт, зафаќајќи одредени витални структури или отвори (очи, уши, нос, коска).
Овој кожен карцином најчесто се јавува во региите изложени на сонце, како што се лицето, вратот и екстремитетите. Најчести локализации на лицето се: образите, ушите, преаурикуларната регија, носот, долната усна и вратот.



ПЛАНОЦЕЛУЛАРЕН КАРЦИНОМ

Планоцелуларниот карцином по честота е втор најчест облик на малиген тумор на кожата. Најчесто се јавува на деловите на телото кои се изложени на сонце, како што се лицето и главата. Може да се појави на претходно неизменета кожа, на претходно постоечка сенилна кератоза или на лузна од изгореница.

Туморот почнува како црвена папула (јазол) или плака со лушпеста или крустозна површина. Понатаму, може да стане нодуларен, понекогаш со брадавичеста површина. Планоцелуларниот карцином е повеќе малиген од базоцелуларниот карцином и може да се прошири во локалните лимфни јазли, како и други органи. Доколку е локализиран на устата, ушите и прстите или кај имунокомпромитирани пациенти, може брзо да се прошири.

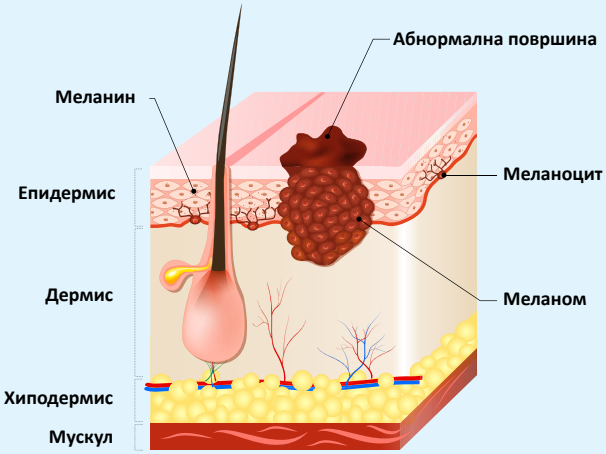


МЕЛАНОМ

Меланомот е најредок, но и најопасен малиген тумор на кожата. За разлика од базоцелуларниот и планоцелуларниот карцином, меланомот се појавува во помлада возраст. Меланомот најчесто се појавува во облик на кафеаво-црна пигментација која се зголемува, со неправилни рабови и со неизедначена боја. Може да се јави во облик на розови или црвеникави јазолчиња со мала количина пигмент, кои брзо растат. Кај меланомот е најважно што порано да се изврши хируршкиот зафат затоа што со навремена интервенција може да се спаси животот.

Малигниот меланом може да настане со малигна трансформација на бенка, но може да настане и на сосема здрава кожа.

Ако некој забележи дека бенката почнала да расте, веднаш треба да се јави на лекар. Стручна помош треба да се побара и ако се бенките асиметрични, деловите околу границите на бенката назабени, нејасно ограничени, ако бојата нагло им се изменила. Покрај тоа, секоја бенка што е поголема од 6 мм во пречник треба да се прегледа од страна на лекар. Се препорачува хируршко отстранување на бенките кои се наоѓаат на места подложни на иритација.



ФЕТАЛНА ЕХОКАРДИОГРАФИЈА

СКРИНИНГ ЗА НАЈРАНО ОТКРИВАЊЕ СРЦЕВИ АНОМАЛИИ КАЈ ФЕТУСОТ

Ако порано се сметало дека фетална ехокардиографија треба да се направи кај трудници кај кои постојат ризик-фактори за можна срцева аномалија на фетусот, денес статистичките податоци од бројни референтни кардиолошки и кардиохируршки центри во Европа и Америка укажуваат дека порастот на срцевите аномалии е во тренд и тоа кај здрави трудници кои имаат нормална бременост без никаков ризик. Оттаму, феталната ехокардиографија денес се препорачува како рутински скрининг за секоја бремена жена.

Голем број родители не знаат дека застапеноста на вродените срцеви аномалии е од 6 до 8 на 1000 живородени новороденчиња. Статистичките податоци, пак, добиени од референтни центри кои се занимаваат со фетална ехокардиографија покажуваат дека застапеноста на вродените срцеви аномалии е поголема од 6-8 на 1000 новородени.

Д-р Драшко Димески, педијатар-кардиолог, објаснува дека феталната ехокардиографија претставува ехо-дијагностика која е дел од пренаталната дијагностика во гинекологијата и метода која најрано открива евентуално постоење на вродени срцеви аномалии на фетусот и проблеми во ритамот на срцето на фетусот. Феталната ехокардиографија ги користи стандардните ехокардиографски техники: еднодимензионалната, 2Д, 3Д и 4Д доплер-техника вклучувајќи го и колор-доплерот.

Кај трудници со високоризична бременост скрининг-от се прави во 15-16 гестациска недела и се изведува трансвагинално. Кај трудници каде не се очекува одреден ризик, стандардна рутинска метода се изведува трансабдоминално од 19. до 24. недела како прв скрининг и вториот контролен скрининг околу 28-29 недела.

ЗОШТО Е ВАЖНО ДА СЕ ИЗВЕДЕ ПРВИОТ ПРЕГЛЕД ПОМЕЃУ 19-24 НЕДЕЛА?

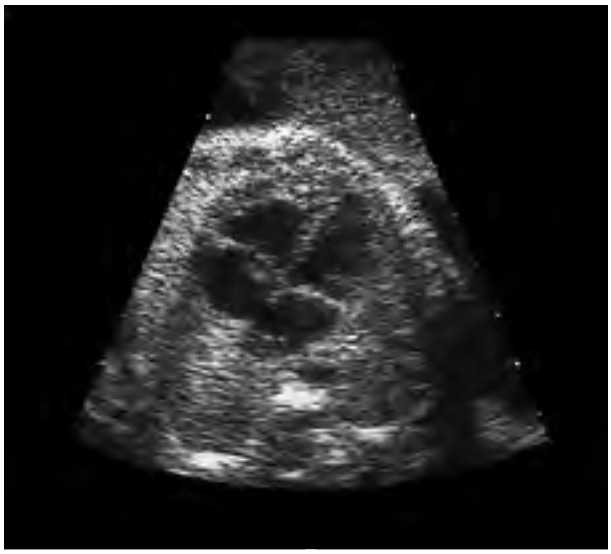
„Овој период е најдобар во однос на самиот фетус, неговата возраст, просторот кој го има во матката кој му дозволува слободно движење со што ни дава подобар приказ на сите анатомски структури на срцето“, вели д-р Димески

РАНО ОТКРИЕНАТА СРЦЕВА АНОМАЛИЈА ПРЕДУСЛОВ ЗА УСПЕШЕН ТРЕТМАН

Овој скрининг има многу предности меѓу кои: најрано откривање вродени срцеви мани, информирање на родителите за состојбата на феталното срце кај плодот, планирање на времето и местото на раѓање блиску до кардиохируршки центар доколку фетусот е носител на ВСМ, можна терапија кај феталните срцеви аритмии, можно прекинување на бременоста кај комплексните кардиопатии асоцирани со генетски нарушувања, овозможување на научни сознанија за развојот и текот на ВСМ и перспективна фетална интервентна кардиологија и кардиохирургија.

НАЈНОВИ ТРЕНДОВИ ВО КАРДИОХИРУРШКИ ТРЕТМАН НА ВРОДЕНИТЕ СРЦЕВИ АНОМАЛИИ

Денешните ставови на референтните центри кои се занимаваат со детска кардиохирургија се фокусирани на пренаталната дијагностика на срцевите аномалии. Кога се знае дијагнозата и кога се очекува новороденото да се роди со срцева аномалија, кардиохирурзите инсистираат хируршкиот третман да биде реализиран што побрзо од едноставна причина што нивните резултати од хируршки аспект се подобри и новородените имаат подобар квалитет на



живот во однос на оние кај кои хируршкиот третман се направил откако е дијагностицирана аномалијата извесен период по раѓањето.

За да се реализира оваа постапка, кардиохирурзите инсистираат на транспорт (In utero), што подразбира породувањето на трудницата да биде во близина на референтен кардиохируршки центар. Ваквиот пристап на третирање на вродените срцеви аномалии останува императив за детската кардиохирургија.

Во Клиничката болница „Ацибадем Систина“ секоја трудница има можност да направи фетална ехокардиографија како дел од задолжителните скринизи. Како дел од концептот Acibadem Sistina BABY, родилките кои направиле фетална ехокардиографија за време на бременоста, добиваат бесплатен кардиолошки скрининг на новороденчето по раѓањето.

Доколку повредата се случи во урбана средина, најдобро е да се повика брза помош, која со стручна и обучена екипа ќе изврши имобилизација и транспорт на повреденото лице.

ИМОБИЛИЗАЦИЈА И ТРАНСПОРТ
КАЈ НАЈЧЕСТИТЕ ТРАУМИ

Секојдневно сме сведоци на повредени во сообраќајни незгоди, незгоди при спорт, незгоди при планинарење, незгоди при секојдневните активности во домот и на работното место. Често при тие повреди доаѓа до повреди – фрактури на коскените структури на човековото тело. Д-р Даниел Јакимоски, хирург, вели дека трауматските повреди се на трето место по смртност во светот, веднаш по карциномот и срцевите заболувања.

Прво нешто што треба да се направи при повреди со фрактура е имобилизација на фрактурата и безбеден транспорт на пациентот до првата здравствена установа. Доколку повредата се случи во урбана средина, најдобро е да се повика брза помош, која со стручна и обучена екипа ќе изврши имобилизација и транспорт на повреденото лице. Но, доколку повредата се случи во природа каде нема пристап на возило, треба да се направи примарна имобилизација со материјали и средства од околината со цел повредениот безбедно да се транспортира до најблиската здравствена установа каде ќе се продолжи со понатамошното третирање и лекување на повредениот.

СОВЕТИ ЗА ПРВА ПОМОШ ПРИ ТРАУМАТСКА ПОВРЕДА

Секоја повреда бара различен третман во зависност од ургентноста и од настанатата траума. Она што е најважно е да ги примените овие неколку чекори пред да пристигне амбулантното возило.

- При трауматски повреди пред сè е важно повредениот и лицата околу него да останат присебни сè со цел адекватно да му помогнат на повредениот.
- Доколку се работи за пригмечен дел од телото, во најбрз можен рок треба да биде ослободен тој дел од телото. Доколку исто така постои крвавење при повредата, да се проба истото да биде ставено под контрола со притисок над местото од каде крвави.
- Доколку имате примарно познавање од пружање прва помош и имобилизација тогаш може да пристапите кон пружање на основната помош. Во спротивно, не поместувајте го повредениот, оставете стручните лица да го направат тоа.

ЗОШТО Е ВАЖНА БРЗА ИМОБИЛИЗАЦИЈА?

Прво нешто што треба да се направи по повреда е да се врати во првобитна состојба повредениот дел, односно да се добие анатомско-физиолошка положба. Тоа значи дека брзата реакција, односно првичната имобилизација е од примарно значење. Со брзата имобилизација пред сè ја намалуваме болката на повредениот, спречуваме понатамошно оштетување на коскените структури, но исто така и на меките ткива. Ги доведуваме крвните садови, мускулите и нервите во нормална положба и функција. Со враќање на повредените делови во една релативно нормална положба се трудиме да ја добиеме нормалната анатомија и функција на повредниот дел од човековото тело.

КОИ СЕ НАЈЧЕСТИТЕ ГРЕШКИ И НАЈЧЕСТИТЕ КОМПЛИКАЦИИ ПРИ НЕСООДВЕТЕН ТРАНСПОРТ

При имобилизацијата на повредениот се случуваат грешки и компликации пред сè од несоодветни постапки и несоодветно обучени луѓе. Често со неправилна манипулација со повредените сегменти може да дојде до повреда на мускулите, органите кои се наоѓаат во близина, крвните садови и нерви. Овие повреди на меките ткива, крвни садови и нерви може да доведат до сериозни последици по здравјето и нормалната функција на повредениот. Исто така, доколку повредениот се транспортира несоодветно, во несоодветна положба или несоодветно возило, често се случуваат тешки последици и компликации. Затоа е битно овие повреди навремено да бидат препознаени од страна на лекар и соодветно и во најбрз можен рок да бидат третирани.

БЕЗБЕДЕН И БРЗ МЕДИЦИНСКИ ТРАНСПОРТ

Ургентниот центар на „Ацибадем Систина“ располага со три современо опремени амбулантни возила со кои се врши транспорт на пациентите од одредена локација до самата болница и обратно. Пациентите секогаш се придружувани од соодветни медицински тимови во зависност од нивната здравствена состојба и видот на болеста. Тоа се возила во кои е вградена висококвалитетна опрема за мониторинг, кислородна поддршка, респиратор, инфузомати и перфузори за контролирано давање течности и поддршка на кардиоваскуларниот систем. Во зависност од потребата постојат и специјално опремени торби со адекватни лекарства, средства за имобилизација и завоен материјал кои би биле потребни во зависност од здравствената состојба на пациентот.

„АЏИБАДЕМ СИСТИНА“

ПОДГОТВЕНА ДА БИДЕ ИДНИНАТА НА ТРАНСПЛАНТАЦИЈАТА

Трансплантација на ткива и органи – предизвици и дилеми, беше насловот на меѓународниот симпозиум, прв од ваков карактер, што се одржа во Република Македонија. Организатор и домаќин на настанот беше Клиничката болница „Аџибадем Систина“, а освен од земјата домаќин, присуствуваа предавачи и гости од пет земји од регионот.

Симпозиумот го отвори министерот за здравство, доц. д-р Венко Филипче, а поздравно обраќање до гостите имаше и д-р Јана Марин, директор на болницата и член на Одборот на директори на „Аџибадем Систина“. „Размената на искуства и едукацијата се едни од клучните елементи. Со ова ги отвораме можностите и за воведување нови техники и технологии, коишто, заедно со знаењето и експертизата, преку системот на ’Аџибадем’ ќе ги донесеме во нашата земја. Носиме решенија за трансплантации што до сега не можеле да се аплицираат кај нас. Од друга страна, елементарно важно е постојаното подигнување на нивото на соработка и размена на искуства со Министерството за здравство и со јавните здравствени установи. Меѓу другото, затоа што трансплантацијата е и одлична можност за отворање на перспективите за јавно приватно партнерство во здравствениот систем на Република Македонија”, изјави д-р Јана Марин.

Проф. д-р Хамди Каракајали (Болница „Аџибадем Алтунизаде“, Турција)

Со експертски предавања, на симпозиумот учествуваа еминентни професори од областа на трансплантацијата на ткива и органи од Здравствената групација „Аџибадем“ од Турција, како и домашни експерти од Универзитетскиот клинички центар „Мајка Тереза“ од Скопје.

Проф. д-р Сирет Ратип (Болница „Аџибадем Алтунизаде“, Турција)

„Согласно со статистиките, само 30 отсто од пациентите на кои им е потребна трансплантација имаат блиску поврзани донори (брат, сестра), додека 70 отсто немаат блиску поврзани донори. Значи, за овие пациенти изборите се да имаат неповрзан донор, од националната или интернационалната банка на донори или да се потпрат на високата технологија. Во просек еден пациент има најмалку 2,5 неповрзани донори за трансплантација, што е далеку повеќе од 0,3 со блиску поврзани донори за трансплантација. Трансплантациите коишто ние во Аџибадем групацијата ги изведуваме имаат на располагање висока технологија. Оваа технологија и нашето знаење сакаме да ги трансферираме и тука, во Македонија, во ’Аџибадем Систина’”, вели проф. д-р Сирет Ратип, од болницата „Аџибадем Алтунизаде“, Турција. Неговиот колега, проф. д-р Ерџумент Овали, од

„Размената на искуства и едукацијата се едни од клучните елементи. Со ова ги отвораме можностите и за воведување нови техники и технологии, коишто, заедно со знаењето и експертизата, преку системот на 'Аџибадем' ќе ги донесеме во нашата земја."

Д-р Јана Марин
(Директор на болницата и член на Одборот на директори на „Аџибадем Систина")

„Аџибадем Лабген" и професор по хематологија на Универзитетот „Аџибадем", Турција, заклучува дека модерното доба доаѓа до опции на молекуларна и ќелиска терапија, а технологијата рапидно се развива. „Македонските колеги се свесни за ова и ние заедно ќе се потрудиме да ги развиваме случувањата. Да, ќе понудиме технологија и знаење, но ќе понудиме и наша непосредна помош, асистенција, во иднина да се постават, да се развиваат и постојано да се надоградуваат врвните технолоигии во трансплантацијата во Македонија", вели тој.

Проф. д-р Ерџумент Овали
(„Аџибадем Лабген", Турција)

Домашните експерти од областа имаа свои предавања, во коишто презентираа дел од македонските искуства.

„Ова е прв заеднички симпозиум на тимовите кои работат трансплантација на органи и ткива што се одржува во Република Македонија. Истовремено, со учество на колегите од другите земји, имавме можност да ги презентираме и нашите искуства, да иницираме поинтензивна соработка и вклучување на наши пациенти во актуелни студии, пред сè во делот на генетскиот инженеринг и регенативната, клеточната терапија. Македонија пред неколку децении беше лидер во регионот во однос на кадаверичната трансплантација. За жал, денес сè уште се обидуваме да се вратиме на старите патеки и истовремено да обезбедиме мултиорганска трансплантација и да станеме членови на Еуро-трансплант", вели проф. д-р Борче Георгиевски од Универзитетската клиника за хематологија.

Доц. д-р Венко Филиќе
(Министер за здравство на Република Македонија)

Предавањата на симпозиумот акредитиран од Лекарската комора на Македонија ги следеа доктори од Македонија, како и од Турција, Србија, Бугарија, Албанија и Косово.

Проф. д-р Борче Георгиевски
(Универзитетска клиника за хематологија, Македонија)

Асс. проф. д-р Владимир Чадиковски
(Универзитетска клиника за детска хирургија, Македонија)

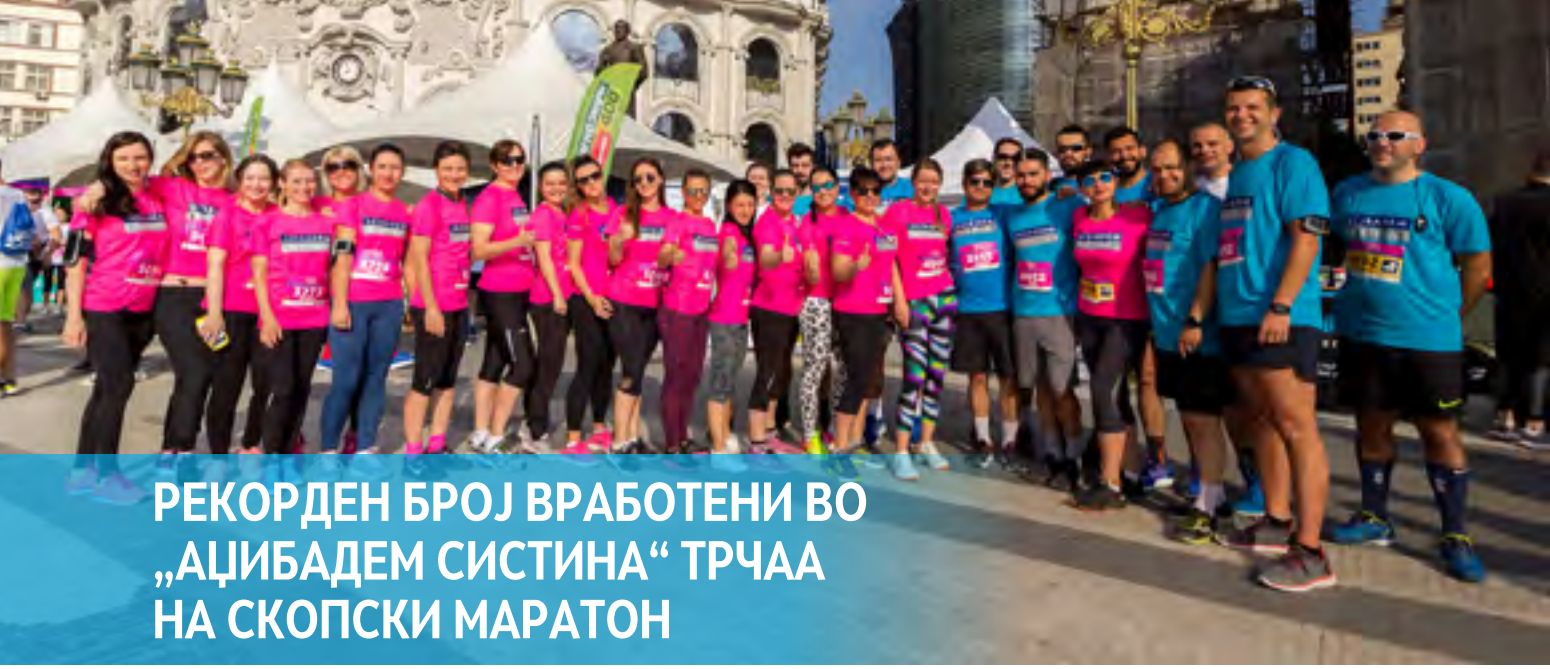
МАЈК ЗАФИРОВСКИ
ВО ОФИЦИЈАЛНА ПОСЕТА НА „АЏИБАДЕМ СИСТИНА“

Светски познатиот бизнисмен со македонско потекло и еден од основачите на организацијата „Македонија 2025“, Мајк Зафировски, ја посети Клиничката болница „Аџибадем Систина“. Посетата беше во рамките на неговиот работен престој во Р. Македонија, која вклучуваше и посета на една приватна компанија. Ни претставува особена чест што Зафировски ја одбра „Аџибадем Систина“ и што имаше можност да се запознае со капацитетите и условите за работа во најголемата приватна болница во државава и регионот. Зафировски имаше позитивни коментари до менаџментот за беспрекорно организираната работа на болницата и одржувањето високи стандарди во третманот и грижата за пациентите. Нагласи дека „Аџибадем Систина“ е пример за успешна компанија.

Во неговата досегашна професионална кариера, Зафировски 21 година беше претседател/извршен директор/главен оперативен директор во „Нортел“, „Моторола“ и пет компании на „GE“ во индустријата за висока технологија, индустриски, потрошувачки и финансиски услуги. Тој е визитинг предавач на „Northwestern Kellogg School of Management“ и „Fuqua School of Business“, Duke University. Мајк Зафировски е основач на „Zafirovski Executive Education Program“. Преку оваа програма тој неуморно и посветено работи на отворањето нови можности за усовршување, развој и врвна едукација на менаџери со лидерски вештини од Македонија, како основен предуслов за национален прогрес.

БЕСПЛАТНИ ПРЕГЛЕДИ НА БЕНКИ
ВО МЕСЕЦОТ НА МЕЛАНОМ

Клиничката болница „Аџибадем Систина“ по повод месецот на карциномот на кожа, меланом, овозможи **100 бесплатни прегледи на бенки**. Прегледите ги изведуваше тимот дерматовенеролози со помош на најсовременио дерматоскоп **MoleMax HD**, со кој се овозможува прецизен скрининг и рана дијагноза на карциномот на кожа. Со цел да се подигне свесноста на населението за редовен и ран преглед на сомнителните бенки, оваа акција традиционално се одбележува секоја година во „Аџибадем Систина“.



РЕКОРДЕН БРОЈ ВРАБОТЕНИ ВО „АЏИБАДЕМ СИСТИНА“ ТРЧАА НА СКОПСКИ МАРАТОН

И оваа година Клиничката болница „Аџибадем Систина“ беше дел од главните поддржувачи на најмасовниот спортски настан во градот. Нашиот тим тркачи достигна рекордна бројка од над 50 членови, меѓу кои имаше учесници кои учествуваа во трката на 5км и полумаратонската трка. Како институција која се грижи за здравиот начин на живот, нашиот тим доктори преку едукативни текстови во јавноста даваше стручни совети за правилна подготовка пред и по маратонот. На годинешниот Скопски маратон учествуваа над 10.000 тркачи, што е рекордна бројка досега.

НЛБ haPPy кредитна картичка

Вистинска картичка за среќа!

Аплицирајте за НЛБ haPPy кредитната картичка во сите експозитури на НЛБ Банка и продажните места на Нептун.

НЛБ haPPy кобрендираната картичка е единствената картичка со која добивате загарантиран повраток на средства* за секоја трансакција во земјата и странство.

Повеќе информации можете да добиете на www.happycard.mk

haPPy NLB Banka

*Повраток на средства исклучиво само на сметка поврзана со трансакцијата

РЕПРЕЗЕНТАТИВЕН ПРИМЕР:
Кредитен лимит 50.000 мкд, износ на суму кој е предмет на повраток со НЛБ haPPy кредитна картичка 10.000 мкд, расположливо салдо 40.000 мкд, минимален износ на месечна отплата од 5%, со променлива каматна стапка од 11,25 %. Вкупен износ за враќање 11.247 мкд, вкупен износ на камата 1.247 мкд.

СТРУЧЕН СОСТАНОК

„МОДЕРНА ХИРУРГИЈА НА МИТРАЛНА ВАЛВУЛА“

Акредитирано од Лекарска комора на Р Македонија

Модерен пристап во хирургија на аортна и митрална валвула беше насловната тема на стручниот состанок кој во мај се одржа во Клиничката болница „Ацибадем Систина“. Еминентни стручни имиња предводени од проф. д-р Александар Николиќ, шеф на Одделот за кардиохирургија во „Ацибадем Систина“, ги споделија своите искуства и резултати од досегашното работење. Стручните презентации ги следеа бројни кардиолози и специјалисти по интерна медицина, од земјава и регионот. Стручниот состанок беше акредитиран од Лекарска комора на Република Македонија.

МЕЃУНАРОДНА НЕДЕЛА НА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ

По повод Меѓународната недела на медицинските сестри, техничари и акушерки (5-12 мај) Клиничката болница „Ацибадем Систина“ зема активно учество со едукативни работилници и предавања во повеќе установи во Скопје на тема „Промовирање на здравјето за сите“.

Група медицински сестри–лидери во 21 установа организираше едукативни предавања и работилници со цел да се опфатат најразлични категории на слушатели. Низ презентирање на важноста на здравјето и неговото зачувување беа едуцирани над 700 слушатели. Најмладите учесници беа дечињата од градинките, потоа следеа ученици од основните и средните училишта, работници од различни установи, спортски работници, како и лица од домови за згрижување стари лица. Во духот на здравјето и хуманоста медицинските сестри трчаа на женската трка, учествуваа во трките за помош на лицата со Даунов синдром и Вилсон, како и на Скопскиот маратон 2018.

ИНФОРМАЦИЈА ДА МЕ МОЖЕШ

Outdoor advertising company

Kalaplakat

+389 2 520 90 80

info@kalaplakat.com.mk

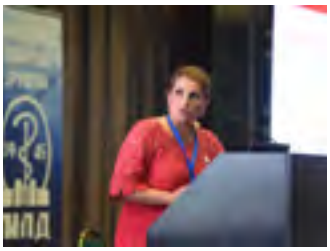
„АЏИБАДЕМ СИСТИНА“ И PAY IT FORWARD ВО МИСИЈА НА ДОБРА ВОЉА

Клиничката болница „Аџибадем Систина“ со свои активности се приклучи кон глобалното хуманитарно движење Pay It Forward. Како дел од овие активности беа доделени бесплатни прегледи за 100 пациенти на болницата по случаен избор. Во движењето Pay It Forward се вклучија и сите вработени во „Аџибадем Систина“, со интерна акција за правење едно или повеќе добри дела еден на друг. Движењето Pay It Forward својата завршна активност ја одржа со хепенинг во скопскиот Градски парк, чија цел беше ширење позитивна енергија, поттикнувајќи ги луѓето на креирање добрина во светски рамки.

Pay It Forward – Продолжи понатаму, е една од најголемите глобални хуманитарни акции, која е проширена во осумдесетина земји ширум светот, промовирајќи и развивајќи чувство на заедништво и сплотеност меѓу луѓето.

ДОКТОРИ ОД „АЏИБАДЕМ СИСТИНА“ ПРЕДАВАЧИ НА **СТРУЧЕН СИМПОЗИУМ ЗА ВРОДЕНИ АНОМАЛИИ**

Во организација на Македонското лекарско друштво, на 7 и 8 јуни се одржа симпозиум насловен „Вродени аномалии – предизвици, дилеми и третман”. На симпозимуот со стручни презентации учествуваат бројни експерти од Р Македонија кои се занимаваат со оваа проблематика. Учесници од Клиничката болница „Аџибадем Систина“ беа д-р Павле Димчев, гинеколог-акушер, со тема „Ехокардиографски преглед и фетална ехокардиографија“ и д-р Светлана Крстевска Блажевска, педијатар-кардиолог со стручна презентација на тема „Примена на ибупрофен како метода за затворање на DPA кај предвременородени деца – наши искуства“. Симпозиумот беше акредитиран од Лекарска комора на Македонија, а го следеа бројни доктори од земјава и регионот.



Прво семејно приватно здравствено осигурување

Осигурете го вашето семејство, добијте прегледи и лекување, како и можност за покривање на трошоци за породување, офталмолошко и стоматолошко лекување во сите приватни здравствени установи!

ПРИВАТНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

eurolink
ОСИГУРУВАЊЕ А.Д. СКОПЈЕ

Еуролинк 24
02/ 15 888

www.eurolink.com.mk

Ендоскопските техники овозможуваат успешни резултати во третман на туморите, помалку се инвазивни од стандардните техники, траат пократко време, а заздравувањето на пациентите се одвива значително побрзо.

ЕНДОСКОПСКИ ТРЕТМАН
НА БЕЛОДРОБНИ ТУМОРИ

Интервентната пулмологија е област која забрзано се развива во последниве 30-тина години. Тоа е супспецијалност која се занимава со изведување минимално инвазивни ендоскопски или перкутани процедури кои се користат во дијагностиката и третманот на повеќе видови заболувања на дишните патишта, помалку инвазивна алтернатива на торакалната хирургија. Д-р Оливер Јовковски, пулмолог, вели дека ендоскопските техники овозможуваат успешни резултати во третман на туморите, помалку се инвазивни од стандардните техники, траат пократко време, а заздравувањето на пациентите се одвива значително побрзо.

Постојат неколку типови на третман:

1. Ендоброхијален ултразвук. Од класичната бронхоскопија се разви ендобронхијалниот ултразвук (ЕБУС) кој може да служи за дијагностика на промените кои се надвор од бронхиите и зголемените лимфни јазли околу бронхиите и медијастинумот. Оваа дијагностичка процедура се изведува со посебен бронхоскоп кој на врвот има ултразвучна сонда преку која се гледаат промените надвор од бронхиите.

2. Термални техники. Следно поле се термалните техники за дијагностика и третман на промени во белите дробови. Со овие техники со помош на висока температура преку аргон плазма, електрокаутеризација или ласер-терапија се врши отворање на дишните патишта кои се затворени најчесто поради присуство на тумори. **Најдобри резултати се добиваат во третманот на бенигните тумори што се релативно ретки, а само во исклучителни ситуации овие техники се користат за третман на малигни тумори кои ги затвораат дишните патишта, и тоа само како палијативен третман, односно продолжување на животот на пациентот.**

Крио биопсија. Следна техника е криобиопсија при која преку бронхоскоп со специјална сонда и со помош на течен азот се ладат промените на слузницата на бронхиите или се зема биопсија од периферните делови на белите дробови. Главна примена за криобиопсијата е кај дијагностиката на интерстицијалните белодробни болести (фибрози).

Оваа метода успешно ја заменува многу поинвазивната техника на хируршка биопсија која бара продолжено закрепнување на пациентот и подолга хоспитализација.

ТОРАКОСКОПИЈА - ДИЈАГНОСТИКА И ТРЕТМАН НА ПЛЕВРАЛНИТЕ ИЗЛИВИ

Плевралните изливи се доста голем проблем и за дијагностика, но и за третман. Многу често се потребни многу анализи за поставување дијагноза за потеклото на плевралните изливи и многу често овие плеврални изливи се повторуваат. Ова претставува голем проблем бидејќи кај ваквите пациенти треба често да се евакуира насобраната плеврална течност. Една од најкорисните методи за дијагностика и третман на плевралните изливи е торакоскопијата.

Како се изведува: Тоа е метода со која се отвора мал отвор на ѕидот на градниот кош (1-2 цм) и низ него се пласира оптички инструмент - торакоскоп. Со овој инструмент лекарот има поглед во внатрешноста на градниот кош и преку торакоскопот се земаат биопсии од заболената плевра под директна контрола. Истовремено може да се аплицира и медицински стерилен талк кој предизвикува хемиска реакција на плеврата и доведува до лепење на истата и со тоа престанок на лачење течност. По оваа процедура кај пациентите нема потреба од евакуација на плевралната течност и може да се продолжи со понатамошниот третман на болеста. Оваа процедура обично се изведува кај малигните плеврални изливи, но и кај гнојните заболувања на плеврата - емпием.

Оставањето гној во плевралната шуплина доведува до задебелување и залепување на плеврата и поради тоа кај пациентите се јавува ресипраторна инсуфициенција која доживотно се лекува. Со торакоскопијата се врши извлекување на гнојот и разделување на залепените делови на плеврата и доаѓа до брзо заздравување на пациентот. Важно е дека торакоскопијата треба да се изврши што порано по започнувањето на симптомите за да се добијат оптимални резултати и за да не настанат трајни нарушувања на белодробната функција.

Во Клиничката болница „Ацибадем Систина“ се изведува ендоскопски третман на белодробни тумори. Благодарение на искуството на тимот и најсовремената ендоскопска опрема се постигнуваат успешни резултати во третманот и на најкомплексните тумори.

ВО „АЏИБАДЕМ СИСТИНА“ ОТВОРЕН **ПРВИОТ HISPA ЦЕНТАР ВО МАКЕДОНИЈА**

Во „Аџибадем Систина“ се отвори првиот HISPA центар во Македонија. Под името HISPA M, беше промовирано и здружението коешто стана дел од регионалното HISPA Здружение за третман на висок крвен притисок и превенција на срцев и мозочен удар. Персонализираниот пристап кон пациентите е клучната придобивка од спроведување на HISPA програмата, каде што влегуваат и проценката на ризик-факторите и креирањето на индивидуален план за исхрана, потоа физичката активност, антистрес програмата и терапијата. HISPA центарот ќе овозможува идентификација, дијагноза, третман и следење на пациенти со висок крвен притисок и пациенти со ризик за кардиоваскуларна болест.

ПЕРСОНАЛИЗИРАНА ТЕРАПИЈА ЗА СЕКОЈ ПАЦИЕНТ

HISPA претставува мрежа на високо специјализирани и модерно опремени центри за дијагноза и третман на пациенти со кардиоваскуларен ризик. Вакви центри има во 55 градови во регионот – во Србија, во Црна Гора, во Босна и Херцеговина, во Хрватска и во Бугарија, каде што работат високоструч ни тимови.

„Досега, во нашите центри, со примена на специјализираната програма, успешно се третирани над 15.000 пациенти. Во работата на центарот се вклучени кардиолози, нефролози, ендокринолози, невролози, како и лекари од други специјалности. Покрај дијагноза и надзор од тимот специјалисти, она што е најбитниот момент и она што нè разликува од пристапот на сличните програми во светски рамки, е тоа дека пациентите добиваат персонализирана терапија, прилагодена според нивната состојба.“, вели проф. д-р Небојша Тасиќ, претседател и основач на HISPA.

ЦЕНТАРОТ ТРЕБА ДА ГО ПОСЕТУВААТ И ЗДРАВИ ЛИЦА

Клиничката болница „Аџибадем Систина“ од самото отворање го поддржува концептот за проценка на кардиоваскуларен ризик и превенција на кардиоваскуларните болести со долгогодишен мултидисциплинарен пристап.

„Во HISPA центарот се третираат пациенти кои имаат нерегулиран или неадекватно регулиран крвен притисок, пациенти кои биле на кардиолог, но сепак не успеале да го регулираат притисокот. На овие пациенти им е потребна комплетна дијагностика, третман и следење. Главен фокус ни се и пациентите кај кои е проценет ризик за појава на кардиоваскуларна болест. Тоа може да бидат и релативно здрави луѓе, кои немаат изразени симптоми но имаат проблеми како што се прекумерна тежина, стрес, висок крвен притисок, неадекватно се хранат. Посебна програма е и рехабилитацијата на оперирани пациенти по HISPA персонализираната програма, која овозможува намалување на ризик-факторите за развој на болеста. Во Центарот се добредојдени и здрави луѓе кои сакаат да го зачуваат своето здравје.“, вели Д-р Даниела Прајевска, кардиолог во „Аџибадем Систина“ и претседател на македонското здружение HISPA M.

Според податоците на Светската здравствена организација, кардиоваскуларните болести сè уште се водечката причина за смртност во светски рамки. Преземањето на превентивни мерки, персонализираниот пристап во намалувањето на ризик-факторите и регулирање на крвниот притисок, значително влијаат во спречувањето на срцевиот и на мозочниот удар.

ДАЛИ ИМАТЕ ЉУБОВ ЗА ДАВАЊЕ?

ШТО Е ЛИЦЕ ШТО ЗГРИЖУВА?

Лицата што згрижуваат обезбедуваат грижа во безбедна и поттикнувачка семејна средина за дете за кое не може да се грижи неговото биолошко семејство.

За разлика од лицата што посвојуваат дете, лицата што згрижуваат обезбедуваат привремено згрижување на детето сè додека не се создадат услови за негово враќање во биолошкото семејство или негово посвојување.

ЗОШТО СЕ ПОТРЕБНИ ЛИЦА ШТО ЗГРИЖУВААТ?

Семејствата што згрижуваат дете обезбедуваат најдобра алтернативна грижа во случаи кога не е можно, не е безбедно или не е во најдобар интерес на детето да живее со своето биолошко семејство. Детето само во семејна средина може да чувствува љубов, поддршка и припадност. Во моментов, многу деца сè уште се згрижени во големи институции чекајќи семејство. Семејствата што згрижуваат дете се потребни за да обезбедат привремена грижа и поддршка.

НА КОИ ДЕЦА ИМ ТРЕБА СЕМЕЈСТВО ШТО ЌЕ ГИ ЗГРИЖИ?

- На бебиња од 0 до 3 години, кои чекаат да се разреши нивниот статус.
- Деца што ги загубиле родителите поради смрт или чиешто семејство не може да се грижи за нив поради болест или од друга причина.
- Деца оддалечени од семејството поради малтретирање или злоупотреба.

МОЖАМ ЛИ ЈАС ДА ЗГРИЖАМ ДЕТЕ?

Тоа што е навистина важно за да згрижите дете е вашата способност да обезбедите семејна средина исполнета со љубов, сигурност и со близкост.

Кога ќе се пријавите, ќе бидат земени предвид и други нешта, како на пример, вашата способност да му излезете в пресрет на детето, условите во домот во кој живеете и приходот, здравствениот и правен статус, како и способноста да вложите време и енергија во благосостојбата на детето. Може да згрижите дете на краток рок за да обезбедите итно згрижување, или пак да се грижите на подолг рок, при што центрите за социјална работа ќе ви помогнат да ја утврдите најдобрата опција за вас.

КАКВА ПОДДРШКА ДОБИВААТ ЛИЦАТА ШТО ЗГРИЖУВААТ ДЕТЕ?

Семејствата што згрижуваат дете се грижат за деца што се под старателство на државата. Покрај тоа што прифаќаат дете во својот дом, тие обезбедуваат услуга и за тоа добиваат паричен надомест за трошоците и за грижата за детето. Тие добиваат поддршка и обука од центрите за социјална работа и се поврзани со мрежа за поддршка на другите лица што згрижуваат дете.

ЕНДОМЕТРИОЗА

ПРИЧИНИ И ЛЕКУВАЊЕ

Ендометриозата е дефинирана како нормална ендометријална лигавица (жлезди и строма) неприродно имплантирана во секоја друга локација освен во празнината на матката. Д-р Мирослав Темелковски, гинеколог-акушер, вели дека ендометриозата може да ги зафати јајчниците, јајцеводот, надворешниот дел на матката, дебелото црево и други внатрешни регии.

КОИ СЕ ЗНАЦИТЕ И СИМПТОМИТЕ?

Да нагласиме дека една третина од жените немаат симптоми, но кога тие ќе се појават настануваат типични рефлектирани знаци од областа и органот која е зафатена од ендометриозата како: дисменореа (болна менструација), тешки и нерегуларни крвавења, пелвична болка, ниска болка во стомакот или грбот, диспареунија (неподносливи сексуални односи), болна дефекација придружена со дијареа (проливи) или опстипација (тврда столица), надуеност во стомакот, гадење, повраќање, препонски болки, болка при мокрење и болка при вежбање.

КОИ СЕ ПРИЧИНИТЕ ЗА ОВА ЗАБОЛУВАЊЕ?

Причината за растењето на ендометриското ткиво надвор од матката не е позната, но постојат неколку теории за тоа. Ендометриозата може да биде и вродена, така што некои ендометриски клетки можат да се најдат уште од самото раѓање. Друга теорија, пак, е дека ендометријалните клетки кои се исфрлаат со менструалната крв наместо да излезат целосно надвор, се враќаат назад низ јајцеводите до пелвичната празнина. Овие клетки имаат способност да се лепат на органите и да растат и крваваат во одредени периоди во зависност од менструалниот циклус. Ова се само две од многуте теории за појавата на ендометриоза.

ДИЈАГНОЗА

Од неинвазивните дијагностички постапки наједноставна постапка е ултразвук, неприкосновен за гениталната дијагностика. Ретко употребуваме MRI (магнетна резонанца) особено кога има сомнеж за друга локализација, екстрагенитално.

Од инвазивните постапки се применува лапароскопија, процедура со многу висока сензитивност од 97%, но со пониска специфичност од 77%, која не е само дијагностичка туку и тераписка постапка кога е проследена со одредени оперативни постапки.

Најзафатени органи по следниот редослед се:

- Јајчниците
- Задутериниот простор (cavum Douglasi)
- Утеросакралниот лигамент
- Ректосигмоидалниот дел од дебелото црево
- Мочниот меур
- Долниот крај на уретрата (долниот мочен канал)

ТРЕТМАН

Симптомите кај ендометриозата зависат од цикличната продукција на хормоните во еден менструален циклус. Од таму произлегува и терапијата на ендометриозата. Најцелисходен природен метод за лекување на ендометриозата е бременоста. Но, мораме да нагласиме дека 30-40% од жените со ендометриоза имаат намалена способност за забременување па дури се и стерилни. Терапијата се состои од:

- Орална контрацепција
- Даназол
- Прогестеагенски препарати
- Гонадротрипинрилизин хормони (GnRH) агенси

Хируршката терапија може да се подели на:

Конзервативна, кога го зачувуваме репродуктивниот потенцијал кај пациентката. Најчесто се употребува лапароскопска цистектомија со дренажа (кога имаме оваријална ендометриоза). Но, може да се употреби и аблација, пресакрална неуректомија и лапароскопска утерина нервна аблација (LUNA) .

Семиконзервативна, кога репродуктивните можности се смалуваат или се елиминираат, но се сочувува функцијата на јајчниците. Овие методи се употребуваат кај пациентки со решена репродуктивна функција, а се многу млади за да навлезат во хируршка менопауза, па се прави хистеректомија и циторедукција на пелвичната ендометриоза.

Ендометриозата на јајчниците најчесто се решава хируршки, само 10% од оваријалната функција е доволна за пациентката да не западне во менопауза.

Радикална, кога утерусот со јајчниците се отстрануваат. Најчесто опфаќа тотална абдоминална хистеректомија со билатаерална аднексектомија и циторедукција на визуелните жаришта на ендометриозата, како и атхезиолиза за обновување на нормална интрапелвична топографија и функција.

ПАРФЕМИ ПО НОТА

ЗА НЕГО

1. PACO RABANNE -1 MILLION LUCKY

edt 50/100ml

Цена: **3700/4950**ден.

По десет години од лансирањето на првиот мирис од семејството 1Million и преку 60 милиони продадени златни плочки, златната треска продолжува со нов помоќен мирис. Дрвенестите ноти се надополнети со сочна слива и вкусен и сладок лешник што заедно дишат во совршена хармонија. Мирисот е претставен од мажот на новата ера, отелотворен во моделот Џордан Берет, кој ја редефинира машката убавина.

2. KENZO -AQUA HOMME

edp 50/100ml

Цена: **3420/4700** ден.

Машката форма на свежина е креирана од парфумерското дуо Ен Ајо и Филипе Романо, кои креираа тоалетна вода, почнувајќи од свежината на розови бобинки и растителни акценти преку листовите од леска. Дрвенестите тонови се резултат на идеалната комбинација од сандалово и кедрово дрво. Сублиматот од сите овие состојки е сензуален, дрвенест, но пред сé свеж мирис за него. Дизајнот на шишето и пакувањето продолжува да ја гради приказната за водата поврзана со Kenzo Aqua.

3. GIORGIO ARMANI -ACQUA DI GIÓ ABSOLU

edp 40/75/125ml

Цена: **3700 /5610/7400** ден.

ACQUA DI GIÒ ABSOLU претставува мирисен спој на вода и дрво. ABSOLU е трето поглавје од приказната ACQUA DI GIÒ, прикажани низ призмата на маж кој во допир со природата ја изразува внатрешната сила и чувство на слобода. ACQUA DI GIÒ ABSOLU ја претставува сензуалната врска помеѓу мажот и природата, која всушност ја претставува силата на комбинацијата на текстура на дрво и силата на водата. Новиот мирис ги нагласува нотите на водата и нејзината главна улога во природните процеси, односно акцентот на длабочината, силата и интензитетот. Со спојување на овие два елемента, Giorgio Armani ни ја открива тајната на безвременската мажественост која се темели на длабока свесност. ACQUA DI GIÒ ABSOLU го претставува мажот кој претпочита мудрост и свесност, а истовремено знае да ужива во елеганцијата на префинет луксуз.

4. Y MEN -YVES SAINT LAURENT

edt 60/100ml

Цена: **4030/5570** ден.

Олицетворение на вредностите, Y не е приказна за мажот, туку приказна за генерација на креативни мажи кои ги води страста додека храбро го пронаоѓаат својот пат. Од инспирација, преку напорен труд и соработка, па се до самоостварување и успех. Шишенцето на мирисот одликува остри, минималистички линии со единствен потпис – геометриска изведба на буквата "Y" на предната страна. Мирисниот нектар претставува впечатлива особност на "Y" мажот: горните ноти се свежи и јасни, а долните ноти и срцевината на мирисот се силни и сензуални.

1. PACO RABANNE - LADY MILLION LUCKY

edp 30/50/80ml

Цена: **3200/4600/5890** ден.

Револуционерен, свеж мирис на рози кој е комбинација на сочна, вкусна малина и сензуално сандалово дрво. Оваа еуфорична алхемија е пресликана во моделот Софија Аренс, вистинска Paco Rabanne девојка, која зрачи со магнетско присуство и хипнотичка самодоверба.

2. KENZO - AQUA FEMME

edp 50/100ml

Цена: **3420/4700** ден.

Зад брендот Kenzo секогаш се крие незадржлива свежина. Мирисот со потпис "Femme" почнува со моќна формула и комбинација на сочна и интригантна мандарина што ја најавува свежината. По неа следуваат зелена рибизла и листови од малина што додаваат живост и енергија. На нив се надополнува сензуална магнолија што криера уникатен цветен мирис креиран и потпишан од парфумерката Луиз Тарнер.

3. BOSS - THE SCENT

edt 30/50/100ml

Промотивна цена: **2330/3185/4480** ден.

Цена: **3330/4550/6400** ден.

BOSS THE SCENT For Her edt е новата заводлива тоалетна вода од BOSS Parfums. Лесен и пријатен, но сепак моќен, нежен, но успокојувачки, овој мирис ја охрабрува BOSS жената да ги открие скриените страни од нејзината личност. Со возбудлива и страстна афродизијачка основа составена од темно печено какао, мирисот има несомена привлечност. Тој е елегантен и женствен, дава поддршка која навлекува и која буди внимание кај сите.

4. CHLOE - NOMADE

edp 30/50/75ml

Промотивна цена: **2695/3941/4753** ден.

Цена: **3850/5630/6790** ден.

Chloe жената со себе носи слобода и непроменлива природна елегантност. Самоуверена, инспиративна, таа цвета низ нејзините искуства и средби, докажувајќи која е таа без да се наметнува на било каков начин. Оваа внатрешна сила ја води кон тоа да ја прифати различноста. Парфумерот Квентин Биш го создал Nomade како цветна композиција, вклучувајќи ноти од Mirabelle сливи, фрезија и дабова мов.

5. GUCCI BLOOM - ACQUA DI FIORI

edt 50/100ml

Промотивна цена: **3450/4605** ден.

Цена: **4930/6580** ден.

Со спој настанат преку спонтаноста и убавината на младоста, женското пријателство брзо станува нераскинливо и му се спротивствува на времето. Нивните вистински поврзаности се откриени во новото поглавје на Gucci Bloom. Свеж, зелен мирис создаден од оригиналниот мирис, Gucci Bloom Acqua di Fiori ја слави виталноста и енергијата на младоста и пријателството. Инспиративен и блескав, парфемот ја изразува убавината на несвесната невиност.

АНТИГОНА
ресторан
fine wine and dining
МАКЕДОНСКО СЕЛО
Село Горно Нерези, Скопје, Македонија
+389 70 358 500
instagram.com/antigonarestaurant/
www.macedonianvillage.mk

BRIEF SUMMARY

TAVI - HEART VALVE REPLACEMENT WITHOUT INCISION

TAVI is the newest cardiac surgey technique for replacing a damaged aortic valve without opening the thorax. It results in shorter hospital stay, faster healing and a minimal risk for the patient. After such intervention, patients do not need to take anticoagulant therapy. Prof. Aleksandar Nikolikj, MD, a cardiac surgeon and head of the Department of Cardiac Surgery at "Acibadem Sistina" gives more information on this revolutionary intervention.

YOU CAN'T BECOME PREGNANT? HAVE YOU EXAMINED THE THYROID GLAND?

When a married couple can not get pregnant, it is necessary to detect potential causes affecting fertility. Infertility or sterility can be caused by numerous factors. Liljana Muratovska, MD, a specialist in nuclear medicine says that the most common "culprits" for sterility in many cases are hormonal disorders in women - irregular secretion of estrogen or polycystic ovary syndrome and inadequate function of the thyroid gland.

AFTER 10 YEARS OF STRUGGLE FOR POSTERITY, TODAY WE LIVE FOR SOFIA

After 10 long years spent in hospital corridors, treating sterility and losing three babies along the way, Julia and Petar are now proud parents of Sofia. Their story testifies that perseverance, dedication and trust in the medical team result in success. "As long as we are alive we will be grateful to Dr. Mitko Ivanovski for being here with us because he was a doctor and a friend, both professional and spontaneous when necessary. Thanks to his expertise, after 10 years I now fall asleep peacefully every night and wake up happy since I have a new reason and a sense for life".

Sincerely, Julia and Petar Kacarski

ABDOMINAL SURGERY WITHOUT INCISION

Fast recovery, shortened hospitalization and less pain are the key advantages of laparoscopic abdominal surgery which is a routine procedure in all reference surgical centers in the world. This surgery is the golden standard in the treatment of various abdominal diseases and conditions. We talked about the application of laparoscopy and its advantages with Vladimir Dimov, MD, PhD, who is one of the pioneers of laparoscopic abdominal surgery and one of the most well known experts in laparoscopic surgery in Europe.

SKIN CARCINOMAS

Malignant skin tumors are ranked first by frequency of all types malignancies occurrance in humans. They are more likely to occur on the unprotected parts of the body. Ilija Mostrov, MD, a plastic surgeon, explains that the development of skin cancer is influenced by many factors: sunlight, ionizing radiation, organic and inorganic oils, resins and tars, heavy metals (arsenic), surgery scars, burns and skin trauma.

ENDOMETRIOSIS - CAUSES AND TREATMENT

Endometriosis is a normal endometrial mucosa (glands and stroma) artificially implanted in any other location except the uterine void. Miroslav Temelkovski, MD, a gynecologist obstetrician, says that endometriosis can affect the ovaries, the oviduct, the outer cervix, the colon, and other internal regions. One-third of women have no symptoms, but when they occur, there are typically reflection signs coming from the area and the organ affected by endometriosis.

ERCP - GOLDEN STANDARD IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GALLBLADDER, BILE DUCTS AND PANCREAS DISEASES

ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography) is a non-surgical invasive endoscopic procedure used to diagnose and treat gallbladder, bile ducts and pancreas (biliary-pancreatic system) diseases. Dimitar Trajkov, MD, a gastroenterologist, says that during the last decade ERCP has been used primarily for therapeutic purposes and more rarely as a diagnostic method. Besides the development of many new non-invasive methods such as MRI - Magnetic Resonance Imaging, EUS - Endoscopic Ultrasound, ERCP remains the golden standard in both diagnostic and therapeutic procedures of the biliary and pancreatic duct system.

MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF THE FETUS - A SAFE METHOD FOR DETECTING ANOMALIES IN THE FETUS

Magnetic Resonance Imaging (MRI) of the fetus is an examination used to evaluate congenital anomalies and subsequent complications. The imaging provides a precise, detailed presentation of the fetus, detecting both subtle and complex anomalies. It eliminates or confirms suspicion raised by ultrasound examination which is important for further monitoring of the pregnancy.

Jasminka Josheva, MD, a radiologist, says that studies have shown no side effects or lasting consequences to the health of the mother or the fetus, nor side effects and lasting consequences to the development of the baby.

WHY IS MY HEART RATE ACCELERATED?

Heart palpitations (cardiac arrhythmia) are unpleasant sensations of abrupt, strong and fast, regular or irregular heart rate. Patients usually describe this condition as "my heart will get out of my chest", "my heart makes me breathe deeply" or "I feel the heart in my throat or neck". Ivan Trajkov, MD, a cardiologist, electrophysiologist, says that when heart palpitations occur most commonly they are not a result of a cardiac disease, but of other factors such as: electrolyte disturbances (dehydration), psychogenic and social factors, anemic syndrome (low iron and hemoglobin range in blood, endocrine diseases – of the thyroid gland, the adrenal gland), pulmonary diseases, and the use of certain medicines.

IMMOBILIZATION AND TRANSPORT IN THE MOST COMMON TRAUMA

Surgeon Daniel Jakimoski, MD, says that traumatic injuries globally are the third most common cause of mortality, right after cancer and heart diseases. The first thing to do at fracture injuries is immobilization of the fracture and safe transport of the patient to the first healthcare institution. If the injury occurs in an urban environment, the best solution is to call an ambulance whose expert and trained team will perform immobilization and transport the injured person.

INHALATION THERAPY

- It should be taken only when recommended by a doctor-

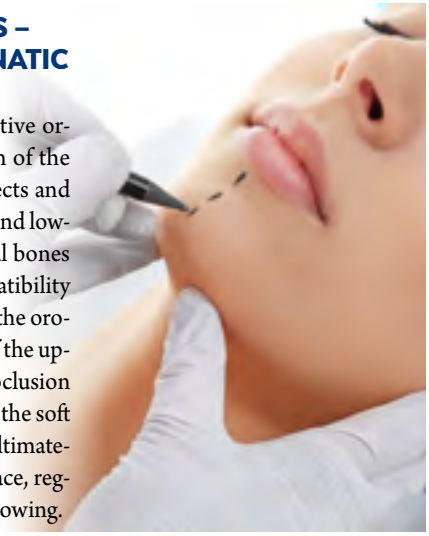
The most common dilemma in parents of children suffering from obstructive bronchitis is whether the medicine necessary for airway dilatation is more effective and safe in the form of syrup or as an inhalation? Pediatric pulmoalergologist Tanja Jovanova, MD, says that the safest and most effective way to use bronchodilators is inhalation. By inhalation, the medicine is applied directly to the affected area. The effect immediately occurs, being obtained by a much lower dose compared to the same medicine in the form of syrup.

ENDOSCOPIC TREATMENT OF LUNG TUMORS

Interventional pulmonology is a subspecialty that deals with minimally invasive endoscopic or percutaneous procedures used in the diagnosis and treatment of multiple types of respiratory diseases, a less invasive alternative to thoracic surgery. Pulmonologist Oliver Jovkovski, MD says that endoscopic techniques provide successful results in tumor treatment, they are less invasive than standard techniques, they last shorter and the recovery of patients is significantly faster.

CRANIOFACIAL DEFORMITIES – RECONSTRUCTIVE ORTHOGNATIC SURGERY

Craniofacial deformities and reconstructive orthognatic surgery is a specialized branch of the maxillofacial surgery that surgically corrects and modifies the disproportions of the upper and lower jaw, the chin, the cheekbones and nasal bones for the purpose of changing their incompatibility and position, to improve the functions of the orophacial complex, obtaining proper ratio of the upper and lower jaw with the teeth, normo-oclusion and articulation, obtaining proper ratio of the soft tissues (face shape). Such interventions ultimately achieve the correct appearance of the face, regular breathing, talking, chewing and swallowing.

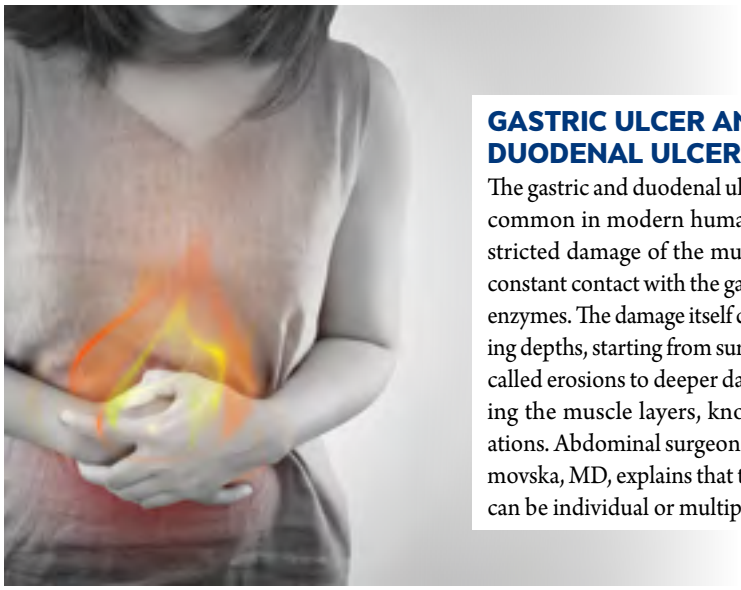


PRE-ECLAMPSY – WHY IT HAS TO BE DETECTED ON TIME!

Pre-eclampsy is a serious pregnancy complication, most probably occurring as a consequence of a particular disorder in the placenta. There is a serious risk of reduction of the blood flow from the mother to the fetus. Daniela Jovanova, MD, a gynecologist-obstetrician, says it usually occurs after the 20th week of pregnancy (not excluded to appear after the 12th week). There have been cases of its occurrence in the 9th month of pregnancy. If this pathological condition is not acknowledged and treated on time, it can pose a serious danger to you and your baby, with severe damage to your liver, kidneys and other organs. Premature delivery is the most common termination of the pregnancy.

HEAD INJURIES IN CHILDREN

Injuries in children occur while playing, walking, running. On the other hand, the older children become, they are more often exposed to sports injuries. Neurosurgeon Ljuljzim Agai, MD, says that in the cases of head injuries in children, specific attention should be paid to patients suffering from a certain disorder (epilepsy, blood clotting disorder). These children's parents are usually familiar with such potential risks.



GASTRIC ULCER AND DUODENAL ULCER

The gastric and duodenal ulcers are quite common in modern humans. It is a restricted damage of the mucus that is in constant contact with the gastric acid and enzymes. The damage itself can be of varying depths, starting from surface damages called erosions to deeper damages affecting the muscle layers, known as ulcerations. Abdominal surgeon Frosina Adamovska, MD, explains that these changes can be individual or multiple.

FETAL ECHOCARDIOGRAPHY - SCREENING FOR THE EARLIEST DETECTION OF CARDIAC DEFECTS IN THE FETUS

Pediatric cardiologist Drashko Dimeski, MD, explains that fetal echocardiography is an ultrasound diagnostics for the earliest detection of possible presence of congenital heart anomalies in the fetus and problems with its cardiac rhythm. In high-risk pregnancies, the screening is performed by transvaginal ultrasound in the 15-16th week of gestation. In pregnant women who do not expect a certain risk, the standard routine method is performed by transabdominal ultrasound between the 19th and the 24th week of gestation as an initial screening and about the 28th-29th week of gestation as a second, follow-up screening.

FIGHT INTESTINAL INFECTIONS EASY - ADVICE FOR PARENTS -

The most common reasons for parents to bring their children to the clinics are infections. The largest percentage of those are viral respiratory infections. During the summer however, intestinal viral infections increase significantly. “High air temperatures contribute to the easier and faster reproduction of bacteria, viruses and intestinal parasites that most commonly affect babies and young children with an underdeveloped immune system, but adults too are not spared. The risk of intestinal infections is even greater at trips and summer vacations, as it is more difficult to establish adequate hygienic conditions”, says pediatrician Stanka Tancheva Krstevska, MD.

SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT INSTABILITY OF THE SHOULDER JOINT

Repeated luxation (dislocation) of the shoulder joint is a common injury occurring as a consequence of trauma or anatomical deficit (underdevelopment or a defect in repetitive injuries) of certain structures in the shoulder joint. In most cases, an anterior luxation of the shoulder joint occurs. Surgeon orthopedist Borislav Iliev, MD, says that information provided by the injured patient is important for a correct diagnosis. Most commonly, it is a trauma (in most cases sports trauma), a fall and rarely an injury, that in normal circumstances does not lead to dislocation of the shoulder joint.

SIDEROPENIC ANEMIA - ANEMIA DUE TO IRON DEFICIENCY

Anemia or blood deficiency is a reduction in the red blood cells mass. This is the most common blood disorder. Head of the Diagnostic Laboratories, Violeta Filipche Dirjanska, MD, says that anemia is not a disease but a condition demonstrating various disorders. The fact that anemia is a consequence of iron deficiency in the organism should alarm patients to take measures for their own health improvement.

Љубов, грижа и Holle

Производител на органска храна за бебиња и деца во Европа од 1933 година

Во хармонија со природата за вашето бебе

demeter

Demeter квалитет, кој гарантира дека ги исполнува највисоките правни, безбедносни и нутритивни вредности. Храната што го носи знакот на Demeter е одгледана по строги биодинамички стандарди - во хармонија со природата.

ВО АПТЕКИТЕ НА ZEGIN

И ВО ПРОДАВНИЦИТЕ НА HEALTHY FOOD BY ZEGIN

Mustela®

СѢ ЗАПОЧНУВА СО НЕГА НА КОЖА,

СѢ ЗАПОЧНУВА СО MUSTELA®

НАША ОПРЕДЕЛБА:

- УПОТРЕБА ИСКЛУЧИТЕЛНО НА ПРИРОДНИ СУПСТАНЦИ
- 0% ПАРАБЕНИ И ФЕНОКСИЕТАНОЛ
- ЗАШТИТА НА ЖИВОТНАТА СРЕДИНА

60 ГОДИНИ ИСТРАЖУВАЊЕ ВО ДЕРМАТОЛОГИЈАТА

MUSTELA®, IT ALL STARTS WITH SKIN

EXPANSCIENCE® LABORATOIRES

AMICUS

КАРДИОХИРУРГИЈА

- Реконструкција на **залистоци**
- Артериски **коронарен бајпас**
- Хирургија кај срцева инсуфициенција - **вештачко срце** и LVAD
- Хирургија на големи крвни садови
- **TAVI** (транскатетерска имплантација на валвули)

ИНТЕРВЕНЦИИТЕ НА КАРДИОХИРУРГИЈА СЕ **БЕСПЛАТНИ** ЗА ОСИГУРЕНИЦИТЕ НА ФЗОМ

ФЗОМ

Проф. д-р Александар Николиќ

call center 02 3099 500
www.acibademsistina.mk

ACIBADEM | SISTINA